Consiglio regionale della Calabria

DOSSIER

PL n. 133/12
di iniziativa del Consigliere E. ALECCI recante:
"Sicurezza del personale sanitario e sociosanitario"
relatore: M. COMITO;

DATI DELL'ITER	
NUMERO DEL REGISTRO DEI PROVVEDIMENTI	
DATA DI PRESENTAZIONE ALLA SEGRETERIA DELL'ASSEMBLEA	07/12/2022
DATA DI ASSEGNAZIONE ALLA COMMISSIONE	07/12/2022
COMUNICAZIONE IN CONSIGLIO	
SEDE	MERITO
PARERE PREVISTO	II Comm.
NUMERO ARTICOLI	

ultimo aggiornamento: 12/12/2022

Testo del Provvedimento

Proposta di legge n. 133/XII pag. 3

"Sicurezza del personale sanitario e sociosanitario"

Normativa citata

Decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 (art. 2, comma 1, lettera a)) pag. 9

"Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro."

Normativa nazionale

Legge 14 agosto 2020 , n. 113 pag. 14

"Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni"

DECRETO Ministero della Salute del 13 gennaio 2022 pag. 19

"Istituzione dell'Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie."

Normativa comparata

Legge regionale 8 luglio 2020, n. 15 - Lombardia pag. 24

"Sicurezza del personale sanitario e sociosanitario"

Deliberazione Giunta regionale n° XI / 1986 del 23/07/2019 - Lombardia pag. 26

"ULTERIORI DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLA GESTIONE DEL SERVIZIO SANITARIO E SOCIOSANITARIO REGIONALE PER L'ESERCIZIO 2019 – SECONDO PROVVEDIMENTO 2019 - (DI CONCERTO CON L'ASSESSORE CAPARINI)"

Delibera Giunta regionale del 14/06/2021, n. 637 - Toscana pag. 96

"Approvazione delle Linee di Indirizzo per la prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari e socio-sanitari"

Delibera Giunta regionale del 14/06/2021, n. 637 (all. A) - Toscana pag. 100

"LINEE DI INDIRIZZO PER LA PREVENZIONE E GESTIONE DEGLI ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI E SOCIO-SANITARI"

Consiglio regionale della Calabria

XII LEGISLATURA

PROPOSTA DI LEGGE

“Sicurezza del personale sanitario e sociosanitario "

Ernesto Francesco Alecci

Sicurezza del personale sanitario e sociosanitario

RELAZIONE ILLUSTRATIVA

L'allarme sociale per le frequenti aggressioni al personale sanitario delle strutture calabresi è notevolmente aumentato negli ultimi tempi. Troppo spesso, si legge sugli organi di informazione di episodi violenti ai danni del personale medico e paramedico in servizio presso i nostri ospedali, in particolare presso i Pronto soccorso.

Con le disposizioni contenute nella presente proposta di legge, sulla scorta dell'esperienza positiva di altra regione, al fine di contrastare gli episodi di violenza nei confronti degli operatori sanitari, si propone di fornire al SSR, linee guida predisposte dal Dipartimento regionale Tutela della salute, Servizi sociali e Sociosanitari, volte a definire indirizzi tecnico-organizzativi e procedurali comuni su tutto il territorio calabrese, assicurando l'integrazione tra prevenzione e gestione del rischio in ambito lavorativo. Tali indirizzi sono specificamente individuati dal Dipartimento competente, attraverso il supporto di un apposito Tavolo tecnico. Si prevede, inoltre, con riguardo alle strutture ritenute a più elevato rischio di violenza la promozione di protocolli d'intesa con gli Uffici territoriali del Governo finalizzati a potenziare la presenza e la collaborazione con le Forze di Polizia.

Il monitoraggio sugli episodi di violenza ai danni del personale sanitario, nonché il controllo sull'applicazione delle Linee guida è svolto dal Dipartimento competente che, sugli esiti dell'attività svolta, predispone una relazione annuale da trasmettere alla Giunta e al Consiglio regionale.

La presente proposta di legge non comporta oneri aggiuntivi per il bilancio regionale, in quanto dispone in ordine a linee guida tese a prevedere indirizzi tecnici, organizzativi e procedurali comuni che sono riconducibili a interventi di carattere ordinamentale e procedurale.

Infine, l'attività del tavolo tecnico è a titolo gratuito e le attività di monitoraggio e controllo sull'applicazione delle linee guida in capo al Dipartimento sono svolgibili con risorse umane e strumentali esistenti.

Relazione tecnico - finanziaria

La presente proposta di legge non comporta nuovi o maggiori oneri finanziari a valere sul bilancio regionale.

Quadro di riepilogo analisi economico finanziaria

(allegato a margine della relazione tecnico finanziaria art. 39 Statuto Regione Calabria)

Tabella 1 - Oneri finanziari:

Articolo	**Descrizione spese**	**Tipologia** **I o C**	**Carattere Temporale** **A o P**	**Importo**
1	Non comporta oneri finanziari in quanto contiene le finalità della legge	//	//	//
2	Non comporta spese in quanto contiene le definizioni	//	//	//
3	Non comporta spese in quanto istituisce le linee guida	//	//	//
4	Non comporta spese in quanto contiene la previsione di protocolli d'intesa	//	//	//
5	Non comporta spese in quanto elenca i compiti del Dipartimento Tutela della Salute, Servizi Sociali e Socio Sanitari	//	//	//
6	Reca la norma finanziaria	//	//	//
7	In ultimo, dispone l'entrata in vigore anticipata della legge, fissandola nel giorno successivo a quello della sua pubblicazione sul B.U.R.C., invece che nell'ordinario termine dei 15 giorni dalla medesima pubblicazione	//	//	//

Criteri di quantificazione degli oneri finanziari

La presente proposta di legge non determina oneri a carico del bilancio regionale, in quanto reca disposizioni di carattere ordinamentale. Le attività necessarie al monitoraggio e all'attuazione delle "Linee guida" sono svolgibili con risorse umane e strumentali esistenti.

Tabella 2 - Copertura finanziaria:

Programma / capitolo	**Anno 2022**	**Anno 2023**	**Anno 2024**	**Totale**
	//	//	//	//

Art. 1

(Finalità e ambito di applicazione)

1. La presente legge reca disposizioni volte a prevenire e contrastare ogni forma di violenza ai danni di operatori dei settori sanitario e sociosanitario, nel rispetto della normativa statale in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.

2. L'ambito di applicazione comprende le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private accreditate.

3. Le strutture sanitarie e sociosanitarie private adottano, su base volontaria, proprie determinazioni che tengono conto delle linee guida di cui all'articolo 3.

Art. 2

(Definizioni)

1. Ai fini della presente legge si intende per:

a) violenza: ogni forma di aggressione all'integrità psico-fisica della persona;

b) operatori dei settori sanitario e sociosanitario: i soggetti di cui all'articolo 2, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 (Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123 in materia di tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro) che svolgono attività lavorativa in ambito sanitario e sociosanitario.

Art. 3

(Linee guida)

1. La Giunta regionale, sentita la commissione consiliare competente, approva linee guida rivolte ai soggetti di cui all'articolo 1, comma 2, per la prevenzione e il contrasto degli atti di violenza.

2. Le linee guida sono predisposte dal Dipartimento regionale Tutela della salute, Servizi sociali e Sociosanitari al fine di assicurare l'integrazione tra prevenzione e gestione del rischio in ambito lavorativo, prevedendo indirizzi tecnici, organizzativi e procedurali comuni.

3. Presso il Dipartimento regionale di cui al comma 2 è istituito un Tavolo tecnico con funzioni di supporto nella predisposizione delle linee guida, nonché con funzioni propositive rispetto all'aggiornamento delle stesse linee guida.

4. Il Tavolo tecnico di cui al comma 3 è costituito con decreto dirigenziale ed è composto da:

a) due rappresentanti del Dipartimento regionale Tutela della salute, Servizi sociali e Sociosanitari, di cui uno con funzioni di coordinatore;

b) un direttore generale delle Aziende sanitarie provinciali (ASP) o suo delegato, designato dalle stesse aziende (ASP);

c) un direttore generale delle Aziende Ospedaliere (AO) o suo delegato, designato dalle stesse aziende (AO);

d) due rappresentanti delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative del personale medico e veterinario;

e) tre rappresentanti delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative del restante personale sanitario e sociosanitario.

Art. 4

(Protocolli d'intesa)

1. La Regione promuove protocolli d'intesa con gli Uffici territoriali del Governo finalizzati a potenziare la presenza e la collaborazione con le Forze di polizia nei pronto soccorso e nelle strutture ritenute a più elevato rischio di violenza e assicurare un rapido intervento in loco.

