

ULTERIORI DETERMINAZIONI IN ORDINE AGLI INDIRIZZI DI PROGRAMMAZIONE DEL SSR PER L'ANNO 2025

INDICE

PREVENZIONE	3
PIANO PANDEMICO - PANFLU PL15 - PSSR 3.2.....	3
OLIMPIADI 2026.....	4
ORGANIZZAZIONE DELLA PREVENZIONE PSSR 5.2	4
SORVEGLIANZA MALATTIE INFETTIVE PL 10, PL 13, PL 15, PL22, PL 23, PSSR 3.2	4
INFECTION PREVENTION AND CONTROL (IPC) E IGIENE OSPEDALIERA	6
SICUREZZA ALIMENTARE E NUTRIZIONE PL 12, PL13, PSSR 3.2	6
LABORATORI DI PREVENZIONE Laboratori di Igiene Industriale delle UO OML – PL13, PSSR 3.2	7
SCREENING ONCOLOGICI PSSR 1.2.1. 1.2.2.....	7
PROMOZIONE DELLA SALUTE PSSR 3.2	9
MEDICINA DELLO SPORT	10
PREVENZIONE SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO PSSR 3.2.....	10
IGIENE PUBBLICA E SALUTE AMBIENTE	10
MEDICINA LEGALE (ASST SC /SS).....	10
MODIFICHE E/O INTEGRAZIONI DI ALTRI PROVVEDIMENTI DELIBERATIVI	10
UNITÀ OPERATIVE A VALENZA REGIONALE IN AMBITO PREVENZIONE	12
VETERINARIA.....	14
REGOLE DI FUNZIONAMENTO.....	14
OLIMPIADI.....	14
POLO OSPEDALIERO	15
ACCREDITAMENTO.....	15
COLLABORAZIONE TRA REGIONE ED ENTI SANITARI	16
SVILUPPO MODELLO A RETE TRA AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE	17
SISTEMA REGIONALE TRAPIANTI	17
MEDICINA DI LABORATORIO	17
RETE OSTETRICO-NEONATALE E GINECOLOGICA	18
ROBOTICA.....	21
RISK MANAGEMENT	21
RETE EMERGENZA URGENZA – DM 70.....	21
EVOLUZIONE CENTRALE UNICA DIMISSIONE POST OSPEDALIERA	22
PROGETTO INFERMIERI	22
TAVOLO DI LAVORO PER EVOLUZIONE DEL SISTEMA DI BUDGETING	22
AUTOCONTROLLO CARTELLA CLINICA ELETTRONICA REGIONALE	22
POLO TERRITORIALE - INTERVENTI SOCIOSANITARI.....	24

INTERVENTI AREA CURE PRIMARIE	24
INTERVENTI DI SVILUPPO DEL POLO TERRITORIALE	27
INTERVENTI SOCIO SANITARI	28
INTEGRAZIONE CON GLI INTERVENTI ATTIVATI IN AREA FAMIGLIA	30
FLUSSI SOCIO SANITARI.....	32
INTERVENTI AREA SALUTE MENTALE	32
ASSISTENZA FARMACEUTICA E PROTESICA	36
ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA	36
ASSISTENZA FARMACEUTICA OSPEDALIERA	36
ASSISTENZA PROTESICA E INTEGRATIVA	38
MONITORAGGIO DEI TEMPI/LISTE DI ATTESA	40
ATTIVITÀ AMBULATORIALE	40
DIGITALIZZAZIONE	44
RICERCA, INNOVAZIONE E SAPERE SCIENTIFICO	45
SISTEMI DI VALUTAZIONE E MONITORAGGIO DEL SSR	46
GOVERNO DEI LEA E VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE QUALI/QUANTITATIVE DEL SSR	46
REGISTRI.....	46
AZIONI COLLABORATIVE CON LE UNITA' DI EPIDEMIOLOGIA DELLE ATS	47
GOVERNO E MONITORAGGIO DEI TEMPI/LISTE DI ATTESA (FLUSSI, SITI WEB, FORMAZIONE).....	47
DATI E FLUSSI INFORMATIVI.....	47
NUOVO NOMENCLATORE DELL'ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE	48
TARIFFE RICOVERI	49
OBIETTIVI STRATEGICI ASSEGNATI AI DIRETTORI GENERALI	52
APPENDICE 1: Tabelle prestazioni di screening.....	1
APPENDICE 2: Rete Punti Nascita.....	7

PREVENZIONE

Di seguito si riportano le modifiche e integrazioni rispetto alla DGR XII/3720 del 30/12/2024

PIANO PANDEMICO - PANFLU PL15 - PSSR 3.2

Relativamente al Piano Pandemico si riportano le seguenti modifiche:

- Il punto 6 è così modificato: Introduzione in SASHA della gestione delle scorte dei dispositivi medici. Nel 2025 sarà effettuata la valutazione preliminare per la diffusione del gestionale SASHA a tutti gli enti e gli attori del SSR, compresi le strutture private, le UDO territoriali, i medici di famiglia.
- Il punto 10 è così modificato: Conferma della attivazione supporto hotspot infettivologici per l'epidemia influenzale 25/26 (fino a 5 milioni per ASST di cui 3,9 ml/E accantonati nei bilanci Aziendali e 1,1 ml/E a carico residui PanFlu 2023). In analogia alla precedente assegnazione a ciascuna azienda saranno garantire risorse sino a euro 172.800. L'organizzazione 2025/26 dovrà tener conto della valutazione della stagione 2024/25 e garantire un miglioramento complessivo dell'efficienza secondo le indicazioni che verranno fornite dalla DG Welfare tramite apposito report delle attività effettuate nella stagione 2024/25.
- Il punto 11 è così integrato: è in corso di predisposizione da parte di ARIA apposita gara per la acquisizione di test per le strutture, tra cui le case di comunità e test per i medici di famiglia da acquisire a cura delle ASST. (fino a euro 2.000.000,00 a carico residui PanFlu 2023).
- In previsione della predisposizione del documento "Piano di prevenzione delle sindromi respiratorie 2025/2026", in continuità con le disposizioni contenute nel Decreto n. 17016 del 11/11/2024 nell'ambito di quanto definito dalla DGR XII/1125 del 16/10/2023, gli Enti del SSR dovranno far pervenire alla UO Prevenzione entro il 31 agosto 2025 eventuali proposte di modifica/integrazione delle azioni previste dall'Allegato 01 del citato Decreto.
- In merito al supporto per l'aumento di posti letto acuti/subacuti per l'epidemia influenzale 25/26 (IPERAFFLUSSO PS) le ATS devono identificare e comunicare alla UO Prevenzione, entro e non oltre il 30 settembre 2025, le strutture dedicate a tale attività (Pubblico/Privato) e quantificare in via presuntiva i costi correlati. Le risorse per l'attività in argomento sono già nelle disponibilità delle aziende. Regione si riserva di effettuare eventuali rimodulazioni in esito alle valutazioni aziendali.
- Per la stagione influenzale 2025/26 in collaborazione con l'area della pediatria di famiglia sono identificati fino a 1,7 milioni (a carico dei residui PanFlu 2023) per garantire nella fascia dell'infanzia la copertura vaccinale e il testing nei bambini nella stagione influenzale anche con lo scopo di aumentare la presa in carico e la capacità diagnostica territoriale e diminuire gli accessi ai pronti soccorsi.
- Per la stagione influenzale 2025/26 in collaborazione con l'area della Medicina di famiglia (MMG) sono identificati
- fino a 6 milioni (a carico dei residui PanFlu 2023) per garantire nella fascia over 65 la copertura vaccinale
- fino a 6 milioni (a carico dei residui PanFlu 2023) per il testing nei soggetti fragili con particolare attenzione agli over 65 anni.
- Per la stagione influenzale 2025/26 in collaborazione con l'area della Medicina di famiglia (MMG) sono identificati fino a 9 milioni (a carico dei PNRR – missione 6 salute componente 1 - investimento 1.2: casa come primo luogo di cura e telemedicina sub-investimento 1.2.1 – assistenza domiciliare" secondo il Decreto del Ministro della Salute del 8 aprile 2025 recante "Modifica del decreto 23 gennaio 2023, concernente la ripartizione delle risorse relative all'investimento M6C1- 1.2.1. «Casa come primo luogo di cura (ADI)» del Piano nazionale di ripresa e resilienza".) per garantire nella fascia over 65 l'attività a domicilio di vaccinazione e testing a cura del MMG.

- Alle ATS sono assegnate a consuntivo fino ad un massimo di euro 500.000 (a carico dei residui PanFlu 2023) per l'offerta vaccinale antinfluenzale e anticovid per la stagione influenzale 2025/2026: tali risorse potranno essere utilizzate, ove necessario, per il coinvolgimento di strutture private accreditate, al fine di assicurare una maggiore capacità di offerta ai cittadini. La valorizzazione di ogni vaccinazione sarà di 6,16€ in coerenza con quanto riconosciuto a MMG e Farmacie, le agende per la prenotazione dovranno essere esposte sul sistema regionale. Seguiranno indicazioni operative, tra cui le modalità di rendicontazione. Sono escluse le vaccinazioni già previste in altra modalità di erogazione, ad esempio, quelle offerte nell'ambito dei ricoveri ovvero di accessi opportunistici ovvero per i dipendenti.

OLIMPIADI 2026

Per le ATS si richiamano gli obiettivi trasmessi con nota G1.2024.0043392 del 18/11/2024, citata nella DGR n. XII/3720 del 30/12/2024 al punto 9.2.7.

Le ATS i cui controlli effettuati nel primo semestre del 2025 siano sottosoglia rispetto all'atteso, sulla base di quanto stabilito in nota sopracitata, dovranno fornire alla UO Prevenzione una programmazione di recupero entro il 31 agosto 2025 con inizio del recupero a partire dalla prima settimana di settembre.

Sono disponibili ulteriori dashboard nell'area Prevenzione di tableau, si ricorda che hanno possibilità di accesso i Direttori delle Direzioni, dei Direttori di Distretto e delle Strutture Complesse che interagiscono con l'area prevenzione. Ove la Direzione di Dipartimento o Aziendale ritenesse aggiungere ulteriori figure di riferimento (responsabili di SS ovvero coordinatori etc) è sufficiente scrivere da parte della Direzione o del Dipartimento (con sempre in copia la propria Direzione Generale) a gestionetableau@ariaspa.it mettendo in cc la UO Prevenzione.

ORGANIZZAZIONE DELLA PREVENZIONE PSSR 5.2

Rispetto a quanto definito negli indirizzi di programmazione 2025:

- Al punto **4** il paragrafo è integrato con le parole: a partire dagli audit in ambito di sicurezza alimentare previsti dall'art. 6 del Reg. UE 2017/625
- Il punto **5** è così sostituito: Nel corso del 2025 sarà effettuata l'analisi preliminare per lo sviluppo di un sistema informativo per la mappatura, il monitoraggio, la verifica dei processi e la definizione degli obiettivi, per ottimizzare l'efficienza e l'efficacia operativa e contribuire a garantire la conformità degli esiti.
- il primo paragrafo del punto **11** è così sostituito: Sviluppo e definizione delle responsabilità delle attività di *Infection Prevention and Control* (IPC) sul territorio regionale: identificazione entro il 30/10/2025 di una Comunità di Pratica di IPC che coinvolga tutti i Comitati Infezione Ospedalieri degli Enti del SSR, con l'obiettivo di condividere esperienze e sviluppo di *best practices*.
- nuovo punto **12**: nelle prossime Linee Guida dei POAS sarà previsto che le Strutture e/o le Funzioni di Igiene Ospedaliera e IPC, dotate di risorse umane adeguatamente formate, dovranno afferire alla Direzione Sanitaria/Direzione Medica di Presidio e parteciperanno alla Comunità di Pratica di IPC di cui al punto precedente.

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

Sul tema di sorveglianza delle malattie infettive si segnala quanto segue:

- Il primo punto dell'elenco puntato è così modificato: nel 2025 è prevista l'integrazione del sistema SMI con Microbio e l'avvio dell'istruttoria per la verifica dell'integrazione del sistema EVVAI, nonché la definizione dei flussi dai sistemi aziendali ADT a dati aggregati (relativi ai posti letto).
- Si precisa, per il sesto punto dell'elenco puntato, che nel 2025 verrà realizzata un'analisi di fattibilità per lo sviluppo del flusso antibiotici nelle ASST/IRCCS, come previsto dalla DGR 2926/2024.

- Il punto ottavo dell'elenco puntato è così modificato: Sviluppo di un sistema di sorveglianza AMR nelle RSA (DGR XII/2926 del 5 agosto 2024), con il supporto operativo di IZSLER per l'analisi dei campioni biologici di sorveglianza (es. tamponi rettali, tamponi cutanei delle pieghe, ecc.). È prevista la proposta di un protocollo alle strutture residenziali per anziani della Regione Lombardia entro il 30/10/2025.
- Per il punto elenco 9 si precisa che, nel 2025, verrà eseguita una rilevazione di mercato per identificare soluzioni tecnologiche maggiormente idonee al contesto lombardo.
- Con riferimento al punto elenco 18 e al paragrafo 2.7, si precisa che l'attivazione del programma di erogazione gratuita dei farmaci per la scabbia (DGR 3720/2025), per un massimo di € 500.000, avverrà in via sperimentale nel 2025, al fine di valutarne l'efficacia, attraverso le seguenti modalità:
 - impegnativa MCA
 - erogazione tramite farmacia ospedaliera
 - erogazione diretta da parte della SC Vaccinazioni, in sinergia con MCA e Terzo Settore
 - erogazione tramite ATS, in sinergia con MCA e Terzo Settore
 Seguiranno appositi atti di indirizzo regionali.

ATS/ASST

- I con riguardo al punto 3, è prorogata al 31/12/2026 la realizzazione di almeno 3 audit nei centri Infezioni Sessualmente Trasmissibili (IST), da parte delle ATS con il coordinamento della UO Prevenzione.
- l'ultimo capoverso del punto 4 è così integrato: *...a seguire il corso regionale e secondo le indicazioni della UO Prevenzione.*

In aggiunta *ex novo* all'attuale paragrafo 2.7:

- Proroga delle attività di test in collaborazione con il Terzo Settore (ex DGR 7812/2023), previa valutazione *outcome* da parte della Commissione Regionale AIDS.
- Integrazione della Commissione AIDS con: Associazione LILA Como, Cooperativa Lotta contro l'Emarginazione e un Medico Specialista in HIV pediatrico di ASST Fatebenefratelli Sacco.
- Avvio di uno studio regionale a cura di ASST Fatebenefratelli Sacco e IRCCS San Matteo di Pavia, per la quantificazione delle infezioni da HIV misconosciute (fino a 150.000 euro). Si precisa che la copertura finanziaria per lo studio è già ricompresa nella DGR n. XII/3670/2024 nella Macroarea n. 8 delle attività istituzionali delle ATS e delle ASST e specificate nella DGR XII/3720/2024 (paragrafo 2.8).

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

In aggiunta a quanto già previsto negli indirizzi di programmazione, si riporta:

- Al fine di favorire l'adesione alle vaccinazioni anti-pneumococco e anti-herpes zoster, già previste al punto 5 del paragrafo 2.8 della DGR XII/3720/2024 e allo scopo di prevenire le importanti sequele della malattia e di garantire al cittadino un'offerta vaccinale semplice e omogenea, si estende l'offerta della vaccinazione a tutta la popolazione di età uguale o maggiore ai 65 anni, a partire dalla coorte dei sessantacinquenni nell'anno di offerta (per il 2025 i nati nel 1960 e precedenti), indipendentemente dalle condizioni di rischio:
 - la popolazione residente in Regione Lombardia nata fino al 31/12/1951, in assenza di fattori di rischio, è stimabile in 231.875 persone e attualmente la copertura vaccinale per pneumococco in questa popolazione è pari al 10,7%;
 - l'estensione dell'offerta della **vaccinazione anti-pneumococco** alla popolazione a partire da 65 anni porterebbe ad un aumento di copertura nella popolazione senza fattori di rischio non vaccinata stimata del 5% in due anni (5.176 vaccinazioni/anno);

- con riguardo alla vaccinazione **anti-herpes zoster** la popolazione residente in Regione Lombardia nata fino al 31/12/1951 in assenza di fattori di rischio è stimabile in 231.875 persone e la copertura vaccinale in questa popolazione è pari al 4%
 - l'estensione dell'offerta della vaccinazione anti-herpes zoster a tutta la popolazione a partire da 65 anni porterebbe ad un aumento di copertura nella popolazione a partire da 65 anni senza fattori di rischio non vaccinata stimata del 2% in due anni (1.160 cicli/anno);
 - le vaccinazioni anti-herpes zoster e anti-pneumococco, in continuità con le modalità già in essere, possono essere somministrate anche dai Medici di Medicina Generale.
 - Le ASST forniscono ai Medici di Medicina Generale aderenti alla vaccinazione i vaccini anti-herpes zoster necessari per l'immunizzazione dei propri assistiti, utilizzando i vaccini già assegnati tramite le gare di acquisto regionali.
 - si raccomanda di distribuire a MMG e UDOSS quantitativi di vaccino anti-herpes zoster tali da essere somministrati in un breve periodo, per ridurre il rischio di interruzione catena del freddo; la ASST deve tenere costantemente monitorata l'effettiva somministrazione e registrazione in ARVAX dei vaccini anti-herpes zoster consegnati a MMG e UDOSS.
 - i costi per l'esercizio 2025 trovano copertura finanziaria nella Macroarea n. 8 della DGR n. XII/3670/2024 e sono calcolati, in via presuntiva:
 - in euro 252.779,00 per il vaccino anti-pneumococco
 - in euro 417.600,00 per il vaccino anti-herpes zoster
 - Le ASST forniscono per i minori fino ai 18 anni compiuti (17 anni e 365 giorni) in caso di richiesta attiva da parte dei genitori, è possibile effettuare gratuitamente la vaccinazione anti-meningococco B, e per i nati dal 2014 al 2016 sarà possibile anticipare la vaccinazione prevista al compimento dei 12 anni.
- In adolescenza sarà raccomandato effettuare una dose di richiamo come previsto dalla nota Protocollo G1.2025.0013086 del 29/03/2025.
- Come disciplinato dal PNPV vigente, la coorte 2012 e le successive mantengono il diritto alla gratuità della vaccinazione anti-meningococco B fino ai 18 anni compiuti.
- La vaccinazione anti-Epatite A è offerta gratuitamente fino ai 18 anni compiuti (17 anni e 365 giorni) che intraprendono un viaggio all'estero o che comunque hanno un rischio di esposizione; l'offerta deve essere attiva in occasione di qualunque contatto (ad esempio altra vaccinazione dell'infanzia) per i bambini che si recano in Paesi endemici.

INFECTIOUS PREVENTION AND CONTROL (IPC) E IGIENE OSPEDALIERA

- Relativamente al primo punto elenco, si precisa che il Programma di Prevenzione e Controllo delle Infezioni della Regione Lombardia, contenente la definizione del Programma Regionale IPC, sarà trasmesso al Tavolo Tecnico PNCAR entro il 31 dicembre 2025.
- Il secondo e il terzo punto elenco sono sostituiti come segue: sviluppo della rete dei professionisti IPC: identificazione dei professionisti dedicati alla prevenzione e controllo delle infezioni all'interno degli Enti del SSR e definizione di un percorso formativo specifico a loro destinato. Tale percorso sarà sviluppato in continuità con le proposte formative previste dal Modulo D del PNRR – Missione 6, Componente 2, Sub-investimento 2.2(b). Sarà richiesta agli Enti la trasmissione dei nominativi dei professionisti individuati e si procederà, in collaborazione con POLIS, alla valutazione del percorso formativo più idoneo.

ASST

- Per il secondo punto del sottoparagrafo relativo alle ASST, si precisa che i programmi dovranno essere realizzati entro sei mesi dalla pubblicazione del Programma Regionale IPC.

SICUREZZA ALIMENTARE E NUTRIZIONE PL 12, PL13, PSSR 3.2

- In relazione al punto **10** si invitano le ATS ad utilizzare la scheda dedicata standardizzata per le indagini di customer Satisfaction già resa disponibile dalla UO Prevenzione, per l'invio alle imprese sotto processo di audit nel corso del 2025.

ATS

- Il punto **3** è così sostituito: entro fine anno le ATS di Bergamo, Insubria, Milano, Montagna devono realizzare almeno un intervento formativo su sicurezza alimentare al fine di prevenire l'insorgere di Malattie Trasmesse dal consumo di Alimenti (MTA), rivolto ad operatori ATS e ASST.
- In riferimento al punto **4** - capoversi 4.2 e 4.3, relativi allo screening nutrizionale per il secondo semestre 2025, si precisa che ogni ATS effettuerà visite in loco (site visits) presso le strutture che, in occasione dei controlli svolti nel 2024, sono risultate non pienamente adempienti. Tali verifiche saranno focalizzate in particolare sulla presa in carico dei pazienti individuati come a rischio. Le attività potranno essere svolte, laddove opportuno, in collaborazione e/o sinergia con quanto realizzato dai NOC, secondo le disposizioni della DGR n. 4437 del 26/05/2025.
- In riferimento al punto **5** si precisa che gli introiti ex D.lgs. 32/2021 devono essere prioritariamente utilizzati per attività di controllo da svolgersi oltre l'orario di servizio, nonché destinati ad attività amministrative finalizzate all'aggiornamento e al consolidamento dell'anagrafe del SIAN, per l'aggiornamento strumentale dei laboratori relativamente alle analisi di alimenti (introiti ex art. 15 comma 1 lettera c) e, almeno il 45% dei medesimi introiti, deve essere destinato ai controlli previsti dai Piani Olimpici locali.
- In riferimento al punto **6** si precisa che la data per l'adeguamento al database AnTeA è rideterminata al mese di dicembre 2025.

ASST

- In riferimento al punto **2** si precisa che il percorso sperimentale, in attuazione delle Linee Guida del CCM sul PPDTA per l'obesità (Percorso Preventivo Diagnostico Terapeutico Assistenziale), sarà attivato entro fine 2025, presso le ASST Melegnano Martesana e Spedali Civili di Brescia. Il percorso sarà rivolto a soggetti a rischio sovrappeso/obesità ed erogato all'interno delle case di comunità attraverso la figura del dietista in raccordo con le strutture di Nutrizione Clinica delle ASST coinvolte.
 - si dà indicazione all'ASST Melegnano Martesana- in quanto già autorizzata - ad acquisire 5 dietisti (personale di comparto) da assegnare ai 5 distretti; tali figure rientrano tra i professionisti previsti nel piano delle risorse del personale approvato e finanziato da Regione. L'acquisizione dei 5 dietisti è da considerarsi prioritaria.
 - Analogamente, si dà indicazione all'ASST Spedali Civili di Brescia di acquisire 1 chinesiologo (personale di comparto) da dedicare alla progettualità; tale figura rientra tra i professionisti previsti nel piano delle risorse del personale approvato e finanziato da Regione. L'acquisizione del chinesiologo è da considerarsi prioritaria.

LABORATORI DI PREVENZIONE Laboratori di Igiene Industriale delle UO OML – PL13, PSSR 3.2

- Il punto **1** è così modificato: per lo sviluppo del Laboratory Information Management System (LIMS) dei Laboratori di Prevenzione, nel corso del 2025 saranno effettuati:
 - entro settembre 2025, visite di assessment presso i Laboratori di Prevenzione delle ATS e raccolta dei requisiti funzionali e definizione dell'elenco delle ATS per il rilascio progressivo del sistema;
 - a partire da ottobre 2025 ed entro dicembre 2026, rilascio dell'applicativo presso i Laboratori di prevenzione delle ATS.
- In riferimento al punto **2** si precisa che la data per l'accreditamento del panel è rideterminata al mese di dicembre 2025.

