

Allegato 1) Ulteriori indicazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2023. Terzo provvedimento

**ULTERIORI DETERMINAZIONI IN ORDINE AGLI INDIRIZZI DI PROGRAMMAZIONE DEL SSR PER
L'ANNO 2023. TERZO PROVVEDIMENTO**

1. ULTERIORI DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLE CURE DOMICILIARI DI CUI ALLA DGR XI/6867/2022, DGR XII/715/2023 E DGR XII/850/2023

Il presente allegato introduce ulteriori determinazioni correttive e migliorative nell'ambito del quadro regolatorio introdotto con la DGR XI/6867/2022 e DGR XII/850/2023 e DGR XII/715/2023 sull'assistenza domiciliare nell'ottica di favorire la capacità a livello distrettuale di programmare cure domiciliari attraverso la definizione di progetti individuali di assistenza integrata multiprofessionale, orientati al superamento della logica prestazionale laddove non appropriata alla risposta al bisogno valutato, individuando i percorsi assistenziali di cui alla DGR XI/6867/2022 quali risposte attivabili solo nei casi di bisogno mono professionale. A tal fine, pertanto, in particolare si prevede:

- la rideterminazione del cut off a 3 della scheda triage quale livello di valutazione multidimensionale di primo livello che richiede *di regola* l'attivazione del livello di ADI integrata di 1°, 2° o 3° livello, restando invece confermato il cut off a 7 della scheda triage per l'esecuzione della valutazione multidimensionale di secondo livello; con il passaggio definitivo al sistema SGDT verrà monitorata l'esecuzione da parte delle equipe di valutazione dei poli territoriali di ASST della valutazione multidimensionale e la coerenza dei progetti individuali attivati con il bisogno valutato;
- l'attivabilità dei percorsi assistenziali di cui ai protocolli approvati dalla DGR XI/6867/2022 compreso il percorso "trattamenti terapeutici" di cui alla DGR XII/715/2023, di regola nelle casistiche qualificate da un bisogno valutato fino al cut off 3 della scheda triage;
- di confermare il profilo prelievi in tutte le ipotesi in cui il prelievo risponde a un bisogno estemporaneo;
- la rideterminazione dei percorsi legati alle lesioni A e B della DGR XI/6867/2022, riapprovando con il presente atto i relativi protocolli in funzione della migliore distribuzione dei livelli di intensità assistenziale legati alla stadiazione delle lesioni e conseguentemente, la rideterminazione in riduzione della tariffa del percorso A delle lesioni a euro 133,2; in particolare disponendo che il percorso delle lesioni A preveda fino a 4 accessi e riclassificando nel percorso B le lesioni di secondo e terzo livello che prevedono da 5 a 12 accessi; viene conseguentemente rideterminata la tabella sinottica delle tariffe come di seguito riportata, anche ai fini delle regole di cui al punto D) dell'Allegato 3 della DGR XII/715/2023 in tema di soglie dei percorsi da proporzionarsi rispetto alla durata programmata in esito alla valutazione del bisogno.

AREA SISTEMA DI REMUNERAZIONE	DENOMINAZIONE ATTUALE	RICLASSIFICAZIONE 2023	A	B	C	D	E
			TARIFFA UNITARIA AD ACCESSO	SISTEMA DI REMUNERAZIONE	GEA MINIMI	GEA MAX	VALORE MENSILE/LIVELLI ADI INTEGRATA
AREA CD DI BASE E PERCORSI	PRELIEVO	CD BASE PRELIEVO	15	AD ACCESSO			
	PRESTAZIONALE	CD BASE PRESTAZIONALE GENERICO	33	AD ACCESSO	4		132
	PRESTAZIONALE	TRATTAMENTI TERAPEUTICI	33	AD ACCESSO			
	PRESTAZIONALE	CD BASE PERCORSO GESTIONE ALVO	33	AD ACCESSO	4		132
	PRESTAZIONALE	CD BASE PERCORSO GEST CATETERE	33	AD ACCESSO	4		132
	PRESTAZIONALE	CD BASE PERCORSO GEST STOMIE	33	AD ACCESSO	4		132
	PRESTAZIONALE	CD INTEGRATE PERCORSO LESIONI A	33,3	AD ACCESSO	4		133,2
	PROFILO 1	CD INTEGRATE PERCORSOLESIONI B	38,1	AD ACCESSO	12		457,2
	PROFILO 2	CD INTEGRATE PERCORSO LESIONI C	42,9	AD ACCESSO	16		686,4
	PRESTAZIONALE	CD BASE PERCORSO FISIOTERAPIA A	38,5	AD ACCESSO	6		231
	PROFILO 1	CD INTEGRATE PERCORSO FISIOTERAPIA	38,5	AD ACCESSO	7/8		269,5-308
PROFILO 1	CD INTEGRATE PERCORSO FISIOTERAPIA	40,6	AD ACCESSO	10		406	
PROFILO 1	CD INTEGRATE PERCORSO FISIOTERAPIA	40,6	AD ACCESSO	12		487,2	
AREA ADI INTEGRATA	PROFILO 1	LIVELLO I		A GIORNATA DI CURA	5	9	297,5
	PROFILO 1	LIVELLO II		A GIORNATA DI CURA	10	15	537,5
	PROFILO 2	LIVELLO IIIA		A GIORNATA DI CURA	16	19	752,5
	PROFILO 3	LIVELLO IIIB		A GIORNATA DI CURA	20	25	967,5
	PROFILO 4	LIVELLO IIIC		A GIORNATA DI CURA	26	30	1.372,00
	Post acuta domiciliare	Alta Intensità	40,6	AD ACCESSO	fino a 2/die max 1 mese		

