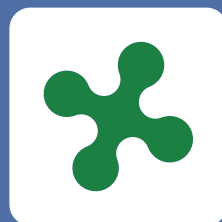


Indirizzi di programmazione 2025



Regione
Lombardia

Welfare



MILANO, 18 dicembre 2024

Impostazione

Revisione dell'impostazione generale:



Indice

- | | | | |
|----------|--|-----------|---|
| 1 | Prevenzione | 8 | Attori, organizzazione e processi |
| 2 | Veterinaria | 9 | Personale |
| 3 | Polo Ospedaliero | 10 | Digitalizzazione |
| 4 | Polo Territoriale - Interventi Sociosanitari | 11 | Ricerca, Innovazione e sapere scientifico |
| 5 | Farmaceutica | 12 | Investimenti e acquisti |
| 6 | Presa in Carico | 13 | Sistemi di valutazione e monitoraggio del SSR |
| 7 | Monitoraggio tempi d'attesa | | |

1. Prevenzione

Prevenzione (1/6)

PANFLU

- Attivazione del Centro di Malattie Infettive e repository genomico
- Attivazione della gestione integrata scorte in collaborazione con AREU
- Attivazione supporto esercitazioni piano pandemico
- Diffusione del gestionale SASHA
- Conferma della attività di sorveglianza respiratoria in pronto soccorso e sviluppo automatismi di predittività per i vari virus
- Conferma della attivazione del supporto per aumento di posti letto acuti/subacuti per l'epidemia influenzale
- Conferma della attivazione supporto hotspot infettivologici per l'epidemia influenzale 25/26
- Attivazione del supporto della capacità diagnostica per la medicina di famiglia per l'epidemia influenzale
- Attivazione di laboratori di simulazione per la formazione e la verifica delle skills degli operatori

DATI DI GOVERNO

- Sviluppo del cruscotto dati della Prevenzione
- Sviluppo dei portali "Profili di Salute" delle ATS e realizzazione del portale unico regionale
- Integrazione di Ge.M.A. per la raccolta dati relativi al censimento delle linee di scarico idrico contenenti amianto.
- Sviluppo Atlante Aria e Salute nell'ambito della realizzazione del Progetto "Aria outdoor e salute: un atlante integrato a supporto delle decisioni e della ricerca"

Prevenzione (2/6)

SISTEMA REGIONALE DI PREVENZIONE SANITARIA (SRPS)

- Conclusione degli investimenti per sviluppo dei dipartimenti di prevenzione

PNRR- MISSIONE 6 componente 2 sub 2.2 (b)

- Attivazione del modulo “gestione audit” del sistema informativo Herm
- Messa a regime delle funzionalità di incident reporting e gestione proattiva del sistema informativo Herm Lomb

ORGANIZZAZIONE DELLA PREVENZIONE PSSR

- Sviluppo del ruolo dei Dipartimenti Funzionali di Prevenzione
- Definizione di procedure, strategie e programmi di audit strutturati per tutti gli ambiti di prevenzione
- Attivazione laboratorio di simulazione per la valutazione dei percorsi formativi a partire dai neoassunti Tecnici della Prevenzione del SIAN
- Attivazione gruppi di presidio delle istruttorie VIA VAS con particolare attenzione alle opere PNNR e Olimpiadi
- Realizzazione di corso per Dirigenti del SSR in tema di importanza della Prevenzione nella vision dello sviluppo delle aziende del SSR

Prevenzione (3/6)

SORVEGLIANZA MALATTIE INFETTIVE

- Integrazione SMI con Microbio e sistemi ADT
- Sviluppo di Microbio 2.0 con funzioni gestionali
- Home testing (self-testing e self-sampling) per le Infezioni Sessualmente Trasmesse
- Sviluppo di strategie di testing per HIV basate sulle indicator guided conditions e opt-out testing, pooled testing in setting specifici
- Avvio delle attività di integrazione di tutti gli applicativi della Prevenzione con la cartella clinica elettronica regionale (es. SMI, MICRO-BIO, HermLomb, ecc.) in raccordo con la Unità Organizzativa Sistemi Informativi e Sanità Digitale
- Riconoscimento della ASST Valle Olona come sede di Centro IST

VACCINAZIONI

Attivazione vaccinazioni in farmacia per Herpes Zoster, DTP, Pneumococco, in coerenza con indicazioni nazionali, completamento del passaggio ad ARVAX per tutte le vaccinazioni.

INFECTION PREVENTION AND CONTROL (IPC) E IGIENE OSPEDALIERA

- Sviluppo del Programma di Prevenzione e Controllo Infezioni di Regione Lombardia
- Definizione del Programma Regionale di Prevenzione e Controllo Infezioni (IPC)
- Sviluppo e messa a regime del Gruppo di Lavoro “Gruppo Operativo di Prevenzione e Controllo Infezioni Regionale”

Prevenzione (4/6)

SICUREZZA ALIMENTARE E NUTRIZIONE

- Sviluppo del gestionale SIAN con integrazione di meccanismi di IA;
- Sviluppo nel CRUSCOTTO SIAN di Impres@BI delle sezioni relative alla Nutrizione e alle Acque destinate al consumo umano
- Attivazione collaborazioni interistituzionali con le associazioni di categoria e le altre autorità per il miglioramento della tutela consumatore
- Attivazione del piano mirato MOCA in tutte le ATS, con il supporto e utilizzando gli strumenti elaborati dalla ATS Brianza;
- Attivazione da parte delle ATS di indagini di customer satisfaction presso le imprese sottoposte a controllo (almeno il 50% delle imprese) utilizzando la scheda messa a disposizione dalla UO Prevenzione

LABORATORI DI PREVENZIONE

- Sviluppo del LIMS dei Laboratori di Prevenzione
- Implementazione delle analisi virologiche su matrici alimentari
- Implementazione attività anche a supporto delle ASST/IRCCS per analisi di campioni non umani

Prevenzione (5/6)

SCREENING ONCOLOGICI

- Avvio dello screening del tumore del polmone
- Aggiornamenti screening mammografico, screening coloretale e HCV
- Sviluppo di indicatori di appropriatezza del follow-up endoscopico e di una sperimentazione del riorientamento colonscopie del territorio
- Avvio progettualità per l'incremento dell'adesione allo screening coloretale e screening del cervicocarcinoma

PROMOZIONE DELLA SALUTE

- Attivazione del progetto PARI
- Attivazione palestre per la salute
- Prosecuzione della collaborazione nei Piani disagio
- Attivazione sistema di survey sugli stili di vita

MEDICINA DELLO SPORT

- Formazione di competenze nelle ATS in tema di gestione della medicina dello sport
- Prosecuzione delle attività di digitalizzazione
- Verifica da parte delle dei requisiti negli ambulatori di medicina dello sport da parte delle ATS

Prevenzione (6/6)

PREVENZIONE SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO

- Utilizzo introiti delle sanzioni per aumento dei controlli
- Prosecuzione piani mirati di Prevenzione per vari settori con particolare attenzione al rischio reprotossico, allo stress lavoro correlato e al rischio cancerogeno professionale e muscoloscheletrico
- Analisi e perfezionamento dell'algoritmo Ca.Ri.Ca.

IGIENE PUBBLICA E SALUTE AMBIENTE

- Interventi di prevenzione per il rischio radon e realizzazione di campagne di citizen science in collaborazione con ARPA
- Attivazione rete pollini
- Attivazione di punti prelievo supplementari per le aree di balneazione a rischio più elevato di inquinamento

AUTORITÀ UNICA SICUREZZA CHIMICA

- Consolidamento della autorità uniche territoriali di controllo per la sicurezza chimica per la realizzazione di piani di controllo
- Attuazione del Protocollo per il coordinamento dei controlli congiunti ARPA e ATS
- Attivazione di un sistema di repository dei prodotti campionati/vigilati

MEDICINA LEGALE

- Sviluppo buone pratiche per la gestione dei percorsi di fine vita
- Implementazione di progetti di dematerializzazione e telemedicina applicati alla medicina necroscopica.
- Attivazione della sperimentazione “realizzazione di procedure e formazione per gli operatori sanitari delle cure primarie e dell’area vaccinale per la prevenzione e il contrasto del fenomeno della violenza sulle donne e domestica.”

2. Veterinaria

Veterinaria (1/2)

REGOLE DI FUNZIONAMENTO

- Garantire il raggiungimento dei LEA di Sanità Pubblica Veterinaria
- Definizione delle linee di indirizzo per la programmazione delle attività di controllo ufficiale dei Dipartimenti Veterinari finalizzate alla redazione dei Piani Integrati Aziendali della Prevenzione Veterinaria (PIAPV) delle ATS
- Definizione del programma regionale di audit di sistema/settore sui Dipartimenti Veterinari delle ATS

REGOLE DI SISTEMA

- Fornire supporto tramite le Unità Operative all'Unità Organizzativa Veterinaria in merito all'attuazione e alla realizzazione delle attività definite nei documenti di programmazione regionale
- Predisposizione di linee guida per il corretto utilizzo delle check list di attribuzione del rischio agli stabilimenti del settore alimentare
- Formazione del personale addetto al Controllo Ufficiale sul corretto impiego degli strumenti per la conduzione dei controlli ufficiali sugli stabilimenti e di attribuzione del livello di rischio
- Attività finalizzate alla definizione di un sistema per la raccolta e la gestione dei reclami alle imprese del settore alimentare presenti sul territorio regionale da parte dell'utenza
- Attività finalizzate alla creazione di una nuova anagrafe comune degli stabilimenti alimentari registrati condividendo con le altre regioni un "formato standardizzato" dei relativi dati

Veterinaria (2/2)

SANITÀ ANIMALE

- Miglioramento dello stato sanitario del patrimonio zootecnico regionale
- Attività di aggiornamento e verifica in tema di biosicurezza degli allevamenti, anche attraverso specifiche attività formative e di audit interdipartimentali.

SICUREZZA ALIMENTARE

- Predisposizione di linee guida regionali per la gestione sanitaria e le attività relative all'esportazione/scambi di prodotti a base di latte

BENESSERE ANIMALE, GESTIONE DEL FARMACO, ALIMENTAZIONE ANIMALE E CONDIZIONALITÀ

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

3. Polo Ospedaliero

Polo Ospedaliero (1/9)

ACCREDITAMENTO

- Revisione del sistema di accreditamento
- Passaggio dalla piattaforma ASAN a SIGAUSS
- Sospensione nuovi accreditamenti BIC e MAC
- Riclassificazione terapia intensiva neonatale
- Parere OCSM per l'accredimento di nuove attività in ambito psichiatrico e neuropsichiatrico
- Invio dell'elenco aggiornato dei funzionari che si occupano di accreditamento e vigilanza nelle ATS
- Verifica dei requisiti di accreditamento dei posti letto (cod. 75) da parte delle ATS di competenza entro il 30 giugno 2025, che predisporranno il "Piano locale per l'Assistenza Riabilitativa" a partire dal quale saranno consentiti trasferimenti di posti letto (cod. 75) tra ATS previo parere favorevole della Direzione Generale Welfare.