Art. 5

(Compiti del Dipartimento Tutela della Salute, Servizi Sociali e Socio Sanitari)

1. Il controllo sull'applicazione delle linee guida di cui all'articolo 3, comma 2, secondo le regole di sistema, è svolto dal Dipartimento Tutela della Salute, Servizi Sociali e Socio Sanitaria cui spetta:

a) monitorare gli episodi di violenza commessi ai danni del personale che opera nelle strutture sanitarie e sociosanitarie;

b) svolgere attività consultiva, in particolare per l'applicazione delle linee guida;

c) monitorare l'attuazione delle linee guida.

2. Il Dipartimento predispone una relazione annuale sugli esiti dell'applicazione delle linee guida e delle attività di monitoraggio. La relazione è trasmessa alla Giunta regionale e al Consiglio regionale.

Art. 6

(Norma finanziaria)

1. Dalla presente legge non derivano maggiori oneri a carico del bilancio regionale.

Art. 7

(Entrata in vigore)

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nel Bollettino Ufficiale della Regione Calabria (BURC).

Il Consigliere regionale
F.to Ernesto Francesco Alecci

NORMATTIVA
IL PORTALE DELLA LEGGE VIGENTE

DECRETO LEGISLATIVO 9 aprile 2008 , n. 81

Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.

Vigente al : 9-12-2022

Titolo I

PRINCIPI COMUNI

Capo I

Disposizioni generali

Art. 2.
Definizioni

1. Ai fini ed agli effetti delle disposizioni di cui al presente decreto legislativo si intende per:

a) "lavoratore": persona che, indipendentemente dalla tipologia contrattuale, svolge un'attivita' lavorativa nell'ambito dell'organizzazione di un datore di lavoro pubblico o privato, con o senza retribuzione, anche al solo fine di apprendere un mestiere, un'arte o una professione, esclusi gli addetti ai servizi domestici e familiari. Al lavoratore cosi' definito e' equiparato: il socio lavoratore di cooperativa o di societa', anche di fatto, che presta la sua attivita' per conto delle societa' e dell'ente stesso; l'associato in partecipazione di cui all'articolo 2549, e seguenti del codice civile; il soggetto beneficiario delle iniziative di

tirocini formativi e di orientamento di cui all'articolo 18 della legge 24 giugno 1997, n. 196, e di cui a specifiche disposizioni delle leggi regionali promosse al fine di realizzare momenti di alternanza tra studio e lavoro o di agevolare le scelte professionali mediante la conoscenza diretta del mondo del lavoro; l'allievo degli istituti di istruzione ed universitari e il partecipante ai corsi di formazione professionale nei quali si faccia uso di laboratori, attrezzature di lavoro in genere, agenti chimici, fisici e biologici, ivi comprese le apparecchiature fornite di videoterminali limitatamente ai periodi in cui l'allievo sia effettivamente applicato alla strumentazioni o ai laboratori in questione; il volontario, come definito dalla legge 1° agosto 1991, n. 266; i volontari del Corpo nazionale dei vigili del fuoco e della protezione civile;*((...))*; il lavoratore di cui al decreto legislativo 1° dicembre 1997, n. 468, e successive modificazioni; *((6))*

b) "datore di lavoro": il soggetto titolare del rapporto di lavoro con il lavoratore o, comunque, il soggetto che, secondo il tipo e l'assetto dell'organizzazione nel cui ambito il lavoratore presta la propria attivita', ha la responsabilita' dell'organizzazione stessa o dell'unita' produttiva in quanto esercita i poteri decisionali e di spesa. Nelle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, per datore di lavoro si intende il dirigente al quale spettano i poteri di gestione, ovvero il funzionario non avente qualifica dirigenziale, nei soli casi in cui quest'ultimo sia preposto ad un ufficio avente autonomia gestionale, individuato dall'organo di vertice delle singole amministrazioni tenendo conto dell'ubicazione e dell'ambito funzionale degli uffici nei quali viene svolta l'attivita', e dotato di autonomi poteri decisionali e di spesa. In caso di omessa individuazione, o di individuazione non conforme ai criteri sopra indicati, il datore di lavoro coincide con l'organo di vertice medesimo;

c) "azienda": il complesso della struttura organizzata dal datore di lavoro pubblico o privato;

d) "dirigente": persona che, in ragione delle competenze professionali e di poteri gerarchici e funzionali adeguati alla natura dell'incarico conferitogli, attua le direttive del datore di lavoro organizzando l'attivita' lavorativa e vigilando su di essa;

e) "preposto": persona che, in ragione delle competenze professionali e nei limiti di poteri gerarchici e funzionali adeguati alla natura dell'incarico conferitogli, sovrintende alla attivita' lavorativa e garantisce l'attuazione delle direttive ricevute, controllandone la corretta esecuzione da parte dei lavoratori ed esercitando un funzionale potere di iniziativa;

f) "responsabile del servizio di prevenzione e protezione": persona in possesso delle capacita' e dei requisiti professionali di cui all'articolo 32 designata dal datore di lavoro, a cui risponde, per coordinare il servizio di prevenzione e protezione dai rischi;

g) "addetto al servizio di prevenzione e protezione": persona in possesso delle capacita' e dei requisiti professionali di cui all'articolo 32, facente parte del servizio di cui alla lettera l);

h) "medico competente": medico in possesso di uno dei titoli e dei requisiti formativi e professionali di cui all'articolo 38, che collabora, secondo quanto previsto all'articolo 29, comma 1, con il datore di lavoro ai fini della valutazione dei rischi ed e' nominato dallo stesso per effettuare la sorveglianza sanitaria e per tutti gli altri compiti di cui al presente decreto;

i) "rappresentante dei lavoratori per la sicurezza": persona eletta o designata per rappresentare i lavoratori per quanto concerne gli aspetti della salute e della sicurezza durante il lavoro;

l) "servizio di prevenzione e protezione dai rischi": insieme delle persone, sistemi e mezzi esterni o interni all'azienda finalizzati all'attivita' di prevenzione e protezione dai rischi professionali per i lavoratori;

m) "sorveglianza sanitaria": insieme degli atti medici, finalizzati alla tutela dello stato di salute e sicurezza dei lavoratori, in relazione all'ambiente di lavoro, ai fattori di rischio professionali e alle modalita' di svolgimento dell'attivita' lavorativa;

n) "prevenzione": il complesso delle disposizioni o misure necessarie anche secondo la particolarita' del lavoro, l'esperienza e la tecnica, per evitare o diminuire i rischi professionali nel rispetto della salute della popolazione e dell'integrita' dell'ambiente esterno;

o) "salute": stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, non consistente solo in un'assenza di malattia o d'infermita';

p) "sistema di promozione della salute e sicurezza": complesso dei soggetti istituzionali che concorrono, con la partecipazione delle parti sociali, alla realizzazione dei programmi di intervento finalizzati a migliorare le condizioni di salute e sicurezza dei lavoratori;

q) "valutazione dei rischi": valutazione globale e documentata di tutti i rischi per la salute e sicurezza dei lavoratori presenti nell'ambito dell'organizzazione in cui essi prestano la propria attivita', finalizzata ad individuare le adeguate misure di prevenzione e di protezione e ad elaborare il programma delle misure atte a garantire il miglioramento nel tempo dei livelli di salute e sicurezza;

r) "pericolo": proprieta' o qualita' intrinseca di un determinato fattore avente il potenziale di causare danni;

s) "rischio": probabilita' di raggiungimento del livello potenziale di danno nelle condizioni di impiego o di esposizione ad un determinato fattore o agente oppure alla loro combinazione;

t) "unita' produttiva": stabilimento o struttura finalizzati alla produzione di beni o all'erogazione di servizi, dotati di autonomia

finanziaria e tecnico funzionale;

u) "norma tecnica": specifica tecnica, approvata e pubblicata da un'organizzazione internazionale, da un organismo europeo o da un organismo nazionale di normalizzazione, la cui osservanza non sia obbligatoria;

v) "buone prassi": soluzioni organizzative o procedurali coerenti con la normativa vigente e con le norme di buona tecnica, adottate volontariamente e finalizzate a promuovere la salute e sicurezza sui luoghi di lavoro attraverso la riduzione dei rischi e il miglioramento delle condizioni di lavoro, elaborate e raccolte dalle regioni, dall'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro (ISPESL), dall'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL) e dagli organismi paritetici di cui all'articolo 51, validate dalla Commissione consultiva permanente di cui all'articolo 6, previa istruttoria tecnica dell'ISPESL, che provvede a assicurarne la piu' ampia diffusione;