SCREENING ONCOLOGICI PSSR 1.2.1. 1.2.2

- Il terzo punto elenco è sostituito dal seguente: "Screening mammografico: Le donne con pregresso cancro della mammella al termine del percorso di follow-up in carico alla Breast Unit devono essere riassorbite nel programma di screening, in accordo agli indirizzi regionali, entro il 31/12/2026. Entro il 31/12/2025 ATS di Milano attiva un percorso *proof of concept* di validazione della nuova modalità organizzativa regionale."
- Il punto **3** è così sostituito: Screening mammografico: Le donne con pregresso cancro della mammella che escono dal percorso di follow-up in carico alla Breast Unit sono riassorbite dal programma di screening in accordo agli indirizzi regionali entro il 31/12/2026. Entro il 31/12/2025 ATS di Milano attiva un percorso *proof of concept* di validazione della nuova modalità organizzativa regionale.
- Il punto **7** è così integrato Screening HCV: Le ATS con coperture inferiori alla media regionale sono tenute a:
 - Attivare tempestivamente l'invio di lettere di invito alla popolazione target, al fine di incrementare l'adesione allo screening.
 - Monitorare l'efficacia delle azioni intraprese e l'inserimento degli esiti da parte dei centri erogatori di II livello nel gestionale regionale dedicato secondo le modalità e le tempistiche di cui al punto successivo.
- Il punto **8** è così integrato: I centri erogatori di II livello dello screening HCV (ASST, IRCCS, ospedali privati accreditati aderenti all'iniziativa) devono garantire entro e non oltre il 10 agosto 2025:
 - meritatamente ai pazienti sottoposti a screening nel primo trimestre 2025 e risultati positivi al test anticorpale: l'inserimento nel gestionale regionale dedicato di tutti gli esiti del test HCV di II livello (test RNA).
 - meritatamente ai pazienti sottoposti a screening entro il 31 dicembre 2024 e risultati positivi al test anticorpale: l'inserimento nel gestionale regionale dedicato di tutti gli esiti del test HCV di II livello (test RNA) nonché dei dati di presa in carico e trattamento dei pazienti positivi al test RNA.
- Il punto **12** è integralmente sostituito: Completamento dell'attività di stesura dei bilanci sociali dei programmi di screening (entro agosto 2025 realizzazione del bilancio dello screening coloretale ed entro il 31/12 per le altre due linee di screening LEA per ogni ATS).
- Il punto **15** è integralmente sostituito: Completamento della campagna comunicativa regionale per i programmi di screening e della messa a disposizione al cittadino della prenotazione su iniziativa sul portale Prenota Salute con l'estensione allo screening coloretale e cervicale e alle prenotazioni di screening mammografico (per cui non sarà previsto invito attivo ATS) nella fascia 40-44 entro il 31/12/2026 a valle dell'implementazione del gestionale unico regionale screening.
- Il punto **23** è integralmente sostituito: definizione da parte del Coordinamento Regionale Screening Oncologici – Colon Retto di linee di indirizzo per l'introduzione dell'invio del kit insieme alla lettera di sollecito con postalizzazione e della sigmoidoscopia come protocollo alternativo di screening offerto ai non aderenti, per l'incremento della copertura della popolazione e dell'efficacia del programma.
- È aggiunto ex novo il seguente punto **28**: supporto alla attività di secondo livello dello screening coloretale per garantire tempi di attesa previsti dal livello nazionale.

CENTRO REGIONALE SCREENING

- Il punto **1** è così sostituito: Estensione regionale dello screening per il tumore della cervice uterina con HPV test primario tramite auto-prelievo rivolto a specifiche popolazioni.
- Il punto **2** è così sostituito: Elaborazione di uno studio di fattibilità del percorso di screening mammografico basato sulla valutazione iniziale del rischio (ATS di Pavia) e indicazioni operative

entro il 31/12/2026 a valle dell'implementazione del gestionale unico regionale screening. Si stanziavano inoltre 500.000 euro per tutte le ATS per l'implementazione delle modifiche operative necessarie alla valutazione del rischio di cancro della mammella.

Oltre a quanto già previsto si aggiunge che:

- Al fine di incrementare equità ed efficacia del programma di screening mammografico si stanziavano fino a 100.000 euro per l'anno 2025 e 500.000 euro per l'anno 2026 (attraverso l'utilizzo delle risorse del FSR 2024 di parte corrente indistinta, appositamente accantonate nel bilancio regionale), per l'implementazione e attivazione di unità mobili per l'offerta di screening mammografico su proposte progettuali delle ATS che manifestano interesse.
- Estensione della fascia target di popolazione 1960 -1968 rispetto a quella già prevista dalla DGR 5830/2021 (coorte 1969-1989) per l'offerta dello screening HCV attraverso l'utilizzo delle risorse del FSR 2024 di parte corrente indistinta, appositamente accantonate nel bilancio Regionale, previa acquisizione del parere ai sensi dell'art. 15 comma 17 Decreto-legge n. 95/2012 stanziando fino ad un massimo di euro 2.900.000,00 per il periodo 2025 – 2028.
- Implementazione di un servizio di call center di screening *inbound* e *outbound* al fine di ottimizzare la partecipazione agli screening oncologici anche attraverso attività di chiamata attiva sistematica per i non aderenti.
- Integrazioni tra software regionale screening e applicativi degli erogatori e acquisizione di software di monitoraggio delle attività di call center.
- Nell'intento di ampliare l'attività di screening oncologici offerti dal SSN riconoscendone il rilevante impatto positivo sulla salute pubblica, è a disposizione delle ATS, in forma sperimentale, un finanziamento nei confronti degli enti sanitari privati accreditati a contratto interessati ad estendere l'offerta oltre le quote contrattualizzate con le ATS ai sensi della DGR n. XII/ 4556 del 16.6.2025 (abbattimento liste attesa).
- Si intende infatti riconoscere la tariffa integrale alle prestazioni erogate oltre al tetto previsto del 10%, avvalendosi delle prerogative di cui all'art. 15 comma 17 del DL n. 95/2012.
- I costi derivanti dalle maggiori prestazioni, calcolate in via presuntiva sino ad un massimo di 6 ml/euro, saranno posti a carico delle risorse di parte corrente indistinta finalizzata accantonate nel bilancio regionale (GSA) 2024.

PROMOZIONE DELLA SALUTE PSSR 3.2

ATS

- Il punto 3 è integralmente sostituito: relativamente all'integrazione WHP-ITWH, l'organizzazione di Seminari locali volti alla presentazione dei due Programmi è sostituita dalla partecipazione del personale delle ATS al Seminario Regionale di presentazione dei contenuti ITWH che sarà organizzato da UO Prevenzione nel IV trimestre dell'anno. Fatti salvo gli interventi già avviati in alcuni territori, solo successivamente alla realizzazione del Seminario regionale, nel corso del 2026, sarà possibile procedere alla sperimentazione dell'integrazione operativa WHP-ITWH nei luoghi di lavoro interessati.
- In relazione al punto 6 (Formazione sui portali "Profili di salute" e sviluppo del "profilo regionale") le scadenze sono così riformulate: entro il 30.09.25, a seguito di specifiche indicazioni regionali, programmazione di almeno 1 evento formativo in ogni ATS (organizzazione a cura di SC/Servizio Promo Salute e SC/Servizio Epidemiologia); entro il 31.12.25, realizzazione dell'evento programmato, con partecipazione di almeno il 50% degli operatori dei Servizi Promo Salute della singola ATS e di professionisti afferenti al 100% dei Dip. Funz.li e dei Distretti ASST del territorio di riferimento;
- Relativamente al punto 7 (Stabilizzazione del Progetto Parchi) la scadenza per la definizione del modello organizzativo da parte della ATS Milano è posticipata al 30.09.25

MEDICINA DELLO SPORT

- Il punto **6** del capoverso 2.14 deve intendersi eliminato.
- Si aggiunge anche il seguente punto. viene anche identificata l'ASST Lodi tra le Strutture di riferimento in Medicina e Patologia dello Sport

PREVENZIONE SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO PSSR 3.2

- Il punto **5** è così integrato: le ATS garantiscono la partecipazione del personale dei Servizi PSAL all'evento organizzato nell'ambito della Settimana europea per la sicurezza e la salute sul lavoro, assicurando una presenza attiva secondo le indicazioni regionali.

IGIENE PUBBLICA E SALUTE AMBIENTE

Oltre a quanto già previsto si aggiunge che:

- In relazione al rischio amianto, si richiama la nota RL_RLAOOG1_2025_4092 avente ad oggetto "Esame della Relazione n. XII/72 del 2024 e della Relazione n. XII/34 del 2024. Esiti del Comitato Paritetico di Controllo e Valutazione, approvati nella seduta del 9 aprile c.a.", in particolare dove si estende a tutte le ATS il progetto pilota già realizzato dall'ATS Milano - Servizio PSAL, e dall'osservatorio epidemiologico, in collaborazione con il COR presso la Clinica del Lavoro di Milano.
- Le ATS sono tenute a partecipare al corso "Salute e ambiente per la qualità degli edifici" (organizzato dalla Regione Emilia-Romagna), con 3 partecipanti per ATS Milano e 1 per ciascuna delle altre. Il corso (24 ore, modalità mista) si svolgerà dal 15 settembre al 19 dicembre 2025.

MEDICINA LEGALE (ASST SC /SS)

Con riferimento alla nota protocollo G1.2025.0020190 del 22/05/2025, inviata alle ASST avente per oggetto la presa in carico delle disposizioni di volontà relative alla donazione del proprio corpo e dei tessuti post mortem a fini di studio, formazione e ricerca scientifica (ai sensi della Legge 10/2020), si segnala quanto segue:

- È in corso un'interlocuzione con il Ministero della Salute per la realizzazione di un flusso per la trasmissione delle Disposizioni Post Mortem (DPM) alla Banca Dati Nazionale.
- In attesa della messa a disposizione degli strumenti operativi previsti, si invita a procedere secondo le modalità indicate nella citata nota, garantendo nel frattempo la corretta documentazione delle volontà del disponente.

Inoltre, in relazione ai compiti previsti per i medici necroscopi dal comma 1 dell'art. 4 del DPR 47/2023, si ricorda che, acquisita dal fiduciario la notizia della volontà del disponente, il necroscopo è tenuto ad individuare il centro di riferimento competente per territorio, ovvero quello più prossimo al luogo del decesso, sulla base dell'elenco pubblicato sull'apposita sezione del sito del Ministero della Salute.

I centri di riferimento riconosciuti con Decreto del Ministero della Salute del 24/04/2024 (GU Serie Generale n.142 del 19-06-2024) sono attualmente, per la Regione Lombardia sono:

- IRCCS MultiMedica – Cadaver Lab (Sesto San Giovanni, MI)
- IRCCS Ospedale San Raffaele – Gruppo San Donato (Milano)
- Università degli Studi di Brescia (Brescia)

In attesa dell'attivazione della banca dati nazionale sopraindicata, le ASST avranno cura di fornire copia della DPM al centro di riferimento su richiesta, previa verifica della volontà da parte del fiduciario.

MODIFICHE E/O INTEGRAZIONI DI ALTRI PROVVEDIMENTI DELIBERATIVI

- **SCREENING.** Ad integrazione di quanto già contenuto nel protocollo di screening del tumore alla prostata, allegato parte integrante della DGR n. **XII/2767** del 15 luglio 2024 si precisa che:

- Le ASST, IRCSS e ospedali privati convenzionati aderenti al programma di screening per il tumore alla prostata sono tenuti a inserire tutti gli esiti delle visite urologiche effettuate nell'ambito dello screening prostata sul gestionale SIGESP entro e non oltre il 31 agosto 2025 dando priorità all'inserimento degli esiti delle visite effettuate nel primo semestre del 2025.
- I centri screening delle ATS i cui punti erogatori presentino tassi di compilazione inferiori agli standard attesi, devono attivare tempestive azioni correttive per il rispetto della scadenza, attraverso il coinvolgimento delle direzioni sanitarie e dei referenti clinici.
- **MALATTIE INFETTIVE** Facendo seguito alle richieste di chiarimenti pervenute circa quanto indicato dalle DGR n. XII71563 del 18.12.2023 e DGR n. XII/3732 del 30/12/2024 (AMPLIAMENTO DELLE MISURE DI SORVEGLIANZA DELLE MALATTIE INFETTIVE PREVISTE DAL PIANO STRATEGICO-OPERATIVO NAZIONALE DI PREPARAZIONE E RISPOSTA A UNA PANDEMIA INFLUENZALE (PANFLU) 2021-2023 ATTRAVERSO IL RECLUTAMENTO DEGLI ENTI DEL TERZO SETTORE) e nello specifico per quanto concerne il requisito minimo richiesto per le associazioni del terzo settore ovvero che non abbiano in essere contratti/convenzioni con il Servizio Sanitario Regionale e non ricevano contributi per prestazioni sanitarie erogate alla popolazione dal Servizio Sanitario Regionale, si precisa che la ratio dell'esclusione è quella di evitare di ampliare, modificare o integrare contratti già in essere con l'ATS. Peraltro, considerato che il numero delle associazioni presenti sul territorio che possono occuparsi delle popolazioni più vulnerabili potrebbe essere limitato, l'ATS può valutare di non applicare l'esclusione qualora l'attività oggetto della convenzione ai sensi delle citate deliberazioni sia distinta e scindibile dalle attività già oggetto di contratto con ATS.
- **MALATTIE INFETTIVE** in modifica di quanto previsto dalla DGR XII / 1685 del 28/12/2023 "Attivazione del servizio di trasporto dei campioni biologici a supporto della sorveglianza influenzale RespiVirnet (ex Influnet), in coerenza con quanto previsto dal piano pandemico influenzale" si precisa che spesa derivante dalla deliberazione, pari a complessivi € 235.620,00/anno può essere utilizzata dagli enti assegnatari oltre che per il trasporto dei campioni biologici dagli ambulatori dei medici di medicina generale al laboratorio periferico afferente alla rete RespiVirNet e anche per garantire il trasporto di campioni biologici presso il laboratorio di riferimento in casi di sospetta malattia infettiva che genera allerta e per cui è previsto un immediato invio (es. sospetta west nile, dengue, chikungunya, meningite, polio etc etc). In assenza di gara ARIA regionale tali risorse possono essere utilizzate per finanziare le modalità di trasporto previste dalle aziende (fermo restando il rispetto delle regole generali di corretta gestione delle risorse in particolare personale e prestazioni aggiuntive). Si precisa altresì che tali risorse sono già accantonati nei bilanci Aziendali.
- **SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO.** Il punto 4.2.4 dell'allegato A della DGR n. XII/4183/2025 "Determinazione in ordine agli indirizzi di programmazione delle ATS, Area prevenzione – Salute e Sicurezza sul lavoro, per l'anno 2025, relativamente agli ambiti di impiego delle risorse ex art. 64 quater del LR n. 33/2009" è integralmente stralciato
- **SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO.** Sarà attivata una progettualità per la stima dell'impatto del recepimento della Direttiva (UE) 2022/431 del 9 marzo 2022 sulla protezione dei lavoratori contro i rischi derivanti da un'esposizione ad agenti tossici per la riproduzione durante il lavoro per valutare l'entità dell'esposizione in Lombardia attingendo alle risorse ex art. 60 quater LR 33/2009.
- **SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO** Le ATS devono partecipare attivamente ai gruppi di lavoro istituiti con DGR XII/4183/2025, con designazione dei referenti.
- **FORMAZIONE** Richiamata la DGR n. 7758 del 28 dicembre 2022 nell'Allegato 12 Prevenzione ATS DIPS, le ATS di Milano, Pavia, Brescia e Insubria, nel cui territorio ha sede il Corso di Studi in Tecniche della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro, al fine di incrementare il

numero di iscrizioni, realizzano, in collaborazione con le Università e sull'intero territorio regionale, interventi di promozione del Corso di Studi rivolti agli studenti delle scuole secondarie di secondo grado, in particolare degli istituti tecnici, facendo ricorso ai proventi ex art. 60 quater comma 1 bis L.R. n. 33/2009.

- **SCREENING** seguito dell'entrata in vigore del Decreto del Ministero della Salute del 25/11/2024 **“Definizione delle tariffe relative all’assistenza specialistica ambulatoriale e protesica”** si precisa che rientrano tra le prestazioni di screening di I e II livello le prestazioni indicate nelle tabelle riportate all’Appendice 1, riferite a ciascuna delle linee di screening attualmente in atto. Di conseguenza devono intendersi integralmente sostituite le analoghe tabelle contenute nella DGR XII/1827 del 31 gennaio 2024 (Regole 2024) e deve intendersi aggiornato il punto c dell’art. 2 (*obblighi dell’erogatore*) dello schema di contratto per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra ATS e soggetti Erogatori di prestazioni... biennio 2025/2026 approvato con DGR n. XII/4342 del 12/05/2025.

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

UNITÀ OPERATIVE A VALENZA REGIONALE IN AMBITO PREVENZIONE

Le Unità Operative a valenza regionale afferenti all’area della Prevenzione svolgono un ruolo strategico nel garantire uniformità, qualità e coerenza nell’attuazione delle politiche regionali di prevenzione e tutela della salute collettiva. Tali strutture rappresentano un presidio tecnico-specialistico di riferimento per il sistema sanitario lombardo, supportando le ATS e le ASST nell’implementazione delle azioni previste. Si elencano di seguito gli indirizzi di Programmazione per l’anno 2025 in cui sono coinvolte le relative UO a valenza regionale quali centri di competenza riconosciuti per il presidio di tematiche prioritarie in ambito Prevenzione.

UO Valenza Regionale	Attività prioritaria 2025
Promozione della Salute - ATS Milano	Coordinamento dell’area Promozione della Salute sull’intero territorio regionale
Epidemiologia della Prevenzione - ATS Milano	Supporto a UO Prevenzione e Coordinamento: • PNC SIN 1 e SIN 2 • PNC area salute ambiente e sviluppo banche genomiche • sviluppo dei portali “profili di salute” per tutte le ATS Lombarde • - supporto epidemiologico all’area screening (prostata, polmone, mammella etc.)
Laboratorio di Prevenzione – ATS Milano	• Coordinamento laboratori di Prevenzione • PNC – SNPS: Coordinamento linee d’investimento P1-P2-P3 • Supporto alla UO Prevenzione nello sviluppo del LIMS regionale
Igiene Alimenti e Nutrizione – ATS Brianza	Supporto alla UO Prevenzione per: • Sviluppo gestionale SIAN • Aumento l’appropriatezza e l’uniformità delle prestazioni dei SIAN Attivazione del piano mirato MOCA

Screening – ATS Pavia	Coordinamento dei programmi di screening oncologici (mammella, colon-retto, cervice uterina e prostata)
Vaccinazioni – ASST FbFSacco	Coordinamento e monitoraggio dell'implementazione del Piano Regionale di Prevenzione Vaccinale 2024-2025 Organizzazione delle campagne vaccinali, sviluppo software ARVAX
Sistemi Informativi per la prevenzione ATS Brianza	Supporto allo sviluppo dei software regionali (screening, arvax etc. .)
NON conformità Macchine ATS Milano	Supporto alla UO Prevenzione
Radon	Supporto alla UO Prevenzione

VETERINARIA

REGOLE DI FUNZIONAMENTO

- Con riferimento ai Piani regionali 4.2.26 e 4.2.28, approvati con DDG n. 2376 del 28 febbraio 2025 recante “Approvazione del documento Linee di indirizzo per la redazione del Piano Integrato Aziendale della Prevenzione Veterinaria, ai sensi del Reg. (UE) 2017/625 – anno 2025”, si precisa che l’eventuale mancato rispetto delle scadenze di rendicontazione da parte delle ATS sarà oggetto di valutazione ai fini della predisposizione del Piano di audit regionale 2026 sui Dipartimenti Veterinari e SAOA.
- In attuazione della DGR n. XII/4561 del 16 giugno 2025, nell’ambito delle azioni aggiuntive del PNCAR, saranno definiti progetti pilota per la sorveglianza di batteri antimicrobico-resistenti (AMR) negli animali da compagnia, al fine di garantire una gestione appropriata delle antimicrobico-resistenze in tali specie
- **Copertura della pianta organica dei Dipartimenti Veterinari e SAOA:** si dà mandato alle Direzioni Strategiche delle ATS di procedere con le assunzioni necessarie per garantire la piena copertura della pianta organica assegnata ai Dipartimenti Veterinari. A tal fine, oltre alla modalità aggregata di reclutamento attualmente attiva e formalizzata mediante apposito Protocollo d’Intesa, è richiesto di promuovere la condivisione delle eventuali graduatorie locali ancora vigenti tra le diverse ATS.

Le Direzioni Strategiche dovranno inoltre elaborare e attuare strategie aziendali di benessere organizzativo, funzionali alla stabilizzazione e al consolidamento del personale.

Tutti gli interventi messi in atto dovranno essere opportunamente documentati su richiesta della DG Welfare e saranno considerati nell’ambito del processo di valutazione degli obiettivi dei Direttori Generali per l’anno 2025.

OLIMPIADI

In previsione delle Olimpiadi/Paralimpiadi invernali 2026, tra le attività finalizzate a rafforzare la gestione sanitaria degli animali d’affezione per la prevenzione delle malattie infettive e per la prevenzione del randagismo tutti i Dipartimenti Veterinari e SAOA delle ATS dovranno prevedere un rafforzamento delle attività di front-office per le prestazioni relative agli animali d’affezione

POLO OSPEDALIERO

ACCREDITAMENTO

Unità d'Offerta cure intermedie

Come previsto dalla DGR n. XII/3720/2024, con Decreto del Direttore Welfare n. 1253 del 30.01.2025 è stato costituito il Gruppo di Lavoro per il riordino del sistema delle cure intermedie. Entro fine anno il Gruppo definirà i nuovi requisiti delle UdO, la filiera degli interventi, i livelli di raccordo tra le UdO esistenti, i setting e il percorso di presa in carico. Fino alla conclusione del riordino non saranno possibili modifiche dell'assetto accreditato né nuovi accreditamenti.

Terapia Intensiva Neonatale

A seguito dei chiarimenti interpretativi contenuti nel Decreto n° 8742 del 19/06/2025 – Ulteriori indicazioni operative in applicazione delle DGR N. XI/ 267 del 28/06/2018 e N. XI 2395 del 11/11/2019, è possibile attivare la riclassificazione delle TIN, semintensive neonatali e Patologie Neonatali.

Accreditamento UdO sociosanitaria in caso di Raggruppamenti Temporanei di Impresa

Nel codice dei contratti pubblici è consentita la presentazione di offerte da parte di raggruppamenti temporanei di concorrenti, i quali, prima della presentazione dell'offerta, devono conferire mandato collettivo speciale con rappresentanza ad uno di essi, qualificato mandatario.

Si dispone che, in caso di contratto pubblico di gestione di UdO sociosanitaria con raggruppamenti temporanei, l'iter di accreditamento e l'eventuale contratto di gestione della UdO sia in carico al qualificato mandatario, come definito nella costituzione del raggruppamento stesso. Si precisa che in tal caso l'accREDITAMENTO/contratto e quello che ne consegue, anche in senso di responsabilità e di mantenimento dei requisiti, rimane in capo al solo soggetto mandatario.

ATS deve, in sede di voltura, verificare ed attestare nel proprio provvedimento il possesso dei requisiti soggettivi di tutti gli enti facenti parte il raggruppamento.

Riordino dei consultori familiari

Si ritiene di rinviare al 31 dicembre 2025, l'aggiornamento dei requisiti di esercizio e di accreditamento dei Consultori Familiari delle sedi principali e distaccate (requisiti strutturali e tecnologici, requisiti organizzativo-gestionali) previsto dalla DGR 3720/2024 per settembre 2025.

Nuovi accreditamenti di UdO Sociosanitarie

Come previsto dalla DGR 3720/2024 per il 2025 sarà possibile l'accREDITAMENTO di nuovi posti residenziali/semiresidenziali nell'area anziani e disabili solo nei territori ASST con posti accREDITATI sottoindice regionale salvo zone contraddistinte da caratteristiche orografiche disagiate e aree caratterizzate dalla prevalenza di piccoli comuni interessati da dinamiche socio-economiche sfavorevoli e dalla scarsa accessibilità ai servizi essenziali di cittadinanza (istruzione e formazione, socio-sanitari e mobilità), lontane dai poli di erogazione dei servizi e di norma segnate da spopolamento o stasi demografica e da un'economia locale fragile (quali ad esempio le Aree Interne). In tali casi, in deroga agli indici regionali previsti dalla DGR n. 3720/2024, ATS dovrà presentare a DG Welfare una relazione che descriva le condizioni dell'area dove si intendono accREDITARE nuovi posti.

Sono escluse dal blocco degli accREDITAMENTI:

- le procedure di SCIA Contestuale/istanza di accREDITAMENTO in corso al 31/12/2024;
- le UdO realizzate/ristrutturate con finanziamenti pubblici;
- le nuove realizzazioni di UdO in caso di avvenuta presentazione della CILA/permesso a costruire/SCIA edilizia al Comune di competenza entro il 30/12/2024.

Ad integrazione di quanto definito dalla DGR 3720/2024 si precisa che anche le UdO residenziali/semiresidenziali nell'area anziani e disabili già in esercizio alla data del 30.12.2024 sono escluse dal blocco degli accREDITAMENTI.

Ospedali di Comunità in strutture sanitarie a gestione ASST/IRCCS

Con DGR 1827/2024 si è disposto l'iter da seguire nel caso di accreditamenti di nuovi Ospedali di Comunità a gestione ASST/IRCCS in sedi provvisorie o definitive oggetto di lavori di adeguamento strutturale con finanziamento PNRR.