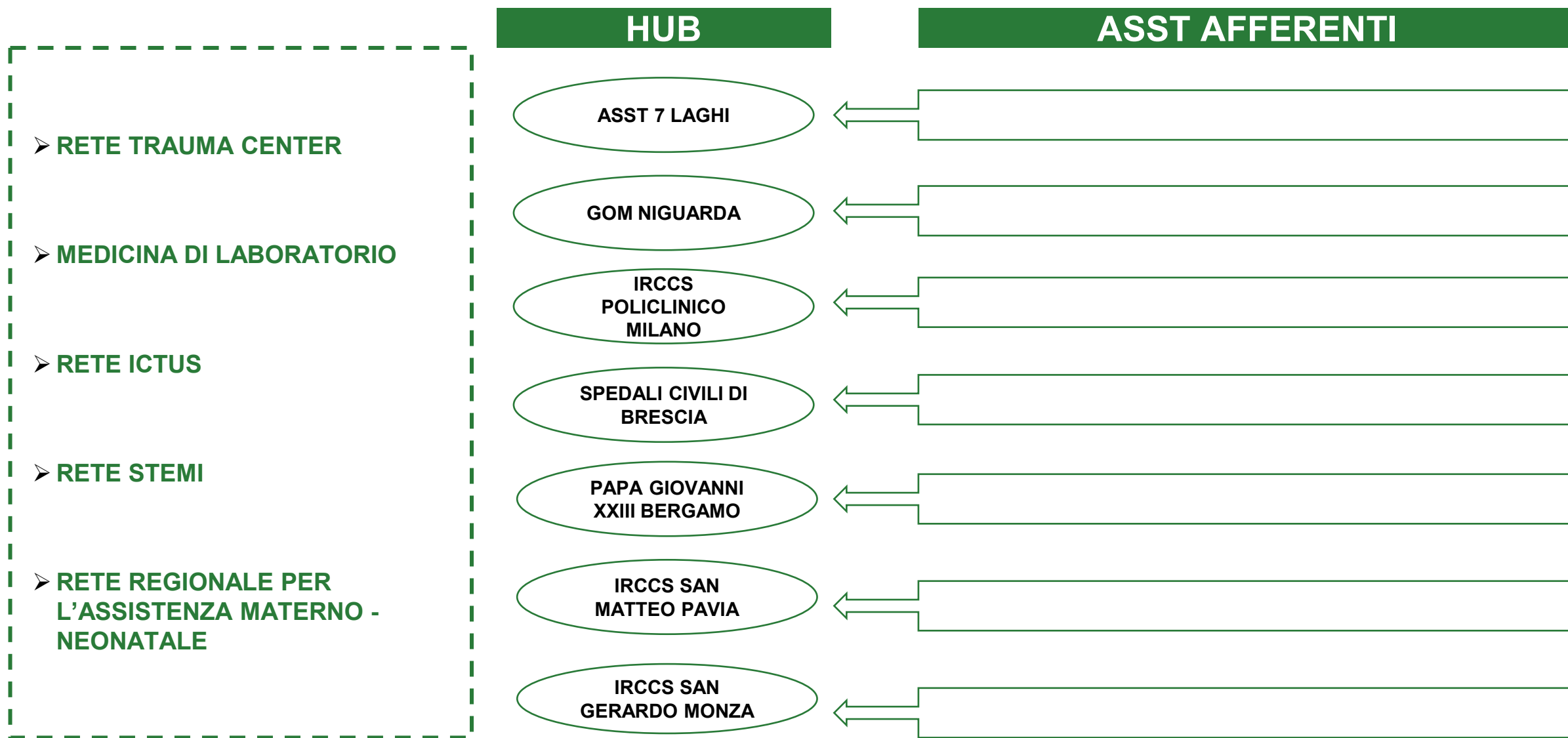
COLLABORAZIONE TRA REGIONE ED ENTI SANITARI

- Progetto sperimentale di istituzione di un dipartimento interaziendale di cardiocirurgia pediatrica
- Progetto sperimentale di istituzione di un dipartimento interaziendale funzionale per la gestione delle grandi ustioni in età pediatrica
- Istituzione di un centro regionale per la cura della paralisi facciale

SVILUPPO MODELLO A RETE TRA AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE

- Criteri di individuazione dell'Area Territoriale all'interno della quale identificare i centri di riferimento
- Risultati attesi dall'implementazione dell'assetto

4. Polo Ospedaliero – Focus Reti territoriali (2/9)



Polo Ospedaliero (3/9)

SERVIZI DI MEDICINA DI LABORATORIO

- Riorganizzazione complessiva dei servizi di medicina di laboratorio
- Centri/punti prelievo
- Armonizzazione del referto di medicina di laboratorio
- Aggiornamento del decreto dg sanità n. 32856 del 19/12/2000 “linee guida su “controllo di qualità interno nel servizio di medicina di laboratorio”
- Appropriately diagnostica
- Rete regionale delle anatomie patologiche in funzione della medicina dei trapianti
- Digital pathology rete trapianti
- Istituzione del molecular tumor board regionale
- Centro regionale di coordinamento della medicina di laboratorio
- Strutture a ciclo diurno

Polo Ospedaliero (4/9)

RETI CLINICO-ASSISTENZIALI ED ORGANIZZATIVE

- Rete PMA – banca dei gameti
- Attività trasfusionali – banca del sangue raro
- Sistema regionale trapianti – S.C. Trapianti Lombardia – NITp
- Malattie rare
- Rete cure palliative
- Rete terapia del dolore
- Rete ostetrico-neonatale e ginecologica

SISTEMA REGIONALE TRAPIANTI

- Aggiornamento della composizione del centro regionale trapianti
- Sviluppo del procurement di organi e tessuti
- Banca regionale unica dei tessuti e degli organi
- Contenitori per il perfezionamento e il trasporto degli organi
- Implementazione del trapianto di rene da donatore vivente e deceduto
- Rete trasfusionale

Polo Ospedaliero (5/9)

HTA (HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT)

- Riorganizzazione dell'HTA regionale per favorire l'adozione di tecnologie efficaci, sicure ed efficienti

INNOVAZIONE TECNOLOGICA

- Avvio di un programma di investimenti per l'innovazione tecnologica nelle strutture del SSR, con focus su tecnologie avanzate per medicina personalizzata

ROBOTICA

- Estensione del programma di formazione sulla chirurgia robotica

ATTIVITA' DI CONTROLLO

- Programmazione dei controlli

DOCUMENTO DI HEART TEAM E COMPOSIZIONE

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

- I NOC dovranno verificare la presenza nella cartella clinica della scheda dello screening, seguiranno indicazioni specifiche su questa tipologia di controllo.

Polo Ospedaliero (6/9)

RISK MANAGEMENT

- Sicurezza in area ostetrica e perinatale
- Implementazione di un sistema per la gestione del rischio in ambito territoriale e sociosanitario
- Sviluppo della gestione del «full based thinking» (HERM)
- Gestione delle crisi e continuità operativa (linee di indirizzo)
- Prevenzione infezioni correlate all'assistenza e sepsi
- Sistema di monitoraggio delle attività di risk management
- Applicativo di incident reporting – HERMLOM
- Formazione dei risk manager/network di risk management
- Gestione del contenzioso/copertura assicurativa RCT/RCO
- Rischio nutrizionale
- Raccomandazioni ministeriali

Polo Ospedaliero (7/9)

NUOVE TARIFFE

- Riabilitazione
- Ospedale di comunità
- Sub acuti
- Revisione tipologia chirurgia vascolare nei DRG 110 e 111 con aggiornamento delle tipologie di device rilevati in SDO4
- Correzione endovascolare di aneurisma/dissezione dell'aorta con endoprotesi fenestrate o ramificate
- Revisione completa della codifica SDO4
- Differenziazione DRG 211, 212, 219, 220, 224 e 225 introducendo rilevazione innesti dispositivi Ilizarov
- Differenziazione Drg 055 introducendo rilevazione innesto protesi ossiccolari
- Mastectomia profilattica o di riduzione del rischio (MRR)
- Trattamento sistemico neoadiuvante della terapia della neoplasia mammaria
- Definizione del DRG 042 interventi su strutture intraoculari escl. Retina, iride e cristallino
- Tariffe DRG 014 e 543 nella rete hub e spoke
- Attività di pronto soccorso – algoritmo di abbattimento

MOBILITA' INTERNAZIONALE – FATTURAZIONE SU ASPE ATTIVA E PASSIVA

- Lato debiti
- Lato crediti

Polo Ospedaliero (8/9)

NUTRIZIONE CLINICA

- Indicazioni sulla Nutrizione Artificiale Domiciliare (NAD)

PROTOCOLLO ERAS

- Introduzione nel percorso del paziente chirurgico programmato del protocollo ERAS

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

- AREU sviluppa un modello unico per la gestione delle segnalazioni dei pazienti pediatrici con condizioni cronico-complesse non guaribili
- Coinvolgimento di medici con il titolo di master anche nell'ambiente extraospedaliero

EVOLUZIONE CENTRALE UNICA DIMISSIONE POST OSPEDALIERA - PRIAMO

- Verrà effettuato il passaggio dell'attività e dei flussi informativi da AREU alle ASST, per la gestione delle dimissioni

ASST FATEBENEFRATELLI SACCO

Per garantire una migliore continuità di cura in ordine alla gestione delle urgenze emergenze oculistiche coordina e rende operativa una rete delle Unità Operative di Oculistica coinvolgendo Strutture pubbliche e private accreditate.

- Relativamente alla Medicina dello Sport, anche in considerazioni dell'evento Olimpico di prossima attivazione, si ritiene di identificare l'Ospedale Sacco tra le Strutture di riferimento in Medicina e Patologia dello Sport, quale Polo per la Medicina dello Sport.

Polo Ospedaliero (9/9) – Focus Negoziazione

ATTIVITA' DI RICOVERO E CURA

Per gli EEPA, sono previsti due budget separati: uno per i residenti lombardi e uno per i residenti fuori regione. La definizione dei budget 2025 si baserà sui contratti sottoscritti entro il 30/04/2024, con incrementi per gli erogatori che abbiano raggiunto gli obiettivi nel 2023. I budget per i ricoveri e le prestazioni ambulatoriali degli erogatori privati accreditati saranno aumentati per far fronte alla crescente domanda. Il budget per i residenti fuori regione per le prestazioni di alta complessità sarà incrementato fino al 30%, mentre per quelle di bassa complessità si confermeranno le regole del 2024.

ALTA COMPLESSITA' E IRCCS

Per gli erogatori pubblici, è confermata la possibilità di riconoscere ricavi derivanti da produzione superiore a quella contrattualizzata, previa valutazione positiva della DGW, senza impatti sul bilancio del sistema. Una quota fino al 7% del budget per i cittadini lombardi è legata al raggiungimento di specifici obiettivi definiti da ATS, con eventuali fondi non riconosciuti che rimangono a disposizione delle ATS

ATTIVITA' AMBULATORIALE

Il budget di struttura per le attività di specialistica ambulatoriale per il 2025 sarà calcolato sulla base del contratto 2024, stipulato entro il 30/06/2024, al netto delle risorse non storicizzabili. Il contratto dovrà essere firmato entro il 31/03/2025. Sarà riconosciuto un incremento fino all'1% del budget agli EEPA che abbiano raggiunto gli obiettivi sulle liste di attesa del 2023, destinato a prestazioni critiche. Tale incremento sarà finanziato con risorse residue derivanti dal mancato raggiungimento degli obiettivi di quota variabile 2023. Agli EEPA che nel 2024 abbiano superato il 106% di produzione (esclusi i laboratori), sarà riconosciuto un incremento proporzionale per prestazioni critiche. Se i fondi residui sono superiori a quelli necessari, le ATS potranno chiedere integrazioni al budget. Ogni ATS stabilirà soglie minime di produzione per determinati gruppi di prestazioni, con riconoscimenti tariffari variabili in base al raggiungimento delle soglie. Le prestazioni di laboratorio avranno un abbattimento tariffario del 70% tra il 97%-106%. Per le prestazioni PNGLA, non ci saranno abbattimenti fino al 110%. Inoltre, ogni ATS dovrà destinare il 10% del budget "Cittadini Lombardi" agli obiettivi specifici, mentre almeno il 3% del budget di specialistica ambulatoriale dovrà essere riservato alle prestazioni per pazienti cronici.