z) "linee guida": atti di indirizzo e coordinamento per l'applicazione della normativa in materia di salute e sicurezza predisposti dai Ministeri, dalle regioni, dall'ISPESL e dall'INAIL e approvati in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano;

aa) "formazione": processo educativo attraverso il quale trasferire ai lavoratori ed agli altri soggetti del sistema di prevenzione e protezione aziendale conoscenze e procedure utili alla acquisizione di competenze per lo svolgimento in sicurezza dei rispettivi compiti in azienda e alla identificazione, alla riduzione e alla gestione dei rischi;

bb) "informazione": complesso delle attivita' dirette a fornire conoscenze utili alla identificazione, alla riduzione e alla gestione dei rischi in ambiente di lavoro;

cc) "addestramento": complesso delle attivita' dirette a fare apprendere ai lavoratori l'uso corretto di attrezzature, macchine, impianti, sostanze, dispositivi, anche di protezione individuale, e le procedure di lavoro;

dd) "modello di organizzazione e di gestione": modello organizzativo e gestionale per la definizione e l'attuazione di una politica aziendale per la salute e sicurezza, ai sensi dell'articolo 6, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231, idoneo a prevenire i reati di cui agli articoli 589 e 590, terzo comma, del codice penale, commessi con violazione delle norme antinfortunistiche e sulla tutela della salute sul lavoro;

ee) "organismi paritetici": organismi costituiti a iniziativa di una o piu' associazioni dei datori e dei prestatori di lavoro comparativamente piu' rappresentative sul piano nazionale, quali sedi privilegiate per: la programmazione di attivita' formative e l'elaborazione e la raccolta di buone prassi a fini prevenzionistici; lo sviluppo di azioni inerenti alla salute e alla sicurezza sul lavoro; l'assistenza alle imprese finalizzata all'attuazione degli

adempimenti in materia; ogni altra attivita' o funzione assegnata loro dalla legge o dai contratti collettivi di riferimento;

ff) "responsabilita' sociale delle imprese": integrazione volontaria delle preoccupazioni sociali ed ecologiche delle aziende e organizzazioni nelle loro attivita' commerciali e nei loro rapporti con le parti interessate.

AGGIORNAMENTO (6)

Il D. Lgs. 3 agosto 2009, n. 106 ha disposto (con l'art. 2, comma 1) che all'articolo 2, comma 1, lettera a), del presente decreto, le parole: "il volontario, come definito dalla legge 11 agosto 1991, n. 266" sono soppresse".

NORMATTIVA
IL PORTALE DELLA LEGGE VIGENTE

LEGGE 14 agosto 2020 , n. 113

Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni. (20G00131)

Vigente al : 12-12-2022

La Camera dei deputati ed il Senato della Repubblica hanno approvato;

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Promulga

la seguente legge:

Art. 1

Ambito di applicazione

1. Ai fini della presente legge si intendono quali professioni sanitarie quelle individuate dagli articoli 4 e da 6 a 9 della legge 11 gennaio 2018, n. 3, e quali professioni socio-sanitarie quelle individuate dall'articolo 5 della medesima legge n. 3 del 2018.

Art. 2

Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie

1. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con i Ministri dell'interno e dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, e' istituito presso il Ministero della salute, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge e senza nuovi o maggiori oneri

per la finanza pubblica, l'Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie, di seguito denominato «Osservatorio». Col medesimo decreto si provvede a definire la durata e la composizione dell'Osservatorio costituito, per la sua meta', da rappresentanti donne, prevedendo la presenza di rappresentanti delle organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative a livello nazionale, delle regioni, di un rappresentante dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) per le finalita' di cui ai commi 2 e 3, di rappresentanti dei Ministeri dell'interno, della difesa, della giustizia e del lavoro e delle politiche sociali, degli ordini professionali interessati, delle organizzazioni di settore, delle associazioni di pazienti e di un rappresentante dell'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro, nonche' le modalita' con le quali l'organismo riferisce, di regola annualmente, sugli esiti della propria attivita' ai Ministeri interessati. La partecipazione all'Osservatorio non da' diritto alla corresponsione di alcuna indennita', rimborso delle spese, gettone di presenza o altri emolumenti comunque denominati. In particolare, all'Osservatorio sono attribuiti i seguenti compiti:

a) monitorare gli episodi di violenza commessi ai danni degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni;

b) monitorare gli eventi sentinella che possano dar luogo a fatti commessi con violenza o minaccia ai danni degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni;

c) promuovere studi e analisi per la formulazione di proposte e misure idonee a ridurre i fattori di rischio negli ambienti piu' esposti;

d) monitorare l'attuazione delle misure di prevenzione e protezione a garanzia dei livelli di sicurezza sui luoghi di lavoro ai sensi del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, anche promuovendo l'utilizzo di strumenti di videosorveglianza;

e) promuovere la diffusione delle buone prassi in materia di sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie, anche nella forma del lavoro in equipe;

f) promuovere lo svolgimento di corsi di formazione per il personale medico e sanitario, finalizzati alla prevenzione e alla gestione delle situazioni di conflitto nonche' a migliorare la qualita' della comunicazione con gli utenti.

2. L'Osservatorio acquisisce, con il supporto dell'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanita' istituito presso l'Agenas e degli ordini professionali, i dati regionali relativi all'entita' e alla frequenza del fenomeno di cui al comma 1, lettera a), anche con riguardo alle situazioni di rischio o di vulnerabilita' nell'ambiente di lavoro. Per le tematiche di comune interesse, l'Osservatorio si rapporta con il predetto

Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanita'.

3. L'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanita' trasmette tramite l'Agenas i dati di cui al comma 2 acquisiti dai Centri per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente, di cui all'articolo 2, comma 4, della legge 8 marzo 2017, n. 24.

4. Il Ministro della salute trasmette annualmente alle Camere, entro il 31 marzo dell'anno successivo a quello di riferimento, una relazione sull'attivita' svolta dall'Osservatorio.

Art. 3

Promozione dell'informazione

1. Il Ministro della salute promuove iniziative di informazione sull'importanza del rispetto del lavoro del personale esercente una professione sanitaria o socio-sanitaria, utilizzando le risorse disponibili a legislazione vigente per la realizzazione di progetti di comunicazione istituzionale.

Art. 4

Modifiche all'articolo 583-quater del codice penale

1. All'articolo 583-quater del codice penale e' aggiunto, in fine, il seguente comma:

«Le stesse pene si applicano in caso di lesioni personali gravi o gravissime cagionate a personale esercente una professione sanitaria o socio-sanitaria nell'esercizio o a causa delle funzioni o del servizio, nonche' a chiunque svolga attivita' ausiliarie di cura, assistenza sanitaria o soccorso, funzionali allo svolgimento di dette professioni, nell'esercizio o a causa di tali attivita'».

2. All'articolo 583-quater del codice penale, alla rubrica, sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: «, nonche' a personale esercente una professione sanitaria o socio-sanitaria e a chiunque svolga attivita' ausiliarie ad essa funzionali».

Art. 5

Circostanze aggravanti

1. All'articolo 61 del codice penale, dopo il numero 11-septies) e' aggiunto il seguente:

«11-octies) l'avere agito, nei delitti commessi con violenza o minaccia, in danno degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nonche' di chiunque svolga attivita' ausiliarie di cura, assistenza sanitaria o soccorso, funzionali allo svolgimento di

dette professioni, a causa o nell'esercizio di tali professioni o attivita'».

Art. 6

Modifiche al codice penale in materia di procedibilita'

1. All'articolo 581, primo comma, del codice penale, dopo le parole: «a querela della persona offesa,» sono inserite le seguenti: «salvo che ricorra la circostanza aggravante prevista dall'articolo 61, numero 11-octies),».
2. All'articolo 582, secondo comma, del codice penale, dopo le parole: «previste negli articoli» sono inserite le seguenti: «61, numero 11-octies),».

Art. 7

Misure di prevenzione

1. Al fine di prevenire episodi di aggressione o di violenza, le strutture presso le quali opera il personale di cui all'articolo 1 della presente legge prevedono, nei propri piani per la sicurezza, misure volte a stipulare specifici protocolli operativi con le forze di polizia, per garantire il loro tempestivo intervento.

Art. 8

Giornata nazionale di educazione e prevenzione contro la violenza nei confronti degli operatori sanitari e socio-sanitari.