- il superamento dell'attivabilità dei percorsi combinati, richiedendo invece, nei casi di bisogni differenziati, anche se mono professionali, l'attivazione dell'ADI integrata di 1°, 2° o 3° livello, indipendentemente dal valore della scheda triage;
- la chiusura del PAI, la rivalutazione dei bisogni e l'attivazione del livello appropriato di ADI qualora nel corso dell'erogazione dei percorsi assistenziali di cui ai protocolli approvati con DGR XI/6867/2022, siano necessarie prestazioni legate a bisogni differenti da quelli ricompresi nel percorso attivato, anche se afferenti al medesimo profilo professionale;
- che, qualora nel corso dell'erogazione dei percorsi assistenziali di cui ai protocolli approvati con DGR XI/6867/2022, sono necessarie prestazioni legate a bisogni differenti da quello del percorso attivato anche se afferenti al medesimo profilo professionale, si procede alla chiusura del PAI, alla rivalutazione del bisogno e all'attivazione del livello appropriato di ADI integrata;
- l'attivazione delle cure domiciliari di base finalizzate alla sola effettuazione del prelievo è indipendente dall'esito del triage;
- confermare quanto previsto dalla DGR XII/715/2023 relativamente allo specialista fisiatra e al vulnologo nell'ambito dei percorsi di fisioterapia di cui alla DGR XI/6867/2022;
- di confermare l'istituzione del nuovo percorso denominato "Trattamenti terapeutici" (es. trattamenti infusionali, di fleboclisi) da erogarsi sulla base della prescrizione medica e, pertanto, sulla base del numero di accessi infermieristici previsti come

necessari, riconoscendo per tali accessi la tariffa definita dalla DGR XI/6867/2022 per il prestazionale generico;

- che le determinazioni di cui ai punti precedenti entrano in vigore dal 1° ottobre 2023, applicandosi alle nuove prese in carico a decorrere da tale data; resta pertanto fermo che, salvo effettive esigenze di rivalutazione, i PAI già in corso alla data del 1° ottobre si chiudono rispettando la scadenza per essi già individuata in sede di attivazione, garantendo l'erogazione dell'assistenza secondo il programma già definito;
- tenuto conto dell'impatto sui sistemi di rendicontazione derivante dall'applicazione delle determinazioni intervenute sul sistema regolatorio dell'ADI a partire dal secondo e terzo trimestre 2023, di spostare di un mese la scadenza per l'invio dei dati del terzo trimestre prevista dal calendario flussi e di non applicare per il corrente esercizio le determinazioni di cui al paragrafo 4) penultimo capoverso dell'allegato 14) della DGR XI/7758/2022;

Si procederà ad un attento monitoraggio degli esiti dell'applicazione delle presenti determinazioni in funzione della migliore risposta al bisogno delle persone in una logica di appropriatezza e di sostenibilità.

Si prevede inoltre l'avvio della definizione di indicatori diretti a misurare la capacità di evitare, attraverso l'erogazione dei PAI di cure domiciliari, accessi impropri al PS o in ospedale (ricoveri ripetuti). Gli enti gestori di cure domiciliari devono infatti concorrere a garantire una presa in carico capace di evitare il ricorso improprio ad altri setting.