4. Polo Territoriale – Interventi Sociosanitari

Sviluppo delle cure primarie

Lo sviluppo delle Cure Primarie trova nella definizione del concetto di fragilità di cui al PSSR 2024-2028 un punto chiave di lavoro. Le 5 componenti della fragilità individuate all'interno del PSSR guidano per il prossimo triennio il lavoro di sviluppo delle Cure Primarie

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

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

Poiché la vulnerabilità sociale è pensata come mediatore tra azioni (preventive, curative, riabilitative) ed esiti (ovvero l'efficacia delle azioni è tanto minore quanto maggiore è la vulnerabilità sociale del territorio in cui le azioni vengono erogate) questa componente della fragilità dovrebbe guidare l'intensità e le modalità di intervento relative alle altre componenti della fragilità.

Altre fragilità con interessamento in particolare della Pediatria di Libera Scelta riguardano l'infanzia e l'adolescenza, ancor più in seguito alla pandemia, che ha esacerbato le vulnerabilità esistenti. La dispersione scolastica rappresenta sia un fattore di rischio sia un fattore di aggravamento nel **disagio minorile**, nei **disturbi del neurosviluppo** e nei disturbi psichiatrici dei minorenni, che tutti appaiono in rilevante aumento.

TELEMEDICINA

La presa in carico del paziente cronico e/o fragile per la Medicina di Famiglia può essere facilitata mediante l'avvio e il consolidamento della telemedicina nell'attività di studio del medico e nel programma di qualificazione dell'assistenza domiciliare. Anche nella gestione dell'età evolutiva da parte dei Pediatri di Libera Scelta, l'utilizzo di attività di telemedicina, come il teleconsulto con gli Specialisti, può rappresentare uno strumento efficace di collaborazione professionale. A tal fine si intende avviare prioritariamente il teleconsulto MMG/PLS e Specialista, e il Telemonitoraggio di livello 1.

Assistenza sanitaria primaria: la gestione dell'urgenza territoriale

L'Assistenza Sanitaria Primaria è GARANTITA dalla Medicina e dalla Pediatria di Famiglia. L'evoluzione e il potenziamento delle Cure Primarie trovano in due distinte direttrici la propria attuazione:

- **LA GESTIONE DELL'URGENZA TERRITORIALE**
- **LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CRONICO E/O FRAGILE** con attenzione alle fasce d'età più avanzate per la Medicina di Famiglia e con attenzione all'adolescenza per la Pediatria di Famiglia

LA GESTIONE DELL'URGENZA TERRITORIALE

- ✓ ACCESSO ALL'ASSISTENZA SANITARIA PRIMARIA GUIDATO
- ✓ LAVORO IN SEQUENZA → RELAZIONE DI FIDUCIA TRA PROFESSIONISTI
- ✓ L'UNIVERSO DEI SAPERI E DELLE COMPETENZE
- ✓ LA PROSSIMITA' TERRITORIALE PER LE VISITE AMBULATORIALI E GLI ACCESSI AL DOMICILIO (L'IMPORTANZA DEGLI AMBULATORI NELLE CASE DI COMUNITA' E L'IMPLEMENTAZIONE DELLA CAPACITA' DIAGNOSTICA - ECO FAST/POCT/ECG)



CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

Hai un problema di salute ma non puoi aspettare la risposta del tuo medico o pediatra di famiglia? Se non è un'emergenza chiama il

116117
Numero Europeo Armonizzato

QUANDO? Giorni feriali: dalle 19:00 alle 8:00 Sabato, domenica e festivi: 24/24 ore

COME? Contatta il 116117 prima di presentarti in un ambulatorio di Continuità Assistenziale.

PERCHÉ? Gli operatori del 116117 sapranno indirizzarti verso il servizio più idoneo.

Il medico EROGA:

- Consulenza telefonica con l'eventuale supporto di videochiamata
- Visita medica ambulatoriale o domiciliare
- Prescrizioni farmaceutiche per una terapia non differibile e/o per coprire un ciclo di terapia
- Certificazioni di malattia per i lavoratori turnisti, limitatamente ai giorni coincidenti con le aperture della Continuità Assistenziale

Il medico NON EROGA:

- Ripetizioni di ricette in terapie croniche
- Trascrizioni di prescrizioni di altri medici esterni al Sistema Sanitario Nazionale
- Certificati per attività sportiva
- Prescrizioni di visite ed esami non inerenti alla problematica acuta in atto
- Certificazioni per riammissione a scuola/asilo nido

In caso di emergenza o situazione pericolosa per la vita, chiama il **112**

AREU Agenzia Regionale Assistenza Urgenza
Regione Lombardia



CONTINUITÀ ASSISTENZIALE PEDIATRICA

Il tuo bambino ha un problema di salute ma non puoi aspettare la risposta del pediatra di famiglia? Se non è un'emergenza chiama il

116117
Numero Europeo Armonizzato

QUANDO? Sabato: dalle 9.00 alle 14.00

COME? Contatta il 116117 prima di presentarti in un ambulatorio di Continuità Assistenziale.

PERCHÉ? Gli operatori del 116117 sapranno indirizzarti verso il servizio più idoneo.

Il pediatra EROGA:

- Consulenza telefonica con l'eventuale supporto di videochiamata
- Visita medica presso gli ambulatori dedicati
- Prescrizioni farmaceutiche per una terapia non differibile e/o per coprire un ciclo di terapia

Il pediatra NON EROGA:

- Ripetizioni di ricette in terapie croniche
- Trascrizioni di prescrizioni di altri medici esterni al Sistema Sanitario Nazionale
- Prescrizioni di visite ed esami non inerenti alla problematica acuta in atto

In caso di emergenza o situazione pericolosa per la vita, chiama il **112**

AREU Agenzia Regionale Assistenza Urgenza
Regione Lombardia

Interventi Sociosanitari

- Implementazione del Distretto e attuazione di percorsi definiti all'interno dei PPT
- Operatività COT
- Integrazione con la programmazione sociale territoriale (Piani di Zona)
- Riorganizzazione dei servizi per le persone anziane e di quelle con disabilità, in relazione all'evoluzione dei loro bisogni e individuazione di modelli innovativi
- Definizione di strumenti e modelli per la stratificazione dei bisogni delle persone fragili, nella prospettiva di una pianificazione di servizi anche innovativi
- Definizione di un percorso organizzativo funzionale a definire le politiche integrate in tema di disabilità e non autosufficienza

Interventi Sociosanitari - Disabilità

1. APPLICAZIONE DEL D.LGS. 62/2024

Definizione delle modalità di riordino e unificazione, all'interno delle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), delle attività e dei compiti svolti dalle UVM e dei criteri con cui attribuire le funzioni di coordinamento dell'UVM In raccordo con la Direzione Generale Famiglia Solidarietà Sociale Disabilità e Pari opportunità.

2. NODI DAMA (Disabled Advanced Medical Assistance)

Promuovere la **diffusione dei nodi DAMA nei territori di tutte le ASST/IRCCS**, come previsto dalla L.R. 33/2009. Le risorse saranno destinate alle ASST già formate con il modello DAMA per la diffusione delle modalità di presa in carico delle persone con disabilità, in accordo con la Direzione Generale Welfare. È stato stanziato un importo di 100.000€.

3. SPECIFICHE DETERMINAZIONI PER GLI INTERVENTI A SOSTEGNO DELLE PERSONE CON DISABILITÀ

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

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

4. Verranno promosse inoltre una serie di iniziative in ambito **TURISMO ACCESSIBILE, INSERIMENTO LAVORATIVO** e ulteriori progetti finanziati attraverso il **FONDO INCLUSIONE AUTISMO** ministeriale

Interventi Sociosanitari

1. MISURE A FAVORE DELLA POPOLAZIONE FRAGILE

- Riordino **Consultori Familiari**: revisione requisiti di accreditamento, individuazione Cabina di Regia e indicazioni per l'individuazione di equipe/ dedicate per l'intercettazione del disagio degli adolescenti e l'accompagnamento verso i servizi appropriati;
- Rinnovo sperimentazioni residenzialità assistita per anziani e per religiosi;
- **Villaggio Alzheimer**: analisi rendicontazione e livelli assistenziali per valutare una revisione tariffa giornaliera, possibilità di ampliamento posti per le progettualità già attive e avvio nuove progettualità per i territori scoperti;
- Rinnovo misura «Comunità per minori **vittime di abuso e grave maltrattamento**» e parallelamente avvio analisi degli impatti e avvio sperimentazione di comunità per minori allontanati con bisogni sanitari anche in relazione alla sperimentazione di cui alla DGR 7600/2017 (43/san): verrà avviato un tavolo con i gestori, ANCI per definire i requisiti;
- Avvio **sperimentazione di prestazioni** socio sanitarie in **Udo Sociali** (disabili e anziani) come previsto dalla DGR 2966/2024;
- Aggiornamento della rete d'offerta: approfondimento della collocazione del Servizio residenziale terapeutico–riabilitativo a media intensità per minori (SRM) all'interno della rete d'offerta rivolta ai minori che necessitano di percorsi intensivi nell'ottica di una crescente modularità.
- Aggiornamento dei criteri RSA Aperta in base ai bisogni (ex DGR 2508/2024)

2. ATTUAZIONE ICA II LIVELLO E RELATIVO MONITORAGGIO

Si prevede attuazione nell'ambito delle RSD di cui alle D.G.R. n.1513/2023 e D.G.R. n.2229/2024, con relativo monitoraggio, confermando l'impegno di 12 mln già previsti nelle precedenti DGR.

3. AGGIORNAMENTO DELLA RETE DI OFFERTA

Approfondimento della collocazione del Servizio residenziale terapeutico–riabilitativo a media intensità per minori (SRM) all'interno della rete d'offerta rivolta ai minori che necessitano di percorsi intensivi nell'ottica di una crescente modularità.

Dipendenze e Sanità Penitenziaria

DIPENDENZE

1. **Equipe Specializzata Ospedaliera Dipendenze (ESOD)** sperimentazione in 3 ATS (ATS Milano, ATS Pavia, ATS Brianza)
2. Riforma rete ambulatoriale: revisione del **nomenclatore tariffario** di cui alla DGR n. 20586/2005 e al relativo tracciato AMB; revisione delle modalità del calcolo dei budget; revisione dei contratti degli SMI per potenziare l'offerta di prestazioni ambulatoriali
3. Potenziamento del **Progetto Parchi**
4. **GAP**: prosecuzione delle attività e durata biennale dei progetti.
5. Completamento del percorso di revisione dei **criteri di accreditamento** delle unità d'offerta residenziali/semiresidenziali
6. Prosecuzione «**Progetto Indaco**» sui disturbi specifici dell'apprendimento (**DSA**) con istituzione della rete regionale dei Nuclei Funzionali DSA e sviluppo di azioni sperimentali
7. Proroga al 1/05/2025 il termine per la realizzazione del progetto “Buone pratiche di Telemedicina in alcologia e nelle dipendenze” con incarico assegnato alla ASST di Crema. Messa a disposizione n.2 corsi FAD asincroni accreditati ECM per consentire la più ampia partecipazione degli operatori di tutti i profili professionali dei servizi delle dipendenze sul territorio nazionale. La Formazione degli operatori sulle buone pratiche è una delle azioni di Regione per la strutturazione della telemedicina nei servizi territoriali e specialistici

SANITÀ PENITENZIARIA

1. Applicazione del nuovo modello della **rete regionale dei servizi sanitari penitenziari per adulti**: la nuova organizzazione della rete regionale dei servizi sanitari penitenziari che si concretizzerà nella revisione della DGR n. 4716/2016 stabilisce che il servizio sanitario negli istituti penitenziari sia erogato **in forma di Casa di Comunità** afferente alla rispettiva ASST.
2. Riorganizzazione dei servizi sanitari **penitenziari per minori**