In superamento di quanto previsto dalla DGR 1827/2024 si dispone che, nei casi in cui un OdC di nuovo accreditamento si trovi all'interno di strutture sanitarie in deroga per aspetti strutturali e nello stesso edificio siano in corso lavori di adeguamento con fondi PNRR, sia possibile accreditare nuovi OdC estendendo a questi la deroga già in essere.

In tali casi ASST/IRCCS dovrà, nella SCIA con contestuale richiesta di accreditamento, precisare i requisiti già oggetto di deroga in ambito sanitario.

ATS dovrà richiamare, nel proprio provvedimento di parere di accreditamento, la deroga già concessa in ambito sanitario e riportare tale deroga e relativa scadenza nel registro regionale delle strutture accreditate – *sezione abilitazione – campo note*, aggiornandola in caso di variazioni dei termini o di conclusione dei lavori.

ATS dovrà provvedere al monitoraggio della deroga concessa all'ODC, comunicandone l'esito all'UO Polo Territoriale nelle stesse modalità

COLLABORAZIONE TRA REGIONE ED ENTI SANITARI

A Regione è affidato il compito di realizzare, tramite l'assessorato competente in tema di sistema sociosanitario e con il concorso degli enti del servizio sanitario, gli obiettivi di tutela della salute e la definizione e attuazione delle politiche sanitarie nel territorio di propria competenza.

A tal fine, ai Direttori generali degli enti sanitari pubblici vengono assegnati, entro il 30 novembre di ogni anno, obiettivi di mandato e specifici obiettivi aziendali annuali, individuati sulla base degli atti di programmazione regionale, la cui realizzazione rende necessaria una forte sinergia e condivisione tra la Direzione Generale Welfare e l'intera direzione strategica aziendale. In tale ottica, la competente direzione generale regionale potrà avvalersi anche di tutte le professionalità operanti nell'organizzazione delle strutture sanitarie pubbliche, sulla base delle specifiche competenze degli stessi e/o delle specificità, anche di carattere territoriale, poste di volta in volta dalle singole tematiche. Tale collaborazione si intende riferita anche alla possibilità di utilizzo da parte di RL dei beni strumentali dei suddetti enti.

Sarà cura della DG Welfare segnalare ai Presidenti degli IRCCS pubblici quanto individuato per gli altri enti sanitari, affinché ne possano tener conto nella definizione degli obiettivi delle Direzioni Generali dei propri istituti.

Progetto sperimentale di istituzione di un dipartimento interaziendale di cardiocirurgia pediatrica

Dando seguito a quanto definito dalla D.G.R XII/3720 in merito all'attuazione di un progetto sperimentale per l'istituzione del Dipartimento interaziendale di Cardiocirurgia Pediatrica, con capofila l'ASST Niguarda, a cui afferiscono le strutture di Cardiocirurgia Pediatrica dell'ASST Niguarda e della Fondazione Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico, si ritiene opportuno, al fine di garantire i migliori percorsi organizzativi tra le due strutture, non prevedere un numero predefinito di sedute operatorie settimanali presso i due presidi.

Le aziende spoke dell'ASST GOM e dell'IRCCS Fondazione Policlinico, riferiscono i neonati/bambini con problematiche cardiologiche e cardiocirurgiche alle due aziende hub.

Progetto sperimentale di istituzione di un dipartimento interaziendale di neurochirurgia pediatrica

È avviato un progetto sperimentale per l'istituzione di un Dipartimento interaziendale di neurochirurgia pediatrica tra l'ASST Fatebenefratelli-Sacco e l'IRCCS Carlo Besta.

A tal fine, si dà indicazione alle Direzioni Strategiche delle due Aziende di predisporre un documento congiunto, contenente gli elementi organizzativi, funzionali e gestionali del nuovo Dipartimento.

SVILUPPO MODELLO A RETE TRA AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE

Al fine di dare sviluppo al modello a rete tra aziende sanitarie pubbliche previsto dalla D.G.R XII/3720 le ASST/IRCCS HUB devono predisporre la progettazione specifica di ogni raggruppamento, condivisa con le aziende spoke e presentata alla DGW e monitorata durante l'anno.

Valorizzazione della rete

La continua crescita e valorizzazione della rete del sistema, in risposta all'incremento della domanda sanitaria, ha determinato un incremento di presenza di medici ancora in formazione specialistica ma che, a seguito di concorsi e utilmente collocati, vengono assunti ai sensi del c.d. "Decreto Calabria" L.145/2018.

Tali medici, anche se ancora in formazione, sono risorse essenziali per lo sviluppo di aziende del sistema, che sono parte dell'Hub e, pertanto, anche in una logica di continuità di percorso e come arricchimento della rete, in applicazione a quanto disposto dalla Legge n. 56 del 29/04/2024, anche se in presenza di uno specializzando fuori rete, le aziende del SSR, decorsi i 18 mesi, procedono con il rinnovo di contratto fino al conseguimento del titolo di specializzazione.

Apertura a tutte le specializzazioni

Al fine di garantire tutte le competenze specialistiche anche in relazione alla rete Hub e Spoke e in coerenza con i principi di equità, qualità dell'assistenza e pieno riconoscimento professionale a decorrere dal 1° agosto 2025, in conformità a quanto disposto dalla DGR n. 3392 dell'11 novembre 2024, il riconoscimento della qualifica di medico specialista è esteso a tutte le discipline di specializzazione.

SISTEMA REGIONALE TRAPIANTI

Il nuovo modello organizzativo del procurement di organi e tessuti all'interno del sistema regionale trapianti prevede che a decorrere dall'anno 2024, viene delegata all'agenzia regionale emergenza urgenza (AREU) la conduzione e il coordinamento del programma regionale donazione organi e tessuti. Il modello prevede che i coordinamenti ospedalieri di procurement (COP) dipendano funzionalmente dal coordinamento regionale procurement (CRP), inserito in AREU, che si occupa di tutti gli aspetti organizzativi ed operativi.

I coordinamenti ospedalieri di secondo livello sono di supporto alla propria area di riferimento, con possibilità di spostarsi e intervenire tra le strutture, anche nel sistema privato accreditato. I coordinamenti ospedalieri di procurement di primo livello dipendono funzionalmente dai COP di secondo livello territorialmente competenti.

All'interno di questa struttura nel secondo semestre in accordo con la Dg welfare sarà revisionato l'impianto convenzionale della rete anche ai fini del riconoscimento dell'attività svolta, al di fuori dell'orario di lavoro, per la realizzazione dei percorsi di procurement.

Rete trasfusionale

Per mantenere elevati standard di qualità e sicurezza nel Sistema Trasfusionale regionale, gli indirizzi prioritari per il 2025 saranno attuati dalle ASST/IRCCS in coordinamento con la Struttura Regionale di Coordinamento per le attività trasfusionali (SRC) presso AREU così come previsto dalla D.G.R XII/3720. Entro ottobre 2025 sarà avviato il percorso per la presa in carico delle attività in capo alla SRC da parte del nuovo responsabile della struttura.

MEDICINA DI LABORATORIO

Richiamato l'art. 29 della legge 23/07/2021, n. 106 ("Incentivo al processo di riorganizzazione della rete dei laboratori del Servizio sanitario nazionale"), e richiamata la DGR n. XII/2444/2024, si precisa che tutti i Servizi di Medicina di Laboratorio di I e II livello (Clinici Generali e Specialistici), ai sensi della DGR n. XI/7044/2022 e s.m.i., non afferenti ad una "NGS Facility" ai sensi della DGR n.

XI/6989/2022, e che eseguono test di diagnostica molecolare con tecnologia NGS a fini diagnostici (costituzionale, oncologica somatica, oncoematologica somatica, immunogenetica o infettivologica), sono tenuti, ai fini dell'autorizzazione o dell'accreditamento, al rispetto di una soglia minima di attività analitica pari a 1.000 campioni/prestazioni annue eseguite in sede.

I 1.000 campioni/prestazioni con NGS annui rientrano nel computo complessivo dei volumi di attività già previsti e non costituiscono un requisito aggiuntivo.

Ai fini del conteggio, si applicano i criteri di pesatura delle prestazioni previsti dalla DGR n. XII/2444/2024 ed è confermata una tolleranza massima del 10% rispetto alla soglia minima stabilita.

In conseguenza delle presenti precisazioni, il termine per l'adeguamento al requisito minimo di 1.000 campioni/prestazioni annui eseguiti in sede con tecnologia NGS, per i laboratori non inclusi nelle "NGS Facility" e operanti a fini diagnostici, è prorogato al 31 dicembre 2026, rispetto a quanto previsto dalla DGR n. XII/2444/2024.

Avvalendosi della proroga prevista ai sensi dell'art. 4, comma 8, del decreto-legge n. 202/2024, convertito con modificazioni dalla legge n. 15/2025, che ha esteso il termine al 31/12/2025 per gli adempimenti previsti al art. 29 l'art. 29 della Legge 23/07/2021, n. 106, si prorogano i tempi per il raggiungimento dell'obiettivo relativo al potenziamento delle attività analitiche di sequenziamento di nuova generazione (*Next Generation Sequencing* – NGS), il cui fulcro organizzativo è rappresentato dalle "NGS Facility", istituite ai sensi della DGR n. XI/6989/2022.

Pertanto, per tutte le "NGS Facility", il termine per il raggiungimento dell'obiettivo sul volume di attività è prorogato al 31/12/2025, confermando quanto previsto dalla DGR n. XI/6989/2022, ovvero un volume globale di almeno 5.000 campioni/prestazioni annue con tecnologia NGS, con una tolleranza massima del 10% rispetto alla soglia indicata.

RETE OSTETRICO-NEONATALE E GINECOLOGICA

Integrazione sanitaria e sociosanitaria

A far seguito i numerosi provvedimenti intercorsi nella XI e XII Legislatura del SSR lombardo e per garantire l'efficientamento della Rete nel suo complesso, si ritiene necessario rinforzare il percorso di integrazione dell'offerta sanitaria ospedaliera e sanitaria-sociosanitaria territoriale.

In particolare, con

- emanazione regionale del modello assistenziale "Continuità assistenziale ostetrica: la prima visita di assistenza al domicilio alle donne dopo il parto a cura dell'ostetrica/o", (*cd home-visiting*) prevista anche dalla Deliberazione del Consiglio Regionale n.395/2024;
- investimento tecnologico (ecografi) nei Consultori Familiari come indicato dalla DGR n.1141/2023 e dalla DGR n.1827/2024 al fine di dotare tale strumentazione in ogni sede territoriale, utile a garantire prestazioni in area ostetrica e in area ginecologica;
- avviare un percorso di condivisione con i seguenti indicatori di risultato:
 - una procedura integrata territorio-ospedale per la "Presa in carico della donna dalla 36^a-37^a settimana di gravidanza";
 - una procedura integrata territorio-ospedale-territorio per il "Percorso della donna ai sensi della Legge n.194 del 22 maggio 1978" prevedendo l'offerta routinaria e istituzionale del contatto consultoriale.

Nel corso del 2025 e 2026 si realizza l'estensione regionale dell'Agenda del Percorso Nascita -WEB, sia ad uso ambulatoriale sia consultoriale, con la prescrivibilità degli esami individuati settimana - specifici ai fini della sorveglianza del decorso della gravidanza e come formalizzato dai provvedimenti regionali e dalla Deliberazione del Consiglio n.395/2024.

Rete punti nascita

Il 2023 e 2024 hanno messo in luce un nuovo superamento, al ribasso, del minor numero di parti mai registrato in Regione Lombardia. Il calo della natalità (cosiddetto inverno o glaciazione demografica) è un fenomeno complesso, oggetto di approfondimento in numerosi Settori causato da fenomeni sociali, economici e culturali, ma anche sanitari. La Tabella che segue (Tab.1 Natalità) mostra il tasso di natalità in Italia e in Lombardia a sostegno che è un fenomeno diffuso nel Paese, e non solo in Regione Lombardia.

Tab.1 Natalità



Il Polo Ospedaliero, al fine di valutare l'offerta della rete dei punti nascita lombarda, ha effettuato una mappatura dei punti attivi considerando i volumi e gli standard, con particolare attenzione ai punti nascita <500 parti/anno e, per il tramite del Comitato Percorso Nascita regionale, ne ha fatto un'analisi puntuale.

Si è avviato, altresì, il percorso di analisi e di allineamento dei Centri HUB - Spoke individuati dalla DGR XII_3720/24 con la rete definita dalle DGR XI/2395/19 e XI/2396/19 nel contesto del modello MMF-TIN/spoke.

La rete è costituita dai Punti Nascita riportati in Appendice 2.

Comitato percorso nascita locale

L'Accordo Stato Regioni del 16.12.2010 prevede l'istituzione del Comitato Percorso Nascita anche a livello locale. Si dà pertanto mandato alle singole ATS di **rinnovare e/o attivare il Comitato Percorso Nascita locale (CPNI)** entro il 30 ottobre 2025 coinvolgendo gli Enti ospedalieri e territoriali del territorio di competenza – compreso i Consultori Familiari privati accreditati a contratto- al fine di implementare e dare operatività agli indirizzi nazionali e regionali relativamente al Percorso Nascita e alla rete ostetrico-neonatale nel suo complesso.

In particolare, si dà indicazione ad ATS, per il tramite del Comitato Percorso Nascita Locale, di coordinare gli Enti erogatori con l'obiettivo di censire l'applicazione delle attività indicate nel metaprogetto "Percorso Nascita" ai sensi della DGR 268/2018 e s.m.i. e Deliberazione Consiglio n.395/2024, definire un planning di attività e aggiornare la Carta dei Servizi.

Si chiede alle singole ATS di comunicare il nominativo, i riferimenti del Coordinatore/della Coordinatrice del CPNI alla Direzione Generale Welfare e di dare riscontro annuale delle azioni intraprese.

Certificato di assistenza al parto

A decorrere dal 01.01.2026 con Decreto MINISTERO DELLA SALUTE 05 maggio 2025 "**Certificato di assistenza al parto**, per la rilevazione dei dati di sanità pubblica e statistici di base relativi agli eventi di nascita, di nati-mortalità ed ai nati affetti da patologie congenite" (GU n.128 del 5-6-2025)

entra in vigore il nuovo tracciato nazionale. A cura della Direzione Generale Welfare, per il tramite delle Strutture del Polo Ospedaliero e della U.O. Controllo e Monitoraggio Dati, LEA e Outcome, vengono promossi eventi formativi indirizzati a Medici specialisti in ostetricia-ginecologia, in neonatologia/pediatria, ad Ostetriche e ad operatori dei flussi informativi sanitari di ATS, ASST/IRCCS e Punti Nascita privati accreditati a contratto. L'Ambito di applicazione del presente decreto si applica agli interventi sanitari relativi ai parti:

- per i quali l'età gestazionale del feto è pari o superiore a 22 settimane compiute (22 settimane +0 giorni);
- per i quali l'età gestazionale del feto è inferiore alle 22 settimane ma che hanno dato luogo a nati con segni di vitalità e condizioni cliniche e morfologiche tali da permettere di ipotizzare la sopravvivenza, anche se con probabilità remota.

Le informazioni del tracciato nazionale CeDAP sono organizzate nelle sezioni seguenti: Sezione A: Luogo del parto e dati sociodemografici dei genitori; Sezione B: anamnesi ostetrica e periodo pre-concezionale; Sezione C: Gravidanza; Sezione D: Parto; Sezione E: Neonato; Sezione F: Cause di nati-mortalità; Sezione G: Malformazioni congenite.

Interventi formativi ed informativi

Si dà indicazione ad ogni Ente d'offerta della rete ostetrico-neonatale, sia ospedaliera sia territoriale, di attivare interventi di formazione e di informazione del "Percorso Nascita". Tale attività rientra a pieno titolo nel sostenere anche la "Cura sicura per ogni neonato e ogni bambino" e che, proprio nel 2025 nella giornata mondiale della Sicurezza del Paziente, lo slogan individuato è proprio la "*Sicurezza del paziente fin dall'inizio*". Gli interventi formativi ed informativi sono rivolti:

- ai sanitari e ai genitori in merito alla **Sindrome del Bambino Scosso (SBS) o Shaken Baby Syndrome**. È potenzialmente causa di lesioni molto gravi, soprattutto tra le prime settimane e i 6 mesi di vita (picco massimo di incidenza) ovvero nel periodo di massima intensità del pianto, talvolta "inconsolabile", del neonato. La prevenzione della SBS in particolare può essere effettuata attraverso il ricorso a diversi strumenti, tra cui: corsi di formazione per i genitori sul pianto dei neonati, per imparare a riconoscerlo e a gestirlo; una maggiore sensibilizzazione dell'opinione pubblica su questi argomenti; un piano di sostegno/intervento di sollievo per le famiglie sopraffatte e per i genitori che si sentono in difficoltà nel prendersi cura del loro neonato.
- al personale sanitario d'area perinatale al fine di promuovere le buone pratiche descritte dal documento del Ministero della Salute "Benessere della coppia madre-bambino e sicurezza del neonato: il *Rooming-in* (condivisione della stessa stanza)" Cfr: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3477_allegato.pdf#:~:text=Il%20rooming-in%20prevede%20la%20permanenza%20e%20l%E2%80%99assistenza%20di,tra%20quelle%20previste%20nelle%20unit%C3%A0%20di%20degenza%20materno-infantili. Trattasi di due standard assistenziali: il **contatto pelle a pelle (SSC: skin-to-skin contact)** che consiste nel lasciare il neonato pelle a pelle con la mamma sin dalla nascita nelle prime due ore del post partum o comunque fino alla fine della prima poppata e il **Rooming-in** (condivisione della stessa stanza)". L'invito è di accogliere sempre le scelte materne, adottare la Check list per le prime due ore dal parto e la Check list durante il rooming-in, promuovere la valorizzazione delle risorse per la diade mamma-neonato e documentare le condizioni che non rendono praticabile i due suddetti standard assistenziali;
- ai genitori in merito alla manovra di disostruzione delle vie aeree del lattante (**manovra di Heimlich**) causata da un corpo estraneo. Si invitano gli operatori dell'area perinatale ad introdurre questa tecnica salvavita, utilizzando interventi di simulazione su manichino, videotutorial, utilizzando anche le modalità della Comunicazione Aumentativa e Alternativa (CAA), e altre forme di comunicazione finalizzate alla sensibilizzazione sul tema e alla diffusione delle regole per

garantire un pasto sicuro al lattante. Setting privilegiati sono gli Incontri di Accompagnamento alla Nascita (ospedalieri e consultoriali); il momento del ricovero e comunque precedente la dimissione della donna dopo il parto; i Consultori Familiari, lo spazio “*cd allattamento*”, gli asili nidi. A tal fine si propone di avvalersi di documenti istituzionali: Ministero della Salute “Linee di indirizzo per la prevenzione del soffocamento da cibo in età pediatrica”

https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2618_allegato.pdf

e quello dell'Istituto Superiore di Sanità

<https://www.issalute.it/index.php/la-salute-dalla-a-alla-z-menu/m/manovra-di>

[heimlich#:~:text=Questa%20tecnica%20pu%C3%B2%20essere%20eseguita,si%20liberano%20le%20vie%20aeree.](https://www.issalute.it/index.php/la-salute-dalla-a-alla-z-menu/m/manovra-di-heimlich#:~:text=Questa%20tecnica%20pu%C3%B2%20essere%20eseguita,si%20liberano%20le%20vie%20aeree.)

ROBOTICA

Si conferma che la DG Welfare estenderà il programma di formazione sulla chirurgia robotica, come previsto dalla D.G.R. n. 2966/2024. Nel 2025 continuerà la formazione presso il GOM Niguarda e l'ASST Spedali Civili di Brescia e l'introduzione dei sistemi nei vari enti seguirà gli iter autorizzati. Nel 2026, sarà anche indetta una nuova gara regionale per ottimizzare i costi della chirurgia robotica multidisciplinare e per continuare il percorso di diffusione dei sistemi

RISK MANAGEMENT

Sviluppo della gestione del “full risk-based thinking” (HERM)

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

Sistema di monitoraggio delle attività di risk management

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

Vista la DGR XII/4562, il risk manager deve coordinarsi con la Direzione Aziendale e in particolare con il referente CIO per il recepimento del provvedimento e il monitoraggio dell'applicazione, nonché nelle misure correttive definite dalla stessa.

RETE EMERGENZA URGENZA – DM 70

Nel secondo semestre 2025, nell'ambito della riorganizzazione della rete dell'emergenza-urgenza, in attuazione del decreto ministeriale n. 70 del 2 aprile 2015, si procederà alla definizione dei requisiti e alla successiva individuazione delle sedi dei Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (DEA) di I livello e dei Pronto Soccorso. Verranno definiti requisiti specifici per i servizi di emergenza urgenza erogati da strutture ospedaliere mono-specialistiche al fine di garantire la loro corretta definizione all'interno della rete dell'emergenza-urgenza (DEA di I livello o PS).

EVOLUZIONE CENTRALE UNICA DIMISSIONE POST OSPEDALIERA

Per garantire il coordinamento della dimissione post-ospedaliera, utilizzando il sistema informatico individuato da Regione, si stabilisce il 31 dicembre 2025 quale termine entro il quale dovrà essere effettuato il passaggio dell'attività e dei relativi flussi informativi, da AREU alle ASST, sotto il coordinamento territoriale delle ATS. A livello locale, saranno individuate COT di riferimento, anche in aggregazione tra ASST, per garantire la gestione delle dimissioni, utilizzando il sistema informatico individuato da Regione, e i relativi protocolli operativi e che dovranno mantenere logiche operative, comunque, uniformi per l'intero territorio regionale.

Per facilitare questo passaggio, ogni ASST – in particolare quelle nel territorio di ATS Milano – dovrà designare almeno un infermiere con competenze in ambito riabilitativo e/o di dimissioni protette. L'infermiere dovrà lavorare periodicamente, a decorrere dal 01/02/2025, presso la Centrale Dimissioni Regionale (CRED) di AREU per acquisire le modalità operative e contribuire allo sviluppo dell'attività che verrà poi trasferita alle COT nei vari ambiti regionali.

Centrale UNICA di Continuità assistenziale e team di risposta rapida domiciliare

Nel contesto della attuale riforma sanitaria (Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77), con l'obiettivo di supportare strategie di presa in carico e cura di problematiche non urgenti a livello territoriale, anche attraverso soluzioni di telemedicina, Regione Lombardia ha promosso nel tempo il progetto sperimentale della "Centrale UNICA" di Continuità assistenziale e team di risposta rapida domiciliare" (DGR Unica 279 del 15/05/2023). Con delibera XII/2588 del 21/06/2024 e con la delibera XII/3720 del 30/12/2024 Regione Lombardia ha supportato l'ampliamento del progetto con la reingegnerizzazione e potenziamento della Continuità Assistenziale.

Con l'obiettivo di garantire una risposta h24 7/7 al cittadino con problematiche di salute non emergenti-urgenti, si vuole estendere ed implementare il modello della Centrale UNICA; pertanto, si dà mandato ad AREU di proporre una progettualità specifica relativa al modello di gestione e di valutazione della Centrale UNICA.

PROGETTO INFERMIERI

Nel terzo trimestre del 2025, la Direzione Generale Welfare avvierà un progetto sperimentale finalizzato al coinvolgimento di personale infermieristico proveniente dall'estero, in coerenza con gli intenti di collaborazione internazionale già intrapresi. Tale iniziativa si configura come fase propedeutica alla definizione di un piano strutturato di intervento e supporto e si pone l'obiettivo di analizzare in modo sistematico le esigenze formative, operative e logistico-strutturali connesse, anche attraverso una valorizzazione funzionale del patrimonio immobiliare disponibile presso gli enti del Servizio Sanitario Regionale.

TAVOLO DI LAVORO PER EVOLUZIONE DEL SISTEMA DI BUDGETING

Nel secondo semestre 2025 il gruppo negoziazione già costituito affronterà la tematica contratti 2026. A partire dal prossimo esercizio, Regione Lombardia introdurrà progressivamente una rimodulazione del budget degli erogatori considerando l'analisi della domanda dei vari territori, la necessità di erogazione dei servizi di emergenza urgenza in tutto il suo iter, le peculiarità degli istituti, le effettive erogazioni degli ultimi esercizi.

Sarà posta a tema l'introduzione progressiva di un sistema di budgeting articolato per macroaree assistenziali, al fine di garantire una migliore programmazione delle risorse e un controllo più efficace dell'appropriatezza delle prestazioni erogate.