PERCORSO LESIONI A
Lesioni da pressione (LP) in 1° stadio NPUAP/EPUAP - Lesioni semplici di altra eziologia
CURE DOMICILIARI INTEGRATE PERCORSO

1. Indicazioni e contenuti:

Corretta valutazione delle lesioni (sede, numero, caratteristiche, stadiazione, evoluzione) e di quanto necessario alla corretta prevenzione e trattamento (idratazione, alimentazione, mobilizzazione, igiene, presidi e ausili).

Scelta del tipo di medicazione, ripetizione e adattamento nel tempo, verifica del buon esito del processo di cura. Monitoraggio degli eventi indesiderati e delle possibili complicazioni; interventi conseguenti (gestione, segnalazione al MMG o allo specialista curante).

Tipologia di lesione:

- a. cute intatta, con rossore non sbiancabile di una zona localizzata solitamente su una prominenza ossea (1° stadio scala NPUAP/EPUAP 2009);
- b. semplici di altra eziologia.

2. Figura professionale

Infermiere

3. Scala di valutazione

Valutazione di 1° livello e check list SIAD.

4. Durata ed accessi minimi previsti

30 giorni.

Di norma previsti 4 accessi/mese comprensivi di valutazione della lesione, medicazione, valutazione competenze del caregiver, definizione interventi di prevenzione (idratazione, igiene, nutrizione, mobilizzazione, presidi e asili in uso o necessari), monitoraggi e verifica del raggiungimento obiettivi di cura. Educazione sanitaria e addestramento del paziente/caregiver al corretto comportamento quotidiano/stile di vita.

PERCORSO LESIONI B
Lesioni da pressione (LP) in 2° e 3° Stadio – Lesioni di altra eziologia estese o di natura complessa
CURE DOMICILIARI INTEGRATE PERCORSO

1. Indicazioni e contenuti:

Corretta valutazione delle lesioni (sede, numero, caratteristiche, stadiazione, evoluzione) e di quanto necessario alla corretta prevenzione e trattamento (idratazione, alimentazione, mobilizzazione, igiene, presidi e ausili). Scelta del tipo di medicazione, ripetizione e adattamento nel tempo, verifica del buon esito del processo di cura. Monitoraggio degli eventi indesiderati e delle possibili complicazioni; interventi conseguenti (gestione, segnalazione al MMG o allo specialista curante).

Tipologia di lesione:

- a. perdita di spessore parziale del derma (2° stadio NPUAP/EPUAP 2009);
- b. ferita a tutto spessore che comporta il danneggiamento o la necrosi del tessuto sottocutaneo ed è in grado di estendersi in profondità fino alla fascia sottostante, senza però oltrepassarla; la lesione si presenta clinicamente sotto forma di profonda cavità associata o meno a tessuto adiacente sotto minato (3° stadio NPUAP/EPUAP 2009);
- c. altra eziologia di natura complessa.

2. Figura professionale

Infermiere

Medico specialista (se previsto nel PI)

3. Scala di valutazione

Valutazione di 1° livello e check list SIAD.

4. Durata ed accessi minimi previsti

30 giorni (RINNOVABILI, previa rivalutazione, fino ad un massimo di 90 giorni).

Di norma previsti 12 accessi/mese comprensivi di valutazione della lesione, medicazione, valutazione competenze del caregiver, definizione interventi di prevenzione (idratazione, igiene, nutrizione, mobilizzazione, presidi e asili in uso o necessari), monitoraggi e verifica del raggiungimento obiettivi di cura. Educazione sanitaria e addestramento del paziente/caregiver al corretto comportamento quotidiano

2. PROCEDURA SEMPLIFICATA PER LA RICHIESTA DI NULLA OSTA AL TRASFERIMENTO TEMPORANEO DI ATTIVITÀ SANITARIE E SOCIO SANITARIE DELLE ASST

Tale procedura si applica a situazioni eccezionali e nella fattispecie per il periodo circoscritto all'attuazione dei lavori previsti dal PNRR, in relazione ai quali possono essere necessari spostamenti contestuali di molteplici attività sanitarie o di unità d'offerta socio sanitarie in edifici oggetto degli interventi finanziati dal Piano, per cui gli Enti devono acquisire in tempi ristretti l'autorizzazione allo svolgimento, in via temporanea, di attività sanitarie presso sedi non precedentemente accreditate per tali funzioni. Questo in considerazione del numero di attività da spostare ed il tempo ristretto a disposizione prima dell'avvio dei cantieri per cui non è possibile procedere all'acquisizione dell'accredimento secondo le modalità previste dalla DGR 3312 e s.m.i. e dalla DGR 2569/2014 e s.m.i.