Area salute mentale e Psicologia

1. Apertura del reparto di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza dell'ospedale Bassini dell'ASST Nord Milano e costituzione della **Rete Regionale dei Reparti di NPIA**.
2. Definizione di specifici **PDTA** regionali su aree **psicopatologiche emergenti** (disturbi alimentari, disturbi di personalità) e potenziamento dei servizi territoriali di psichiatria
3. Mappatura dell'offerta di **residenzialità in NPIA** con identificazione delle aree con indice regionale più basso e potenziamento dell'offerta
4. Potenziamento dei **Programmi domiciliari integrati** di **Psichiatria** e introduzione possibilità di PDI anche per la NPIA. Prime indicazioni sul **Budget di Salute**.
5. Definizione **filiera degli interventi per il contrasto al disagio dei minori** attraverso team dedicati e percorsi di rete con il coinvolgimento delle ATS e delle ASST
6. Istituzione della **rete di coordinamento dei reparti di NPIA** e progetto sperimentale interaziendale per l'apertura del reparto di neuropsichiatria dell'ASST Nord Milano (focus slide successiva)
7. Attivazione **50 posti di centro Diurno di NPIA** nelle ASST/IRCCS pubblici sulla città di Milano dedicati alla psicopatologia dell'adolescenza
8. Indicazioni operative per accesso ai Servizi di Psichiatria e Neuropsic. dell'Infanzia e dell'Adolescenza
9. **Campi Flegrei e Psicologia delle Emergenze**: costituzione Task Force Campi Flegrei e istituzione della Equipe Psicologia Emergenza (EPE) in ogni ASST

Dipartimento Interaziendale NPIA Milano

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



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



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



Per sostenere l'impegno del nuovo reparto, è necessario reclutare personale medico, poiché l'attuale équipe non è numericamente sufficiente → Si dà mandato all'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di contribuire al reclutamento, anche tramite concorso per dirigente medico in neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza.

I professionisti selezionati svolgeranno i primi due anni di pratica presso l'ospedale Bassini dell'ASST Nord Milano, costituendo un'équipe che potenzierà quella già presente.



Viene contestualmente istituita la **RETE DI COORDINAMENTO DEI REPARTI DI NPIA LOMBARDI** già in essere o in via di istituzione, con la **REGIA DELLA DG WELFARE E COORDINATA DALLA NPIA DELL'ASST SANTI PAOLO E CARLO**, finalizzata a monitorare il funzionamento dei reparti, a omogeneizzare le modalità di intervento e di funzionamento delle UONPIA e a organizzare la formazione continua del personale.

Accreditamento e Contrattazione sociosanitaria

ACCREDITAMENTO

- L'accREDITamento delle unità di offerta sociosanitarie residenziali e semiresidenziali per anziani e disabili è **ammesso solo nei territori di ASST con posti accreditati inferiori all'indice regionale**, in seguito al parere dell'**ATS che deve confermare la verifica degli indici di copertura** nel territorio di ubicazione delle UdO
- Le **ATS devono trasmettere entro il 20/01/2025 il monitoraggio delle UdO sociosanitarie**, specificando l'ultimo sopralluogo, motivazione per eventuali mancanze, numero di posti letto autorizzati/accreditati e temporaneamente inattivi, data di conclusione lavori (entro il 24/04/2028) e le misure adottate per soddisfare i requisiti.
- Verrà avviato il percorso di implementazione di un sistema di **monitoraggio dell'appropriatezza dei servizi** e in accordo alla DGR 1765/2014 **l'implementazione del sistema di monitoraggio** attraverso l'analisi dei flussi informativi

CONTRATTAZIONE

Casistiche di nuove contrattualizzazioni nel 2025: in continuità con il 2024

- Udo realizzate con finanziamenti pubblici
- Chiusura Piani Programma
- In caso di chiusura UDO, manifestazioni di interesse da parte dell'ATS, garantendo l'invarianza del budget di ATS
- Ospedalità di continuità privati: continuità dei contratti del 2024 con budget confermato per ATS e strutture+ possibilità di assegnazione sulla stessa ATS dei posti non assegnati nel 2024

Spostamenti posti a contratto Enti Unici:

in continuità con il 2024, possibilità di trasferimento nella stessa ATS o in altre ATS mantenendo coerenza nella distribuzione territoriale (rispetto degli indici): esclusione per cure domiciliari perché interessate dal PNRR e Cure intermedie per riordino specifico.

Processo di negoziazione e determinazione del budget 2025

Conferma del contratto di filiera per ATS

Principio per il calcolo dell'ipoproduzione e dell'iperproduzione

- per le UDO in filiera, confrontando il budget della filiera di quella tipologia di UDO con la produzione della filiera di quella tipologia di UDO
- per le UDO non in filiera confrontando il budget della struttura con la produzione della struttura

Logica della piena allocazione delle risorse mantenendo la finalizzazione delle assegnazioni

Nel calcolare il budget 2025 (di strutture/di filiera di UDO), sarà possibile storicizzare solo la quota di rimodulazione di budget che è stata finanziata con le risorse originariamente assegnate a ciascuna ATS per la specifica tipologia di Unità di Offerta (UDO).

Flussi sociosanitari e sanitari area salute mentale

- Le ATS devono garantire l'**alimentazione dei flussi informativi e del gestionale Sidiweb** da parte degli enti erogatori del territorio, anche per l'**assistenza in solvenza**
- Verranno garantite **prestazioni da remoto per consultori e RSA aperta**, rendicontate secondo i flussi informativi previsti dalle indicazioni degli uffici competenti
- **Avvio del Sistema informativo sanitario per le dipendenze (SIND)** dal 01/01/2025
- il Sistema Informativo della Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza (SI-NPIA) sarà attivato come database unico per le attività erogate, con finalità statistico-epidemiologiche

Avvio **due nuovi flussi informativi** a livello nazionale e precisamente:

- **Sistema informativo dell'assistenza primaria (SIAP)**, per la rilevazione di prestazioni di cure primarie erogate da medici di medicina generale e pediatri di libera scelta;
- **Sistema informativo degli ospedali di comunità (SIOC)**

Famiglia

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

L'evoluzione dei bisogni delle persone con disabilità e delle loro famiglie, insieme ai cambiamenti normativi e regolativi, sta portando a una concezione più inclusiva dei servizi. Per sostenere questa trasformazione, occorre aggiornare le caratteristiche di funzionamento delle diverse unità di offerta, garantendo soluzioni più flessibili, sostenibili e in linea con le aspirazioni delle persone. Il cambiamento culturale nella concezione della disabilità, che ha enfatizzato il progetto di vita individuale e partecipato, richiede la **riorganizzazione dei servizi semiresidenziali e residenziali**. L'obiettivo è realizzare percorsi personalizzati per ciascun individuo, definiti in un Piano Educativo Individualizzato (PEI), per favorire l'inclusione sociale e il sostegno alla famiglia.

Il PEI deve trovare il suo fondamento nella prospettiva delineata dal progetto di vita spostando il focus dalla dimensione di «cura e protezione» al tema della «inclusione e delle scelte» delle persone, dalla valutazione dei bisogni di protezione alla condivisione dei percorsi di vita, dalle abilità funzionali alle fasi evolutive dell'esistenza.

Nel 2025, proseguirà il processo di revisione delle caratteristiche e dei requisiti delle unità di offerta sociali, con particolare attenzione a quelle rivolte a persone con disabilità e anziani. L'obiettivo è riqualificare la rete sociosanitaria e sociale in una logica di integrazione, modularità e continuità dei percorsi. Come previsto dalla D.G.R. n. 2966/2024, la DG Famiglia, in collaborazione con la DG Welfare, ha avviato una ricognizione tramite un questionario specifico presso CSE e CAD per analizzare i bisogni sanitari nelle unità di offerta sociali.

È previsto un impegno economico di 2,5 milioni di euro.

Programma di welfare per MMG e PLS

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

- **La promozione della salute**
- **La conciliazione tempi di vita/lavoro**

Si introduce, così, un **programma di welfare** quale ulteriore possibile elemento di attrattività lombarda verso nuovi Medici.

Si prevedono incontri con le principali associazioni di categoria datoriale per lo sviluppo di un percorso e di specifiche progettualità.

5. Farmaceutica

Assistenza farmaceutica e protesica (1/2)

ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA

- Ruolo ATS (UO farmaceutiche di ATS) su monitoraggio prescrizioni
- Obiettivo 2025 per ATS e i dipartimenti delle ASST delle cure primarie
- Implementazione dei PT web-based per mobilità intra-regionale e progetti evolutivi
- Progetto distribuzione per conto

DISTRIBUZIONE PER CONTO

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

FARMACIA DEI SERVIZI

- Prosecuzione progetto sperimentale di servizi di telemedicina

Assistenza farmaceutica e protesica (2/2)

ASSISTENZA FARMACEUTICA OSPEDALIERA

- File F, terapie ATMP e nuovi farmaci orfani per malattie rare per CAR-T
- Promozione dell'uso dei farmaci biosimilari: obiettivo percentuale
- Obiettivo su completezza e chiusura schede registri AIFA
- Progetto: erogazione di buprenorfina nelle formulazioni impianto uso sottocutaneo e soluzione iniettabile a rilascio prolungato da parte dei SERD pubblici e nelle carceri lombarde
- Progetto pilota: distribuzione diretta di prossimità nei pazienti affetti da psoriasi a placche residenti in Regione Lombardia
- Proposta accordo con regioni di confine per l'erogazione di terapie di farmaci del File F

ASSISTENZA PROTESICA E INTEGRATIVA

- Entrata in vigore del nuovo nomenclatore

SPERIMENTAZIONE CLINICA – COMITATI ETICI TERRITORIALI

- Bando unico con elenco sempre valido e aggiornato per l'individuazione dei componenti dei CET di RL
- Aggiornamento allegato 4 di cui DGR n. 281 del 15 maggio 2024 – requisito d'accesso alla formazione del Biostatistico

CENTRO REGIONALE DI FARMACOVIGILANZA: DEFINIZIONE ASSETTO CRFV TRIENNIO 2025-2027

- È necessario stabilire i membri e la collocazione del CRFM per il triennio 2025-2027

DISPOSITIVO-VIGILANZA

- Con riferimento ai LEA, si descrivono gli obiettivi che a partire dal 2025 sono in capo a tutte le strutture sanitarie

6. Presa in carico

Presa in carico del paziente cronico (1/3)

INDICAZIONI SUL PERCORSO DI PRESA IN CARICO

La DGR n. XII/2755/2024 ha definito le modalità organizzative del modello introducendo nuovi indicatori di monitoraggio del percorso di presa in carico per i centri servizi e indicatori di esito e di processo per i MMG correlati al sistema incentivante (8 €/paziente preso in carico aderente).

- Per i MMG aderenti a Cooperativa: la presa in carico proseguirà secondo la procedura definita nella DGR n. XII/2755/2024.
- Per i MMG non aderenti a Cooperativa: la presa in carico sarà gestita a livello territoriale, coinvolgendo il distretto e l'AFT. Il MMG redigerà il PAI attraverso il SGDT, inviandolo alla COT, che si occuperà della prenotazione delle prestazioni, del monitoraggio e del contatto con i pazienti. Le prestazioni saranno prenotate prioritariamente presso le Case di Comunità dell'ASST.
- Percorso ospedaliero: i Medici di Medicina Generale (MMG) hanno un ruolo principale nella gestione dei pazienti cronici, lasciando agli enti pubblici e privati accreditati la presa in carico dei casi più complessi che richiedono un approccio multidisciplinare. Gli enti erogatori continueranno a rinnovare i Piani Assistenziali Individuali (PAI) in scadenza e a prendere in carico nuovi pazienti, fino a quando il MMG potrà garantire la continuità del percorso di PIC. Solo a questo punto le strutture responsabili procederanno al disarruolamento del paziente per agevolare la gestione diretta del MMG.