AUTOCONTROLLO CARTELLA CLINICA ELETTRONICA REGIONALE

Vista la DGR IX/621 del 13.10.2010 ad oggetto "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio-Sanitario Regionale per l'esercizio 2010 – III provvedimento" la quale prevede che a decorrere dai controlli relativi ai ricoveri con dimissione avvenute dal 1° gennaio 2010 l'assenza dell'esame

obiettivo all'ingresso (40%) firmato (anche sigla) (20%) e datato (10%) costituisce uno degli elementi previsti per la rimborsabilità parziale o totale del ricovero.

Rilevato come diversi erogatori pubblici abbiano aderito al progetto Cartella Clinica Elettronica (di seguito CCE) e come la stessa, a oggi, non preveda la firma da parte del medico dell'esame obiettivo all'ingresso ma una identificazione dell'operatore con accesso alla CCE tramite autenticazione a due fattori.

Dato atto che in considerazione dei contenuti evolutivi della CCE (la cui implementazione è tutt'ora in corso), si rende necessario una completa revisione della DGR 621/2010 relativamente ai controlli di qualità documentale pertanto, si stabilisce che, per l'anno 2025 e comunque non oltre l'approvazione della nuova disciplina documentale, per i controlli di qualità documentale specificamente individuati nell'autocontrollo di qualità documentale (3%) delle prestazioni di ricovero dei dimessi dal 1° gennaio 2025 con campionamento casuale da parte di ATS sul periodo gennaio-marzo 2025, per gli erogatori pubblici coinvolti nel progetto CCE, la firma dell'esame obiettivo all'ingresso venga assolta con l'autenticazione a due fattori del medico che compila lo stesso nella CCE.

POLO TERRITORIALE - INTERVENTI SOCIO SANITARI

INTERVENTI AREA CURE PRIMARIE

Le presenti indicazioni costituiscono già patrimonio conoscitivo normativo di ATS e ASST, si rende tuttavia necessario un richiamo per un consolidamento di consapevolezza da parte dei Professionisti del *Sistema*.

Indicazioni in ordine alla prescrivibilità SSN

Il Ricettario Regionale non può essere utilizzato per le prestazioni preliminari ai ricoveri o correlate a prestazioni escluse dai LEA, ovvero:

- per richiedere prescrizioni/prestazioni/certificazioni nell'interesse privato del cittadino come nel caso di **esami o visite** per:
 - rilascio o rinnovo patenti di guida
 - accertamenti a carico di Assicurazione Sanitarie Private
 - rilascio o rinnovo porto d'armi
 - partecipazione a concorsi pubblici o privati che richiedono nel bando accertamenti o visite o certificazioni preliminari al bando
 - esami preliminari al tirocinio
 - assunzioni al lavoro
 - uso assicurativo
- per **accertamenti** che precedono interventi di:
 - chirurgia estetica
 - medicina estetica

Per l'implantologia o cure estetiche in ambito odontoiatrico (es. TAC arcate dentarie o ortopantomografia per implantologia o estetica) il Ricettario Regionale può essere utilizzato.

Il Ricettario SSN NON può essere utilizzato per la prescrizione di prestazioni odontoiatriche (esami diagnostici, visite, trattamenti) nei seguenti casi:

a. Finalità esclusivamente estetiche

Quando le prestazioni sono richieste **unicamente per migliorare l'aspetto estetico**, senza la presenza di una patologia o condizione clinica che ne giustifichi la necessità.

Esempi:

- i. Esami radiologici richiesti per sbiancamenti dentali o correzioni del sorriso.
- ii. Valutazione ortodontica per finalità estetiche in assenza di malocclusione patologica.

b. Pianificazione implantologica a scopo estetico o privato

Quando l'impianto dentale è pianificato **in regime privato e non vi è una documentata patologia o necessità clinica** che ne giustifichi l'indicazione a carico del SSN.

Esempi:

- i. TAC o ortopantomografia per impianti in pazienti sani, senza condizioni patologiche documentate.
- ii. Implantologia effettuata su base volontaria o estetica senza problemi funzionali.

c. Prestazioni non incluse nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)

Quando le prestazioni richieste non rientrano tra quelle previste dai **LEA** e pertanto **non sono erogabili dal SSN**, anche se clinicamente appropriate.

Esempi:

- i. Trattamenti odontoiatrici non urgenti per adulti senza condizioni di vulnerabilità sociale o sanitaria (secondo i criteri regionali).
- ii. Controlli di routine o screening odontoiatrici in soggetti non appartenenti a categorie protette.

d. Assenza di motivazione clinica documentata

Se la prescrizione non è accompagnata da una **chiara indicazione clinica**, o se l'esame è richiesto genericamente per "valutazione implantologica" senza patologia accertata o sospetta. In tutte queste situazioni, le prestazioni devono essere **erogate in regime privatistico**, con prescrizione su **ricettario bianco** e a carico del paziente.

- per **accertamenti** preoperatori per interventi in Strutture Sanitarie (pubbliche o private) a vario titolo convenzionate con SSN
- per **accertamenti** preoperatori in Strutture Private per solventi
- per **controlli dell'idoneità** del Lavoratore (sono a carico del datore di lavoro)
- per **richieste** che non riconoscono quale motivo di prescrizione un dubbio/quesito diagnostico*
- per **certificazioni** e **accertamenti** a corredo della domanda invalidità **, etc.
- In costanza di espletamento di attività libero professionale. Nel caso di indicazioni ad ulteriori accertamenti per i quali il cittadino voglia usufruire del percorso SSN, al Medico di Medicina Generale compete comunque la valutazione in ordine all'appropriatezza prescrittiva
- per prescrizione di farmaci in **fascia C**

Il ricettario non deve essere utilizzato per comunicazioni con ATS/ASST e/o per certificati di malattia.

* I nutrizionisti non possono prescrivere esami ematochimici o altri accertamenti diagnostici, lo stesso dicasi per osteopati, fisioterapisti, podologi, ecc. L'unico titolato a prescrivere accertamenti diagnostici è il Medico, che è anche l'unico soggetto titolato all'interpretazione dei medesimi. Viene qui ribadito che la prescrizione, la diagnosi e la terapia sono "atto medico". Solo il Medico giunge alla diagnosi e alla terapia, e questo ricorrendo all'applicazione della metodologia clinica. La metodologia clinica, ossia il ragionamento logico, attraverso l'interpretazione degli accertamenti, la valutazione dell'anamnesi e della semeiotica, è la sola ed esclusiva a consentire l'interpretazione del quadro clinico.

** Nel caso in cui la Commissione Medico Legale per invalidità ritenga necessari ulteriori accertamenti, la medesima consegnerà all'istante la richiesta scritta per tali accertamenti o consulenze specialistiche specificando che questi sono a carico del SSN.

Processo di scelta e revoca del MAP e del PLS nelle ASST

La scelta del Medico di Assistenza Primaria (MAP) e del Pediatra di Libera Scelta (PLS) rappresenta un diritto fondamentale del cittadino/famiglia e un elemento cruciale per l'accesso all'assistenza sanitaria primaria.

Attraverso la scelta del proprio MAP/PLS, l'assistito/famiglia stabilisce un rapporto di fiducia con un professionista che diviene il suo primo punto di riferimento per la gestione della propria salute, la prescrizione di farmaci e accertamenti, l'indirizzo verso specialisti e la partecipazione a programmi di prevenzione.

La scelta del MAP/PLS avviene generalmente al momento dell'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) o al trasferimento di residenza, e può essere effettuata liberamente tra i medici convenzionati con il SSN operanti nel proprio ambito territoriale di residenza e che abbiano disponibilità di posti. La revoca del Medico è parimenti un diritto dell'assistito, che può decidere di cambiare Medico in qualsiasi momento qualora non sussista più un rapporto di fiducia o per altre motivazioni personali. La revoca comporta la cessazione del rapporto con il Medico precedente e la possibilità di effettuare una nuova scelta.

Processo di scelta e revoca del MAP/PLS

Il processo di scelta e revoca del MAP/PLS in Regione Lombardia è gestito a livello delle Aziende Socio-Sanitarie Territoriali (ASST), che hanno la responsabilità di garantire l'accesso all'assistenza primaria e di coordinare i rapporti con i medici convenzionati.

La scelta del MAP/PLS è vincolata all'ambito territoriale di residenza dell'assistito e alla disponibilità di posti del medico prescelto. Le ASST mettono a disposizione dei cittadini informazioni aggiornate sull'elenco dei medici convenzionati operanti nel proprio territorio, sui loro orari di ambulatorio e sulla loro disponibilità di posti. Il processo di scelta e revoca può avvenire attraverso diverse modalità, che possono includere:

- Sportelli dedicati presso le sedi distrettuali o territoriali delle ASST
- Modalità online tramite i portali web o le piattaforme digitali messe a disposizione dalle ASST
- Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)
- Farmacie aderenti al servizio di scelta e revoca recandosi con tessera sanitaria elettronica presso le stesse.

La disponibilità dei posti dei MAP risulta generalmente più ampia presso gli sportelli delle sedi distrettuali o territoriali delle ASST. Questo perché gli operatori sono autorizzati ad ampliare i posti disponibili in base a specifiche deroghe (ad esempio per motivi di ricongiungimento familiare o altre necessità particolari). I posti visualizzati invece presso le farmacie, sono gli stessi di quelli disponibili sul Fascicolo Sanitario Elettronico, senza possibilità di ampliamento. Le ASST hanno un ruolo di indirizzo e raccordo con i MAP operanti nel proprio territorio, assicurando l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso la programmazione e la governance delle attività di assistenza primaria.

Operazioni di scelta e revoca effettuate in tutta Regione Lombardia nel 2024

I dati ARIA relativi alle operazioni di scelta e revoca effettuate nel 2024 mostrano che il canale maggiormente preferito dai cittadini è lo sportello (55%), seguito dalla farmacia (29%) e dal FSE (16%). Analizzando i comportamenti per fascia d'età, lo sportello rimane il punto di riferimento principale in tutte le classi anagrafiche.

FASCIA ETA'	FARMACIA	FSE	SPORTELLLO	TOTALE
18_26	404.634	227.068	752.375	1.384.077
26_35	406.589	227.971	762.451	1.397.011
36_55	409.031	227.802	766.955	1.403.788
46_55	412.979	227.760	772.228	1.412.967
56_65	416.890	227.714	776.851	1.421.455
66_75	419.867	227.393	780.397	1.427.657
76_85	422.476	227.186	783.519	1.433.181
86_95	423.040	227.072	786.070	1.436.182
Over_95	422.740	226.988	785.978	1.435.706
TOTALE	3.738.246	2.046.954	6.966.824	12.752.024

Flag esclusione scelta

Al fine di NON creare disparità tra assistiti/famiglie nel processo di scelta del medico, si rende necessario allineare l'apertura contemporanea dei tre canali (S/R sportello, FSE, Farmacie).

I Dipartimenti di Cure Primarie, coordinandosi con i Distretti e gli uffici S/R, si attengono alle seguenti indicazioni:

- Censire il nuovo medico nella Anagrafe medici con futura data di attivazione;
- Nella fase di censimento impostare il flag esclusione scelta, in Anagrafe medici, in modo che il medico non possa essere scelto da nessun canale di scelta, fino alla rimozione di suddetto flag;

- Nella data prestabilita, al medesimo orario di apertura degli sportelli di S/R della ASST è necessario rimuovere il flag esclusione scelta dalla posizione del nuovo medico in modo tale da far partire contemporaneamente le S/R su tutti i canali di scelta disponibili ovvero Sportelli di S/R, FSE e Farmacie.

Riduzione liste di attesa attraverso la collaborazione degli specialisti ambulatoriali interni

Nel seguito si fornisce illustrazione sintetica di specifica ricognizione effettuata da DGW presso le ASST in merito alle modalità di coinvolgimento degli Specialisti Ambulatoriali Interni (ACN 4 aprile 2024) per l'erogazione delle *Prestazioni Aggiuntive* al fine del concorso all'abbattimento delle *Liste d'Attesa*.

Da tale ricognizione emerge che la maggioranza delle ASST impiega utilmente tali risorse professionali per il recupero delle liste d'attesa in differenti branche specialistiche, con un monitoraggio periodico della rendicontazione oraria e della verifica della capienza economica.

In analogia a quanto previsto nelle Linee Programmatiche 2025: "... A tali professionisti sarà riconosciuta la medesima remunerazione prevista per i Dirigenti dell'Area Sanità, pari a € 100,00/ora, di cui all'art. 5 della Legge Regionale n. 34 del 29 dicembre 2022 e come stabilito dalla DGR n. 3720 del 30 dicembre 2024, paragrafo 10.1.6 *Prestazioni aggiuntive*" si definisce l'applicazione della medesima tariffa su base oraria anche per gli Specialisti Ambulatoriali Interni, a valere sul fondo della Medicina Convenzionata.

INTERVENTI DI SVILUPPO DEL POLO TERRITORIALE

Si prevede l'attivazione di ambulatori diurni presso le Case di Comunità, utilizzando il modello organizzativo della continuità assistenziale. Questa soluzione risponde all'esigenza di garantire la presenza medica programmata nelle fasce orarie diurne, contribuendo in tal modo al rispetto dei requisiti previsti per le Case della Comunità come da DM 77/2022.

Gli ambulatori diurni nelle Case di Comunità possono assolvere anche alle funzioni degli Ambulatori Medici Temporanei (AMT), al fine di garantire l'assistenza sanitaria primaria agli assistiti che non trovano temporaneamente capienza nelle liste dei Medici di Assistenza Primaria a ciclo di scelta.

Pertanto, si dà mandato alle ASST di definire l'organizzazione di tali servizi e di darne comunicazione a DG Welfare – UO Polo Territoriale.

L'attività medica svolta negli ambulatori diurni presso le Case di Comunità prevede la compilazione di specifica Scheda Sanitaria Individuale di Continuità Assistenziale su cartella clinica informatizzata messa a disposizione dalla ASST, affinché sia disponibile l'aggiornamento anamnestico e dei parametri di obiettività clinica in occasione di ogni accesso all'ambulatorio da parte dell'assistito. Copia digitale o cartacea della Scheda Sanitaria Individuale deve essere consegnata a tutti gli assistiti a seguito di intervento medico ambulatoriale o domiciliare.

Seguiranno specifiche indicazioni attuative a cura della UO Polo Territoriale.

Inoltre, nell'ambito dello sviluppo delle attività territoriali, si prevede l'attivazione sul territorio di ATS Bergamo di specifiche progettualità sperimentali realizzate da ASST in raccordo con il sistema dei servizi finalizzate al contenimento dei ricoveri ospedalieri inappropriati e ad assicurare la continuità dell'assistenza mediante azioni specifiche e una relazione professionale strutturata tra Medici di Assistenza Primaria/Pediatri di Libera Scelta e Specialisti Ospedalieri.

Al fine della realizzazione di tali progettualità si prevede uno stanziamento complessivo pari a 200.000,00 euro.

Si dà mandato ad ATS Bergamo di avviare le procedure necessarie per la realizzazione delle sperimentazioni e di condividere con la Direzione Generale Welfare lo stato di avanzamento delle sperimentazioni.

INTERVENTI SOCIO SANITARI

Attività prossimità per fasce popolazione gravemente marginali che non rientrano nei target tradizionali - Progetto Arcturus

La D.G.R. n. 5447 del 03/11/2021 ha approvato il progetto “Potenziamento del welfare di iniziativa attraverso la realizzazione di interventi e strutture di prossimità rivolte alle situazioni di gravi marginalità sociosanitarie” in attuazione dell’Intesa recante “Linee di indirizzo per la realizzazione dei progetti regionali sulla sperimentazione di strutture di prossimità” – rep. atti n. 134/CSR del 4 agosto 2021.

Con tale progetto è stato affidato ad ATS Città Metropolitana di Milano il compito di realizzare e potenziare strutture di prossimità per soggetti fragili, con particolare riferimento ai target caratterizzati da accessi alla rete dei servizi sporadici ovvero assenti, definendo e sperimentando servizi innovativi, promuovendo il welfare d’iniziativa e la valorizzazione delle reti per favorire una presa in carico integrata, con il coinvolgimento delle Istituzioni, del volontariato e degli enti del Terzo Settore ed avviando una valutazione degli *outcome*, in termini di riduzione di ospedalizzazione e accessi in PS, ma anche di indicatori di salute per i soggetti presi in carico.

L’attività svolta nell’ambito del progetto nel biennio 2022-2024 è stata rivolta a persone in grave marginalità, prevalentemente con età compresa tra i 18 ed i 49 anni (66,7%) e di origine extracomunitaria (43,1% Africa Nord Sahara, 14,5% Italia, 10,5% America del Sud, 10,3% Asia), caratterizzata da un uso dei servizi del SSN disinformato, casuale, irregolare e inappropriato.

L’attivazione dei quattro assi integrati previsti dal progetto - un presidio di medicina territoriale - cure primarie e di comunità; agenti di prossimità; PUA diffuso e attività diurne – ha sostenuto l’attivazione di n. 77.958 percorsi leggeri (accessi semplici ai servizi sanitari, sociali ed integrati) e di n. 14.080 percorsi complessi (attivazione di percorsi di salute con più professionalità e condivisione con la persona-paziente) nell’ottica di un accesso più rapido all’inizio delle cure, presa in carico globale dei pazienti, con garanzia di prestazioni ambulatoriali e prescrizioni farmaceutiche necessarie, di una minore probabilità di dispersione, di una diminuzione in modo aggravato ai dipartimenti di EU per attività che avrebbero comportato accessi in PS che alla luce delle evidenze non si riferivano a urgenze cliniche.

Alla luce di tali elementi si ritiene di dare continuità al suddetto progetto, destinando risorse pari a 1,5 mil euro dando mandato ad ATS Città Metropolitana di Milano di definire le linee di sviluppo dello stesso condividendole con DG Welfare. Le linee dovranno porre particolare rilievo all’integrazione operativa e di risorse tra Servizi Sociosanitari del SSR, Servizi Sociali dell’Ente locale, Terzo e Quarto Settore nella logica del budget di salute per pervenire alla definizione di una o più sistemi di classificazione economica dei percorsi di presa in carico attivati, che possa costituire, al termine del progetto, un sistema strutturato di cofinanziamento delle realtà associative coinvolte per rendere permanente l’erogazione dei servizi sperimentati valutati positivamente al termine del progetto che avrà durata biennale.

Dermatologia e Oculistica sociale

Al fine di offrire una risposta adeguata a bisogni sanitari della popolazione più fragile, è in fase avanzata la progettazione presso il Pio Albergo Trivulzio, di una offerta di Dermatologia sociale e di Oculistica sociale. Nel progetto verranno individuati i criteri di accesso a questo punto di offerta.

Indicazioni in merito al Progetto Post Acuti Homeless

Il progetto, approvato con DGR n. 5545 del 2/08/2016 e confermato nelle successive annualità in sede di indirizzi di programmazione del SSR, è finalizzato a garantire un periodo di assistenza “post acuta” ai soggetti senza fissa dimora in specifico ambiente protetto, al fine sia di ridurre la mortalità e morbilità in questa popolazione particolarmente fragile, sia di evitare degenze inappropriate o ricoveri prolungati in strutture ospedaliere per acuti.

Il progetto, realizzato da ATS Città Metropolitana di Milano, si svolge presso la sede messa a disposizione dal Comune di Milano attraverso un bando di comodato d'uso gratuito. Il Centro, che dispone di 20 posti letto, si rivolge a cittadini "homeless" presenti nel territorio del Comune di Milano dimessi da ospedali per acuti a seguito di un ricovero (in emergenza-urgenza o programmato) o dopo un accesso al Pronto Soccorso e che necessitano di un ulteriore periodo di assistenza "post acuta" in ambiente protetto e specifico per la prosecuzione delle cure.

Nel corso del biennio 2022- 2024 le segnalazioni pervenute al Centro in media sono state oltre 300, esitate in oltre 200 casi nel ricovero nel Centro di persone prevalentemente di genere maschile e con un'età media giovane (48 anni), mentre la popolazione degli ultrasessantacinquenni è del 18% circa. Si tratta di persone provenienti sia dal Nord e Centro Africa (30%) che dall'Unione Europea (40% con quasi il 30% costituito da italiani) che vivono nella maggior parte dei casi per strada prima del ricovero ospedaliero od in alloggi precari. L'analisi dei dati relativi alle condizioni sanitarie delle persone inserite ha evidenziato che l'81% dei soggetti inseriti presentava più di una diagnosi alla dimissione ospedaliera e il 25% circa dei pazienti presentava una comorbidità significativa con almeno 4 diagnosi. La popolazione ricoverata ha presentato condizioni di salute complessivamente compromesse, soprattutto se messe in relazione alla giovane età.

Alla luce di tali elementi al fine di sostenere la continuità del progetto alle medesime condizioni, si estende la durata dell'inserimento nel centro da 30 giorni a 45 giorni con il riconoscimento della tariffa giornaliera, pari a 120 euro/die, con successivo abbattimento tariffario del 50%, stanziando a tal fine per il 2025 risorse pari € 300.000,00 aggiuntive rispetto a quanto già previsto con DGR 3720/2024 per un totale annuo pari a € 1.000.000,00 con finanziamento a valere sulle quote di F.S.R.

Progetti sperimentali per favorire percorsi di presa in carico anziani con particolare attenzione alle transizioni di setting

Nell'ottica di sviluppare progettualità atte a sostenere lo sviluppo di percorsi dedicati a persone anziane e in particolare grandi anziani over 80 che presentano condizioni di fragilità sanitaria e sociale che possono determinare ricorso frequente al PS, tempi di permanenza in setting sanitari o sociosanitari più lunghi rispetto alla popolazione generale—si prevede lo sviluppo di specifiche progettualità.

Obiettivo è la definizione e implementazione di percorsi volti in particolare alla gestione di:

- "dimissioni difficili", ovvero le dimissioni ospedaliere di persone che vivono una situazione di disabilità permanente o temporanea per la quale è richiesta la mobilitazione di risorse umane ed organizzative che vanno oltre la potenzialità del paziente e dei suoi familiari, implicando un coinvolgimento particolare della rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali;
- persone anziane a domicilio, che richiedono periodi di sorveglianza sanitaria in ambiente protetto di breve-medio termine (solievo o avvenimenti che non rendono disponibile il caregiver);
- percorsi per persone anziane segnalate dal MMG o Centrale Unica o dal PS che richiedono un periodo di osservazione e per le quali il ricovero ospedaliero o in Ospedale di Comunità sarebbe inappropriato.

Le progettualità dovranno quindi avere quale obiettivo core la gestione del cosiddetto fenomeno del bed-blocker unitamente alla gestione delle situazioni di persone, sia inserite in setting sanitari o sociosanitari sia provenienti dal domicilio, che necessitano di un monitoraggio sanitario e supporto sociale per la preparazione del rientro a domicili/luogo di vita prescelto al fine di evitare accessi in PS o permanenze prolungate in setting sanitari o sociosanitari inappropriati.

In merito a tali tematiche, si ritiene di individuare in via sperimentale ATS Brianza e ATS Insubria a cui dare mandato di individuare delle soluzioni operative che coinvolgano quali capofila delle progettualità enti pubblici quali ASST Sette Laghi e ASST Lecco atte a sviluppare specifici percorsi di presa in carico residenziali transitori per facilitare e accompagnare il rientro al domicilio coerenti con

quanto previsto dal DPCM 12/1/2017 anche in tema di durata e di applicazione delle compartecipazioni. Tali progettualità dovranno coinvolgere prioritariamente soggetti gestori pubblici di UdO sociosanitarie residenziali e qualora siano previste delle tariffe deve essere garantita la coerenza con i sistemi di remunerazione regionali in uso.

Resta comunque inteso che le suddette soluzioni operative potranno essere impostate nell'ottica dell'integrazione sociosanitaria e della coprogettazione con i soggetti del terzo settore attraverso gli strumenti previsti dal D.lgs. 117/17 e specifici accordi con i servizi sociali o con altri enti attivi sul territorio.

Le azioni di durata annuale dovranno prevedere l'effettivo avvio entro il mese di ottobre 2025 per cui si chiede ad ATS Brianza ed a ATS Insubria di trasmettere alla DG Welfare – UO Polo Territoriale – l'atto di approvazione dei progetti.

A tal fine vengono destinate risorse complessivamente pari a 1,2 ML con un valore per ciascuna progettualità di massimo 600.000,00 euro.