1. E' istituita la «Giornata nazionale di educazione e prevenzione contro la violenza nei confronti degli operatori sanitari e socio-sanitari», volta a sensibilizzare la cittadinanza a una cultura che condanni ogni forma di violenza. La giornata e' celebrata annualmente in una data stabilita con decreto del Ministro della salute, di concerto con i Ministri dell'istruzione e dell'universita' e della ricerca.
2. Le amministrazioni interessate provvedono agli adempimenti connessi all'attuazione del presente articolo con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.
3. La Giornata nazionale di cui al comma 1 non determina gli effetti civili di cui alla legge 27 maggio 1949, n. 260.

Art. 9

Sanzione amministrativa

1. Salvo che il fatto costituisca reato, chiunque tenga condotte violente, ingiuriose, offensive o moleste nei confronti di personale

esercente una professione sanitaria o socio-sanitaria o di chiunque svolga attivita' ausiliarie di cura, assistenza sanitaria o soccorso funzionali allo svolgimento di dette professioni presso strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche o private e' soggetto alla sanzione amministrativa del pagamento di una somma da euro 500 a euro 5.000.

Art. 10

Clausola di invarianza finanziaria

1. Dall'attuazione della presente legge non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Le amministrazioni interessate provvedono agli adempimenti previsti con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

La presente legge, munita del sigillo dello Stato, sara' inserita nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge dello Stato.

Data a Roma, addi' 14 agosto 2020

MATTARELLA

Conte, Presidente del Consiglio dei ministri

Speranza, Ministro della salute

Visto, il Guardasigilli: Bonafede

MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 13 gennaio 2022

Istituzione dell'Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie. (22A01153)

(GU n.41 del 18-2-2022)

IL MINISTRO DELLA SALUTE

di concerto con

IL MINISTRO DELL'INTERNO

e

IL MINISTRO DELL'ECONOMIA
E DELLE FINANZE

Vista la legge 23 dicembre 1978, n. 833 e successive modificazioni, recante «Istituzione del Servizio sanitario nazionale»;

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, recante «Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421»;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 11 febbraio 2014, n. 59, recante «Regolamento di organizzazione del Ministero della salute»;

Vista la legge 11 gennaio 2018, n. 3, recante «Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonche' disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute»;

Visti, in particolare, gli articoli 4, 6, 7, 8 e 9 della citata legge n. 3 del 2018, nella parte in cui individuano le professioni sanitarie riconosciute, e l'art. 5, nella parte in cui individua le professioni socio-sanitarie riconosciute;

Vista la legge del 14 agosto 2020, n. 113, recante «Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni»;

Visto, in particolare, l'art. 2, comma 1, primo periodo, della citata legge n. 113 del 2020, nella parte in cui prevede che «con decreto del Ministro della salute, di concerto con i Ministri dell'interno e dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, e' istituito presso il Ministero della salute [...] l'Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie»;

Visto il citato art. 2, comma 1, legge n. 113 del 2020, che al secondo periodo prevede che l'Osservatorio sia costituito da «rappresentanti delle organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative a livello nazionale, delle regioni, di un rappresentante dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) per le finalita' di cui ai commi 2 e 3, di rappresentanti dei Ministeri dell'interno, della difesa, della giustizia e del lavoro e delle politiche sociali, degli ordini professionali interessati, delle organizzazioni di settore, delle associazioni di pazienti e di un rappresentante dell'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro» e che,

in particolare, il citato Osservatorio sia costituito «per la sua meta', da rappresentanti donne», e che la partecipazione ad esso «non da' diritto alla corresponsione di alcuna indennita', rimborso delle spese, gettone di presenza o altri emolumenti comunque denominati»;

Visto il decreto del Ministro della salute 29 settembre 2017, recante «Istituzione dell'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanita'»;

Visto il decreto del Ministro della salute 13 marzo 2018, recante «Costituzione degli albi delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione», in attuazione della citata legge n. 3 del 2018;

Considerato che la Direzione generale delle professioni sanitarie e delle risorse umane del Servizio sanitario nazionale ha pubblicato in data 19 maggio 2021 un avviso per la presentazione di manifestazioni d'interesse, rivolto alle associazioni di pazienti;

Preso atto che, nonostante la proroga all'originario termine per la presentazione delle citate manifestazioni d'interesse da parte delle associazioni di pazienti, non risulta pervenuta alcuna istanza;

Ritenuto pertanto di provvedere, ai sensi dell'art. 2, della legge del 14 agosto 2020, n. 113, all'istituzione dell'Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie, prevedendo con successivo decreto del Ministro della salute la nomina dei singoli rappresentanti;

Acquisita l'Intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 16 dicembre 2021 (rep. atti n. 256/CSR);

Decreta:

Art. 1

Istituzione

1. Per i motivi e le finalita' di cui in premessa e' istituito, presso la Direzione generale delle professioni sanitarie e delle risorse umane del Servizio sanitario nazionale del Ministero della salute, l'Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie, di cui all'art. 2 della legge del 14 agosto 2020, n. 113, di seguito «Osservatorio».

Art. 2

Composizione

1. L'Osservatorio e' composto da:

otto rappresentanti delle regioni individuati da parte della Commissione salute della Conferenza delle regioni e delle province autonome;

un rappresentante dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas);

un rappresentante del Ministero dell'interno;

un rappresentante del Ministero della difesa;

un rappresentante del Ministero della giustizia;

un rappresentante del Ministero del lavoro e delle politiche sociali;

un rappresentante dell'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL);

un rappresentante FNOMCeO - Federazione nazionale degli ordini dei medici-chirurghi e degli odontoiatri;

un rappresentante FNOVI - Federazione nazionale ordini veterinari italiani;

un rappresentante FOFI - Federazione ordini farmacisti italiani;

un rappresentante CNOP - Consiglio nazionale ordine psicologi;

un rappresentante FNOPO - Federazione nazionale ordini professioni ostetriche;

un rappresentante FNTSRM - PSTRP Federazione nazionale degli ordini dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione;

un rappresentante FNOPI - Federazione nazionale ordini

professioni infermieristiche;
un rappresentante ONB - Ordine nazionale dei biologi;
un rappresentante FNCF - Federazione nazionale degli ordini dei chimici e dei fisici;
un rappresentante CNOAS - Consiglio nazionale ordine assistenti sociali;
un rappresentante ANAAO ASSOMED - Associazione medici dirigenti;
un rappresentante CIMO - Coordinamento italiano medici ospedalieri;
un rappresentante FASSID - Federazione patologi clinici, radiologi, medici del territorio, farmacisti, psicologi ed altri dirigenti;
un rappresentante AAROI EMAC - Associazione anestesisti rianimatori ospedalieri italiani emergenza area critica;
un rappresentante FP CGIL - Funzione pubblica;
un rappresentante FVM - Federazione veterinari medici e dirigenti sanitari;
un rappresentante FESMED - Federazione sindacale medici dirigenti;
un rappresentante Federazione CISL Medici;
un rappresentante ANPO-ASCOTI-FIALS Medici Associazione primari ospedalieri;
un rappresentante UIL FPL;
un rappresentante COSMED - Confederazione sindacale medici e dirigenti;
un rappresentante CIDA - Confederazione italiana dirigenti e alte professionalita';
un rappresentante CODIRP - Confederazione della dirigenza pubblica;
un rappresentante CONFSAL - Confederazione generale sindacati autonomi lavoratori;
un rappresentante CISL FP - Funzione pubblica;
un rappresentante FIALS - Federazione italiana autonomie locali e sanita';
un rappresentante NURSIND - Sindacato delle professioni infermieristiche;
un rappresentante FSI - Federazione sindacati indipendenti;
un rappresentante NURSING UP - Sindacato infermieri italiani;
un rappresentante CGS - Confederazione generale sindacale;
un rappresentante USAE - Unione sindacati autonomi europei;
un rappresentante CSE - Confederazione indipendente sindacati europei;
un rappresentante FIMMG - Federazione italiana medici di medicina generale;
un rappresentante SNAMI - Sindacato nazionale autonomo medici italiani;
un rappresentante SM - Sindacato dei medici italiani;
un rappresentante CISL medici;
un rappresentante FIMP - Federazione italiana medici pediatri;
un rappresentante SIMPEF - Sindacato medici pediatri di famiglia;
un rappresentante Federazione CIPE-SISPE-SINSPE - Confederazione italiana pediatri - Sindacato italiano specialisti pediatri - Sindacato italiano nazionale specialisti pediatri;
un rappresentante SUMAI ASSOPROF - Sindacato unico di medicina ambulatoriale italiana e professionalita' dell'area sanitaria;
un rappresentante FESPA - Federazione specialisti ambulatoriali;
un rappresentante FIASO - Federazione italiana aziende sanitarie e ospedaliere;
un rappresentante FEDERSANITA' - Confederazione Federsanita' ANCI regionali.