ULTERIORI SPECIFICHE PAI

Il PAI, insieme a tutte le ricette e prenotazioni correlate, dovrà essere valorizzato con il codice univoco Protocollo PAI. Inoltre, dovrà essere redatto esclusivamente in formato digitale: i Medici di Medicina Generale (MMG) in cooperativa dovranno impiegare il software gestionale in loro possesso, mentre i MMG non in cooperativa dovranno utilizzare la piattaforma regionale SGDT.

Presa in carico del paziente cronico (2/3)

AGENDE DEDICATE

In continuità con quanto disposto dalla DGR n. XII/1827/2024 «Si conferma per il 2025 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 3% del tetto di struttura di specialistica ambulatoriale per cittadini lombardi» si invitano le ATS ad attuare una costante attività di confronto con gli Erogatori e le Cooperative affinché vengano messe a disposizione agende dedicate alla Presa In Carico.

MONITORAGGIO DEL PROCESSO

La Direzione Generale Welfare e le ASST monitoreranno in tempo reale la presa in carico dei pazienti cronici da parte dei MMG tramite una Dashboard dedicata, con dati aggiornati e indicatori di performance. Proseguirà anche il monitoraggio mensile delle agende ASST per le Cooperative, per migliorare la gestione del servizio.

TELEMEDICINA PER MMG

Uno degli obiettivi per il 2025 sarà coinvolgere i MMG nell'erogazione di prestazioni (ECG, Holter pressorio e Holter cardiaco) in telemedicina ai pazienti cardiopatici con PAI. La sperimentazione (definita con un provvedimento ad hoc) mira a migliorare la gestione dei pazienti cronici, favorendo l'integrazione tra MMG e specialisti, e a ridurre le liste d'attesa degli enti erogatori.

RIORGANIZZAZIONE RETE OFTALMICA NELLA CITTÀ METROPOLITANA DI MILANO

L'ASST Fatebenefratelli Sacco di Milano è il centro di riferimento per le emergenze oftalmologiche nell'area della Città Metropolitana di Milano e l'unico servizio specialistico attivo tutto l'anno in Lombardia. Affronta una domanda crescente e criticità legate alla carenza di personale. Al fine di garantire una gestione più equilibrata e sostenibile, è fondamentale una rete collaborativa tra tutte le Unità Operative di Oculistica cittadine, supportata da risorse condivise, tecnologie per il collegamento telematico, e il coinvolgimento di Strutture pubbliche e private accreditate, specialmente nei periodi di maggiore afflusso.

Presa in carico del paziente cronico (3/3)

ETÀ ADULTA

Preso in carico del paziente cronico o fragile per la Medicina di Famiglia tramite una vera e propria implementazione del modello della PIC grazie a:

- Inserimento del programma di sorveglianza domiciliare (PSD) nei piani assistenziali individuali (PAI)
- Avvio e consolidamento della telemedicina
- Sviluppo di progettualità a «*Bridge*» tra territorio e ospedali

ETÀ EVOLUTIVA

Preso in carico del paziente per la Pediatria di Famiglia tramite una vera e propria implementazione del modello della PIC grazie a:

Coinvolgimento della pediatria in progettualità (AAIIRR) per la diagnosi precoce dello sviluppo/disturbi del comportamento e invio ai centri di secondo livello/psicologia delle cure primarie

Consolidamento ed estensione del progetto di telemedicina per la refertazione a distanza tracciati ECG in fase di valutazione di idoneità sportiva

Teleconsulto a rinforzo della relazione tra pediatra di libera scelta e altre branche specialistiche

Nel 2025 si punta a consolidare l'organizzazione della Medicina Generale e della Pediatria di Famiglia attraverso le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), integrate con le Forme associative Avanzate (FAA) che sperimentano attività innovative e si collegano alle Case di Comunità Hub. L'ingresso delle Cure Primarie nelle ASST sta favorendo la collaborazione tra ospedali, Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta, grazie agli Accordi Integrativi Regionali approvati nel 2024.

7. Monitoraggio tempi d'attesa

Liste di Attesa - Governo e monitoraggio dei tempi/liste di attesa (1/5)

TEMPI DI ATTESA DEI RICOVERI CHIRURGICI PROGRAMMATI

Definizione per l'anno 2025 dei seguenti obiettivi di performance del rispetto dei **tempi massimi di attesa per i ricoveri chirurgici programmati**:

- ✓ Ricoveri chirurgici oncologici - classe di priorità A: **88%**
- ✓ Ricoveri chirurgici non oncologici - tutte le classi di priorità: **85%**

PIANO OPERATIVO REGIONALE DI GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA

Considerata la significativa variabilità della produzione per l'anno 2024, il **Piano Operativo 2025** prevederà che gli **Enti che hanno garantito un incremento produttivo nel 2024 mantengano tali livelli**. Diversamente, gli **Enti che non hanno garantito la produzione 2024 dovranno adottare misure per garantire un incremento** del livello di produzione.

MONITORAGGIO

Prosecuzione del monitoraggio regionale con **trasmissione dei dati a cadenza almeno trimestrale** da parte di ASST, IRCCS di diritto pubblico e ATS (per Enti privati accreditati a contratto) relativi all'attività di **riduzione delle liste di attesa dei ricoveri chirurgici programmati**, su cui incidono sia le prestazioni erogate sia fattori quali la scelta di altri erogatori da parte dei pazienti, il mutamento delle loro condizioni cliniche o il loro decesso.

PERCORSI DI CURA INTERNI

Garanzia da parte degli **Enti Erogatori Pubblici e Privati Accreditati a contratto** di **percorsi di cura interni**, intesi come **prenotazione ed erogazione di prestazioni necessarie al paziente** e prescritte da uno specialista interno all'Ente, **a seguito di un primo accesso**. La prenotazione dovrà avvenire attraverso l'**utilizzo di sistemi integrati regionali** o **convenzioni tra Enti** che consentano la prenotazione diretta con agende dedicate a specifici percorsi.

Liste di Attesa - Governo e monitoraggio dei tempi/liste di attesa (2/5)

OBBLIGO DI REFERTAZIONE

Pubblicazione da parte degli **Enti Erogatori Privati autorizzati** dei **referti sul FSE** in coerenza con Decreto del Ministero della Salute del 07/09/2023, Art. 3, comma 1 «Contenuti del FSE» e Art.12 «Soggetti che concorrono alla alimentazione del FSE». Tale operazione risulterà condizione necessaria per il **riconoscimento ed il mantenimento dell'autorizzazione** (aggiornamento dei requisiti autorizzativi) a erogare prestazioni.

PERCORSO DI TUTELA

Gestione, da parte della struttura (pubblica o privata) a cui il cittadino si rivolge, della **mancanza di disponibilità per le prestazioni richieste** nel territorio dell'ATS di riferimento:

- ✓ Inserimento del cittadino in lista di attesa predisposta da ciascun Ente tramite i sistemi regionali;
- ✓ Programmazione dell'appuntamento entro i tempi previsti dalla classe di priorità indicata in prescrizione;
- ✓ Comunicazione al cittadino autonomamente o con il supporto del CCR.

Se il cittadino si rivolge al **CCR** e lo stesso **non riesce a trovare una disponibilità in tutta l'ATS**, il CCR inoltrerà la richiesta all'**ASST/IRCSS di competenza** che dovrà farsene carico e **garantire l'appuntamento**.

AMPLIAMENTO DELL'ORARIO DI ATTIVITÀ DEI SERVIZI AMBULATORIALI E DI DIAGNOSTICA

Prosecuzione dell'**ampliamento dell'orario di attività dei servizi ambulatoriali e di diagnostica** estendendo la fascia oraria pomeridiana dalle ore 16 alle ore 20 e il sabato mattina in base alle aree e prestazioni più critiche rispetto ai tempi di attesa.

Liste di Attesa - Governo e monitoraggio dei tempi/liste di attesa (3/5)

RECUPERO DEL CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI E DI RICOVERO OSPEDALIERO NON EROGATE NEL CORSO DELL'ANNO 2023

Le **ATS** metteranno in atto le azioni necessarie al **recupero delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero non erogate al 01/01/2025 e prenotate nel 2020-2021-2022-2023**. Le risorse necessarie saranno assegnate agli EEP e EEPA a seguito di opportuna ricognizione regionale, con successivo provvedimento.

DIGITALIZZAZIONE LISTE DI ATTESA DEI RICOVERI

Necessità di migliorare qualità e completezza dei dati sulle liste di attesa dei ricoveri chirurgici programmati. L'obiettivo è uniformare le informazioni a livello regionale al fine di dare seguito alla richiesta del MdS di ampliamento dei flussi informativi volti al monitoraggio dei tempi di attesa

- ✓ Riorganizzazione della messa in lista dei pazienti, **introducendo il concetto di 'Lista di Presa in Carico'** come step antecedente la messa in lista. La data di presa in carico costituirà un nuovo campo obbligatorio nel flusso SDO;
- ✓ Introduzione del concetto di **"inappropriatezza"** relativamente alle giornate di ricovero anticipato legate a motivazioni di carattere organizzativo, all'effettuazione di procedure o accertamenti che potevano essere eseguiti durante il pre-ricovero;
- ✓ Gli Enti a produrranno e renderanno operative, entro il primo trimestre del 2025, le **Procedure aziendali** mirate alla **gestione del processo di ricovero per le liste d'attesa** dei ricoveri programmati
- ✓ Adozione da parte degli Enti di opportuna **modulistica da sottoporre al paziente** per approvazione e firma al momento dell'inserimento degli stessi in lista di attesa;
- ✓ Implementazione di un **cruscotto di monitoraggio con set di indicatori** relativi alla gestione delle liste d'attesa, che sarà reso disponibile alle ATS.

Liste di Attesa - Governo e monitoraggio dei tempi/liste di attesa (4/5)

AZIONI ATTIVITÀ DI RIDUZIONE DEL NO-SHOW

Attività di **reminder degli appuntamenti** fuori soglia da parte del CCR sulle prenotazioni fuori soglia con l'obiettivo di **liberare slot** e di **ridurre il fenomeno del no-show**. Gli Enti Erogatori dovranno comunicare (obbligo di notifica prestazioni) alla Rete Regionale di Prenotazione tutti gli appuntamenti fissati direttamente sui propri CUP al fine di permettere l'annullamento automatico delle prenotazioni doppie

RICETTA DEMATERIALIZZATA

Prosecuzione delle attività di gestione delle DEM, al fine di migliorare i valori percentuali di adozione della ricetta dematerializzata che, per gli specialisti ospedalieri, dovrà raggiungere il **90% delle prescrizioni prescrittibili** con ricetta dematerializzata.

FLUSSO MOSA e DGR XII/88/23

Sospensione definitiva del flusso MOSA e del flusso bi-settimanale stabilito con N.DGR XII/88

PROGETTO PER LO SCREENING DI PRIMO LIVELLO DELLA RETINOPATIA DIABETICA

Avvio del **progetto sperimentale** nell'ambito del **processo di screening per la retinopatia diabetica** (RD) presso gli ambulatori diabetologici dell'ASST Lodi. Verrà eseguito uno studio clinico osservazionale retrospettivo sui pazienti, che verranno sottoposti allo screening attraverso l'impiego di un software di intelligenza artificiale (IA) per l'analisi di immagini retinografiche.