INTEGRAZIONE CON GLI INTERVENTI ATTIVATI IN AREA FAMIGLIA

In coerenza con la priorità di contrasto al disagio giovanile evidenziata anche nella DGR 3720/2024, la Direzione Famiglia monitorerà le azioni dei Piani di azione attivati ai sensi della D.G.R. n. 7499/2022 e insieme alla Cabina di Regia di cui alla D.G.R. n. 6761/2021, individuerà interventi replicabili a livello regionale. Si favorirà inoltre l'integrazione con i Consultori familiari per il supporto dei minori. All'interno dei Centri per la famiglia, saranno promosse azioni socioeducative, preventive, promozionali e di supporto al caregiver, anche favorendo la diffusione del modello di sperimentazione avviato da ATS Bergamo, con il coinvolgimento delle Case di Comunità, potenziando le reti di mutuo aiuto e collaborando con i consultori familiari per offrire counseling e mediazione familiare.

Lo sviluppo e il consolidamento della rete regionale dei Centri per le famiglie richiede che la loro localizzazione avvenga, in via prioritaria, all'interno delle Case di comunità ciò al fine di garantire una maggiore integrazione, concentrazione ed accessibilità per le persone e le famiglie ai servizi territoriali; solo ove ciò non sia fisicamente possibile, occorrerà comunque garantire un raccordo funzionale diretto, così da favorire la sinergia tra le realtà già presenti sul territorio e all'interno di luoghi a cui già si rivolgono le famiglie.

Sperimentazione di prestazioni sanitarie/sociosanitarie in UdO sociali -Revisione Misura Residenzialità Assistita per Anziani e interventi in area disabilità

In area anziani, nell'ambito dei lavori avviati per la prevista revisione della Residenzialità Assistita, nell'ottica di rendere la misura sempre più coerente ai bisogni emergenti sostenendo al contempo il mantenimento della persona nel contesto di vita scelto, si ritiene di estendere la possibilità di accedere a tale misura anche agli anziani già inseriti nelle strutture indicate dalla DGR 7769/2018 e s.m.i. quali erogatori della stessa, in risposta ai bisogni sanitari e sociosanitari che emergono successivamente all'ingresso.

L'inserimento in tali strutture può infatti essere considerato una prima risposta alla vulnerabilità sociale indicata dalla citata DGR quale primo step per l'accessibilità alla Misura e la possibilità di successivo accesso alla stessa quale ulteriore sostegno al percorso attivato a seguito di aggravamento della condizione di salute.

Ne deriva che per i soli anziani che al momento della domanda di accesso alla *Residenzialità Assistita* risultano già inseriti in una struttura residenziale rientrante tra quelli che possono erogare la misura, la valutazione di ASST prevederà unicamente la verifica di secondo livello con la somministrazione delle scale CDR e Barthel modificata.

In tali casi le ASST dovranno inserire nel flusso informativo, nel campo "punteggio complessivo", per la valutazione sociale il valore di soglia minima per l'accesso alla Misura pari a 25 punti.

Resta confermato il monitoraggio in capo alle ATS in ordine al rispetto del limite del budget di riconosciuto al territorio di competenza e declinato a titolo di sotto budget alle ASST; queste ultime sono chiamate a garantire la compatibilità tra i voucher emessi ed il relativo finanziamento assegnato.

Quanto sopra costituisce una prima attuazione di quanto previsto dalla DGR 3720/2024 in merito alla definizione delle modalità operative per rispondere ai bisogni sanitari non prevalenti delle persone inserite in UdO sociali prevista dal paragrafo 5.6.1 della stessa DGR. Pertanto, si ritiene superata la scadenza del 30.09.2025 indicata dalla suddetta DGR prevedendo una revisione complessiva entro il 31.12.2025 a seguito di una analisi degli impatti della modifica prevista dal presente paragrafo.

Per quanto attiene il lavoro finalizzato a sostenere l'integrazione, modularità e continuità dei percorsi all'interno della rete sociosanitaria e sociale rivolta alle persone con disabilità, i lavori sono stati avviati con la costituzione di uno specifico sottogruppo individuato fra i componenti del Tavolo Interdirezionale Disabilità. Primo obiettivo di tale gruppo è il riordino delle UdO residenziali CSS all'interno di un quadro di insieme che tenga conto della complessiva rete di offerta residenziale per le persone con disabilità.

Si ritiene pertanto di pervenire entro il 2025 ad una prima definizione e riordino delle CSS comprendendo anche la definizione delle modalità operative al fine di soddisfare il bisogno sanitario non prevalente delle persone con disabilità accolte nelle UdO sociali previste dal paragrafo 5.6.1 della DGR 3720/2024.

Interventi in tema Alzheimer

Si è dato avvio al percorso di revisione dei **Villaggi Alzheimer** con i primi incontri del gruppo costituito da gestori delle sperimentazioni in atto e ATS finalizzato a definire i requisiti strutturali, gestionali e organizzativi. In attesa di definire i requisiti e i livelli di gravità degli ospiti si prevede in via di prima applicazione di portare la tariffa da 41,50 euro a 45,50 euro in allineamento alle classi 3-6 delle RSA così come aggiornate dalla DGR n. 4680 del 7 luglio 2025 con decorrenza 01 gennaio 2025. Si ritiene che il nuovo assetto del Villaggio Alzheimer verrà definito entro la fine del 2025 tenendo conto della casistica degli utenti accolti nelle sperimentazioni e della distribuzione territoriale.

La DG Welfare inoltre ha avviato un percorso di analisi dei setting delle UdO sociosanitarie, prioritariamente delle RSA. L'obiettivo è quello di valorizzare le stratificazioni di fragilità e di compromissione delle autonomie/funzionamento e non di considerare la sola diagnosi di malattia. Nello specifico si tratta di definire un modello di Valutazione multidimensionale in grado di discriminare in misura più oggettiva i bisogni assistenziali delle persone e i diversi sottogruppi di complessità al fine di modulare i setting e la relativa tariffa.

Aggiornamento DGR n. XII/4680/2025

Si richiama la DGR XII/4680/2025 che ha definito la modifica dei tariffari delle UdO sociosanitarie a valere dal 1/1/2025 per recepire le novità della prima e della seconda fase attuativa dell'impatto dei rinnovi contrattuali dei CCNL di settore.

Si prevede di sostituire l'indicazione della quota a budget nella tabella 4 dell'allegato 1 limitatamente agli utenti storici in RSD (casistiche "RSD STORICI BASE (TUTTE LE CLASSI)" e "RSD STORICI DIFFERENZIATA (TUTTE LE CLASSI)" in quanto non corretta a causa di mero errore materiale secondo quanto segue:

TIPO UDO	DESCRIZIONE	TARIFFA COMPLESSIVA DAL 01/01/2025	DI CUI QUOTA BUDGET DAL 01/01/2025	DI CUI QUOTA EXTRA BUDGET DAL 01/01/2025	IMPORTO TARIFFA OLTRE SOGLIA 1	IMPORTO TARIFFA OLTRE SOGLIA 2
RSD	RSD STORICI BASE (TUTTE LE CLASSI)	114,78	114,78	0	0	0

	RSD STORICI DIFFERENZIATA (TUTTE LE CLASSI)					
RSD		130,78	130,78	0	0	0

FLUSSI SOCIO SANITARI

Indicazioni per C-Dom

Si ricorda ai valutatori delle ASST che nell'attribuzione dei livelli/percorsi occorre tener conto del numero effettivo di settimane di cui si compone il mese, evitando di considerare che il mese sia formato di sole 4 settimane esatte, tenuto conto del numero di accessi programmati in ragione della durata del PAI/PRI medesimo, che a norma della DGR n. XI/6867/2022 e successivi aggiornamenti prevede una durata programmata di 30, 60 e 90 giorni.

Prestazioni da remoto – riabilitazione ambulatoriale (ex art 26)

Si garantisce per il 2025 la possibilità di dare continuità all'erogazione di prestazioni in modalità da remoto anche per le attività riabilitative ex art 26. Si confermano le modalità di rendicontazione di tali prestazioni rese in modalità da remoto negli specifici flussi informativi secondo le indicazioni già fornite dagli uffici competenti.

INTERVENTI AREA SALUTE MENTALE

Sviluppo dei dipartimenti interaziendali di neuropsichiatria infantile

In un'ottica di ottimizzazione delle risorse e secondo il modello Hub & Spoke, si intende promuovere il potenziamento dei Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA), con particolare riferimento alla gestione dell'area emergenza/urgenza. Ciò include l'attivazione o la gestione di reparti di degenza ospedaliera dedicati, nonché l'organizzazione di modalità operative in grado di garantire la presenza di interventi specialistici attivi sulle 24 ore. A tal fine, si prevede la possibilità di istituire Dipartimenti Interaziendali Funzionali di NPIA, finalizzati a rafforzare e sviluppare gli aspetti organizzativi e gestionali necessari per una presa in carico efficace e tempestiva.

Territorialità dei Servizi di Psichiatria, NPIA, Dipendenze

Pur nel rispetto del principio di continuità delle cure e di prossimità, che privilegia l'erogazione dei percorsi di presa in carico attraverso i servizi territoriali più vicini al cittadino, si stabilisce che, qualora l'utente sia inserito in una struttura residenziale, le eventuali prestazioni ambulatoriali a supporto del percorso debbano essere garantite dal servizio territorialmente più prossimo alla struttura stessa, in stretto raccordo con il Servizio inviante.

Utilizzo del posto d'emergenza (ex DGR 7752/2022)

La DGR XII 3720/2024 indicava la revisione della DGR XI/7752/2022 in merito alla gestione del posto d'emergenza ricordando che, di norma, il bisogno dei pazienti provenienti dai percorsi della giustizia minorile con provvedimento urgente di collocazione residenziale terapeutica di NPIA, deve trovare risposta nelle Comunità sociosanitarie ad alta integrazione sanitaria per minori e giovani adulti con disagio psichico e/o con disturbi da uso di sostanze in carico ai servizi sanitari/sociosanitari regionali e della giustizia minorile (CSGM) istituite con DGR XII 2676/2024. Come già anticipato nella già menzionata DGR XII 3720/2024 si ridefinisce pertanto l'utilizzo del posto di emergenza (ai sensi della DGR XI 7752/2022), riservandolo, prevalentemente, alla risposta di stabilizzazione e inquadramento diagnostico di pazienti NPIA in condizione clinica di sub-acuzie (es. dimissioni da reparto ospedaliero, ingressi dal domicilio in situazioni emergenziali gestibili non in degenza ospedaliera) o con necessità di collocamento terapeutico urgente per gravità clinica accertata.

Alla luce delle attività in corso del gruppo di lavoro "Tavolo tecnico della rete semiresidenziale e residenziale di neuropsichiatria infantile" (decreto della Direzione Generale Welfare n. 4792 del

4/4/2025) ci si riserva di definire ulteriori indicazioni in merito al presente punto, a conclusione dei lavori.

Avvio del percorso di revisione delle tariffe delle strutture di psichiatria e NPIA in funzione dell'aumento dei costi del lavoro

In analogia a quanto previsto per l'ambito sociosanitario (DGR XII/3730 del 30 dicembre 2024 e DGR XII/4680 del 07 luglio 2025) relativamente al sostegno all'incremento dei costi del lavoro a seguito dei rinnovi dei CCNL di settore, si prevede di avviare le analisi funzionali per valutare l'impatto dei rinnovi dei CCNL anche sul settore della salute mentale. A tal fine, si prevede di destinare risorse di FSR fino a 15 mln di euro.

Collaborazione pubblico-privato nei percorsi residenziali di psichiatria

In relazione alle difficoltà nel reperimento del personale sanitario in ambito psichiatrico, vista la situazione di alcuni territori con particolari difficoltà che non riescono a garantire gli standard di accreditamento per il corretto funzionamento delle strutture residenziali pubbliche, si invitano le ASST interessate a sviluppare, tramite manifestazione d'interesse, collaborazioni organizzativo-gestionali per favorire il pieno utilizzo dei posti disponibili, garantendone i requisiti di accreditamento.

Report epidemiologico annuale DNA

Con la DGR XII/3864 del 3 febbraio 2025 è stato approvato il primo Report Epidemiologico sui Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA) relativo al periodo 2019-2023 per la Regione Lombardia. Alla luce di tale esperienza, si ritiene necessario confermare, con cadenza annuale, la collaborazione delle Unità di Epidemiologia delle ATS attraverso l'istituzione di un tavolo di lavoro permanente, coordinato dalla Struttura Complessa di Epidemiologia Aziendale di ATS Bergamo. Il tavolo avrà il compito di elaborare e redigere, entro il primo semestre di ciascun anno, il Report Epidemiologico annuale sui Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA) riferito all'intero territorio regionale. Tale documento costituisce uno strumento essenziale a supporto della Cabina di Regia regionale, al fine di formulare proposte indirizzate alla Direzione Generale Welfare, orientate a definire scelte programmatiche e interventi mirati su una tematica di particolare rilevanza e delicatezza.

Anche alla luce delle informazioni presenti nel report 2024, si è evidenziata la necessità di ampliare le tipologie d'offerta dedicate a questo disturbo, prevedendo la possibilità di attivazione di posti letto in grado di gestire la fase immediatamente successiva alla fase acuta e di stabilizzarne il quadro. Ad oggi questi posti letto potranno essere inquadrati come riabilitazione specialista cod.56, nelle more della definizione di specifici requisiti, all'interno degli indici stabiliti.

Si sottolinea infine che è stato definito il nuovo modello di struttura residenziale per adulti e minori dedicato in via esclusiva a questi disturbi, per il quale è stata stabilita una tariffa superiore alle attuali tariffe delle strutture residenziali di psichiatria e neuropsichiatria infantile, pari a 300 euro/die. In tal modo si completerà l'offerta di servizi dedicati ai disturbi alimentari, così come previsto nel PDTA regionale (DGR 4559 del 16/6/2025).

Servizio di Psicologia delle cure primarie

Le ASST che non abbiano già provveduto istituiscono con proprio atto deliberativo il servizio di Psicologia delle Cure Primarie secondo il disposto della L.R. n.1/2024.

Annualmente le ASST forniscono all'Osservatorio regionale i dati sullo stato attuativo del servizio e sulle prestazioni da esso erogate. Ogni ASST dota l'Area di Psicologia Aziendale/U.O. Psicologia (UOPSI) delle risorse informatiche ed amministrative necessarie per la registrazione e rendicontazione delle attività attraverso il Flusso PSIC-CDC. Tale Flusso è da utilizzarsi per tutte le attività psicologiche cliniche svolte nella Casa di Comunità.

Progetto regionale “minori coinvolti nel consumo e nello spaccio di sostanze stupefacenti”

Alla luce della crescente diffusione del consumo e dello spaccio di sostanze stupefacenti tra i minori, si rende necessario elaborare e attuare un progetto regionale volto a costruire risposte concrete, coordinate e inclusive, capaci di contrastare efficacemente tale fenomeno. In questo contesto è prevista la definizione di un Protocollo d'Intesa tra Regione Lombardia, Tribunale per i Minorenni, Prefetture, ATS, ASST, Enti del Terzo Settore, Comuni capoluogo e istituti scolastici. L'accordo interistituzionale avrà come obiettivo principale l'intervento tempestivo sui minorenni coinvolti in reati connessi alle sostanze stupefacenti, con particolare riferimento ai casi segnalati ai sensi dell'art. 73 del DPR 309/1990 (produzione, traffico e detenzione illecita di sostanze stupefacenti o psicotrope). La sperimentazione del progetto sarà avviata prioritariamente in alcuni territori pilota, con l'intento di definire un modello operativo efficace e sostenibile, successivamente estendibile e replicabile su tutto il territorio regionale.

Centro per il Rimpatrio di Via Corelli, Milano

Il Centro di Permanenza per il Rimpatrio di Via Corelli di Milano presenta criticità nella diagnosi, trattamento e assistenza di soggetti con dipendenze e problemi di salute mentale. Con la DGR XII/3720 del 30/12/2024 e in ottemperanza alla L.R. n. 33/2009 e alla definitiva attribuzione delle funzioni alle ASST, Regione Lombardia ha affidato ad ATS Città Metropolitana di Milano la regia di un progetto con il coinvolgimento delle tre ASST della città di Milano (FBF, Santi Paolo e Carlo, GOM Niguarda) per l'erogazione delle azioni di certificazione, assistenza e trattamento degli stranieri ospiti del centro, secondo uno schema definito da ATS Milano con opportuni protocolli. A seguito di una valutazione effettuata durante i primi 6 mesi del 2025 si ritiene necessario integrare le disponibilità di risorse previste dalla DGR XII/3720 del 30/12/2024 con un incremento di 40.000 euro destinati alle attività di certificazione di compatibilità delle condizioni di salute dell'ospite con l'ingresso in comunità e durante la sua permanenza. L'attività sarà svolta da ASST Fatebenefratelli Sacco; l'importo dell'incremento servirà per la revisione della quota oraria da riconoscere ai medici libero professionisti, al fine di garantire una omogeneità remunerativa rispetto alla continuità assistenziale.

Attività del Punto Unico Regionale (PUR) ex DGR XII/1296 del 13/11/2023

Al fine di sostenere le attività del PUR, in particolare per favorire lo sviluppo di una cultura condivisa tra magistratura e sanità in tema di pazienti autori di reato, si prevede di destinare una quota pari a 200mila euro per lo sviluppo di una formazione specifica sul tema. La formazione sarà gestita dal coordinatore del PUR.

Centri Diurni per gli istituti penitenziari

Prosegue la collaborazione con DG Famiglia nell'ambito del progetto regionale “Spazio Zero” per l'attivazione delle relative linee di intervento e per il cofinanziamento, con risorse del FSR pari a **300.000 euro**, di Centri Diurni per gli istituti penitenziari, in relazione all'integrazione di personale sanitario e sociosanitario.

Nei Centri Diurni per gli istituti penitenziari si attuano percorsi di sostegno psicologico e riabilitazione anche con l'obiettivo di garantire la continuità terapeutica nella fase di dimissione dal carcere favorendo il raccordo con i servizi di salute mentale.

Rimodulazione risorse Autinca tra ASST o tra aree progettuali

In coerenza con quanto previsto nella DGR 3720/2024 in ordine all'azione di rafforzamento della fase attuativa dei progetti regionali di cui al Fondo Nazionale Autismo e nell'ottica di un pieno utilizzo delle risorse destinate dal livello ministeriale a Regione, si prevede di effettuare un'analisi di opportunità in merito ad una rimodulazione delle risorse destinate alle ASST/Fondazioni IRCCS e ATS coinvolte nella fase attuativa del Progetto Autinca, approvato con DGR XII/278/2023. Tale azione discenderà dall'analisi dei dati di esito del Progetto DIAPASON, approvato con DGR XII/278/2023 e concluso, il 31 marzo 2025 con la conseguente rendicontazione da parte di tutte le ASST/Fondazioni IRCCS e

ATS coinvolte entro il 31 luglio 2025 nel rispetto della scadenza di rendicontazione finale del 30/09/2025 fissata dal DM 24.01.2023. Tale azione sarà svolta in stretto raccordo con i referenti POA delle ATS ed il coinvolgimento delle ASST/Fondazioni IRCSS eventualmente interessate.

ASSISTENZA FARMACEUTICA E PROTESICA

ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA

Progetto Distribuzione per conto

Si conferma l'attuale modello Organizzativo della DPC in Lombardia centralizzato su ATS Bergamo, unico ente responsabile per la Regione Lombardia.

Si ritiene però opportuno procedere alla verifica di altri modelli organizzativi presenti nelle altre Regioni, oltre al modello Marche, al fine di un confronto complessivo che possa evidenziare, per ognuno, i punti di forza e i punti critici

Infine, in un contesto nazionale ed internazionale caratterizzato da elevato rischio di carenze di medicinali, al fine di evitare possibili fenomeni di diversione di confezioni destinate alla DPC verso altri territori e regioni, si conferma che tutti i distributori all'ingrosso che compongono la rete delle DPC Lombardia devono avere almeno una sede di distribuzione (magazzino) ubicata sul territorio lombardo.

ASSISTENZA FARMACEUTICA OSPEDALIERA

Farmaci con innovazione condizionata e accesso al Fondo farmaci innovativi

A partire dal 1° gennaio 2025, i farmaci cui è stato riconosciuto il requisito di innovatività condizionata accedono al Fondo per i farmaci innovativi, secondo quanto previsto dall'art. 1, comma 288 della Legge 30 dicembre 2024, n. 207. Tale accesso è consentito a condizione che i medicinali siano sottoposti a monitoraggio tramite registro AIFA oppure, in assenza di registro attivo, a seguito di una motivata valutazione della Commissione scientifica ed economica dell'AIFA. Con la pubblicazione della Determina AIFA (G.U. n. 121 del 27/05/2025), è stato attivato, dal 28 maggio 2025, il Registro di monitoraggio per questi farmaci. AIFA ha fornito indicazioni puntuali per la registrazione delle erogazioni, anche retroattive, a partire dal 1° gennaio 2025, con funzionalità dedicate per i pazienti già in trattamento.

Alla luce dell'attuale modello organizzativo regionale, che consente anche alle strutture private accreditate la prescrizione e l'erogazione di tali medicinali (fino ad ora gestiti tramite acquisto diretto), si dispongono le seguenti modalità operative:

- **Strutture pubbliche erogatrici di File F**

Dal mese contabile di luglio 2025, i farmaci con innovatività condizionata e Registro attivo, precedentemente rendicontati come tipologia 3, dovranno essere rendicontati come tipologia 30 o 40. A partire dall'invio del mese contabile di settembre 2025, tutte le erogazioni 2025 già inserite in File F e riferite a questi medicinali (prima del 1° luglio) dovranno anch'esse essere aggiornate in tipologia 30 o 40, a condizione che sia presente la relativa scheda di registro AIFA. Tali record dovranno riportare la destinazione "V".

- **Strutture private erogatrici di File F**

Considerato che per tali strutture non è possibile recuperare le erogazioni pregresse (avendo proceduto con acquisto diretto), a decorrere dalla data della presente nota, esse sono tenute a comunicare alle strutture pubbliche associate il fabbisogno di tali farmaci per il periodo luglio–dicembre 2025. Le strutture pubbliche, in base alle prescrizioni attuali, provvederanno all'acquisto per conto delle private. Le rendicontazioni a partire da luglio 2025 dovranno avvenire come tipologia 30 o 40, e i registri AIFA dovranno essere compilati indicando "struttura acquirente = Pubblico".

Per agevolare la fase di transizione e garantire il pieno funzionamento del sistema di tracciabilità, è prevista la sospensione, per tutto il 2025, dei controlli da parte delle ATS sia sulla tipologia di rendicontazione che sulla presenza delle schede di Registro.

La Direzione Generale Welfare fornirà indicazioni specifiche sull'assegnazione delle risorse necessarie alle strutture pubbliche per l'acquisto per conto, sulla base dei fabbisogni comunicati e certificati dalle strutture private.

Farmaci antibiotici "reserve" e accesso al Fondo

L'art. 1, comma 289 della Legge 30 dicembre 2024, n. 207 prevede che, dal 1° gennaio 2025, le risorse del Fondo possano essere impiegate anche per gli antibiotici classificati come "reserve" secondo la classificazione AWaRe dell'OMS o attivi su patogeni prioritari (secondo la Bacterial Priority Pathogens List dell'OMS). Tali farmaci, sottoposti a monitoraggio AIFA, sono rimborsati entro un limite annuo di 100 milioni di euro, fino alla scadenza del brevetto o della protezione normativa dei dati.

A seguito della pubblicazione, in G.U. n. 134 del 12/06/2025, delle Determine AIFA che istituiscono il Registro per specifici antibiotici "reserve" (Recarbrio, Sivextro, Vaborem, Xerava, Zavicefta, Zerbaxa), si applicano modalità operative analoghe a quelle previste per i farmaci innovativi condizionati:

- **Strutture pubbliche erogatrici di File F**

Dal mese contabile di luglio 2025, gli antibiotici in oggetto dovranno essere rendicontati come tipologia 3.

Con l'invio del mese contabile di settembre 2025, tutte le erogazioni effettuate dal 1° gennaio al 30 giugno 2025 e precedentemente rendicontate in altra tipologia dovranno essere aggiornate in tipologia 3, a condizione che la scheda Registro AIFA sia presente. Anche in questo caso, la destinazione dovrà essere "V".

- **Strutture private erogatrici di File F**

Analogamente a quanto previsto per i farmaci innovativi, le strutture private dovranno, a partire dalla presente nota, comunicare il fabbisogno per il secondo semestre 2025 alle strutture pubbliche associate.

L'acquisto dei farmaci sarà effettuato per conto dal soggetto pubblico. Dal mese contabile di luglio 2025, anche per queste strutture le rendicontazioni dovranno essere effettuate in tipologia 3, con compilazione dei registri AIFA e indicazione della struttura acquirente pubblica. È confermata anche per questi farmaci la sospensione, fino al 31 dicembre 2025, dei controlli ATS sulla rendicontazione e sui registri, per agevolare il corretto inserimento dei dati da parte dei prescrittori. La DG Welfare fornirà indicazioni per la copertura economica sulla base dei fabbisogni certificati.