Tale procedura può essere avviata dalle Strutture pubbliche (ASST e IRCCS) con formulazione di una specifica richiesta da inoltrare formalmente alla ATS territorialmente competente.

La richiesta, formulata dal Direttore Generale dell'Ente, deve essere corredata da una documentazione minima costituita da:

- 1) Autocertificazione a firma del Direttore Generale sul possesso dei requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi generali e specifici, per ogni singola macroattività e per ogni singola unità d'offerta socio sanitaria;
- 2) Per le attività sanitarie: Relazione sanitaria a firma del Direttore sanitario, che descriva le attività sanitarie oggetto del trasferimento, con indicazione del periodo di collocazione temporanea specifica per ogni singola attività, e le modalità organizzativo-gestionali che vengono messe in atto presso la sede transitoria, con particolare riferimento al raccordo necessario con le restanti attività ospedaliere, soprattutto in spostamenti al di fuori del perimetro del Presidio, a garanzia della continuità assistenziale secondo un corretto percorso del paziente;

Per le unità d'offerta socio sanitarie: relazione organizzativa gestionale, a firma del responsabile, con precisate le modalità messe in atto a garanzia della continuità assistenziale dell'utenza e con indicazione del periodo di trasferimento temporaneo della unità d'offerta.

- 3) Relazione tecnica, a firma del Direttore dell'Ufficio Tecnico, che descriva gli interventi effettuati presso la struttura identificata come sede transitoria a supporto della documentazione prodotta e dei requisiti autocertificati dalla Direzione;
- 4) Elenco apparecchiature elettromedicali presenti, datato e firmato dal responsabile delle stesse, comprensivo di marca, modello, marcatura CE, data di collaudo, data di verifica di sicurezza elettrica, data ultima e successiva verifica di funzionalità/

manutenzione, a disposizione dei locali in trattazione datato e firmato dal responsabile Ingegnere Clinico;

- 5) Elaborato grafico, in formato pdf, firmata dal Direttore Generale, dall'Ufficio tecnico e dal Tecnico abilitato, riportante le indicazioni di rito (quote, destinazioni d'uso, tabella RAI, percorsi paziente/utente/utente disabile);
- 6) DI.CO./DI.RI., COLLAUDO, PIANO DI EMERGENZA ED EVACUAZIONE DI SICUREZZA, ULTIMA VERIFICA PERIODICA e manutenzione Impianti: elettrico, condizionamento, rilevatore incendi, messa a terra, gas medicali*, gruppo di continuità o gruppo elettrogeno*, dispositivo di protezione dalle S.A./valutazione dei rischi da fulminazione (in caso di struttura autoprotetta).

Sulla base della documentazione prodotta dall'Ente e di eventuali integrazioni richieste in quanto ritenute necessarie per la valutazione di competenza, la ATS formulerà una proposta di NULLA OSTA ALLO SVOLGIMENTO DELL' ATTIVITA' IN TRASFERIMENTO TEMPORANEO indicando le attività interessate (UO/macroattività/Unità d'Offerta Sociosanitaria), luogo del trasferimento e la tempistica prevista (con eventuale riserva di effettuazione di successivi ulteriori approfondimenti presso la sede temporanea, a conferma del possesso dei requisiti dichiarati dall'Ente assolti) che sarà trasmesso in Regione – DG Welfare U.O. Polo Ospedaliero per le attività sanitarie, e DG Welfare UO Rete Territoriale per le Unità d'Offerta Sociosanitarie, per la CONCESSIONE ALLO SVOLGIMENTO, IN VIA TRANSITORIA, delle attività oggetto della richiesta presso la sede temporanea identificata.

Tale variazione verrà inserita nella sezione note in ASAN/AFAM dai competenti uffici della DG Welfare.

3. INDICAZIONI PER LE VACCINAZIONI ANTI-PNEUMOCOCCO E ANTI-HERPES ZOSTER E ANTI COVID PER I MEDICI DI MEDICINA GENERALE

Si danno indicazioni in merito alle vaccinazioni erogate da Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta per i propri assistiti. In particolare, in merito alle vaccinazioni anti-pneumococco e anti-herpes zoster, si ricorda che l'offerta vaccinale è valida ed efficace durante tutto l'anno: queste vaccinazioni, quindi, devono essere destagionalizzate e distribuite nel corso dell'anno solare, anche per alleggerire il carico di lavoro nei mesi impegnati dalla campagna vaccinale antinfluenzale.