Liste di Attesa - Governo e monitoraggio dei tempi/liste di attesa (5/5)

APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA

- ✓ Si invitano gli **Enti Erogatori Privati Autorizzati** a rendicontare anche le **prestazioni sanitarie erogate in regime di solvenza** attraverso il flusso predisposto ad hoc. L'invio di tale flusso risulta **condizione necessaria per il riconoscimento e il mantenimento dell'autorizzazione a erogare prestazioni sanitarie**;
- ✓ Monitoraggio del rispetto degli indicatori di **appropriatezza diagnostica**, adeguatezza del numero di **visite pneumologiche e RM muscoloscheletriche** nei pazienti over 65, percentuale di **pazienti che ripetono le RM lombari**;
- ✓ **Invio di report di monitoraggio** da parte delle ASST ai MMG, e medici prescrittori dipendenti;
- ✓ Monitoraggio della **concordanza tra quesito diagnostico e condizione di erogabilità** da parte degli Enti. (es. rispetto RAO)

BREAST UNIT – CARCINOMA MAMMARIO

Attuazione di iniziative volte a garantire e **migliorare l'appropriatezza prescrittiva**, a partire da un'attività di monitoraggio mirata al rispetto degli **indicatori di appropriatezza del percorso interno di cura e del follow-up** (almeno 5 anni) delle pazienti con carcinoma mammario, come indicato nella DGR XII/3458 del 25/11/24.

DIFFUSIONE DEL MODULO PRESCRITTIVO

Nel primo semestre del 2025, il **modulo prescrittivo regionale verrà implementato in un gruppo selezionato di Aziende**. Successivamente, sarà esteso anche alle restanti ASST/IRCSS/INRCA, agli Enti Erogatori Privati-Accreditati a contratto e ai Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta. Utilizzo dell'Intelligenza Artificiale all'interno del modulo prescrittivo finalizzata a migliorare il livello di appropriatezza prescrittiva.

PROGETTO ACCOGLIENZA

Ogni Ente sanitario deve prevedere dei **percorsi di accoglienza semplificati per le prestazioni ambulatoriali** affinché il **cittadino**, che abbia effettuato il pagamento online o tramite i punti di accesso previsti o esente, vada **direttamente in ambulatorio**.

8. Attori, organizzazioni e processi

Attori, organizzazioni e processi (1/2)

AGENZIA DI CONTROLLO DEL SISTEMA SOCIOSANITARIO LOMBARDO

- Analisi e monitoraggio dell'applicazione delle direttive regionali (DGR, decreti, circolari) presso gli Enti, pubblici e privati e accreditati, del SSR e i risultati in termini di efficacia, efficienza, qualità ed esiti.
- Valutazione degli indicatori di performance (NSG, PNE, Sant'Anna di Pisa) e, in collaborazione con le diverse UO della Direzione Generale Welfare, CODS, le ATS e AGENAS, effettuazione di audit mirati sui singoli enti secondo la metodologia approvata dal CODS.
- Collaborazione e supporto attivo alla DG Welfare per l'attività di analisi dei fabbisogni di personale, anche nelle fasi di sviluppo e di verifica delle risultanze del progetto attivo con AGENAS finalizzato allo sviluppo di una metodologia per la determinazione dei fabbisogni di personale in attuazione al dettato normativo espresso dall'art.19 del DL 35/2019.

OLIMPIADI

- Personale delle Medical Venue e Policlinici.
- Percorso per l'avvio delle attività dei Policlinici Olimpici
- Rimpatrio dei feriti e delle salme
- NEA 116117 e COT olimpiche.
- Ospedali Partner dell'area milanese, Prevenzione sanitaria e azioni integrate con U.O. Veterinaria
- Progetto degli interventi sanitari per la realizzazione dell'evento sportivo "Giochi Olimpici Invernali Milano-Cortina 2026" di cui a D.G.R. n. XII/2931 del 5.08.2024.

Attori, organizzazioni e processi (2/2)

AGENZIA REGIONALE EMERGENZA-URGENZA (AREU)

- Cooperazione tra DG Welfare e agenzia regionale emergenza-urgenza
- Convenzione emergenza-urgenza extraospedaliera
- Sistema dinamico di selezione delle postazioni di soccorso extraospedaliero di base
- Aggiornamento della DGR n. 5165/2016 in materia di personale addetto al trasporto sanitario, colore dei mezzi, logo AREU/NUE 112

ULTERIORI DETERMINAZIONI

- Potenziamento C-DOM
- Revisione del profilo dell'OSS e istituzione del profilo professionale di nurse assistant
- Determinazioni in materia di ASP
- Rinnovo sperimentazione della digitalizzazione degli accessi al pronto soccorso nell'ambito del processo di revisione dei percorsi di accoglienza
- Prosecuzione modello sperimentale di gestione del servizio di tutela dei minori
- Trasparenza – pubblicazione dati patrimoniali e reddituali dei dirigenti ex art. 14 d.lgs. N. 33/2013

9. Personale

Costi del personale e rinnovi contrattuali (1/6).

COSTI DEL PERSONALE

si conferma per l'anno 2025 la determinazione del budget unico per il personale dipendente a tempo indeterminato. Saranno assegnate le risorse disponibili per il reclutamento di personale per il potenziamento della rete territoriale, sia per l'applicazione del DL 35/2019. Si specifica, inoltre, i competenti uffici regionali forniranno indicazioni al fine di **prevedere l'accantonamento delle quote** riguardanti i rinnovi contrattuali delle aree del Comparto e delle Dirigenze per il triennio 2025-2027 ove gli stessi risultassero ancora non sottoscritti. Relativamente **al personale gravante sulle voci di costo «beni e servizi»**, per il 2025, è stato previsto un budget per il reclutamento di personale a costo "beni e servizi" nelle categorie «Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro»: questo reclutamento sarà limitato a condizioni organizzative specifiche

PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

Per affrontare la carenza di personale sanitario, ridurre le liste d'attesa e limitare le esternalizzazioni, le Aziende potranno utilizzare prestazioni aggiuntive in conformità con le deliberazioni della Giunta Regionale. Le tariffe definitive per il 2025 saranno stabilite dopo il confronto regionale con le OO.SS., e le tariffe provvisorie per il primo trimestre 2025 sono ivi indicate::

	Carenza di personale/riduzione esternalizzazioni	Pronto soccorso	Recupero liste d'attesa
Dirigenza	100,00	100,00	100,00
Comparto	50,00	50,00	50,00

*tariffe orarie al netto degli oneri a carico ente

Dal 2024, il limite massimo aziendale per le prestazioni orarie aggiuntive della Dirigenza Sanità è fissato dall'art. 89 comma 4 del CCNL 2019/2021, integrato con le risorse della Legge 213/2023 per il periodo 2024-2026. **Gli enti del SSN devono garantire l'invarianza finanziaria del costo complessivo delle prestazioni aggiuntive rispetto al 2021**, con possibili integrazioni di risorse regionali. Le ATS possono utilizzare prestazioni aggiuntive per il personale sanitario come previsto dalla LR. n. 4/2023

Personale – Obiettivi di prevenzione collettiva per le ATS (2/6).

Per il 2025 le ATS attivano **progettualità nell'ambito della prevenzione collettiva finalizzate alle attività di controllo**, la cui copertura finanziaria è a valere su specifici fondi dedicati per la Sicurezza Alimentare (Veterinaria e Prevenzione) e per la Sicurezza sui luoghi di lavoro (Prevenzione).

AREA PREVENZIONE

- I servizi PSAL delle ATS utilizzeranno **prestazioni aggiuntive per attività di controllo e prevenzione collettiva**, incluso il supporto alle Olimpiadi invernali Milano-Cortina 2026;
- Le tariffe saranno di **80 euro/ora per la dirigenza e 50 euro/ora per il personale sanitario**. I fondi per queste prestazioni derivano dalle ammende e sanzioni per la vigilanza in materia di salute e sicurezza sul lavoro;
- Le tariffe potrebbero essere riviste a seguito di confronti regionali;
- Le attività si svolgeranno principalmente fuori dall'orario di lavoro e saranno finanziate da fondi specifici, con risorse integrate dagli introiti delle tariffe di controllo ufficiale;
- Le attività andranno programmate nei Piani Integrati di Controllo.

AREA VETERINARIA:

Nel 2025, le ATS svilupperanno specifiche progettualità "Obiettivi Prestazionali Incentivati" per i controlli ufficiali, come previsto dal Protocollo d'Intesa del 2024. Queste progettualità possono essere estese al personale delle strutture coinvolte nei controlli. Esempi di applicazione includono: *a)* Sostegno alle imprese alimentari per garantire la continuità delle attività di macellazione; *b)* Promozione degli scambi di prodotti di origine animale verso Paesi terzi; *c)* Controlli durante mostre e fiere con animali; *d)* Esecuzione di campioni per il piano nazionale residui (PNR) ed export latte; *e)* Supporto alle attività delle Olimpiadi invernali Milano-Cortina 2026; *f)* Gestione delle emergenze epidemiche.

Personale – Determina della spesa delle assunzioni integrative (3/6).

INCREMENTI VARIABILI DI ASSUNZIONI.

- Le assunzioni del PTFP 2024-2026, aggiuntive rispetto al 31/12/2018, sono finanziate dalle risorse ex art. 11 D.I. n. 35/2019, **previa autorizzazione regionale**. Questo finanziamento copre **trattamenti retributivi e oneri riflessi**, e sarà oggetto di monitoraggio regionale.
- Il limite di spesa del personale, indicato dall'art. 23 del D.I. n. 75/2017, dovrà essere **adeguato in aumento o diminuzione in base alle assunzioni o cessazioni**, mantenendo invariato il valore medio pro-capite della retribuzione accessoria del 2018.
- L'incremento del limite per l'assunzione a tempo pieno è calcolato come rapporto tra il fondo per la contrattazione integrativa del 2018 e il personale in servizio al 31/12/2018. L'adeguamento annuale del limite proporzionale agli incrementi di personale si basa sui cedolini stipendiali erogati al personale, con 12 cedolini equivalenti ad una unità a tempo pieno.

INCREMENTI STABILI DI ASSUNZIONI.

Questi finanziamenti - previsti da normative quali il D.L. 34/2020 e D.L. 73/2021, e che finanziano unità di personale per ADI, IFEC, terapie intensive, trasporti, sicurezza sul lavoro e assistenza territoriale – sono **destinati ad assunzioni a tempo indeterminato e coprono trattamenti retributivi e oneri riflessi**, con monitoraggi regionali annuali. Per il trattamento accessorio, la metodologia del decreto 35/2019 si applica anche ai decreti nn. 34/2020 e 73/2021 e nuovi provvedimenti legislativi. Il conteggio del personale finanziato dal D.L. 35/2019 deve escludere le assunzioni stabili previste dalle normative citate.

FONDI CONTRATTUALI STABILI.

Questi fondi sono rendicontati separatamente nel template e includono l'indennità di Pronto Soccorso, definita annualmente dai competenti uffici regionali. Viceversa, le **risorse integrative dei fondi contrattuali** sono previste da normative come L. 205/2017 e L. 145/2018. I finanziamenti della L. 205/2017 si consolidano annualmente, mentre quelli della L. 145/2018 sono assegnazioni annuali. Infine, rientrano nella sezione dedicata agli «ulteriori integrazioni annuali dei fondi contrattuali» tutte le risorse quantificate dalle singole aziende che, pur non rientrando nell'assegnazione regionale del budget del personale, sono oggetto di rendicontazione nelle tabelle 15 del Conto annuali (ad es., gli incentivi tecnici e i compensi per l'avvocatura).

Personale – Trasferimenti di personale e fondi contrattuali (4/6).