Farmaci innovativi e antibiotici "reserve" – Pazienti residenti in Regioni a Statuto speciale

In base all'art. 1, commi 400 e 401 della Legge 232/2016, e all'Intesa Stato-Regioni del 21/12/2017, le Regioni a Statuto speciale (esclusa la Sicilia) e le Province autonome di Trento e Bolzano non accedono al Fondo per farmaci innovativi. La spesa per tali farmaci è regolata mediante fatturazione diretta da parte dell'ente erogatore alla Regione o ASL di residenza del paziente.

In coerenza con tale disposizione:

- Gli enti privati accreditati dovranno acquistare in autonomia i farmaci erogati a pazienti residenti in Regioni a Statuto speciale (esclusa la Sicilia) o Province autonome, e procedere alla fatturazione diretta verso la Regione di residenza, allegando la documentazione relativa alle dispensazioni registrate in AIFA.
- Gli enti pubblici dovranno analogamente fatturare alle ASL/Regioni di residenza dei pazienti, allegando la certificazione delle erogazioni registrate.

In entrambi i casi, i record trasmessi tramite File F alla DG Welfare dovranno riportare valore economico pari a zero.

Queste disposizioni si applicano ai farmaci a innovatività piena, condizionata e agli antibiotici "reserve", per i pazienti naïve al trattamento a partire dal 1° luglio 2025.

ASSISTENZA PROTESICA E INTEGRATIVA

Il DPCM LEA 2017 demanda alle Regioni e alle Province autonome il compito di fornire indicazioni volte a migliorare l'appropriatezza prescrittiva, semplificare e omogeneizzare i percorsi organizzativi e clinico-assistenziali.

Al fine di garantire la continuità assistenziale, si ritiene pertanto opportuno prevedere, in qualità di livelli aggiuntivi di assistenza, l'erogazione di alcune tipologie di ausili e dispositivi sanitari non più contemplati nel suddetto DPCM.

In tale ottica, a fronte delle numerose segnalazioni pervenute dal territorio – sia da parte dei prescrittori che degli assistiti – si intende procedere alla reintroduzione nel tariffario dell'assistenza protesica, a carico del Servizio Sanitario Regionale, delle ortesi spinali di serie e delle calzature di serie ad uso ortopedico. Tali dispositivi risultano fondamentali per garantire prontezza di erogazione e adeguata funzionalità in una vasta gamma di condizioni cliniche.

L'integrazione nel sistema prescrittivo Assistant@RL e nel relativo tariffario avrà decorrenza a partire dal 10 settembre 2025 e riguarderà:

- ORTESI SPINALI DI SERIE
- CALZATURE DI SERIE AD USO ORTOPEDICO

A supporto dell'introduzione di tali misure si segnala che analoghi provvedimenti sono già stati adottati dalla Provincia Autonoma di Trento (Deliberazione della Giunta Provinciale n. 2252 del 23 dicembre 2024 – Rif. 2024-S128-00230) e dalla Regione Umbria (Deliberazione del Direttore Generale f.f. n. 0000094 del 21 gennaio 2025).

Ortesi spinali di serie

Descrizione:

Rientrano in questa categoria:

- collare bivalva tipo Philadelphia.
- ortesi spinali per la modulazione posturale del rachide lombare/toracico sul piano sagittale, composte da barra posteriore centrale, due tiranti personalizzabili, fascia elastica lombare con chiusura anteriore a strappo e/o spallacci (ad esempio dispositivi tipo Spinomed, Spin Fast o altri funzionalmente equivalenti).

Destinatari:

Le ortesi spinali di serie sono indicate nei seguenti casi:

- fratture da fragilità ossea secondarie a osteoporosi, a carico del rachide dorsale e lombare;
- cifosi dorso-lombare con dolore cronico;
- trattamento conservativo di neoplasie del tratto dorsale.

L'ausilio è destinato agli assistiti aventi diritto, con particolare riferimento a pazienti in fase acuta, in esiti di traumatismi del rachide valutati in Pronto Soccorso o ricoverati presso strutture ospedaliere, nei quali l'impiego tempestivo dell'ortesi risulta essenziale per favorire un disallettamento precoce e una mobilitazione sicura.

Codici e casistiche:

Si prevede il reintegro delle precedenti codifiche, con le medesime modalità prescrittive:
Collare Philadelphia: codice di cui al DM 332/1999 – tariffa: € 100,00

- Corsetto stabilizzatore dorso-lombare: codice di cui al DM 332/1999 – tariffa: € 300,00

Tempi di rinnovo:

Si applicano i tempi di rinnovo previsti dal DPCM LEA 2017 per le ortesi spinali, pari a 36 mesi.

Calzature di serie ad uso ortopedico

Descrizione:

Le calzature di serie ad uso ortopedico sono progettate per:

- prevenire lesioni nei soggetti predisposti a deformità e patologie del piede;
- trattare deformità di grado lieve o moderato di origine ortopedica o dismetabolica
- migliorare la deambulazione.

Nell'età evolutiva, tali calzature possono contribuire al corretto appoggio del piede durante il cammino e, se associate a un plantare, ridurre il dolore da carico in caso di alterazioni statiche o dinamiche. L'uso di calzature di serie si configura come clinicamente appropriato in situazioni in cui le calzature di vestiario risultino insufficienti e non sia indicata una calzatura su misura, il cui costo risulterebbe sproporzionato rispetto al beneficio clinico atteso.

Destinatari:

- Minori con piede piatto grave, valgismo, varismo, cavismo o esiti di piede torto congenito, con o senza riconoscimento di invalidità permanente;
- Pazienti con diabete e complicanze vascolari o piede diabetico;
- Assistiti (minori e adulti) con invalidità riconosciuta, portatori di tutore o protesi, per i quali è necessaria una calzatura di rivestimento.

Codici e casistiche:

- 06.33.07.009A – Calzature di serie ad uso ortopedico per piede diabetico (n. 36–46): € 230,00
- 07.33.07.009B – Calzature di serie ad uso ortopedico pediatriche (n. 25–35): € 140,00
- 08.33.07.009C – Calzature di serie ad uso ortopedico per patologie neurologiche/tutore (n. 25–46): € 230,00

Tempi di rinnovo:

Si applicano le disposizioni del DPCM LEA 2017 relative alle calzature su misura:

- ogni 18 mesi per gli assistiti deambulanti;
- ogni 24 mesi per assistiti scarsamente deambulanti affetti da gravi deformità del piede

MONITORAGGIO DEI TEMPI/LISTE DI ATTESA

ATTIVITÀ AMBULATORIALE

Con riferimento alla DGR n. XII/4556 del 16/06/2025, avente ad oggetto “*Determinazioni in ordine al contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale previste nel PNGLA 2025*”, si dispone la rettifica dei target relativi all'Allegato n. 2 “*Volumi di prestazioni di specialistica ambulatoriale oggetto del PNGLA per gli Enti Erogatori Pubblici, periodo giugno - dicembre 2025*” del suddetto provvedimento, a seguito della cessione da parte dell'ASST Nord Milano dei poliambulatori territoriali dell'area di Milano alle ASST Fatebenefratelli Sacco e ASST Santi Paolo e Carlo, come di seguito riportato:

CUDES	Descrizione struttura	ASST di destinazione	Data cessione
002442	Poliambulatorio Via FANTOLI	FbF Sacco	01/04/2025
002449	Poliambulatorio CLERICETTI	FbF Sacco	01/04/2025
002456	Poliambulatorio Via QUARENGHI	FbF Sacco	01/04/2025
002467	Poliambulatorio Via MONTE PALOMBINO	FbF Sacco	01/04/2025
003590	Poliambulatorio DON BOSCO	FbF Sacco	01/04/2025
002462	Poliambulatorio BARONI	Santi Paolo e Carlo	06/02/2025

Pertanto, si riportano di seguito i nuovi target per le ASST coinvolte e il totale per ATS Milano, che sostituiscono integralmente per tali Enti i target contenuti nell'Allegato n. 2 della DGR n. XII/4556/2025:

PRESTAZIONI / RAGGRUPPAMENTI	Tot. ATS Milano	ASST Nord Milano	ASST Fatebene fratelli Sacco	ASST Santi Paolo e Carlo
Colonscopia con endoscopio flessibile	19.788	1.678	1.880	1.984
Eco(color)dopplergrafia cardiaca a riposo	57.729	3.901	14.601	4.563
Eco(color)dopplergrafia dei tronchi sovraaortici	33.605	1.391	7.433	4.442
Ecocolordoppler degli arti superiori/inferiori arterioso o venoso	21.614	873	5.507	3.254
Ecografia bilaterale della mammella	38.666	2.110	7.874	3.243
Ecografia del capo e del collo	23.842	1.027	4.479	3.014
Ecografia dell'addome completo	52.220	3.099	13.428	5.210
Ecografia dell'addome inferiore	6.643	235	846	554
Ecografia dell'addome superiore	18.961	317	2.231	2.460
Ecografia ginecologica con sonda transvaginale o addominale	27.388	1.609	7.865	3.672
Ecografia muscolotendinea e osteoarticolare	19.065	223	2.885	923
Ecografia ostetrica	46.664	2.642	15.602	3.994
Ecografia/ecocolordoppler scrotale	2.748	56	655	621
Elettrocardiogramma dinamico (secondo Holter)	18.329	1.442	5.246	1.859
Esame audiometrico tonale	23.857	1.636	4.881	2.465
Esame audiometrico vocale	11.160	830	791	1.232
Esofagogastroduodenoscopia [EGDS]	21.231	1.646	1.414	2.302
Mammografia bilaterale	106.900	7.162	13.002	8.746

Prima visita cardiologica	43.713	3.675	9.501	3.582
Prima visita chirurgica vascolare	6.121	222	1.246	960
Prima visita dermatologica/allergologica	74.353	4.408	11.069	7.263
Prima visita di medicina fisica e riabilitazione	29.126	2.308	6.521	3.555
Prima visita ematologica	13.192	99	1.210	1.065
Prima visita endocrinologica/diabetologica	38.756	2.245	6.552	8.646
Prima visita gastroenterologica	16.486	897	2.668	2.130
Prima visita geriatrica	5.368	794	2.582	343
Prima visita ginecologica	30.421	2.608	5.965	4.822
Prima visita nefrologica	6.324	553	1.015	770
Prima visita neurologica	39.340	714	5.468	6.169
Prima visita oculistica	63.151	3.930	12.330	8.973
Prima visita oncologica	12.536	289	2.487	983
Prima visita ortopedica	55.491	3.261	10.927	5.434
Prima visita otorinolaringoiatrica	59.878	5.171	15.943	7.386
Prima visita pneumologica	23.959	2.220	3.999	3.787
Prima visita reumatologica	12.099	421	976	1.831
Prima visita urologica	28.575	3.246	6.001	3.583
Risonanza magnetica nucleare (RM) muscoloscheletrica	11.860	289	774	817
RM addome inferiore	756	16	145	138
RM addome inferiore senza e con mdc	3.345	57	389	357
RM addome superiore	1.263	56	217	243
RM del collo	92	1	26	7
RM della colonna	18.002	534	2.327	1.140
RM della colonna senza e con mdc	4.026	44	338	252
RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale	7.619	293	1.927	647
RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale senza e con contrasto	9.320	123	681	669
Spirometria globale	26.018	2.537	3.403	3.485
Spirometria semplice	13.225	693	2.157	1.384
TC del rachide e dello speco vertebrale	3.752	109	418	260
TC del torace	15.685	1.058	1.578	1.197
TC del torace senza e con mdc	23.904	1.365	2.626	1.636
TC dell'addome completo	4.581	541	300	401
TC dell'addome completo senza e con mdc	24.858	1.497	2.691	1.939
TC dell'addome inferiore	311	16	18	9
TC dell'addome inferiore senza e con mdc	420	41	61	20
TC dell'addome superiore	210	15	24	9
TC dell'addome superiore senza e con mdc	1.371	42	85	104
TC dell'articolazione coxofemorale, coscia, ginocchio, gamba, caviglia e piede	2.244	50	138	101
Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	12.344	1.124	2.712	917
Totale	1.294.505	79.439	240.115	141.552

OBIETTIVI PRENOTABILITÀ – ATS ED ENTI EROGATORI PUBBLICI

Con riferimento alla DGR n. XII/4556 del 16/06/2025 si richiamano di seguito gli obiettivi relativi alla prenotabilità assegnati alle ATS e agli Enti Erogatori Pubblici:

1. Alle ATS è stato richiesto di assicurare *“la riduzione della % di erogato che non risulta gestito o negoziato dai domini centrali, attraverso un monitoraggio mensile, raggiungendo un valore minore o pari a quello riportato nella seguente tabella, e comunque non superiore al 10% a livello di singolo Ente.”*
2. Agli Enti Erogatori Pubblici è stato richiesto di garantire *“la riduzione del rapporto tra le negoziazioni effettuate dai cittadini tramite i canali della RRP che non hanno esitato in prenotazioni per assenza di offerta prenotabile ai suddetti canali, ma che hanno trovato risposta nel canale diretto, e le prenotazioni totali effettuate tramite canale diretto.”*

Relativamente al punto 1., si riportano di seguito i target rimodulati, che sostituiscono integralmente quelli presenti nella DGR n. XII/4556/2025. Ciascuna ATS dovrà garantire un valore minore o pari a quello riportato nella seguente tabella, e comunque non superiore al 10% a livello di singolo Ente.

ATS	Valore target
ATS Milano	3,1%
ATS Insubria	4,7%
ATS Montagna	0,5%
ATS Brianza	3,4%
ATS Bergamo	1,7%
ATS Brescia	4,2%
ATS Val Padana	4,0%
ATS Pavia	2,1%

In merito al punto 2., si riportano di seguito i target rimodulati, che sostituiscono integralmente quelli presenti nell'Allegato n. 3 della DGR n. XII/4556/2025. Per ciascun Ente, si è provveduto ad escludere dal calcolo le prestazioni inserite, in fase antecedente alla prenotazione, nella lista di presa in carico.

ASST – IRCCS	Target
ASST Fatebenefratelli Sacco	2,7%
ASST Lodi	4,0%
ASST Melegnano e Martesana	8,1%
ASST Niguarda	11,8%
ASST Nord Milano	0,5%
ASST Ovest Milanese	5,8%
ASST Pini/CTO	8,1%
ASST Rhodense	2,1%
ASST Santi Paolo e Carlo	6,0%
Fondazione IRCCS Ca' Granda - Ospedale Maggiore Policlinico	4,8%
Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Neurologico Carlo Besta	15,0%
Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Dei Tumori	1,1%
ASST Lariana	5,9%
ASST Sette Laghi	1,8%
ASST Valle Olona	3,5%
ASST Valcamonica	5,4%
ASST Valtellina e Alto Lario	0,9%
ASST Brianza	5,1%

ASST Lecco	10,6%
Fondazione IRCCS San Gerardo Dei Tintori Di Monza	5,0%
IRCCS INRCA Casatenovo	3,8%
ASST Bergamo Est	6,3%
ASST Bergamo Ovest	8,0%
ASST Papa Giovanni XXIII	9,8%
ASST Franciacorta	5,1%
ASST Garda	1,9%
ASST Spedali Civili Brescia	4,9%
ASST Crema	7,6%
ASST Cremona	8,0%
ASST Mantova	8,8%
ASST Pavia	0,8%
Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo	5,4%

CONTRATTI DI SCOPO

Nell'ambito delle misure regionali per il contenimento delle liste di attesa, è previsto lo stanziamento di 10 milioni di euro finalizzati alla stipula di contratti di scopo tra le ATS e gli Enti erogatori privati accreditati a contratto e non a contratto, interessati a sottoscrivere accordi/addendum contrattuali per l'acquisizione di prestazioni aggiuntive da erogarsi nel periodo settembre 2025 – marzo 2026. Le prestazioni oggetto dei contratti di scopo dovranno essere finalizzate al recupero delle liste di attesa e a garantire l'accesso alle prestazioni di follow-up presenti nei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA), attraverso agende dedicate. Seguirà una circolare della Direzione Generale Welfare con le modalità operative per la ricognizione del fabbisogno di ciascuna ATS.

Tale procedura potrà esser replicata nei prossimi esercizi con le medesime modalità di rilevazione della domanda utilizzando le risorse ordinarie messe a disposizione per l'esercizio.

DIGITALIZZAZIONE

Servizio di supporto digitale degli accessi al pronto soccorso nell'ambito del processo di revisione dei percorsi di accoglienza

Come già definito con DGR 3720/2024, il servizio di supporto digitale agli accessi dei pazienti stranieri al Pronto Soccorso tramite un sistema applicativo concepito per facilitare l'interazione tra pazienti stranieri e il personale sanitario, offrendo una traduzione simultanea in otto lingue di tutte le informazioni relative alla fase di accettazione del triage e le informazioni di interesse sanitario per la successiva presa in carico del paziente stesso, in considerazione degli elementi positivi messi in luce dalla sperimentazione (tra cui alto livello di gradimento degli utenti e funzionalità, sicurezza e privacy dei dati, design degli strumenti), proseguirà individuando, in particolare, ulteriori ASST identificate come Ospedali Olimpici ed eventualmente per i Policlinici Olimpici (Milano-Cortina 2026)

Si provvederà conseguentemente all'espletamento delle necessarie procedure amministrative per l'identificazione del soggetto gestore della progettualità mediante apposita gara pubblica

RICERCA, INNOVAZIONE E SAPERE SCIENTIFICO

È confermato l'impegno di Regione Lombardia volto al potenziamento dell'attività di ricerca biomedica. Nella seconda parte del 2025 verranno attivate nuove progettualità e iniziative a sostegno della ricerca in ambito sanitario, allo sviluppo del capitale umano e alla creazione di sinergie e di reti tra i vari attori del sistema.

SISTEMI DI VALUTAZIONE E MONITORAGGIO DEL SSR

Di seguito vengono riportate modifiche e integrazioni ai contenuti della DGR n. XII/3720 del 30/12/2024 – Allegato A - sezione 14 “Sistemi di valutazione e monitoraggio del SSR”, che, ove non aggiornati, si ritengono confermati.

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

Nel corso del 2025 il Comitato LEA e il Comitato PNE, in raccordo con i referenti delle Regioni, hanno avviato una revisione di alcuni indicatori del NSG e del Programma Nazionale Esiti. Il PNE, in particolare, propone l'eliminazione di indicatori desueti, l'introduzione di nuovi indicatori sulla base dell'evoluzione tecnologica e delle pratiche clinico-assistenziali (es. chirurgia robotica e tecnica laparoscopica), l'aggiornamento dei protocolli di calcolo. La Direzione Generale Welfare comunicherà agli Enti SSR le modifiche definitive e la decorrenza di applicazione delle medesime e, contestualmente, validerà a livello regionale i nuovi indicatori proposti anche attraverso l'attivazione di progetti collaborativi con Agenas.

Tra le azioni di miglioramento della performance quali/quantitativa, si conferma che nella seconda metà dell'anno 2025, la DG Welfare avvierà un percorso integrato di audit, in raccordo con ACSS, presso gli Enti con valori fuori soglia su un set di indicatori del NSG, articolato in un I livello (per verificare la corretta codifica dei flussi informativi) e in un II livello (per analizzare le criticità clinico-organizzative).

Rispetto alle fonti disponibili per la consultazione di dati e di reportistica specifica per l'area epidemiologica, si comunica che è stato ulteriormente implementato il sito regionale "Osservatorio Epidemiologico e Prevenzione", con aggiornamenti periodici della sezione Open Data, accessibile al seguente link:

<https://osservatorioepidemiologico.regione.lombardia.it/wps/portal/site/osservatorio-epidemiologico>

È in corso, inoltre, un'evoluzione del sistema di reportistica, pubblicata su piattaforma Tableau, relativa agli indicatori di Performance (*Health Performance Indicators* - HPI) in ambito di assistenza ospedaliera e di relazione tra “domanda” ed “offerta” sanitaria. Tale sistema, che verrà reso disponibile entro il II semestre 2025 agli Enti, sostituirà gradualmente il “Portale di Governo” ancora attivo.

REGISTRI

Registro Tumori

In merito all'integrazione del Registro Tumori Regionale con il Registro Nazionale Tumori, nelle more delle indicazioni ufficiali che perverranno dal Ministero della Salute su modalità e data di attivazione dei flussi, si precisa che i dati da inviare a Regione da parte delle ATS riguarderanno il periodo a decorrere dal 2014 al 2019, rispettivamente primo e ultimo anno completo disponibile per tutti i Registri Tumori di popolazione delle 8 ATS.

Nell'ambito della realizzazione del progetto triennale “Miglioramento del controllo di qualità dei dati”, fatto salvo un aggiornamento bimestrale sullo stato di avanzamento, ai fini della liquidazione dell'ultima tranche del finanziamento, le ATS sono tenute a predisporre la rendicontazione economica delle attività sulla base del format regionale.

Registro nazionale e Registro regionale degli Impianti Protesici Mammari (di cui al D.M. 207/22 e alla L. n. 86/2012)

Al fine di consentire la realizzazione delle azioni previste negli Obiettivi dei Direttori Generali anno 2025 da parte di Enti Erogatori e di ATS in materia di implementazione del RIPM, a decorrere dal mese di luglio 2025 la DG Welfare produrrà una reportistica bimestrale con aggiornamento progressivo, che sarà resa disponibile agli Enti.

Gli eventi formativi presso le 8 ATS, organizzati nel II semestre 2025 a seguito dell'evento regionale del 3 luglio u.s. "Il Registro degli Impianti Protesici Mammary", con la finalità di una diffusione capillare dei contenuti formativi sul territorio regionale, potranno essere realizzati anche in modalità "aggregata" presso alcune ATS, per un efficientamento organizzativo. PoliS-Lombardia, con la Direzione Generale Welfare, supporterà le ATS nella realizzazione di tali momenti, garantendo la definizione di un format comune e provvedendo all'accREDITAMENTO ECM, nell'ambito degli accordi di collaborazione già in essere tra PoliS-Lombardia, attraverso la UO Accademia di formazione per il servizio sociosanitario lombardo, e le ATS.

AZIONI COLLABORATIVE CON LE UNITA' DI EPIDEMIOLOGIA DELLE ATS

Le azioni collaborative con le Unità di Epidemiologia delle ATS a cui verrà data priorità di realizzazione entro il 31.12.2025 riguarderanno:

- la produzione della "Scheda Medico" per il monitoraggio delle attività dei Medici di Assistenza Primaria;
- il contributo allo sviluppo del sito regionale "Osservatorio Epidemiologico e Prevenzione", al fine di valorizzarne i contenuti informativi;
- la verifica di coerenza tra indicatori del Portale Profilo di Salute e Health Performance Indicators – HPI;
- la revisione congiunta del flusso cause di morte regionale;
- la collaborazione con la UO Prevenzione, in particolare per la realizzazione dei portali "Profilo di Salute" delle ATS e di Regione Lombardia, attività di screening (bilanci di salute) e di sorveglianza sindromica.

GOVERNO E MONITORAGGIO DEI TEMPI/LISTE DI ATTESA (FLUSSI, SITI WEB, FORMAZIONE)

Sezioni dedicate ai tempi di attesa sui siti Web

A seguito delle attività implementate a livello regionale nel I semestre 2025 relative al nuovo flusso ex-ante della specialistica ambulatoriale (a decorrere dal 1° gennaio 2025) e del PNGLA 2025–2027 (le cui prestazioni sono ancora in fase di definizione da parte del Ministero della Salute), la Direzione Generale Welfare ha posticipato al II semestre 2025 l'invio agli Enti SSR della nota relativa all'adeguamento dei siti web -sezione tempi di attesa. Verrà fornita a ciascun Ente, con cadenza mensile, una scheda contenente i dati "ex-ante", al fine di rendere omogenea e coordinata la pubblicazione degli stessi. L'adeguamento dei siti dovrà avvenire entro il 30 settembre 2025.

Progetto ministeriale per il governo delle liste di attesa per ricoveri chirurgici programmati

Dopo il kick-off meeting dell'evento formativo "Il percorso di cura del paziente chirurgico programmato", tenutosi in data 12 giugno u.s. con i Direttori Sanitari degli Enti SSR, nel II semestre 2025 proseguirà il percorso formativo prioritariamente rivolto a chirurghi e a personale afferente alle Gestioni operative degli Enti SSR, con il supporto organizzativo di PoliS-Lombardia. Si richiama che l'obiettivo atteso, a conclusione del percorso formativo, è finalizzato alla diffusione delle linee guida sul percorso del paziente chirurgico programmato e allo sviluppo di indicatori per monitorare il processo e migliorarlo.