Per la fornitura dei vaccini anti-pneumococco gli MMG possono approvvigionarsi tramite DPC come avviene di consueto nella campagna vaccinale antinfluenzale.

A partire da dicembre 2023 gli MMG potranno inoltre somministrare il vaccino anti-herpes zoster ai propri pazienti e verrà riconosciuta la tariffa pari a 6,16 € (più oneri).

Si ricorda che la vaccinazione anti-herpes zoster è offerta gratuitamente alle seguenti categorie:

- Soggetti nel sessantacinquesimo anno di età, con le coorti di recupero definite a livello regionale: per l'anno 2023 coorti 1952-1958.
- Soggetti con diabete mellito
- Soggetti con patologia cardiovascolare, esclusa l'ipertensione isolata, previa valutazione del rischio
- Soggetti con BPCO e asma bronchiale
- Soggetti con immunodeficienza congenita/acquisita o destinati a terapia immunosoppressiva
- Soggetti con insufficienza renale cronica ed in dialisi
- Soggetti con recidive o con forme particolarmente gravi di Herpes Zoster

Per questa vaccinazione, in considerazione dei volumi previsti per l'avvio di questa offerta vaccinale, l'approvvigionamento avviene tramite le ASST (non tramite DPC).

Le ASST avranno una quota per l'acquisto di circa 55.000 dosi di vaccino ricombinante RZV, corrispondenti a 27.500 utenti vaccinabili. Le ASST provvederanno alla distribuzione delle dosi ai MMG di competenza territoriale tramite le proprie strutture, in particolare Centri Vaccinali e Case Di Comunità. Le ASST assicureranno la disponibilità di 10 dosi di vaccino per ogni MMG che ne farà richiesta: consegna iniziale di 5 dosi e successiva consegna delle ulteriori 5 dosi per le seconde dosi del ciclo vaccinale, previa verifica di registrazione delle 5 prime dosi nel software vaccinale utilizzato per le vaccinazioni COVID.

Dopo la prima fase di avvio di vaccinazione anti-zoster da parte dei MMG, nel 2024 verrà valutato l'ampliamento dell'offerta sulla base dell'adesione dei MMG e della registrazione tempestiva sul portale. Nei limiti delle dosi acquistate le ASST possono fornire vaccini aggiuntivi ai MMG che ne fanno richiesta.

Ogni ASST invierà agli MMG operativi sul proprio territorio le istruzioni operative per la gestione delle richieste dei vaccini e per il successivo ritiro.

Le ASST comunque garantiscono ai cittadini che ne hanno diritto l'offerta di vaccino anti-zoster nelle proprie strutture.

Di seguito è riportata la tabella di riparto delle risorse di FSR per l'acquisto da parte delle ASST del vaccino anti-zoster, a valere sulle risorse di cui alla macroarea 8) del quadro economico finanziario approvato con DGR XI/7758 del 28/12/2022 recante "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2023":

ASST	MMG	COSTO
ASST DI CREMA	88	150.000 €
ASST VALLE OLONA	238	396.000 €
ASST DI LECCO	182	303.000 €

ASST DI MANTOVA	257	427.000 €
ASST NIGUARDA	102	170.000 €
ASST RHODENSE	256	425.000 €
ASST DELLA BRIANZA	363	603.000 €
ASST FRANCIACORTA	151	251.000 €
ASST FATEBENEFRATELLI-SACCO	383	636.000 €
ASST DEI SETTE LAGHI	256	425.000 €
ASST DI BRESCIA	306	508.000 €
ASST LARIANA	315	523.000 €
ASST OVEST MILANESE	252	419.000 €
ASST NORD MILANO	139	231.000 €
ASST DEL GARDA	213	354.000 €
ASST VALCAMONICA	59	98.000 €
ASST DI LODI	132	220.000 €
ASST BERGAMO EST	210	349.000 €
ASST MELEGNANO E MARTESANA	355	590.000 €
ASST VALTELLINA	109	181.000 €
ASST DI MONZA	97	162.000 €
ASST BERGAMO OVEST	235	391.000 €
ASST DI CREMONA	92	153.000 €
ASST SS. PAOLO E CARLO	247	411.000 €
ASST DI PAVIA	320	532.000 €
ASST PAPA GIOVANNI XXIII	143	238.000 €
TOTALE	5.500	9.146.000 €