TRASFERIMENTI DI PERSONALE.

Per il calcolo delle unità di personale finanziate dal D.L. 35/2019, non si devono considerare i trasferimenti di personale tra aziende sanitarie avvenuti con decreti regionali: il conteggio del personale deve infatti escludere questi trasferimenti.

- **Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori e AREU:** I fondi contrattuali di queste istituzioni saranno implementati progressivamente per raggiungere i valori definitivi, con possibili incrementi in caso di nuove funzioni assegnate.
- **Trasferimento Poliambulatori da ASST Nord:** Il trasferimento comporta il passaggio di quote di fondi contrattuali alle nuove aziende. La quantificazione economica dei trasferimenti deve essere indicata negli elenchi di personale, considerati al 31/12/2021. La data di trasferimento è il 1° aprile 2025.

1) FONDI DEL PERSONALE DEL COMPARTO.

- **Fondo premialità e condizioni di lavoro** (art. 103 CCNL 2019-2021), il fondo consolidato al 31/12/2023 è ripartito in base al numero dei dipendenti in servizio, assegnato proporzionalmente al personale trasferito e ponderato secondo il peso previsto per area/categoria/profilo. Deve garantire anche il finanziamento dei posti coperti da personale in distacco sindacale e aspettativa non sostituito;
- **Fondo incarichi, progressioni economiche e indennità professionali** (Art. 102 CCNL 2019-2021): il fondo consolidato al 31/12/2023 è ripartito per garantire al personale trasferito alle ASST le risorse per il pagamento di indennità correlate agli incarichi, differenziali economici di professionalità, assegni ad personam, indennità di coordinamento, qualificazione professionale e indennità professionale specifica. Gli importi contrattuali sono determinati su base annua e per tempo pieno, inclusa la tredicesima mensilità se dovuta. Eventuali residui del fondo sono ripartiti proporzionalmente al personale trasferito.

Personale – Trasferimenti di personale e fondi contrattuali (5/6).

2) FONDI DEL PERSONALE DELLA DIRIGENZA AREA SANITÀ

- **Fondo per la retribuzione di risultato** (art. 74 CCNL 2019-2021), integrato unicamente dagli incrementi previsti dal CCNL 2019-2021 per l'anno di riferimento: Il fondo è ripartito sulla base del numero di dirigenti in servizio al 31.12.2023, comunque ponderato in relazione al relativo coefficiente previsto per tipologia di incarico, garantendo comunque il finanziamento dei posti coperti da personale in aspettativa non sostituito: le quote così determinate costituiscono l'importo complessivo disponibile per la retribuzione di risultato;
- **Fondo per la retribuzione delle condizioni di lavoro** (art. 73 CCNL 2019-2021), integrato dagli incrementi del CCNL 2019-2021, Sarà ripartito per ciascuna voce contrattuale relativa al rischio, disagio e particolari condizioni di lavoro, basato sugli importi erogati nel 2023. Eventuali residui del fondo saranno distribuiti proporzionalmente al numero di dirigenti trasferiti. La ripartizione del fondo deve garantire anche il finanziamento dei posti coperti da personale in aspettativa non sostituito. Questo metodo di riparto non lascia residui;
- **Fondo per la retribuzione degli incarichi** (art. 72 CCNL 2019-2021), integrato dagli incrementi del CCNL 2019-2021, sarà ripartito per garantire ai dirigenti le risorse necessarie per il pagamento di retribuzioni di posizione (fissa e variabile), indennità di direzione di strutture complesse, indennità di specificità medico-veterinaria e altri trattamenti economici specifici. Inoltre, sarà garantito il finanziamento dei posti coperti da personale in aspettativa non sostituito. Gli importi economici previsti saranno determinati su base annua e includeranno la tredicesima mensilità. Eventuali residui del fondo saranno distribuiti proporzionalmente al numero di dirigenti trasferiti. Le assegnazioni di budget 2025 considereranno i trasferimenti a partire dal 1° aprile 2025.

Personale – Procedure di reclutamento e formazione personale (6/6).

CONCORSI AGGREGATI

- Le **ATS raccolgono il fabbisogno di personale** e coordinano le procedure aggregate di reclutamento, mantenendo l'autonomia delle Strutture;
- La **cooperazione tra ATS** ed Enti avviene attraverso Protocolli annuali che includono programmazione, selezione e utilizzo delle graduatorie;
- Le aziende devono **aderire al sistema aggregato di concorsi pubblici**, salvo esigenze urgenti di reclutamento. Le procedure concorsuali saranno gestite dall'Ente mandatario, basandosi sul fabbisogno rilevato da ciascun Ente. Ogni Ente avrà una graduatoria per soddisfare il proprio fabbisogno e potrà concedere l'uso della graduatoria ad altri Enti;
- Le **ATS possono aggregarsi per il reclutamento** di profili specifici con le stesse modalità;
- Nelle strutture complesse, la **copertura dei posti** richiede l'autorizzazione della DG Welfare. Le autorizzazioni già rilasciate sono valide fino al 30 giugno 2025: i limiti autorizzati si basano sui costi assegnati e la dotazione organica del PTFP 2025-2027

FORMAZIONE DEL PERSONALE

Ai provider ECM-CPD è richiesto di: a) Collaborare con PoliS e altre strutture per creare percorsi formativi; b) Rispettare la normativa ECM e le linee guida regionali; c) inserire i piani formativi nel sistema gestionale entro i termini; d) Realizzare almeno il 50% degli eventi formativi previsti; e) Trasmettere i crediti formativi ai professionisti e controllarne il rispetto dell'obbligo formativo; f) Collaborare per lo sviluppo del gestionale ECM; g) Promuovere la partecipazione. Per il 2025, sono confermate le seguenti tematiche con crediti aggiuntivi come premialità:

- **A livello regionale:** reti di prossimità; tutela della salute e sicurezza del lavoratore; promozione stili di vita e ambienti favorevoli alla salute; azioni formative a sostegno delle capacità relazionali; nuovi paradigmi dell'area emergenza-urgenza per regione Lombardia;
- **A livello nazionale:** strumenti per la sanità digitale; fertilità; vaccini e strategie vaccinali; responsabilità professionale; gestione delle situazioni che generano violenza nei confronti dell'operatore sanitario; antimicrobico-resistenza; formazione in infezioni ospedaliere.

RECLUTAMENTO DI PERSONALE SANITARIO (MEDICO E INFERMIERISTICO) DA PAESI ESTERI

Sottoscrizione dell'accordo bilaterale con IUNIR; deroga del riconoscimento fino al 2027; DGR 3392 deroga anche per alcune specializzazioni

Aggregazioni rete di personale

Al fine di incentivare l'assunzione del personale sono istituite specifiche reti per valorizzare l'attrattività



Supporto specifico: IRCCS IST. NAZIONALE TUMORI -IRCCS IST. BESTA

10. Digitalizzazione

Digitalizzazione (1/2)

OBIETTIVI STRATEGICI:

- Rendere disponibili strumenti digitali e tecnologie innovative
- Nuova architettura dei sistemi informativi regionali per superare il frazionamento dei sistemi digitali di livello locale e disporre di un governo centrale dei servizi
- Potenziamento e valorizzazione del patrimonio informativo regionale

STRUMENTI ORGANIZZATIVI

- Network dei Responsabili dei Sistemi Informativi di Regione Lombardia
- Gruppi specialistici interaziendali per studi e analisi tecniche e approfondimenti su temi complessi (a supporto del network sopracitato)
- Gruppo multiprofessionale per la digitalizzazione dei servizi sociosanitari
- Gruppo di confronto Regione Lombardia e privato accreditato, per un maggiore coordinamento e ampliamento degli sforzi innovativi

PROSECUZIONE INTERVENTI GIA' AVVIATI

- **CUP UNICO REGIONALE:** prosecuzione del piano di diffusione e monitoraggio servizi
- **DIGITALIZZAZIONE DELLE STRUTTURE OSPEDALIERE SEDE DI DEA:** completamento e rendicontazione progetti PNRR entro 30/09/2025 tra cui le progettualità gestite centralmente relative a CCE, LIS, Digital Pathology
- **CCE:** avvio confronti per allineare le caratteristiche tecniche e funzionali della CCE Regionale con quelle delle CCE locali, tra cui CDSS
- **DIGITALIZZAZIONE DEI SERVIZI SOCIO SANITARI TERRITORIALI:** ampliamento funzionalità SGDT, in particolare per **(I)** gestione percorsi indipendenti per attività territoriali eterogenee; **(II)** supportare funzionamento COT; **(III)** MMG; **(IV)** integrazione IRT
- **FSE:** completamento aggiornamento software per alimentare i FSE con i referti strutturati; consolidamento uso firma remota; implementazione CDR; attivazione e diffusione Patient Summary; pubblicazione immagini dal PACS; formazione per operatori

Digitalizzazione (2/2)

- **SICUREZZA INFORMATICA:** prosecuzione piano potenziamento per gli ES (avviato nel 2023); Vulnerability Assessment & Penetration Test; coinvolgimento degli EEPA
- **TELEMEDICINA:** (I) implementazione Infrastruttura Regionale di Telemedicina; (II) predisposizione di un piano di attivazione da parte di tutti gli ES di uno o più percorsi di Telemedicina di Televisita (da MMG/PLS e Medico Specialista), Teleconsulto (MMG-specialista e tra specialisti), Telemonitoraggio (a gestione ospedaliera, territoriale e integrata) e Teleassistenza (dal setting domiciliare/territoriale e ospedaliero); (III) definizione da parte di RL delle modalità di acquisizione dei device di telemonitoraggio e allocazione delle funzioni del «Centro Servizi»; (IV) Codifica e valorizzazione economica delle prestazioni e dei percorsi di Telemedicina rendicontate automaticamente tramite rendicontate automaticamente tramite integrazione tra IRT e Piattaforma Nazionale di Telemedicina (PNT); (V) focus regionale in ambito Medicina di Laboratorio, Alcologia e Dipendenze e Cure Primarie

NUOVE INIZIATIVE REGIONALI INTERVENTI GIA' AVVIATI

- **NUOVO SISTEMA INFORMATIVO TRASFUSIONALE** per gestire in modo efficiente sangue, emocomponenti e farmaci emoderivati in una rete integrata a livello regionale
- **NUOVO SISTEMA REGIONALE PER LA GESTIONE CENTRALIZZATE DELLE RISORSE UMANE** per tutti gli ES pubblici per ottimizzare l'allocazione del personale nei diversi assetti organizzativi e sviluppo delle competenze, : prosecuzione del piano di diffusione e monitoraggio servizi
- **STUDIO SULLA GESTIONE DEGLI ARCHIVI SANITARI** con lo scopo di introdurre strumenti digitali per la gestione e conservazione della documentazione

11. Ricerca, Innovazione e sapere scientifico.

RICERCA, INNOVAZIONE E SAPERE SCIENTIFICO

PROGETTI EUROPEI:

- Prosecuzione dei progetti europei e Joint Action in corso e avvio di nuovi progetti con partecipazione diretta della DG Welfare

RICERCA

- Collaborazione della DG Welfare con la DG Università, Ricerca e Innovazione nel sostegno all'attività di ricerca della Fondazione Regionale per la Ricerca Biomedica (FRRB)

FIBROSI CISTICA

- Prosecuzione della ricerca per prevenzione e cura fibrosi cistica supportando i progetti del Centro di Riferimento Regionale (IRCCS Ospedale Policlinico di Milano), per i quali RL anticiperà 240.000€ in attesa del conferimento del MdS

PROGETTI DI COOPERAZIONE INTERNAZIONALE ED INTERVENTI SANITARI UMANITARI

- Stanziati fino a 1.800.000 euro per proseguire gli interventi sanitari umanitari