DATI E FLUSSI INFORMATIVI

Nel II semestre 2025 verranno organizzati momenti di confronto con gli Enti SSR per approfondire tematiche e criticità comuni sui flussi informativi, tra cui il nuovo flusso CEDAP, il flusso EMUR_PS, la SDO4.

Gli incontri saranno prioritariamente rivolti ai referenti dei flussi informativi sanitari comunicati alla Direzione Generale Welfare in riscontro alla Nota Protocollo G1.2025.0015909 del 15/04/2025.

Al fine di consentire la chiusura del Bilancio regionale nel rispetto dei termini previsti, si comunica che la chiusura per l'anno 2025 dei flussi informativi sanitari SDO e 28SAN è fissato improrogabilmente al 28 febbraio 2026.

Sistema di "controllo" degli errori logico-formali dei flussi informativi sanitari e sociosanitari

Nel confermare l'obiettivo di implementare strumenti condivisi a livello regionale per la verifica e il miglioramento della qualità dei flussi informativi, si comunica che lo strumento di monitoraggio

integrato degli errori logico-formali restituiti dalle piattaforme ministeriali che ricevono il flusso SDO dai singoli Enti SSR sarà disponibile nel 2026.

Indicazioni per le scadenze di fine anno dei flussi sociosanitari

Ai fini di consentire il rispetto delle tempistiche di chiusura dei bilanci 2025, l'invio dei flussi sociosanitari di competenza dell'anno corrente verso Regione Lombardia dovrà essere completato **entro e non oltre il 30.01.2026**. Per consentire il rispetto di tale termine, non saranno previste ulteriori acquisizioni al di fuori delle date indicate dal calendario regionale.

Flusso EMUR PS (6 SAN) ed evoluzione del flusso con rilevazione della violenza di genere

Si richiamano le indicazioni operative fornite con nota Prot. G1.2025.0022090 del 06/06/2025 in merito all'implementazione dei nuovi campi relativi alla violenza di genere, da applicare a decorrere dal conferimento dati del 1° luglio 2025. Seguiranno ulteriori specifiche operative.

Flusso Certificato di Assistenza al Parto (CedAP) e sua evoluzione

Ai sensi del Decreto del Ministero della Salute 5 maggio 2025 “Certificato di assistenza al parto, per la rilevazione dei dati di sanità pubblica e statistici di base relativi agli eventi di nascita, di nati-mortalità ed ai nati affetti da patologie congenite” (GU n.128 del 5.6.2025), a decorrere dal 1° gennaio 2026 entrerà in vigore il nuovo tracciato CedAP nazionale e dal 2027 il conferimento dei dati sarà ricompreso fra gli adempimenti LEA. Il Decreto risponde alla necessità di procedere all'aggiornamento della disciplina in considerazione degli avvenuti progressi scientifici nell'ambito dell'assistenza sanitaria correlata all'evento nascita e alla necessità di adeguare il relativo flusso informativo.

Le indicazioni operative relative all'implementazione del nuovo flusso, secondo le modalità indicate nel disciplinare tecnico in allegato al citato Decreto, verranno fornite agli Enti SSR con nota specifica a cura della Direzione Generale Welfare. In aggiunta, per il tramite delle UUOO Polo Ospedaliero e Controllo e Monitoraggio dati, LEA e outcome, verranno realizzati eventi formativi specifici nei mesi di ottobre e novembre p.v., come richiamato anche nella sezione RETE OSTETRICO-NEONATALE del presente provvedimento.

Flusso informativo dei dispositivi medici SDO-4 – Istituzione di un Gruppo di Lavoro Tecnico regionale.

Al fine di aggiornare l'elenco dei dispositivi medici rendicontabili con il flusso SDO-4 e adeguare i sistemi informativi regionali agli indirizzi di programmazione, nel II semestre 2025 verrà istituito un gruppo di lavoro tecnico regionale. Gli esiti delle attività verranno condivisi con gli Enti SSR, al fine di rendere più efficiente il sistema di monitoraggio e di rendicontazione effettuato attraverso tale flusso.

Progetto Ministeriale di introduzione di nuovi sistemi di classificazione delle malattie e delle procedure.

Nel II semestre 2025 verrà avviato un progetto del Ministero della Salute inerente all'applicazione sperimentale di nuovi sistemi di classificazione quali ICD-10-IM (malattie) e CIPI (procedure), versioni anno 2025, nell'ambito di un campione pilota di flussi NSIS (SDO, EMUR_PS, SIND e SISM), in previsione della sostituzione sull'intero territorio nazionale di tali sistemi classificativi a quelli attuali in tutti i flussi informativi a decorrere dal 1° gennaio 2027.

La fase sperimentale coinvolgerà 10 Enti lombardi, presumibilmente a partire dal mese di ottobre, che verranno contattati dalla Direzione Generale Welfare per gli aspetti operativi. In accordo con il Ministero della Salute, sono previsti sia momenti di formazione degli operatori sia verifiche di compatibilità dei sistemi informativi e dei software basati sugli attuali standard.

NUOVO NOMENCLATORE DELL'ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Nel II semestre 2025 proseguirà il monitoraggio dell'implementazione del Nuovo Nomenclatore dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica di cui al DPCM 12.01.2017 e alla DGR n. XII/3630 del 16.12.2024 di recepimento dello stesso, con aggiornamenti su specifiche tematiche

(modalità prescrittive ed erogative, aggiornamento tariffe, condizioni di appropriatezza prescrittiva), quale esito delle attività dei diversi Gruppi di Lavoro istituiti con l'avvio del Nuovo Nomenclatore.

Nelle more dell'applicazione del recente Decreto che ha modificato alcune codifiche SISS (emanato nel luglio 2025) e di una DGR di prossima adozione con revisione del Nuovo Nomenclatore, si precisa che a far data dal 1° ottobre 2025, trascorsa pertanto la fase transitoria di prima applicazione del Nuovo Nomenclatore, anche le prestazioni di elettrofisiologia che prima dell'adozione dello stesso erano erogabili nel setting di ricovero (es. revisione o rimozione di loop recorder, controllo e sostituzione di pacemaker), saranno erogabili esclusivamente nel setting ambulatoriale, fatte salve specifiche situazioni che per complessità clinica ne richiedano l'effettuazione durante il ricovero.

TARIFFE RICOVERI

Nel II semestre 2025 verrà attivato un Gruppo di Lavoro regionale finalizzato alla revisione e all'aggiornamento delle tariffe dei ricoveri, anche sulla base dei dati di rendicontazione degli Enti SSR tramite i flussi SDO e SDO4.

Revisione della Codifica SDO4 - rettifica

A parziale rettifica di quanto indicato nella D.G.R XII/3720 si specifica che non sono più validi i codici di tipologia protesi numero 12, 13, 14, 15, 16 e 17 che vengono sostituiti dai seguenti codici:

Codice	Descrizione
37A	Endoprotesi vascolare toracica (TAA): elemento base
37B	Endoprotesi vascolare toracica o toraco-addominale: protesi fenestrata o ramificata
38A	Endoprotesi vascolare addominale (AAA) biforcata standard
38B	Endoprotesi vascolare addominale: estensione controlaterale per protesi biforcata
38C	Endoprotesi vascolare addominale: estensione aortica, iliaca ipsilaterale o aortouniliaca
38D	Endoprotesi vascolare addominale: branch iliaco
38E	Endoprotesi vascolare addominale: stent ricoperto

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

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

Differenziazione DRG 211, 212, 219, 220, 224 e 225 introducendo rilevazione innesti dispositivi Ilizarov - rettifica

A parziale rettifica di quanto indicato nella D.G.R XII/3720, si forniscono le seguenti precisazioni. Gli impianti Ilizarov sono composti da numerosi pezzi, ciascuno a costo contenuto. La complessità della procedura e il costo totale dipendono dal numero di segmenti trattati, poiché all'aumentare dei segmenti cresce sia il costo dei materiali che il tempo in sala operatoria per fissarli alle ossa.

Per la differenziazione dei DRG vengono quindi introdotte tre nuove tipologie di device rilevabili in SDO4:

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

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

Il fine della rilevazione è quindi:

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

Si precisa che i dati rilevati con la SDO4 serviranno per rimodulare le tariffe dei relativi DRG nel 2026, attraverso un percorso già operativo.

211	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	N
	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC con inserzione di un sistema di fissazione per allungamento del femore o riparazione di frattura del femore (Tipo Tar. = "A") usando codici intervento: 7815 o 7835 e rendicontazione in SDO4 di almeno due device della tipologia 36A, almeno quattro device della tipologia 36B o almeno uno della tipologia 36C	A
	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC con inserzione di più di un sistema di fissazione per allungamento del femore o riparazione di frattura del femore (Tipo Tar. = "B") usando codici intervento: 7815 o 7835 e rendicontazione in SDO4 di almeno tre device della tipologia 36A, almeno sei device della tipologia 36B o almeno due della tipologia 36C	B
212	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età < 18 anni	N
	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età < 17 anni con inserzione di un sistema di fissazione per allungamento del femore o riparazione di frattura del femore (Tipo Tar. = "A") usando codici intervento: 7815 o 7835 e rendicontazione in SDO4 di almeno due device della tipologia 36A, almeno quattro device della tipologia 36B o almeno uno della tipologia 36C	A
	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni con inserzione di più di un sistema di fissazione per allungamento del femore o riparazione di frattura del femore (Tipo Tar. = "B") usando codici intervento: 7815 o 7835 e rendicontazione in SDO4 di almeno tre device della tipologia 36A, almeno sei device della tipologia 36B o almeno due della tipologia 36C	B

219	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC	N
	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC con inserzione di un sistema di fissazione per allungamento della tibia e perone o dell'omero o per riparazione di fratture di omero, tibia o perone (Tipo Tar. = "A") usando codici intervento: 7817 o 7812 o 7837 o 7835 e rendicontazione in SDO4 di almeno due device della tipologia 36A o almeno quattro device della tipologia 36B o almeno uno della tipologia 36C	A
	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC con inserzione di un sistema di fissazione per allungamento della tibia e perone o dell'omero o per riparazione di fratture di omero, tibia o perone (Tipo Tar. = "B") usando codici intervento: 7817 o 7812 o 7837 o 7835 e rendicontazione in SDO4 di almeno tre device della tipologia 36A o almeno sei device della tipologia 36B o almeno due della tipologia 36C	B
220	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età < 18 anni	N
	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età < 18 anni con inserzione di un sistema di fissazione per allungamento della tibia e perone o dell'omero o per riparazione di fratture di omero, tibia o perone (Tipo Tar. = "A") usando codici intervento: 7817 o 7812 o 7837 o 7835 e rendicontazione in SDO4 di almeno due device della tipologia 36A o almeno quattro device della tipologia 36B o almeno uno della tipologia 36C	A
	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età < 18 anni con inserzione di un sistema di fissazione per allungamento della tibia e perone o dell'omero o per riparazione di fratture di omero, tibia o perone (Tipo Tar. = "B") usando codici intervento: 7817 o 7812 o 7837 o 7835 e rendicontazione in SDO4 di almeno tre device della tipologia 36A o almeno sei device della tipologia 36B o almeno due della tipologia 36C	B
224	Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC	N
	Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC con inserzione di più di un sistema di fissazione per riparazione di frattura di radio e ulna (Tipo Tar. = "A") usando codici intervento in associazione 7813 + 8472 e rendicontazione in SDO4 di almeno due device della tipologia 36A o almeno 4 device della tipologia 36B	A
	Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC con inserzione di più di un sistema di fissazione per riparazione di frattura di radio e ulna con estensione alle strutture della mano (Tipo Tar. = "B") usando codici intervento in associazione 7813 + 7814 + 8472 e rendicontazione in SDO4 di almeno tre device della tipologia 36A o almeno sei device della tipologia 36B	B
	Interventi sul piede	N
	Interventi sul piede con inserzione di sistemi di fissazione per riparazione di frattura delle strutture ossee del piede (Tipo Tar. = "A") usando codici intervento 7818 o 7838 e rendicontazione in SDO4 di almeno due device della tipologia 36B o almeno uno della tipologia 36C	A

225	Interventi sul piede con inserzione di sistemi di fissazione per riparazione di frattura delle strutture ossee di gamba e piede (Tipo Tar. = "B") usando codici intervento in associazione 7817 o 7818 e rendicontazione in SDO4 di più device della tipologia 36A e 36B	B
-----	--	----------

Trattamento sistemico neoadiuvante nella terapia della neoplasia mammaria

A parziale rettifica di quanto indicato nella D.G.R. XII/3720 si applicano le seguenti correzioni/integrazioni:

261	Interventi sulla mammella non per neoplasie maligne eccetto biopsia e escissione locale	N	2.415
	Interventi sulla mammella non per neoplasie maligne eccetto biopsia e escissione locale + Tipo Tar. SDO = "R" (intervento di mastectomia preventivo a seguito di successo di terapia neoadiuvante) con diagnosi principale V5041 (Rimozione profilattica della mammella) e procedura delle sottocategorie 852 853 o 854	R	3.400
	Interventi sulla mammella non per neoplasie maligne eccetto biopsia e escissione locale + Tipo Tar. SDO = "S" (intervento di mastectomia preventivo soggetti ad alto rischio per diagnosi BRCA1 e BRCA2 oppure di VP ad alta penetranza o con valutazione di anamnesi familiare positiva per neoplasia mammella indipendentemente dal tipo di mutazione) con diagnosi principale V8401 (Susceptibilità genetica al tumore maligno della mammella) e procedura delle sottocategorie 852 853 o 854	S	3.400

OBIETTIVI STRATEGICI ASSEGNATI AI DIRETTORI GENERALI

Modifica nel criterio di assegnazione del punteggio

Con riferimento alla DGR n. 4434 del 26 maggio 2025, viene annullato il meccanismo di penalizzazione precedentemente previsto in caso di mancato raggiungimento o peggioramento degli obiettivi all'interno di una medesima area. Pertanto, nel caso di aree con obiettivi multipli, il punteggio verrà assegnato al singolo obiettivo raggiunto anche nel caso di peggioramento di un altro obiettivo nella stessa area.

Si precisa, inoltre, che la valutazione della performance sarà effettuata in maniera proporzionale al periodo di efficacia degli obiettivi, ovvero successivo alla pubblicazione della DGR n. 4434 del 26 maggio 2025, al fine di garantire una valutazione equa e coerente con i reali tempi di attuazione.

Si ribadisce che gli obiettivi per i Direttori Generali per l'anno 2026 saranno assegnati entro il 30 novembre 2025.

Inoltre, si rettifica la suddivisione del punteggio sulla singola area per tutte le ATS eccetto ATS Milano, riportato nell'allegato alla DGR n. 4434 del 26 maggio 2025, come segue:

Area	Tutte le ATS eccetto ATS Milano	ATS Milano
Nuovo Sistema di Garanzia	13	12
Tempi di attesa	12	12

Reti ospedaliere	4	4
Sangue e Pronto Soccorso	4	2
Flussi informativi	5	4
Rete territoriale	10	10
Prevenzione	9	8
Farmaceutica e Dispositivi Medici	5	5
Edilizia sanitaria	-	7
Telemedicina	4	3
Veterinaria	4	3
Olimpiadi	-	-
Totale	70	70

Revisione obiettivi

Si definiscono le seguenti modifiche sugli indicatori assegnati con la DGR n. 4434 del 26 maggio 2025 e decreto 8607 del 18 giugno 2025

- L'obiettivo NSG relativo all'indicatore *D33Za, numero di anziani non autosufficienti in trattamento sociosanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura)*, **NON viene assegnato alle ASST** in quanto non di loro competenza;
- L'obiettivo NSG relativo all'indicatore *H13C, Percentuale di pazienti di età 65+ con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario*, a seguito dei tavoli del sottogruppo NSG ministeriali, nei quali è stato comunicato l'allineamento della modalità di calcolo dell'indicatore a quanto già previsto in PNE dai punteggi 2024, viene come di seguito modificato: *Percentuale di pazienti di età 65+ con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in regime ordinario*.

Viene inoltre modificata la relativa modalità di calcolo:

Numeratore: Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore in cui il paziente sia stato operato entro 2 giorni (differenza tra data della procedura e data di ricovero $\leq$ 48 ore);

Denominatore: Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore;

Restano validi target e modalità di rendicontazione. La variazione della valutazione di questo indicatore come appena descritta avrà decorrenza a partire dal 1° settembre 2025.

- Per l'obiettivo NSG relativo all'indicatore *P15CA, Copertura screening oncologici [CERVICE UTERINA HPV TEST ESTENSIONE]*, ai fini del calcolo si precisa che:
 - a) come risultato 2023 la copertura nelle donne che erano in fascia 47-64 nel 2023;
 - b) come risultato 2024 la copertura nelle donne che erano in fascia 47-64 nel 2024;
 Per questo indicatore aggiornato al 2025, come per i risultati 2024 e 2023, sarà fornita apposita dashboard Tableau riportante il valore ufficiale dell'indicatore per ciascuna ATS e ASST.
- Per l'obiettivo *Adozione della Televisita e del Telemonitoraggio per la gestione dei pazienti con patologie croniche* assegnato alle ASST, in ragione del fatto che è in corso di implementazione l'infrastruttura regionale di telemedicina e sono in fase di sviluppo i processi organizzativi negli enti, che saranno a pieno regime a partire dal 2026, per quest'anno viene modificato il target come segue: **$\geq 5\%$**

Nelle more di quanto sopra, si chiarisce che per il raggiungimento del target saranno conteggiate tutte le attività di Telemedicina (Televisita, Telemonitoraggio e Teleconsulto) erogate anche tramite gli applicativi già in uso dagli Enti.

- Per l'obiettivo *Adozione della Televisita e del Telemonitoraggio per la gestione dei pazienti con patologie croniche* assegnato alle ATS, viene modificato il target come segue: ≥ 1 report di rendicontazione delle disponibilità per ciascuna ASST afferente al proprio territorio e alle strutture private accreditate con cui sono attive delle convenzioni ad hoc per il 2025;
- Per l'indicatore *Numero di ospedali di comunità attivi con tutti i requisiti obbligatori previsti dal DM77* relativo all'obiettivo *attivazione delle CdC e OdC, in ottemperanza al DM77 e al POR* viene modificata la modalità di calcolo come segue:
Numeratore: N. OdC attivi ed accreditati (decreto di accreditamento già approvato) ed in possesso di tutti i requisiti previsti dal DM 77 entro il 31/12/2025;
Denominatore: N. OdC con conclusione dei lavori al 31/12/2025, come da tempistica definita da DGR 6426/2022 ma non ancora accreditati.
- Per l'obiettivo *Medicina Legale - Fruizione del Corso Polis "Intrecci - percorsi formativi multidisciplinari ed integrati per la prevenzione ed il contrasto della violenza di genere" e collaborazione con la DG Welfare nell'implementazione dell'attività di monitoraggio del fenomeno* viene modificato il target come segue: mettere a disposizione almeno **una** figura per ASST per la fruizione delle "pillole formative".
- Per l'obiettivo minimo delle ATS in area Prevenzione: *Tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza delle strutture destinate ad attività sanitaria. Vigilanza sulle condizioni di salubrità e sicurezza delle strutture sanitarie*, viene modificato il target come segue: **proporzione delle strutture controllate maggiore rispetto al 2024.**
- Per l'indicatore *Copertura test HCV* relativo all'obiettivo *Miglioramento degli esiti delle campagne di vaccinazione e screening, sensibilizzazione per prevenire l'insorgere di dipendenze (sostanze, alcol, gioco d'azzardo) in particolare nei giovani. Promozione di azioni per ridurre infortuni sul lavoro* viene modificata la modalità di calcolo come segue:
Numeratore: Σ assistiti testati HCV nelle ASST afferenti all'ATS;
Denominatore: Σ assistiti nelle ASST afferenti all'ATS
Pertanto, tale obiettivo viene assegnato anche a ASST PINI CTO.
- Per **ATS Milano**, decade l'obiettivo *ottimizzazione gestione focolai di Influenza Aviaria* e nell'area di veterinaria e rimane perseguibile, invece, l'obiettivo *Ottimizzazione gestione focolai di PSA*.

Per gli obiettivi relativi all'Area "Tempi di Attesa", in particolare gli indicatori legati a quanto previsto dalla DGR n. XII/4556 del 16/06/2025, si rimanda ad eventuali variazioni della stessa, nella sezione dedicata del presente provvedimento.

Si segnalano i seguenti refusi:

- Per l'indicatore *Presenza e operatività H24 di TAC perfusionale e software adeguato a studio della penombra ischemica* si segnala un refuso nella descrizione dell'obiettivo che viene modificato come segue: *Adeguamento degli Ospedali sedi di Stroke Unit di I e di II livello agli adempimenti previsti dalla DGR XI /7473 del 30/11/2022 e dotazione presso le Stroke Unit di Tac perfusionale e software adeguato a studio della penombra ischemica.*
- L'obiettivo *Aumento della raccolta del plasma da aferesi di almeno il +5% rispetto al 2024, riduzione del tempo di boarding a livello di Hub (nei territori di ATS Milano, Pavia e Varese), delle tempistiche di sbarellamento, dell'abbandono del PS e garanzia delle tempistiche di visita per codici arancioni* è stato riportato due volte per le ATS; si tenga in considerazione quello con la modalità di calcolo esplicitata;

- L'obiettivo *Adozione della Televisita e del Telemonitoraggio per la gestione dei pazienti con patologie croniche, favorire il teleconsulto tra MAP/PLS e specialisti* è stato riportato due volte, si tenga in considerazione solo una volta.

Si definisce che il punteggio relativo all'area Reti ospedaliere per le ATS viene assegnato sul seguente obiettivo:

AREA	Obiettivo	Descrizione Obiettivo	Indicatore	Tipo indicatore	Modalità di calcolo	Targ et	Rendicontazi one
Reti ospedaliere	Rispetto dei target definiti per le reti Stroke, Neuroscienze, Tumore del pancreas, Centri di senologia, favorendo inoltre lo sviluppo di collaborazioni interaziendali	Monitoraggio attivo delle reti clinico assistenziali sull'adempimento dei requisiti;	Partecipazioni incontri hub e spoke organizzati da DG Welfare e azioni di monitoraggio attivo su tutte le reti di patologia menzionate	Qualitativo			Report da parte dell'ATS che attesti la partecipazione agli incontri e fornisca evidenza dell'attività di monitoraggio tramite panoramico sullo stato di adempimento di ciascun Ente nel territorio di ATS afferente alla Rete

ASST Gaetano Pini CTO

In relazione all'ASST Gaetano Pini CTO, in aggiunta a quanto già rettificato sopra, si rilevano le seguenti rettifiche a seguito del controllo delle proprie attività di competenza. In particolare, si escludono i seguenti indicatori:

AREA	Obiettivo	Indicatore
Farmaceutica	Potenziamento della Dispositivo-Vigilanza e del controllo sulla spesa farmaceutica per specifiche prescrizioni	Invio agli uffici regionali con cadenza trimestrale (luglio, ottobre e gennaio dell'anno successivo) di una scheda con il valore medio del consumo di farmaci sottoscritto da ATS e dip. Cure primarie ASST
NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area distrettuale	D22Z: Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2 e CIA 3) *1.000 abitanti
NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area distrettuale	D14C: Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici a. Sono considerati i seguenti farmaci: Classe J01 ATC b. Con riferimento al flusso Distribuzione diretta e per conto (DM 31 luglio 2007) sono esclusi gli anonimi
NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area distrettuale	PDTA03(B): Garantire un'adeguata aderenza al trattamento con Beta bloccanti nello scompenso cardiaco (maggiore o uguale al 75% dei giorni coperti dal trattamento) nei 12 mesi successivi alla prima prescrizione dopo il ricovero indice

AREA	Obiettivo	Indicatore
NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera	D02C: Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event -MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico
NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera	D03C: Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco
NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera	D04C: Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite
NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area prevenzione	P01C: Esavalente dose 3, coorte 2023
NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area prevenzione	P02C: MPR dose 1, coorte 2023
NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area prevenzione	P15CA: Copertura screening oncologici [CERVICE UTERINA PAP TEST ESTENSIONE] rappresenta la quota di popolazione residente ed elegibile di ATS/ASST che ha effettuato il test di screening oncologico nel programma organizzato
NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area prevenzione	P15CA: Copertura screening oncologici [CERVICE UTERINA HPV TEST ESTENSIONE] rappresenta la quota di popolazione residente ed elegibile di ATS/ASST che ha effettuato il test di screening oncologico nel programma organizzato
NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area prevenzione	P15CB: Copertura screening oncologici [MAMMELLA] rappresenta la quota di popolazione residente ed elegibile di ATS/ASST che ha effettuato il test di screening oncologico nel programma organizzato
NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area prevenzione	P15CC: Copertura screening oncologici [COLON RETTO] rappresenta la quota di popolazione residente ed elegibile di ATS/ASST che ha effettuato il test di screening oncologico nel programma organizzato
Prevenzione	Miglioramento degli esiti delle campagne di vaccinazione e screening, sensibilizzazione per prevenire l'insorgere di dipendenze (sostanze, alcol, gioco d'azzardo) in particolare nei giovani. Promozione di azioni per ridurre infortuni sul lavoro	Gli antibiotici "Access" sono raccomandati per la maggior parte delle infezioni, presentando uno spettro di attività ristretto e un buon profilo di sicurezza; gli antibiotici "Watch" sono destinati a condizioni specifiche, con un uso più controllato per limitare lo sviluppo di resistenze; gli antibiotici "Reserve" sono riservati alle infezioni da agenti multiresistenti, per preservarne l'efficacia nel tempo
Prevenzione	Miglioramento degli esiti delle campagne di vaccinazione e screening, sensibilizzazione per prevenire l'insorgere di dipendenze (sostanze, alcol, gioco d'azzardo) in particolare nei giovani. Promozione di azioni per ridurre infortuni sul lavoro	capacità di una regione di garantire un'offerta adeguata in termini di prevenzione della patologia influenzale

AREA	Obiettivo	Indicatore
Rete territoriale	Misure a sostegno della salute mentale	Evidenza di avvio delle attività.
Rete territoriale	Misure a sostegno della salute mentale	Documento Aziendale che certifichi: - L'adozione delle indicazioni regionali e realizzazione di procedure e prassi operative e le schede per l'accettazione e la valutazione della richiesta di accesso; - Numero di utenti e prestazioni processate come estemporanee dai CUP; - Tempi medi di attesa tra l'arrivo della richiesta e la prima risposta del servizio rilevati nel secondo semestre (1.7.2025-31.12.2025).
Rete territoriale	Sviluppo di percorsi per pazienti cronici e fragili	Presenza in carico dei minori attraverso i consultori
Rete territoriale	Sviluppo di percorsi per pazienti cronici e fragili	Raggiungimento target PIC previsto per l'anno 2025

Per quanto riguarda l'Area "Flussi informativi", verranno considerati applicabili soltanto gli indicatori relativi ai flussi effettivamente utilizzati dalla ASST GAETANO PINI CTO nel periodo di riferimento.