La vaccinazione anti-covid si differenzia rispetto alla vaccinazione antinfluenzale per la differente formulazione del vaccino (non in siringa pre-riempita ma in fiala) e le differenti modalità di conservazione nonché per le modalità di approvvigionamento (è acquistato centralmente e non dalla regione) e di consegna (viene consegnato progressivamente

nell'autunno/inverno e non ad inizio stagione). Si riconosce pertanto una maggiore complessità della organizzazione della vaccinazione anti-covid rispetto alla vaccinazione antinfluenzale. Al contempo è da registrare comunque un miglioramento tecnologico del vaccino covid rispetto alle prime dosi di vaccino anticovid (ad esempio prevedeva anche la diluizione) ed una progressiva adesione da parte della medicina di famiglia alla vaccinazione e pertanto si stima fino ad un massimo di 150.000 dosi da somministrare durante il periodo ottobre-dicembre. Le stime potranno essere riviste sulla base dell'andamento epidemiologico. Ai fini della remunerazione delle vaccinazioni anti-covid ai medici di famiglia si prevede pertanto il riconoscimento di 6,16 euro (più oneri) oltre a 3 euro (più oneri) tenuto conto della complessità organizzativa legata alla gestione della vaccinazione.

Al fine di garantire nella attuale stagione influenzale da parte della medicina di famiglia sia l'offerta di vaccino anti-covid sia l'offerta di vaccino anti-zoster si destinano pertanto risorse fino a complessivi euro 1.584.544 di FSR di cui per euro 67.991 relativi al vaccino Zoster a valere sulla macroarea 3) della DGR XII/7758/2022 e per euro 1.516.553 relativi al vaccino anti-covid a valere sugli accantonamenti iscritti nella GSA a chiusura dell'esercizio 2022 sui contributi Covid. Restano confermate le risorse già previste ad inizio anno per la campagna antinfluenzale. Nella tabella che segue è declinato il riparto per ATS delle risorse distintamente finalizzate alla vaccinazione zoster e anti-covid rispettivamente calcolate in base

- Zoster: numero di medici di famiglia per ASST;
- Anti-covid: in proporzione alle vaccinazioni erogate nel periodo da ottobre a dicembre 2022;

ATS	VACCINAZIONI COVID MMG	VACCINAZIONI ZOSTER MMG
321 ATS CITTA' METROPOLITANA DI MILANO	266.556 €	10.780 €
322 ATS DELL'INSUBRIA	162.132 €	9.345 €
323 ATS MONTAGNA	41.220 €	1.953 €
324 ATS BRIANZA	184.116 €	10.059 €
325 BERGAMO	321.516 €	12.320 €
326 BRESCIA	170.376 €	7.805 €
327 ATS VALPADANA	118.164 €	4.207 €
328 ATS PAVIA	109.920 €	5.131 €
TOT	1.374.000 €	61.600 €
TOT con oneri	1.516.553 €	67.991 €

Si prevede altresì di destinare risorse fino a complessivi euro 1.846.777 per l'erogazione dei tamponi covid remunerati in base alla tariffa ACN di euro 5,62 (più oneri) per i medici e 5,63 (più oneri) per i pediatri, a valere sugli accantonamenti iscritti nella GSA a chiusura dell'esercizio 2022 sui contributi Covid. Nella tabella che segue è declinato il riparto per ATS calcolato in base alla proporzione dell'assegnazione riconosciuta nel 2022.

ATS	TAMPONI COVID		
	MMG	PLS	TOTALE
321 ATS CITTA' METROPOLITANA DI MILANO	312.542 €	297.922 €	610.463 €
322 ATS DELL'INSUBRIA	132.518 €	108.431 €	240.949 €
323 ATS MONTAGNA	26.790 €	17.965 €	44.755 €
324 ATS BRIANZA	107.908 €	107.478 €	215.386 €
325 BERGAMO	99.956 €	85.334 €	185.290 €
326 BRESCIA	104.432 €	75.710 €	180.141 €
327 ATS VALPADANA	68.655 €	49.403 €	118.058 €
328 ATS PAVIA	48.627 €	36.571 €	85.199 €
TOT	901.427 €	778.813 €	1.680.240 €
TOT con oneri	994.950 €	851.826 €	1.846.777 €