2. Per quanto riguarda i rappresentanti del Ministero della salute, l'Osservatorio e' composto da:
un rappresentante della Direzione generale della prevenzione sanitaria;
un rappresentante della Direzione generale delle professioni sanitarie e delle risorse umane del Servizio sanitario nazionale;
un rappresentante della Direzione generale della programmazione sanitaria;
un rappresentante della Direzione generale della

digitalizzazione, del Sistema informativo sanitario e della statistica.

3. Le funzioni di segreteria sono svolte da un funzionario della Direzione generale delle professioni sanitarie e delle risorse umane del Servizio sanitario nazionale.

Art. 3

Compiti e funzionamento

1. L'Osservatorio ha il compito di:

a) monitorare gli episodi di violenza commessi ai danni degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni;

b) monitorare gli eventi sentinella che possano dar luogo a fatti commessi con violenza o minaccia ai danni degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni;

c) promuovere studi e analisi per la formulazione di proposte e misure idonee a ridurre i fattori di rischio negli ambienti piu' esposti;

d) monitorare l'attuazione delle misure di prevenzione e protezione a garanzia dei livelli di sicurezza sui luoghi di lavoro ai sensi del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, anche promuovendo l'utilizzo di strumenti di videosorveglianza;

e) promuovere la diffusione delle buone prassi in materia di sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie, anche nella forma del lavoro in equipe;

f) promuovere lo svolgimento di corsi di formazione per il personale medico e sanitario, finalizzati alla prevenzione e alla gestione delle situazioni di conflitto nonche' a migliorare la qualita' della comunicazione con gli utenti.

2. L'Osservatorio produce i dati utili alla relazione annuale che il Ministro della salute trasmette alle Camere, sull'attivita' svolta.

3. L'Osservatorio, all'atto dell'insediamento, adotta un regolamento con il quale disciplina l'organizzazione e il funzionamento delle attivita'.

Art. 4

Durata

1. I componenti dell'Osservatorio nominati rimangono in carica tre anni dalla data di insediamento e possono essere riconfermati.

Art. 5

Oneri finanziari

1. Per il funzionamento dell'Osservatorio non sono previsti oneri a carico del bilancio dello Stato. La partecipazione all'Osservatorio, da parte dei componenti, degli eventuali sostituti ed esperti, non da' diritto alla corresponsione di gettoni di presenza, compensi, rimborsi di spese o altri emolumenti comunque denominati.

2. All'istituzione e al funzionamento dell'Osservatorio si provvede nei limiti delle risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

Art. 6

Entrata in vigore

1. Il presente decreto entra in vigore dalla sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

Il presente decreto e' trasmesso al competente Organo di controllo per la registrazione e pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

Roma, 13 gennaio 2022

Il Ministro della salute
Speranza

Il Ministro dell'interno
Lamorgese

Il Ministro dell'economia
e delle finanze
Franco

Registrato alla Corte dei conti l'11 febbraio 2022
Ufficio di controllo sugli atti del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, del Ministero dell'istruzione, del Ministero dell'universita' e della ricerca, del Ministero della cultura, del Ministero della salute, reg. n. 286

RegioneLombardia
IL CONSIGLIO

Legge Regionale 8 luglio 2020, n. 15

Sicurezza del personale sanitario e sociosanitario

(BURL n. 28 suppl del 10 Luglio 2020)

urn:nir:regione.lombardia:legge:2020-07-08;15

Art. 1

(Finalità e ambito di applicazione)

1. La presente legge reca disposizioni volte a prevenire e contrastare ogni forma di violenza ai danni di operatori dei settori sanitario e sociosanitario, nel rispetto della normativa statale in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.

2. L'ambito di applicazione comprende le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private accreditate, le Agenzie di tutela della salute (ATS) e l'Agenzia regionale emergenza urgenza (AREU).

3. Le strutture sanitarie e sociosanitarie private adottano, su base volontaria, proprie determinazioni che tengono conto delle linee guida di cui all'articolo 3.

Art. 2

(Definizioni)

1. Ai fini della presente legge si intende per:

a) violenza: ogni forma di aggressione all'integrità psico-fisica della persona;

b) operatori dei settori sanitario e sociosanitario: i soggetti di cui all'articolo 2, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 (Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123 in materia di tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro) che svolgono attività lavorativa in ambito sanitario e sociosanitario.

Art. 3

(Linee guida)

1. La Giunta regionale, sentita la commissione consiliare competente, approva linee guida rivolte ai soggetti di cui all'articolo 1, comma 2, per la prevenzione e il contrasto degli atti di violenza.

2. Le linee guida sono predisposte dalla direzione regionale competente in materia di sanità al fine di assicurare l'integrazione tra prevenzione e gestione del rischio in ambito lavorativo, prevedendo indirizzi tecnici, organizzativi e procedurali comuni.

3. Presso la direzione regionale di cui al comma 2è istituito un Tavolo tecnico con funzioni di supporto nella predisposizione delle linee guida, nonché con funzioni propositive rispetto all'aggiornamento delle stesse linee guida.

4. Il Tavolo tecnico di cui al comma 3è costituito con decreto dirigenziale ed è composto da:

a) due rappresentanti della direzione regionale competente in materia di sanità, di cui uno con funzioni di coordinatore;

b) un direttore generale delle Aziende sociosanitarie territoriali (ASST) o suo delegato, designato dalle stesse ASST;

c) un direttore generale delle ATS o suo delegato, designato dalle stesse ATS;
d) due rappresentanti delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative del personale medico e veterinario;
e) tre rappresentanti delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative del restante personale sanitario e sociosanitario;
f) un rappresentante dell'Agenzia di controllo del servizio sociosanitario lombardo.

Art. 4

(Protocolli d'intesa)

1. La Regione promuove protocolli d'intesa con gli Uffici territoriali del Governo finalizzati a potenziare la presenza e la collaborazione con le Forze di polizia nei pronto soccorso e nelle strutture ritenute a più elevato rischio di violenza e assicurare un rapido intervento in loco.

Art. 5

(Compiti dell'Agenzia di controllo del servizio sociosanitario lombardo)

1. Il controllo sull'applicazione delle linee guida di cui all'articolo 3, comma 2, secondo le regole di sistema, è svolto dall'Agenzia di controllo del servizio sociosanitario lombardo a cui spetta:
a) monitorare gli episodi di violenza commessi ai danni del personale che opera nelle strutture sanitarie e sociosanitarie;
b) svolgere attività consultiva, in particolare per l'applicazione delle linee guida;
c) monitorare l'attuazione delle linee guida.

2. L'Agenzia predispone una relazione annuale sugli esiti dell'applicazione delle linee guida e delle attività di monitoraggio. La relazione è trasmessa alla Giunta regionale e al Consiglio regionale.

Il presente testo non ha valore legale ed ufficiale, che e' dato dalla sola pubblicazione sul Bollettino ufficiale della Regione Lombardia

RegioneLombardia
LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° XI / 1986 Seduta del 23/07/2019

Presidente **ATTILIO FONTANA**

Assessori regionali FABRIZIO SALA *Vice Presidente*
STEFANO BOLOGNINI
MARTINA CAMBIAGHI
DAVIDE CARLO CAPARINI
RAFFAELE CATTANEO
RICCARDO DE CORATO
MELANIA DE NICHILO RIZZOLI
PIETRO FORONI
GIULIO GALLERA
STEFANO BRUNO GALLI
LARA MAGONI
ALESSANDRO MATTINZOLI
SILVIA PIANI
FABIO ROLFI
MASSIMO SERTORI
CLAUDIA MARIA TERZI

Con l'assistenza del Segretario Enrico Gasparini

Su proposta dell'Assessore Giulio Gallera di concerto con l'Assessore Davide Carlo Caparini

Oggetto

ULTERIORI DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLA GESTIONE DEL SERVIZIO SANITARIO E SOCIOSANITARIO REGIONALE PER L'ESERCIZIO 2019 – SECONDO PROVVEDIMENTO 2019 - (DI CONCERTO CON L'ASSESSORE CAPARINI)

Si esprime parere di regolarità amministrativa ai sensi dell'art.4, comma 1, l.r. n.17/2014:

Il Direttore Generale Luigi Cajazzo

I Dirigenti Marco Salmoiraghi, Marco Cozzoli, Luca Merlino, Paola Palmieri, Maria Gramegna, Piero Frazzi, Enrica Mainardi

L'atto si compone di 70 pagine
di cui 56 pagine di allegati
parte integrante

RegioneLombardia
LA GIUNTA

VISTA la seguente normativa nazionale:

- il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421";
- il DPR 14 gennaio 1997 "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private";
- il D.P.R. 08/07/1998, n. 371 "Regolamento recante norme concernenti l'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con le farmacie pubbliche e private.";
- il D.Lgs. 06/11/2007, n. 191 "Attuazione della direttiva 2004/23/CE sulla definizione delle norme di qualità e di sicurezza per la donazione, l'approvvigionamento, il controllo, la lavorazione, la conservazione, lo stoccaggio e la distribuzione di tessuti e cellule umani.";
- il decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 "Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro";
- il decreto legge 25 giugno 2008 n. 112 "Disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione tributaria" convertito, con modificazioni, in legge 6 agosto 2008 n. 133;
- il decreto legge 7 ottobre 2008 n. 154 "Disposizioni urgenti per il contenimento della spesa sanitaria e in materia di regolazioni contabili con le autonomie locali" convertito, con modificazioni, in legge 6 agosto 2008 n. 133;
- il decreto legislativo 27 ottobre 2009 n. 150 "Attuazione della legge 4 marzo2009 n. 15 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni";
- il decreto legislativo 19 novembre 2008, n. 194 "Disciplina delle modalità di rifinanziamento dei controlli sanitari ufficiali in attuazione del regolamento

RegioneLombardia
LA GIUNTA

(CE) n. 882/2004";

- il D.Lgs. 25/01/2010, n. 16 "Attuazione delle direttive 2006/17/CE e 2006/86/CE, che attuano la direttiva 2004/23/CE per quanto riguarda le prescrizioni tecniche per la donazione, l'approvvigionamento e il controllo di tessuti e cellule umani, nonché per quanto riguarda le prescrizioni in tema di rintracciabilità, la notifica di reazioni ed eventi avversi gravi e determinate prescrizioni tecniche per la codifica, la lavorazione, la conservazione, lo stoccaggio e la distribuzione di tessuti e cellule umani.";

- il decreto legge 31 maggio 2010, n. 78 convertito in legge dall'art. 1, comma 1, legge 30 luglio 2010 n. 122 "Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica";

- il decreto legge 13 maggio 2011, n. 70 convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, L. 12 luglio 2011, n. 106 "Semestre Europeo – Prime disposizioni urgenti per l'economia";

- il decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 "Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42";

- il decreto legge 6 luglio 2011, n. 98 "Disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria" convertito in legge dall'art. 1, comma 1, legge 15 luglio 2011, n. 111;

- il decreto legge 6 luglio 2012 n. 95 "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini", convertito in legge n. 135/2012;

- il decreto legge 13 settembre 2012 n. 158, "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute", convertito in legge 189/2012;

- il decreto legge 10 ottobre 2012, n. 174 - "Disposizioni urgenti in materia di finanza e funzionamento degli enti territoriali, nonché ulteriori disposizioni in favore delle zone terremotate nel maggio 2012", convertito in legge 213/2012;

RegioneLombardia
LA GIUNTA

- il decreto legge 18 ottobre 2012 n. 179, "Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese", convertito in legge 221/2012;

- il decreto legge 21 giugno 2013, n. 69 "Disposizioni urgenti per il rilancio dell'economia", convertito in legge 98/2013;

- il decreto legge 31 agosto 2013 n. 101 "Disposizioni urgenti per il perseguimento di obiettivi di razionalizzazione nelle pubbliche amministrazioni", convertito, con modificazioni, in legge 125/2013;

- la legge 30 ottobre 2014, n. 161 "Disposizioni per l'adempimento degli obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia all'Unione europea - Legge europea 2013-bis.";

- il decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";

- il decreto legge 19 giugno 2015, n. 78 e la relativa legge di conversione 6 agosto 2015, n. 125, recante: «Disposizioni urgenti in materia di enti territoriali. Disposizioni per garantire la continuità dei dispositivi di sicurezza e di controllo del territorio. Razionalizzazione delle spese del Servizio sanitario nazionale nonché norme in materia di rifiuti e di emissioni industriali»;

- il decreto legge 13 novembre 2015, n. 179 "Disposizioni urgenti in materia di contabilità e di concorso all'equilibrio della finanza pubblica delle Regioni";

- il DPCM 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502";

- il decreto legge 7 giugno 2017 n. 73 "Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale, di malattie infettive e di controversie relative alla somministrazione di farmaci" convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, L. 31 luglio 2017, n. 119;

- il decreto 7 dicembre 2018 del Ministero dell'Economia e delle finanze "Modalità e tempi per l'attuazione delle disposizioni in materia di emissione

RegioneLombardia
LA GIUNTA

e trasmissione dei documenti attestanti l'ordinazione degli acquisti di beni e servizi effettuata in forma elettronica da applicarsi agli enti del Servizio sanitario nazionale.";

- il decreto legge 30 aprile 2019, n. 35 "Misure emergenziali per il servizio sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria.", convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, L. 25 giugno 2019, n. 60;

VISTE altresì:

- la legge 27 dicembre 2017, n. 205 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2018 e bilancio pluriennale per il triennio 2018-2020";

- la legge 30 dicembre 2018, n. 145 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021.";

VISTE le seguenti Leggi Regionali:

- la legge regionale 31 marzo 1978 n. 34 "Norme sulle procedure della programmazione, sul bilancio e sulla contabilità della Regione";

- la legge regionale 30 agosto 2008 n. 1 "Legge Regionale statutaria";

- la legge regionale 29 dicembre 2016, n. 34 "Disposizioni per l'attuazione della programmazione economico-finanziaria regionale, ai sensi dell'articolo 9-ter della L.R. 31 marzo 1978, n. 34 (Norme sulle procedure della programmazione, sul bilancio e sulla contabilità della Regione) - Collegato 2017.";

- la legge regionale 28 dicembre 2017 - n. 42 "Legge di stabilità 2018 – 2020";

- la legge regionale 28 dicembre 2017 - n. 43 "Bilancio di previsione 2018 – 2020";

- la legge regionale 10 agosto 2018, n. 12 "Assestamento al bilancio 2018-2020 con modifiche di leggi regionali";

- la legge regionale 28 dicembre 2018 - n. 25 "Bilancio di previsione 2019 –

RegioneLombardia
LA GIUNTA

2021" e relativo documento tecnico di accompagnamento di cui alla DGR n. XI/1121 del 28 dicembre 2018;

- la legge regionale 28 dicembre 2018 - n. 23 "Disposizioni per l'attuazione della programmazione economico-finanziaria regionale, ai sensi dell'articolo 9 ter della l.r. 31 marzo 1978, n. 34 (Norme sulle procedure della programmazione, sul bilancio e sulla contabilità della Regione) - Collegato 2019";

- la legge regionale 28 dicembre 2018 - n. 24 "Legge di stabilità 2019 – 2021";

VISTA inoltre:

- la L.R. 30 dicembre 2009, n. 33 "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità", così come modificata dalle ll.rr. 11 agosto 2015 n. 23, 22 dicembre 2015 n. 41, 29 giugno 2016 n. 15, 8 agosto 2016 n. 22, 3 marzo 2017 n. 6, 26 maggio 2017, n. 15, 28 novembre 2018, n. 15, 4 marzo 2019, n. 4 e da ultimo, dalla l.r. 6 giugno 2019, n. 9 "Legge di revisione normativa e di semplificazione 2019" il cui art. 36 ha inserito nella l.r. n. 33/2009 l'art. 60 bis1 concernente l'istituzione presso i comuni del catasto delle torri evaporative di raffreddamento a umido e dei condensatori evaporativi;

RICHIAMATA l'Intesa assunta in data 6 giugno 2019 dalla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, sulla proposta del Ministero della Salute di deliberazione del CIPE, concernente il riparto tra le Regioni delle disponibilità finanziarie per il Servizio Sanitario Nazionale per l'anno 2019, a seguito della quale sono state assegnate a Regione Lombardia risorse aggiuntive;

RICHIAMATI i seguenti documenti di programmazione regionale:

- la D.C.R. n. IX/0088 del 17 novembre 2010 "Piano Socio Sanitario Regionale 2010-2014";

- la D.G.R. n. X/7279 del 30 ottobre 2017 "Documento di Economia e Finanza regionale 2017, comprensivo di nota di aggiornamento: proposta da inviare al Consiglio regionale";

- la D.C.R. n. X/1676 del 28 novembre 2017 "Risoluzione concernente il

RegioneLombardia
LA GIUNTA

Documento di Economia e Finanza regionale 2017";

- la D.C.R. n. XI/64 del 10 luglio 2018 "Programma Regionale di Sviluppo della XI Legislatura";