SISTEMA BIBLIOTECARIO BIOMEDICO LOMBARDO (SBBL)

- L'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda rimarrà il centro di riferimento regionale per la gestione di SBBL.
- Contributo regionale di 1.995.000€ e una quota a carico delle ATS, ASST, IRCCS pubblici, AREU, e ACSS di massimo 2.415.000 €

12. Investimenti e acquisti

Investimenti e acquisti (1/3)

PROGETTO DEGLI INTERVENTI SANITARI PER LA REALIZZAZIONE DELL'EVENTO SPORTIVO "GIOCHI OLIMPICI INVERNALI MILANO-CORTINA 2026" DI CUI A D.G.R. N. XII/2931 DEL 5.08.2024

La D.G. Welfare attraverso ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, ASST Valtellina e Alto Lario e AREU, andrà a garantire il proprio contributo in preparazione dell'evento. Il programma di interventi sanitari correlato all'evento verrà monitorato:

- attraverso il Gruppo di Lavoro costituito con Decreto D.G. Welfare n. 3830 del 07/03/2024;
- relativamente agli adempimenti connessi agli investimenti in conto capitale e parte corrente

AMBITI PROGRAMMATORI PRIORITARI PER INVESTIMENTI REGIONALI IN CONTO CAPITALE DESTINABILI AL FINANZIAMENTO DEL SISTEMA SOCIOSANITARIO REGIONALE (1/2)

Vengono individuate le priorità relative all'utilizzo della quota in conto capitale delle risorse destinabili al finanziamento del Sistema Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2025:

- Piani di investimento aziendali per il 2025 finalizzati al mantenimento di strutture, impianti e apparecchiature
- Integrazione e completamento di opere previste nella programmazione strategica regionale
- Piani di incremento dei livelli di sicurezza antincendio e sicurezza sismica
- Cofinanziamento regionale necessario per il programma di investimenti a valere sui fondi ex art. 20 Legge 67/88 relativo al II Stralcio, di cui alla DGR n. XII/2478 del 03/06/2024;
- Cofinanziamento regionale degli interventi previsti dal PNRR/PNC e POR regionale
- Integrazione interventi del piano di potenziamento ex art.2 dl 34/2020

I Investimenti e acquisti (2/3)

AMBITI PROGRAMMATORI PRIORITARI PER INVESTIMENTI REGIONALI IN CONTO CAPITALE DESTINABILI AL FINANZIAMENTO DEL SISTEMA SOCIOSANITARIO REGIONALE (2/2)

- Interventi strategici afferenti all'area salute mentale, NPIA, disabilità e dipendenze nell'ambito del potenziamento e della riorganizzazione della rete territoriale dei servizi sanitari
- Interventi urgenti di natura straordinaria ed eventuali urgenze impreviste in corso d'esercizio
- Potenziamento tecnologico e sostituzione apparecchiature diagnostiche e di cura a bassa e media tecnologia
- Potenziamento tecnologico – sostituzione e potenziamento apparecchiature diagnostiche e di cura ad alta tecnologia senza incremento di offerta
- Efficientamento energetico delle strutture sanitarie e socio sanitarie in coerenza al programma nEW.

COLLEGI CONSULTIVI TECNICI

Il Collegio Consultivo Tecnico (CCT) è un organo istituito dagli artt. 5 e 6 del D.L. 16 luglio 2020 n. 76, con la facoltà di esprimere pareri o adottare determinazioni con valore di lodo contrattuale ex art. 808-ter c.p.c.

L'istituto del Collegio Consultivo Tecnico è, allo stato, interessato da proposte di modifica (artt.215 ss. del Codice dei Contratti Pubblici – D. Lgs. 36/2023), inserite nello Schema di decreto legislativo recante disposizioni integrative e correttive al Codice, trasmesso al Parlamento e in corso di esame.

Investimenti e acquisti (3/3)

METODI E STRUMENTI DI GESTIONE INFORMATIVA DIGITALE DEGLI INTERVENTI DI EDILIZIA SANITARIA - BIM (Building Information Modeling)

L'art. 43 del D.Lgs. 36/2023 introduce l'obbligo di utilizzo della tecnologia BIM a partire dal 1° gennaio 2025 per gli appalti di lavori, servizi e forniture di importo pari o superiore al milione di euro, in applicazione del principio di digitalizzazione nell'ambito della progettazione.

Per raggiungere questo obiettivo, le Aziende e gli Enti del Sistema devono adottare modalità uniformi:

- Definire il piano di formazione previsto dall'art. 1, comma 2, allegato I.9, con iniziative comuni supportate da Polis
- Sviluppare un piano per l'acquisizione e manutenzione degli strumenti hardware e software necessari
- Redigere un atto di organizzazione integrato con i sistemi di gestione e qualità

MODALITÀ DI ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA DEGLI INVESTIMENTI – IL CONTRIBUTO DI ARIA S.p.A.

Nell'ambito di una maggiore efficacia nella realizzazione dei programmi, ARIA S.p.A. sarà chiamata a rivedere le proprie procedure di gestione degli investimenti, puntando a un impiego efficiente delle risorse e a una tempestiva realizzazione delle opere. Le modalità gestionali e i sistemi di monitoraggio adottati dovranno garantire il rispetto dei principi di correttezza, semplificazione ed efficientamento procedurale, riducendo i tempi di realizzazione.

13. Sistemi di valutazione e monitoraggio del SSR

Sistemi di valutazione e monitoraggio del SSR (1/5)

GOVERNO DEI LEA E VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE QUALI/QUANTITATIVE DEL SSR

- Rispetto delle condizioni di appropriatezza delle prestazioni tramite il Questionario LEA inviato al Ministero della Salute.
- Nuovo sistema di garanzia (NSG): principali indicatori di assistenza ospedaliera e distrettuale
- Programma Nazionale Esiti (PNE): revisione degli indicatori e introduzione di nuovi, inclusi quelli relativi all'assistenza territoriale e all'equità di accesso ai servizi

REGISTRO TUMORI (RT)

- Integrazione organizzativa e funzionale con il Registro Nazionale Tumori e recupero delle annualità pregresse (2019)
- Recepimento del nuovo Regolamento RT e standardizzazione modulo informativo
- Progetti di controllo di qualità dei dati (ATS e Joint Action Europea 03)

REGISTRO NAZIONALE E REGISTRO REGIONALE DEGLI IMPIANTI PROTESICI MAMMARI (di cui al D.M. 207/22 e alla L. 86/2012)

- **Indicatori valutati** (*adempimenti LEA 2024*): **1**) il confronto tra le strutture sanitarie che hanno effettuato almeno 1 impianto protesico mammario sulle strutture sanitarie autorizzate per tale attività; **2**) la percentuale di impianti effettuati nelle strutture sanitarie pubbliche SSN rispetto alle protesi mammarie acquistate dal SSN (flusso consumi).
- **1 evento formativo** realizzato da DG Welfare (Direzioni Strategiche ATS, Enti erogatori); **1 evento formativo** realizzato da ciascuna ATS

Sistemi di valutazione e monitoraggio del SSR (2/5)

REGISTRO ITALIANO ARTROPROTESI (RIAP)

- Creazione di un registro nazionale degli interventi di **sostituzione protesica articolare**
- Nel 2025, monitoraggio della **qualità e completezza dei flussi informativi**, segnalando eventuali criticità agli Enti

AZIONI COLLABORATIVE CON LE UNITA' DI EPIDEMIOLOGIA DELLE ATS

- Completamento dei **portali “Profilo di Salute”** delle ATS (indicatori NSG, PNE)
- Collaborazione per la **verifica degli indicatori**, la **realizzazione di eventi formativi** per l'interpretazione degli indicatori, la definizione di **procedure regionali di audit clinico-organizzativi** di I e II livello
- Sviluppo di progetti collaborativi su temi di interesse del PSSR 2024-2028, tra cui: **disabilità, disturbi del comportamento alimentare, disturbi dello spettro autistico**; Progetto «**Long-term Covid**»; gruppi di lavoro già attivi nel 2024 (es. screening tumori)
- **Elaborazione «Scheda Medico»– MMG e PLS** per finalità di «Governare clinico»

GOVERNO E MONITORAGGIO DEI TEMPI/LISTE DI ATTESA

- Nuovo flusso ex ante per le prestazioni ambulatoriali
- Dismissione del servizio MOSA
- Sezioni dedicate ai tempi di attesa sui siti Web
- Progetto ministeriale per il governo delle liste di attesa per ricoveri chirurgici programmati

Sistemi di valutazione e monitoraggio del SSR (3/5)

DATI E FLUSSI INFORMATIVI SANITARI

- Nuovo portale epidemiologico
- Aggiornamento della normativa per migliorare l'accesso ai dati sanitari per scopi di programmazione
- Partecipazione al progetto europeo **TEHDAS2**
- Continuazione del progetto con l'Università Bicocca per sviluppare sistemi di allerta nelle malattie infettive

TRASMISSIONE E TEMPISTICHE DI RENDICONTAZIONE DEI FLUSSI

- Monitoraggio periodico
- Riunioni di Data Governance
- Incontri con referenti aziendali
- Scadenze di trasmissione flussi: SDO, 28SAN, protesica e assistenza integrativa il **10 febbraio 2025**, File F il **28 febbraio 2025**

FLUSSI MINISTERIALI - MODELLI DELLE ATTIVITÀ GESTIONALI DELLE STRUTTURE SANITARIE AI SENSI DEL D.M. 22.12.2023

- Compilazione dei modelli mancanti, chiusura e sospensione dei modelli
- Mappatura della rete sanitaria e verifica dei Posti Letto

Sistemi di valutazione e monitoraggio del SSR (4/5)

FLUSSI INFORMATIVI SANITARI

- Sistema informativo per il Monitoraggio della Rete di Assistenza (denominato “Sistema MRA”)
- Flusso Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)
- Flusso SDO per ricoveri di riabilitazione (SDO-R)
- Flusso EMUR PS (6 SAN) ed evoluzione del flusso con rilevazione della violenza di genere
- Flussi dell’Emergenza-Urgenza - Attività collaborative con AREU
- Sistema regionale flussi “EVVAI” per sorveglianza sindromica (Piano Pandemico-Panflu)
- Flusso monitoraggio ex-ante delle prestazioni ambulatoriali (attività istituzionali e ALPI) – nuovo flusso
- Flusso Certificato di Assistenza al Parto (CedAP) e sua evoluzione
- Monitoraggio delle prestazioni erogate nell’ambito di studi sperimentali (non a carico del SSR) – studio di fattibilità

Sistemi di valutazione e monitoraggio del SSR (5/5)

TARIFFE

- Monitoraggio dell'introduzione del Nuovo Nomenclatore dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica
- Rivalutazione del finanziamento di alcuni DRG riferiti a procedure assistenziali innovative o, al contrario, ormai obsolete, in diversi setting assistenziali

CENTRO OPERATIVO PER L'UTILIZZO DEI DATI SANITARI E SOCIO SANITARI – CODS

- Pianificazione e predisposizione del rapporto REAL_2025
- Pianificazione e realizzazione di tre bollettini epidemiologici "Dati per Programmare"
- Predisposizione di documenti di indirizzo regionale in merito alla tematica "Health Data Policy e Governance"

VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE QUALI/QUANTITATIVE DEL SSR E FLUSSI INFORMATIVI

- Flussi e indicatori dell'assistenza territoriale
- Accesso al patrimonio informativo e uso secondario dei dati sanitari e sociosanitari
- Sistema di "controllo" degli errori logico-formali dei flussi informativi sanitari e sociosanitari
- Sviluppo di sistemi innovativi per il monitoraggio delle prestazioni