4. OBIETTIVO DI INVESTIMENTO PNRR - M6.C2 -1.3.2.2. SISTEMA INFORMATIVO PER IL MONITORAGGIO DELLE ATTIVITÀ EROGATE DAI CONSULTORI FAMILIARI (SICOF)

La DGR XII/850 del 08/08/2023 al paragrafo 8.1 dell'Allegato 1 ha declinato, fra l'altro, l'**articolazione** di classificazione delle prestazioni rese dai consultori pubblici e privati in aree e sotto-aree sulla base del disciplinare tecnico nazionale provvisorio (Tabella 1 – Codifica Area – Sotto area e Tabella 2 – Codifica tipologia di prestazioni).

Sulla base del disciplinare tecnico definitivo, parte integrante del decreto ministeriale DM 7 agosto 2023 - Sistema informativo per il monitoraggio delle attività erogate dai consultori familiari (SICOF) pubblicato sulla GU Serie Generale n.223 del 23/09/2023, e delle specifiche tecniche inviate dalla DGSISS del Ministero della Salute, si riportano di seguito le tabelle definitive di declinazione delle aree e sotto-aree a sostituzione integrale delle precedenti:

Tabella 1 – Codifica Area – Sotto area

Codice	Sottoarea
A	Salute sessuale (rif. Lettere art.24 DPCM LEA 2017: A; B; D; J)
A.01	Contracezione
A.02	Contracezione ormonale
A.03	Contracezione meccanica
A.04	Metodi naturali
A.05	Contracezione d'emergenza post-coitale
A.06	Ginecologia
A.07	Malattie sessualmente trasmissibili
A.08	Consulenza, supporto e assistenza per problemi in età post fertile
A.09	Seno/Senologia
A.10	Uroginecologia

- A.11 *Individuazione precoce e assistenza - violenza di genere e sessuale*
- B** **Salute riproduttiva (rif. Lettere art.24 DPCM LEA 2017: A; C; E; F; G; H; I)**
- B.01 *Malattie sessualmente trasmissibili*
- B.02 *Preconcezionale*
- B.03 *Problemi di fertilità*
- B.04 *Post-aborto spontaneo*
- B.05 *Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG)*
- B.06 *Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) – farmacologica*
- B.07 *Post-IVG*
- B.08 *Gravidanza*
- B.09 *Gravidanza – A gestione ostetrica*
- B.10 *Gravidanza – A gestione medica*
- B.11 *Corsi/incontri di accompagnamento alla nascita*
- B.12 *Puerperio*
- B.13 *Salute Psico-fisica del neonato e del bambino*
- B.14 *Allattamento*
- B.15 *Patologia mammaria*
- B.16 *Uroginecologia*
- C** **Prevenzione e promozione della salute (rif. Lettere art.24 DPCM LEA 2017: D)**
- C.01 *Prevenzione tumori*
- C.02 *Promozione degli stili di vita*
- C.03 *Prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili*
- C.04 *Promozione delle buone pratiche percorso nascita*
- C.05 *Promozione della salute in menopausa*
- C.06 *Promozione salute e determinanti di salute 1000 giorni di vita del bambino/a*
- C.07 *Promozione dell'affettività e della sessualità*
- C.08 *Approccio alla multiculturalità*
- C.09 *Promozione e sostegno dell'allattamento al seno*
- D** **Supporto psicologico (rif. Lettere art.24 DPCM LEA 2017: K; L; M; N; O; P; R)**
- D.01 *Prevenzione, valutazione, assistenza e supporto psicologico ai minori in situazione di disagio, in stato di abbandono o vittime di maltrattamenti e abusi*
- D.02 *Supporto alla genitorialità*
- D.03 *Problematiche relazionali del singolo della coppia e della famiglia*
- D.04 *Separazioni/divorzi*
- D.05 *Consulenza ed assistenza psicologica per problemi individuali e di coppia*
- D.06 *Psico-relazionale*
- D.07 *Salute mentale nelle fasi di vita della donna*

D.08	Prevenzione, individuazione precoce e assistenza - violenza di genere e sessuale
D.09	Supporto psicologico a coppie e minori per affidamento e adozione
D.10	Bullismo/Cyberbullismo
D.11	Altro counseling
E	Adozione - Affidi
E.01	Adozione
E.02	Affido
F	Rapporti con le istituzioni (rif. Lettere art.24 DPCM LEA 2017: Q)
F.01	Rapporti con il Tribunale dei minori e adempimenti connessi (relazioni, certificazioni, ecc.)
F.02	Rapporti con il Giudice Tutelare e adempimenti connessi
F.03	Rapporti con gli Enti istituzionali (es. Comuni, Ambiti e Tribunale Ordinario)
F.04	Rapporti con il Terzo Settore e l'Associazionismo