RICHIAMATE le seguenti deliberazioni del Consiglio regionale:

- la D.C.R. n. X/1497 del 11 aprile 2017 "Piano Regionale di Prevenzione 2014 – 2018, ai sensi dell'Intesa Stato Regioni del 13 novembre 2014 e della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità"";

- la D.C.R. n. XI/67 del 17 luglio 2018 - "Proroga al 2019 del Piano regionale di Prevenzione di Regione Lombardia 2014-2018, ai sensi dell'Intesa Stato-Regioni del 21 dicembre 2017" che ha approvato il documento di pari oggetto di cui alla D.G.R. n. XI/163 del 29.05.2018 ;

- la D.C.R. n. XI/522 del 28 maggio 2019 "Piano Regionale Integrato della Sanità Pubblica Veterinaria 2019-2013";

RICHIAMATE altresì le seguenti circolari ministeriali:

- la Circolare Ministeriale 0006036-27/02/2019 "Proroga - Piano Nazionale di sorveglianza e risposta alle arbovirosi trasmesse da zanzare invasive (Aedes sp.) con particolare riferimento ai virus Chikungunya, Dengue e Zika – 2018 […]";

- la Circolare Ministeriale 0010381-05/04/2019 "Piano nazionale integrato di prevenzione, sorveglianza e risposta ai virus West Nile e Usutu – 2019";

- la Circolare 0015614-27/05/2019"Piano nazionale integrato di prevenzione, sorveglianza e risposta ai virus West Nile e Usutu -2019. Ruolo delle Istituzioni localmente coinvolte";

RICHIAMATE inoltre le seguenti Deliberazioni di Giunta Regionale:

- la DGR n. VII/20790 del 16 febbraio 2005 "Determinazioni per l'attuazione dell'art. 10 della legge 19 febbraio 2004 – N. 40, recante le norme per la procreazione medicalmente assistita";

RegioneLombardia
LA GIUNTA

- la DGR n. X/6472 del 10/04/2017 "Modifica della DGR 20 marzo 2017, n. X/6359 "Determinazioni in relazione alle unità operative di medicina del lavoro (UOOML) nel rispetto della legge regionale 11 agosto 2015, n. 23";

- la DGR n. XI/1153 del 21 gennaio 2019 "Determinazioni in ordine all'applicazione della D.G.R. n. XI/350 del 28 luglio 2010";

- la DGR n. XI/1403 del 18 marzo 2013 "Maggiorazioni tariffarie a favore degli IRCCS di diritto pubblico e privato e delle strutture di ricovero e cura - poli universitari - annualità 2012-2017";

- la DGR n. X/4103 del 2 ottobre 2015 "Determinazioni in merito alla procreazione medicalmente assistita (PMA) – recepimento degli Accordi Stato-Regioni del 15/03/2012 (rep. atti 59/CSR) e del 25/03/2015 (rep. Atti 58/CSR);

- la DGR n. X/7468 del 4 dicembre 2017 "Determinazioni relative alle azioni per il contrasto all'antimicrobicoresistenza e il controllo del consumo di antibiotici in ambito umano e in ambito veterinario in regione lombardia: piano regionale 2018-2020";

- la DGR n. XI/996 del 11 dicembre 2018 "Ulteriori determinazioni in ordine allo sviluppo della strategia regionale per il contrasto all'antimicrobicoresistenza (AMR) nel settore veterinario;

- la DGR n. XI/1537 del 15 aprile 2019 "Determinazione in merito alla remunerazione di alcune funzioni non coperte da tariffe predefinite svolte dalle Aziende ed Enti sanitari pubblici e privati accreditati per l'anno 2018";

- la DGR n. XI/1681del 27/05/2019 "Determinazioni in ordine al sistema di valutazione dei Direttori Generali delle Agenzie di Tutela della Salute (A.T.S.), delle Aziende socio sanitarie territoriali (A.S.S.T.) e dell'Azienda Regionale Emergenza Urgenza (A.R.E.U.) e alla corresponsione del relativo incentivo economico - anno 2019";

- la DGR n. XI/1694 del 3 giugno 2019 "Reti sociosanitarie: ulteriore evoluzione del modello per l'attivazione e implementazione delle nuove reti clinico assistenziali e organizzative";

RegioneLombardia
LA GIUNTA

RICHIAMATI infine tutti i provvedimenti concernenti le Regole di Sistema per il Servizio Sociosanitario Regionale ed in particolare:

- la DGR n. XI/1046 del 17 dicembre 2018 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sociosanitario per l'esercizio 2019";

- la DGR n. XI/1444 del 25 marzo 2019 "Ulteriori determinazioni in ordine alla gestione del Servizio sanitario e sociosanitario regionale per l'esercizio 2019";

RITENUTO di destinare le risorse aggiuntive del Fondo Sanitario Regionale derivanti dall'assegnazione definitiva del Fondo Sanitario Nazionale pari a € 259.442.128,00 nei termini seguenti:

- interventi per lo sviluppo del sistema sociosanitario: € 32.500.000,00;
- interventi per lo sviluppo del sistema sanitario: € 74.942.128,00;
- investimenti: € 100.000.000,00;
- personale: € 12.000.000,00;
- farmaceutica: € 30.000.000,00;
- esenzioni dalla compartecipazione € 10.000.000,00;

con riserva di variazione delle predette indicazioni in ragione di nuove e non prevedibili esigenze;

DATO ATTO che il progetto di legge di assestamento di bilancio attualmente all'attenzione del Consiglio regionale, e di prossima approvazione, prevede risorse regionali da destinare ad investimenti in ambito socio sanitario per un importo di 80 milioni di euro che, in aggiunta ai 100 milioni di euro derivanti dall'incremento del Fondo Sanitario Regionale e agli stanziamenti già approvati con DGR n. XI/1725 del 10/06/2019 pari a 120 milioni di euro consentono investimenti in ambito socio sanitario per il 2019 per complessivi 300 milioni di euro;

RAVVISATA la necessità di fornire le seguenti ulteriori indicazioni e precisazioni di cui all'Allegato "REGOLE DI GESTIONE DEL SERVIZIO SANITARIO E SOCIOSANITARIO REGIONALE 2019 – SECONDO PROVVEDIMENTO ANNO 2019", parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, concernente in particolare:

- AREA SANITARIA
  - Genetica oncologica;
  - Accreditamento;

RegioneLombardia
LA GIUNTA

- Odontoiatria;
- Farmaceutica;
- Rimodulazioni tariffarie per chirurgia vertebrale (artrodesi);
- Rilevazione e remunerazione delle endoprotesi impiantate in corso di ricovero (flusso SD04);
- Maggiorazioni tariffarie (ex legge 7/2010);
- Reti clinico assistenziali e organizzative;
- Recepimento intese tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano;

• PREVENZIONE
  - Vaccinazioni in co – pagamento;
  - Prevenzione sorveglianza arbovirosi (WEST NILE, USUTU, CHIKUNGUNYA, DENGUE, ZIKA);
  - Catasto delle torri di raffreddamento – condensatori evaporativi;
  - Salute e ambiente;
  - Registrazione dei flussi di attività svolte dalle Unità Operative ospedaliere di medicina del lavoro (UOOML);
  - Violenza a danno degli operatori nelle strutture sanitarie;
• VETERINARIA
  - Gestione del farmaco e contrasto all'antimicrobicoresistenza;
  - Sanità animale;
  - Applicazione dell'art. 100, comma 2-bis, sull'utilizzo delle risorse di cui all'art. 7, comma 1 del D.Lgs. 194/08;
• AREA SOCIOSANITARIA
  - Villaggio Alzheimer;
  - Hospice pediatrico;
• ECONOMICO FINANZIARIO
  - Equilibrio di bilancio;
  - Completezza flussi;
  - NSO: ordinativo elettronico;
• INVESTIMENTI
  - Pareri obbligatori per l'approvazione di progetti di edilizia sanitaria;
  - Documentazione a corredo delle istanze di acquisizione di grandi apparecchiature sanitarie soggette al flusso D.M. 22 aprile 2014;

ed ai relativi sub allegati, anch'essi parti integranti e sostanziali:

• Sub-Allegato A: "Odontoiatria" che integra il sub allegato D "Erogabilità delle prestazioni odontoiatriche a carico del SSN" alla DGR n. XI/1046/2018, nella

RegioneLombardia
LA GIUNTA

parte relativa alla "vulnerabilità sanitaria" (criterio discendente) per i residenti in Lombardia;

- Sub-Allegato B: "Scheda per la registrazione al catasto comunale delle torri di raffreddamento-condensatori evaporativi (legge regionale 33/2009 art. 60 bis1)";