Analogamente, si esclude l'ASST Gaetano Pini CTO dalla valutazione dei seguenti indicatori relativi agli obiettivi minimi della prevenzione:

- Vaccinazioni - MPR dose 2, coorte 2018
- Raggiungimento target NSG 2025 - Vaccinazioni -PC dose 3, coorte 2023
- Raggiungimento target NSG 2025 - Vaccinazioni - Men C dose 1, coorte 2023
- Raggiungimento target NSG 2025 - Vaccinazioni - HPV dose 2, coorte 2013
- Vaccinazioni - Pol dose 4, coorte 2018
- Vaccinazioni - Pol dose 5, coorte 2007
- Vaccinazioni - Pol dose 5, coorte 2009
- Vaccinazioni - DTP Donne in gravidanza
- Vaccinazioni - RSV coorte 2025
- Medicina Legale - Implementazione di progetti di dematerializzazione e telemedicina applicati alla medicina necroscopica;
- Medicina Legale - Sviluppo di buone pratiche per il fine vita
- Medicina Legale - Fruizione del Corso Polis "Intrecci - percorsi formativi multidisciplinari ed integrati per la prevenzione ed il contrasto della violenza di genere" e collaborazione con la DG Welfare nell'implementazione dell'attività di monitoraggio del fenomeno.

Inoltre, a seguito di tali variazioni, si rettifica la suddivisione del punteggio per la ASST Gaetano Pini CTO, riportato nell'allegato alla DGR n. 4434 del 26 maggio 2025, come segue:

Area	ASST Gaetano Pini CTO
Nuovo Sistema di Garanzia	15
Tempi di attesa	15
Reti ospedaliere	7

Sangue e Pronto Soccorso	6
Flussi informativi	4
Rete territoriale	-
Prevenzione	6
Farmaceutica e Dispositivi Medici	5
Edilizia sanitaria	8
Telemedicina	4
Veterinaria	-
Olimpiadi	-
Totale	70

APPENDICI

APPENDICE 1: Tabelle prestazioni di screening

Screening mammella	
CODICE NOMENCLATORE	DESCRIZIONE
89.01.4	VISITA SENOLOGICA (CONTROLLO)
89.7A.4	VISITA SENOLOGICA (PRIMA VISITA)
89.7B.1	PRIMA VISITA DI GENETICA MEDICA. Visita specialistica genetica con esame obiettivo e valutazione della documentazione clinica recente e remota. Incluso: primo colloquio, anamnesi personale e familiare, costruzione di un albero genealogico familiare nei rami paterno e materno per almeno 3 generazioni. Consultazione della letteratura scientifica e di database di genetica clinica specifici. Formulazione dell'ipotesi diagnostica. Scelta del test genetico appropriato. Spiegazione vantaggi e limiti del test genetico e somministrazione consensi informati. Scrittura della relazione. Escluso: Visita multidisciplinare 89.07
89.07.1	VISITA MULTIDISCIPLINARE SENOLOGIA
87.37.2	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE DX e SX SENZA CONTRASTO
87.37.1	MAMMOGRAFIA BILATERALE
87.37.4	MAMMOGRAFIA BILATERALE SENZA E CON MDC. Non associabile a 88.92.9 RM MAMMARIA MONO E/O BILATERALE SENZA E CON MDC
88.73.1	ECOGRAFIA MONO/BILATERALE DELLA MAMMELLA. Incluso ecografia del cavo ascellare. Incluso: colordoppler se necessario. Incluso: eventuale valutazione clinica della mammella
88.92.9	RM MAMMARIA MONO/BILATERALE SENZA E CON MDC
88.92.C	RM MAMMARIA MONO/BILATERALE
40.19.1	AGOBIOPSIA LINFONODALE ECOGUIDATA
85.11.6	BIOPSIA ECOGUIDATA DELLA MAMMELLA CON TRU-CUT
85.11.1	AGOSPIRATO ECOGUIDATO DELLA MAMMELLA. Biopsia con ago sottile della mammella
85.21.1	ASPIRAZIONE PERCUTANEA DI CISTI DELLA MAMMELLA. Ecoguidata
85.11	AGOASPIRATO DELLA MAMMELLA. Incluso: valutazione adeguatezza del prelievo
85.11.2	AGOASPIRATO DELLA MAMMELLA IN STEREOTASSI. Incluso: valutazione adeguatezza del prelievo
85.11.3	BIOPSIA [PERCUTANEA] MAMMARIA "VACUUM ASSISTED" ECOGUIDATA
85.11.4	BIOPSIA [PERCUTANEA] MAMMARIA "VACUUM ASSISTED" IN STEREOTASSI
85.11.7	BIOPSIA STEROTASSICA DELLA MAMMELLA CON TRU-CUT
91.39.J	ESAME CITOLOGICO ESFOLIATIVO MAMMELLA. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi

91.48.4	PRELIEVO CITOLOGICO
91.46.A	ES. ISTOPATOLOGICO MAMMELLA. Biopsia semplice. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione, corrispondente ad una singola sede o singola lesione
91.46.8	ES. ISTOPATOLOGICO DELLA MAMMELLA. BIOPSIA VACUUM ASSISTED. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione, corrispondente ad una singola sede o singola lesione.
91.46.A	ES. ISTOPATOLOGICO MAMMELLA. Biopsia semplice. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione, corrisponde ad una singola sede o singola lesione.
91.47.6	ES. ISTOPATOLOGICO SISTEMA LINFOEMOPOIETICO: da Agobiopsia linfonodale. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione
91.40.H	ES. ISTOPATOLOGICO DI CUTE E/O TESSUTI MOLLI. Escissione allargata o biopsie multiple o escissioni multiple. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi.
85.20	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI TESSUTO DELLA MAMMELLA. Incisione di ascesso mammario
90.16.3	CREATININA. Non associabile a 90.16.4
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE ATTIVATA (APTT) incluso test di miscela se necessario
90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT) incluso test di miscela se necessario
90.62.2	EMOCROMO: ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico

Screening colon-retto	
CODICE NOMENCLATORE	DESCRIZIONE
90.21.4	FECI SANGUE OCCULTO
89.7A.9	VISITA GASTROENTEROLOGICA (PRIMA VISITA)
89.01.9	VISITA GASTROENTEROLOGICA DI CONTROLLO
89.07	VISITA MULTIDISCIPLINARE. Incluso: eventuale stesura di PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE MULTIDISCIPLINARE
89.7A.4	PRIMA VISITA CHIRURGICA GENERALE
89.01.4	VISITA CHIRURGICA DI CONTROLLO

99.29.A	SEDAZIONE COSCIENTE. In corso di procedure ambulatoriali che lo prevedono
45.23.1	ILEOCOLONSCOPIA PER VIA RETROGRADA
45.23.2	ILEOCOLONSCOPIA RETROGRADA CON BIOPSIA
45.23	COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Escluso: RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE (45.24)
45.23.3	COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE UNICA per singolo segmento di colon. Escluso: i tratti parziali e le biopsie in sede multipla
45.23.4	COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA per più segmenti di colon. Escluso: i tratti parziali e le biopsie in sede unica
45.24	RETTOSIGMOIDOSCOPIA (ENDOSCOPIO FLESSIBILE). Endoscopia del colon discendente. Non associabile a: 45.23
45.24.1	RETTOSIGMOIDOSCOPIA (ENDOSCOPIO FLESSIBILE) CON BIOPSIA SEDE UNICA. Endoscopia del colon discendente
45.24.2	RETTOSIGMOIDOSCOPIA (ENDOSCOPIO FLESSIBILE) CON BIOPSIA SEDE MULTIPLA. Endoscopia del colon discendente.
45.42	POLIPECTOMIA DELL' INTESTINO CRASSO IN CORSO DI ENDOSCOPIA. Polipectomia di uno o più polipi.
45.42.1	POLIPECTOMIA DELL' INTESTINO CRASSO IN CORSO DI ENDOSCOPIA SEDE MULTIPLA. Polipectomia di uno o più polipi.
45.42.2	MUCOSECTOMIA DELL'INTESTINO CRASSO IN CORSO DI ENDOSCOPIA
45.43.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELL' INTESTINO CRASSO PER VIA ENDOSCOPICA
91.41.8	ESAME ISTOPATOLOGICO APPARATO DIGERENTE. Biopsia semplice. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione massimo 2 campioni.
91.41.E	ESAME ISTOPATOLOGICO APPARATO DIGERENTE. MUCOSECTOMIA. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi.
91.41.F	ESAME ISTOPATOLOGICO APPARATO DIGERENTE ESCISSIONE DI NEOFORMAZIONE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione massimo 6 campioni.
87.65.2	CLISMA OPACO CON DOPPIO CONTRASTO
88.01.9	TC COLON. Incluso: eventuale studio dell'addome extraintestinale e colonscopia virtuale. Non associabile a TC DELL'ADDOME SUPERIORE (88.01.1 e TC DELL'ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC (88.01.2), TC DELL'ADDOME INFERIORE (88.01.3), TC DELL'ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC (88.01.4), TC DELL'ADDOME COMPLETO (88.01.5), TC DELL'ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC (88.01.6)
90.16.3	CREATININA. Non associabile a 90.16.4
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO

MAC 11	Manovre diagnostiche complesse invasive semplici (es. Puntura lombare). 1) Esecuzione delle manovre interventistiche 2) Visita medica 3) Esami ematochimici di controllo pre e post-procedura (se necessari) 4) Eventuali ulteriori esami o visite specialistiche 5) Eventuali esami radiologici di controllo Quantità max x pacchetto 30 a) Tempo di osservazione: 2-4 ore b) Farmaci utilizzati: non significativi c) Tempo assistenza infermieristica: pari al tempo di osservazione del paziente d) Tempo di assistenza medica: 1 ora
90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT) incluso test di miscela se necessario
90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE ATTIVATA (APTT) incluso test di miscela se necessario
90.62.2	EMOCROMO: ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico

Screening service uterina	
CODICE NOMENCLATORE	DESCRIZIONE
91.48.4	Prelievo citologico
91.38.5	Es. Citologico cervico vaginale (PAP test)
91.24.C	PAPILLOMAVIRUS [HPV] TIPIZZAZIONE GENOMICA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione
91.24.D	HPV screening triage citologico
89.26.3	PRIMA VISITA OSTETRICA. Incluso: eventuale prelievo citologico. Non associabile a 89.26.1 PRIMA VISITA GINECOLOGICA
89.26.4	VISITA OSTETRICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale prelievo citologico. Non associabile al codice 89.26.2 VISITA GINECOLOGICA DI CONTROLLO
89.26.1	PRIMA VISITA GINECOLOGICA. Incluso: eventuale prelievo citologico, eventuali indicazioni in funzione anticoncezionale e preconcezionale. Non associabile a 89.26.3 PRIMA VISITA OSTETRICA
89.26.2	VISITA GINECOLOGICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale prelievo citologico, eventuale rimozione di dispositivo contraccettivo intrauterino, eventuale rimozione di corpo estraneo intraluminale dalla vagina senza incisione, eventuali indicazioni per la gravidanza. Non associabile a 89.26.4
70.21	COLPOSCOPIA. Incluso: vulvosopia. Non associabile a 67.19.1 BIOPSIA MIRATA DELLA PORTIO E DELL'ENDOCERVICE A GUIDA COLPOSCOPICA SU UNA O PIU' SEDI

70.29.1	BIOPSIA DELLE PARETI VAGINALI A GUIDA COLPOSCOPICA Non associabile a 70.21 COLPOSCOPIA. Incluso: vulvosopia
67.12	BIOPSIA MIRATA ENDOCERVICALE A GUIDA ISTEROSCOPICA
67.19.1	BIOPSIA MIRATA DELLA PORTIO E DELL'ENDOCERVICE A GUIDA COLPOSCOPICA SU UNA O PIU' SEDI. Non associabile a COLPOSCOPIA (70.21)
67.32	DEMOLIZIONE/ESCISSIONE DI LESIONE DELLA CERVICE UTERINA. Asportazione polipi cervicali, Asportazione condilomi mediante Diatermocoagulazione, Crioterapia, Laserterapia. Non associabile a 71.30.1
67.32.1	CONIZZAZIONE DELLA CERVICE UTERINA CON ANSA DIATERMICA O LASER A GUIDA COLPOSCOPICA
68.12.1	ISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA CON O SENZA BIOPSIA DELL'ENDOMETRIO. Non associabile a 68.16.1
68.16.1	BIOPSIA ENDOMETRIALE. Non associabile a 68.12.1 ISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA CON O SENZA BIOPSIA DELL'ENDOMETRIO
91.43.L	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO GENITALE. Biopsia semplice. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione
91.43.D	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO GENITALE ESCISSIONE DI NEOFORMAZIONE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione
91.24.9	VIRUS PAPILLOMAVIRUS (HPV) Analisi qualitativa DNA Incluso: estrazione, amplificazione e rivelazione
91.43.E	Esame istologico app.to genitale da conizzazione cervice uterina (chirurgica, con ansa a radiofrequenza o altre metodiche). Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi
88.78.2	ECOGRAFIA GINECOLOGICA con sonda transvaginale o addominale. Incluso: colordoppler se necessario. Non associabile a ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE (88.75.1), MONITORAGGIO ECOGRAFICO DEL CICLO OVULATORIO (88.78.1) e ISTEROSONOGRAMMA (87.83.2)

Screening prostata	
CODICE NOMENCLATORE	DESCRIZIONE
89.7C.2	PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA. Incluso: esplorazione dei genitali esterni ed esplorazione rettale
89.01.Q	VISITA UROLOGICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale rimozione e/o controllo del catetere vescicale e/o nefrostomica
90.56.9	ANTIGENE PROSTATICO SPECIFICO [PSA] REFLEX (cut-off = 2,0 µg/L - = 10,0 µg/L). Incluso: esecuzione automatica di fPSA, referto di PSA + fPSA con calcolo del rapporto fPSA/PSA se PSA > 2,0 µg/L e < 10,0 µg/L
88.95.8	RM DI INGUINE. PROSTATA, SCROTO E/O PENE. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM

60.11	AGOBIOPSIA ECOGUIDATA DELLA PROSTATA. Approccio transperineale o transrettale
88.95.4	RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.97.9 e 88.97.C

Screening epatite C	
CODICE NOMENCLATORE	DESCRIZIONE
91.19.5	VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI. Incluso: eventuale Immunoblotting. Non associabile a 91.13.2 Virus Anticorpi Immunoblotting (Saggio di conferma) NAS
91.19.3	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUALITATIVA DI HCV RNA. Incluso: estrazione, retrotrascrizione, amplificazione, rilevazione
91.19.4	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUANTITATIVA DI HCV RNA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO

APPENDICE 2: Rete Punti Nascita

La tabella che segue elenca i Punti Nascita che risultano attivi:

ATS	ENTE	PUNTI NASCITA
321-ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO	121-CASA DI CURA S. PIO X - MILANO	030121-CASA DI CURA S. PIO X - MILANO
	367-SACROCUORE MILANO (OSP. S. GIUSEPPE F.B.F. - MILANO)	030367-OSPEDALE S. GIUSEPPE - MILANO
	701-ASST GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO NIGUARDA	030913-OSPEDALE CA' GRANDA-NIGUARDA - MILANO
	702-ASST SANTI PAOLO E CARLO	030914-OSPEDALE S. PAOLO - MILANO
		030915-OSPEDALE S. CARLO BORROMEO - MILANO
	703-ASST FATEBENEFRATELLI SACCO*	030056-PRESIDIO OSPED. V. BUZZI - MILANO
		030057-OSPEDALE M. MELLONI - MILANO
	705-ASST OVEST MILANESE	030074-OSPEDALE G. FORNAROLI MAGENTA
		030281-OSPEDALE CIVILE DI LEGNANO
	706-ASST RHODENSE	030066-OSPEDALE G. SALVINI-GARBAGNATE MIL.SE
		030073-OSPEDALE DI CIRCOLO - RHO
	707-ASST NORD MILANO	030051-P.O. CITTA' DI SESTO S. GIOVANNI
	708-ASST MELEGNANO E DELLA MARTESANA	030071-OSPEDALE S. MARIA DELLE STELLE MELZO
		030072-OSPEDALE DI VIZZOLO PREDABISSI
	709-ASST DI LODI	030067-OSPEDALE MAGGIORE DI LODI
	925-IRCCS OSPEDALE POLICLINICO DI MILANO	030925-FONDAZ.IRCCS CA' GRANDA - OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO
	935-S. RAFFAELE- MI	030935-IRCCS S. RAFFAELE - MILANO
322-ATS DELL'INSUBRIA	029-OSP.SACRA FAMIGLIA F.B.F. - ERBA	030029-OSPEDALE DI ERBA S.R.L.

		030-OSP.GENERALE DI ZONA VALDUCE - COMO	030030-OSPEDALE VALDUCE
		710-ASST DEI SETTE LAGHI	030010-OSPEDALE GALMARINI - TRADATE
			030282-OSPED.CIRCOLO CAUSA PIA LUVINI-CITTIGLIO
			030901-OSPEDALE F. DEL PONTE - VARESE
		711-ASST DELLA VALLE OLONA	030004-OSPEDALE DI CIRCOLO - BUSTO ARSIZIO
			030006-OSP. S. ANTONIO ABATE - GALLARATE
323-ATS MONTAGNA	DELLA	712-ASST LARIANA	030902-OSPEDALE S. ANNA - COMO
		031-OSP. MORIGGIA PELASCINI - GRAVEDONA	030031-OSP. MORIGGIA PELASCINI - GRAVEDONA
		713-ASST DELLA VALTELLINA E DELL'ALTO LARIO	030042-OSPEDALE SONDRIO
			030904-OSPEDALE MORELLI - SONDALO
324-ATS BRIANZA	DELLA	714-ASST VALCAMONICA	030274-OSPEDALE VALCAMONICA - ESINE
		715-ASST DI LECCO	030903-OSPEDALE DI CIRCOLO A. MANZONI - LECCO
			030068-PRESIDIO OSPEDALIERO DI DESIO - PIO XI
			030070-PRESIDIO OSPEDALIERO DI CARATE - VITTORIO EMANUELE III
325-ATS DI BERGAMO		717-ASST DELLA BRIANZA	030078-PRESIDIO OSPEDALIERO DI VIMERCATE
			926-FONDAZIONE IRCCS SAN GERARDO DEI TINTORI DI MONZA
			030926-FONDAZIONE IRCCS SAN GERARDO DEI TINTORI DI MONZA
		718-ASST PAPA GIOVANNI XXIII	030905-OSPEDALE PAPA GIOVANNI XXIII - BG
326-ATS DI BRESCIA		719-ASST DI BERGAMO OVEST	030131-OSPEDALE DI TREVIGLIO E CARAVAGGIO
		720-ASST DI BERGAMO EST	030140-OSPEDALE BOLOGNINI - SERIATE
		176-ISTITUTO CLINICO SANT'ANNA BRESCIA	030176-ISTITUTO CLINICO S. ANNA - BRESCIA
		295-POLIAMBULANZA BRESCIA	030295-FONDAZIONE POLIAMBULANZA - BRESCIA

	721-ASST DEGLI SPEDALI CIVILI DI BRESCIA	030906-PRES. OSPEDAL. SPEDALI CIVILI BRESCIA
	722-ASST DELLA FRANCIACORTA	030154-PRESIDIO OSPEDALIERO DI CHIARI
	723-ASST DEL GARDA	030156-OSPEDALE DI DESENZANO
		030184-OSPEDALE DI MANERBIO
327-ATS DELLA VAL PADANA	724-ASST DI CREMONA	030908-OSPEDALE DI CREMONA
	725-ASST DI MANTOVA	030239-OSP.CIVILE DESTRA SECCHIA-PIEVE CORIANO
		030907-OSPEDALE C. POMA - MANTOVA
	726-ASST DI CREMA	030209-OSPEDALE MAGGIORE - CREMA
328-ATS DI PAVIA	727-ASST DI PAVIA	030193-OSPEDALE CIVILE - VIGEVANO
		030194-OSPEDALE CIVILE - VOGHERA
	924-IRCCS POLICLINICO SAN MATTEO	030924-POLICLINICO S. MATTEO - PAVIA

*Il Punto Nascita presidio ospedaliero SACCO (ASST Fatebenefratelli Sacco) risulta temporaneamente sospeso per ristrutturazione.

La tabella che segue elenca i Punti Nascita che risultano non più attivi a seguito di riorganizzazioni complessive intervenute dal 2018 ad oggi.

ATS	ENTE	STRUTTURA
321-ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO	709-ASST DI LODI	030079-OSPEDALE CIVICO - CODOGNO
322-ATS DELL'INSUBRIA	711-ASST DELLA VALLE OLONA	030008-OSP. GENERALE PROVINCIALE - SARONNO
		030012-OSPEDALE CARLO ONDOLI - ANGERA
323-ATS DELLA MONTAGNA	713-ASST DELLA VALTELLINA E DELL'ALTO LARIO	030044-OSPEDALE DI CHIAVENNA
324-ATS DELLA BRIANZA	715-ASST DI LECCO	030024-OSPEDALE DI CIRCOLO S.L. MANDIC-MERATE
325-ATS DI BERGAMO	148-POLICLINICO SAN PIETRO - PONTE S. PIETRO	030148-POLICLINICO SAN PIETRO - PONTE S. PIETRO
	720-ASST DI BERGAMO EST	030133-OSPEDALE PESENTI FENAROLI - ALZANO L.

		030382-OSPEDALE M. O. ANTONIO LOCATELLI-PIARIO
326-ATS BRESCIA	178-IST.CLIN. CITTA' DI BRESCIA - BRESCIA	Istituto Clinico CITTA' DI BRESCIA
	722-ASST DELLA FRANCIACORTA	030163-PRESIDIO OSPEDALIERO DI ISEO
	723-ASST DEL GARDA	030157-OSPEDALE CIVILE LA MEMORIA DI GAVARDO
327-ATS DELLA VAL PADANA	724-ASST DI CREMONA	030273-PRESIDIO OSPEDALIERO OGLIO PO-CASALMAGGIORE
	725-ASST DI MANTOVA	030227-PRESIDIO OSPEDALIERO - ASOLA
328-ATS DI PAVIA	727-ASST DI PAVIA	030383-NUOVO OSPEDALE DI BRONI E STRADELLA