Tabella 2 – Codifica tipologia di prestazioni

Codi	Prestazione
ce	
01	Accoglienza/colloquio informativo
010	Accoglienza/colloquio informativo
02	Counseling/consulenza
020	Colloquio/Counseling
021	Consulenza legale
03	Visita
030	Visita medica erogata dal consultorio senza prescrizione
031	Visita ostetrica erogata dal consultorio senza prescrizione
032	Visita ginecologica erogata dal consultorio senza prescrizione
033	Prescrizione di visita medica
034	Bilancio di salute ostetrico
035	Bilancio di salute pediatrico
04	Psicoterapia
040	Seduta di psicoterapia senza prescrizione
05	Prescrizione/offerta/applicazione contraccettivi e farmaci
050	Offerta gratuita contraccettivi
051	Prescrizione contraccettivi
052	Rimozione/Inserimento di Dispositivi Intrauterini (IUD)
053	Applicazione di dispositivi contraccettivi sottocutanei
054	Prescrizione di farmaci
055	Somministrazione di farmaci
06	Rilascio documenti/certificati (es: IVG)/Consegna della cartella della gravidanza
060	Consegna cartella della gravidanza

061	<i>Rilascio certificato di gravidanza</i>
062	<i>Rilascio certificato per il tribunale</i>
063	<i>Relazioni per il tribunale</i>
07	Test
070	<i>Prelievo per Pap Test nell'ambito di programmi di screening definiti dal Dipartimento di Prevenzione</i>
071	<i>HPV test nell'ambito di programmi di screening definiti dal DSP</i>
072	<i>Pap test/HPV test su richiesta spontanea o per indicazioni cliniche</i>
08	Esami diagnostici
080	<i>Esecuzione di ecografia ginecologica</i>
081	<i>Esecuzione di ecografia in gravidanza</i>
082	<i>Prescrizione di esami diagnostici</i>
083	<i>Test di diagnostica rapida: esecuzione STICK</i>
09	Relazioni/Valutazione psicologica
090	<i>Valutazione psicologica in caso di adozione</i>
091	<i>Valutazione psicologica per selezione di famiglia affidataria</i>
092	<i>Valutazione psicodiagnostica</i>
093	<i>Relazioni multidisciplinari</i>
10	Offerta attiva
100	<i>Offerta attiva</i>
999	Altro
999	<i>Altro</i>

Eventuali successivi aggiornamenti della declinazione delle aree, sotto-aree e prestazioni, e relative codifiche, saranno recepite direttamente nei documenti tecnici regionali.

Le suddette tabelle sono riferimento per la matrice di relazione, in corso di costruzione, con il nomenclatore regionale vigente ex DGR X/6131/2017 e s.m.i. che verrà messa a disposizione degli erogatori pubblici e privati chiamati ad alimentare il flusso nazionale a decorrere dal 2024. Con successiva circolare operativa, saranno fornite le indicazioni tecniche per l'implementazione del flusso stesso a partire dal 2024.

5. ULTERIORI DETERMINAZIONI

Tenuto conto di quanto previsto al punto 2 del dispositivo di cui alla DGR XII/884 del 8/08/2023 recante "Determinazioni relative all'A.S.P. "Istituti milanesi martinitt e stelline e pio albergo Trivulzio" nella parte in cui prevede di elaborare un piano di sviluppo che, in linea con i bisogni sanitari e sociosanitari della città di Milano concordati con l'ATS di riferimento, consenta il pieno rilancio erogativo degli Istituti Milanesi Martinitt e Stelline e Pio Albergo Trivulzio, è autorizzata l'effettiva erogazione delle risorse legate al riconoscimento dell'importo derivante dall'applicazione dell'art. 7 della L.R. 7 agosto 2023 n. 2.

Valutato che nell'ambito del sistema di rilevazione dei flussi di produzione della NPIA si stanno rilevando alcune criticità in corso di gestione, si prevede di non applicare per questo ambito e per il corrente esercizio le determinazioni di cui al paragrafo 4) penultimo capoverso dell'allegato 14) della DGR XI/7758/2022.