- Sub-Allegato C: "Atti di violenza a danno degli operatori sanitari in ambito ospedaliero: metodologia di analisi e gestione del rischio – Guida operativa";

RITENUTO di recepire inoltre, con il presente provvedimento, le seguenti Intese tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano:

- l'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano per la realizzazione della Rete Nazionale dei Tumori Rari (RNTR) del 21 settembre 2017(Repertorio Atti n.: 158/CSR del 21/09/2017);

- l'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Piano per l'innovazione del sistema sanitario basata sulle scienze omiche" (Repertorio Atti n.: 176/CSR del 26/10/2017);

- l'Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Protocollo per la valutazione di idoneità del donatore di organi solidi (Repertorio Atti n.: 17/CSR del 24/01/2018);

DATO ATTO che i costi aggiuntivi previsti dal presente provvedimento trovano copertura per ciò che concerne gli investimenti al capitolo 11305 e al capitolo 8374 per le altre misure previste;

RITENUTO infine di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e sul sito internet della Regione Lombardia www.regione.lombardia.it;

VAGLIATE ed ASSUNTE come proprie le predette determinazioni;

A voti unanimi espressi nelle forme di legge;

RegioneLombardia
LA GIUNTA

DELIBERA

1. di approvare l'Allegato "REGOLE DI GESTIONE DEL SERVIZIO SANITARIO E SOCIOSANITARIO REGIONALE 2019 – SECONDO PROVVEDIMENTO ANNO 2019", parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, concernente in particolare:

   - AREA SANITARIA
     - Genetica oncologica;
     - Accreditamento;
     - Odontoiatria;
     - Farmaceutica;
     - Rimodulazioni tariffarie per chirurgia vertebrale (artrodesi);
     - Rilevazione e remunerazione delle endoprotesi impiantate in corso di ricovero (flusso SD04);
     - Maggiorazioni tariffarie (ex legge 7/2010);
     - Reti clinico assistenziali e organizzative;
     - Recepimento intese tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano;
   - PREVENZIONE
     - Vaccinazioni in co – pagamento;
     - Prevenzione sorveglianza arbovirosi (WEST NILE, USUTU, CHIKUNGUNYA, DENGUE, ZIKA);
     - Catasto delle torri di raffreddamento – condensatori evaporativi;
     - Salute e ambiente;
     - Registrazione dei flussi di attività svolte dalle Unità Operative ospedaliere di medicina del lavoro (UOOML);
     - Violenza a danno degli operatori nelle strutture sanitarie;
   - VETERINARIA
     - Gestione del farmaco e contrasto all'antimicrobicoresistenza;
     - Sanità animale;
     - Applicazione dell'art. 100, comma 2-bis, sull'utilizzo delle risorse di cui all'art. 7, comma 1 del D.Lgs. 194/08;
   - AREA SOCIOSANITARIA
     - Villaggio Alzheimer;
     - Hospice pediatrico;
   - ECONOMICO FINANZIARIO
     - Equilibrio di bilancio;
     - Completezza flussi;

RegioneLombardia
LA GIUNTA

- NSO: ordinativo elettronico;

- INVESTIMENTI
  - Pareri obbligatori per l'approvazione di progetti di edilizia sanitaria;
  - Documentazione a corredo delle istanze di acquisizione di grandi apparecchiature sanitarie soggette al flusso D.M. 22 aprile 2014;

ed ai relativi sub allegati, anch'essi parti integranti e sostanziali:

- Sub-Allegato A: "Odontoiatria" che integra il sub allegato D "Erogabilità delle prestazioni odontoiatriche a carico del SSN" alla DGR n. XI/1046/2018, nella parte relativa alla "vulnerabilità sanitaria" (criterio discendente) per i residenti in Lombardia;

- Sub-Allegato B: "Scheda per la registrazione al catasto comunale delle torri di raffreddamento-condensatori evaporativi (legge regionale 33/2009 art. 60 bis1)";

- Sub-Allegato C: "Atti di violenza a danno degli operatori sanitari in ambito ospedaliero: metodologia di analisi e gestione del rischio – Guida operativa";

2. di destinare le risorse aggiuntive del Fondo Sanitario Regionale derivanti dall'assegnazione definitiva del Fondo Sanitario Nazionale pari a € 259.442.128,00 nei termini seguenti:

   - interventi per lo sviluppo del sistema sociosanitario: € 32.500.000,00;
   - interventi per lo sviluppo del sistema sanitario: € 74.942.128,00;
   - investimenti: € 100.000.000,00;
   - personale: € 12.000.000,00;
   - farmaceutica: € 30.000.000,00;
   - esenzioni dalla compartecipazione € 10.000.000,00;

con riserva di variazione delle predette indicazioni in ragione di nuove e non prevedibili esigenze;

3. di dare atto che il progetto di legge di assestamento di bilancio attualmente all'attenzione del Consiglio regionale, e di prossima approvazione, prevede risorse regionali da destinare ad investimenti in ambito socio sanitario per un importo di 80 milioni di euro che, in aggiunta ai 100 milioni di euro derivanti dall'incremento del Fondo Sanitario Regionale e agli stanziamenti già

RegioneLombardia
LA GIUNTA

approvati con DGR n. XI/1725 del 10/06/2019 pari a 120 milioni di euro consentono investimenti in ambito socio sanitario per il 2019 per complessivi 300 milioni di euro;

4. di recepire inoltre, con il presente provvedimento, le seguenti Intese tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano:

   - l'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano per la realizzazione della Rete Nazionale dei Tumori Rari (RNTR) del 21 settembre 2017 (Repertorio Atti n.: 158/CSR del 21/09/2017);

   - l'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Piano per l'innovazione del sistema sanitario basata sulle scienze omiche" (Repertorio Atti n.: 176/CSR del 26/10/2017);

   - l'Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Protocollo per la valutazione di idoneità del donatore di organi solidi (Repertorio Atti n.: 17/CSR del 24/01/2018);

5. di dare atto che i costi aggiuntivi previsti dal presente provvedimento trovano copertura per ciò che concerne gli investimenti al capitolo 11305 e al capitolo 8374 per le altre misure previste;

6. di dare atto che per quanto non espressamente modificato con il presente provvedimento, si rinvia a quanto stabilito nei precedenti provvedimenti aventi il medesimo oggetto;

7. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e sul sito internet della Regione Lombardia www.regione.lombardia.it.

IL SEGRETARIO

ENRICO GASPARINI

Atto firmato digitalmente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge

Allegato "REGOLE DI GESTIONE DEL SERVIZIO SANITARIO E SOCIOSANITARIO REGIONALE 2019 – SECONDO PROVVEDIMENTO ANNO 2019"

1. AREA SANITARIA ... 2

1.1. GENETICA ONCOLOGICA ... 2

1.2. ACCREDITAMENTO ... 3

1.2.1. Superamento blocco degli accreditamenti per i Centri di PMA ... 3

1.2.2. Ente Unico Gestore ... 3

1.3. ODONTOIATRIA ... 3

1.4. FARMACEUTICA ... 4

1.4.1. Nuovo processo di gestione dei contenziosi. ... 5

1.4.2. L'evoluzione del modello Debito informativo per il flusso File F ... 5

1.4.3. Determinazione del rimborso regionali delle prestazioni farmacologiche per il trattamento della degenerazione maculare legata all'età e della compromissione visiva dovuta a edema maculare diabetico con i farmaci ANTI-VEGF intravitreali. ... 8

1.5. RIMODULAZIONI TARIFFARIE PER CHIRURGIA VERTEBRALE (ARTRODESI) ... 9

1.6. RILEVAZIONE E REMUNERAZIONE DELLE ENDOPROTESI IMPIANTATE IN CORSO DI RICOVERO (FLUSSO SDO4) ... 11

1.7. MAGGIORAZIONI TARIFFARIE (EX LEGGE 7/2010) ... 15

1.7.1. Verifiche Flu.per ... 15

1.7.2. Continuità aziendale ed esame piani ... 16

1.7.3. Indicatore "numero di RICERCATORI/PL" ... 16

1.8. RETI CLINICO ASSISTENZIALI E ORGANIZZATIVE ... 16

1.9. RECEPIMENTO INTESE TRA IL GOVERNO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO ... 17

2. PREVENZIONE ... 17

2.1. VACCINAZIONI IN CO-PAGAMENTO ... 17

2.2. PREVENZIONE SORVEGLIANZA ARBOVIROSI (WEST NILE, USUTU; CHIKUNGUNYA, DENGUE, ZIKA) ... 20

2.3. CATASTO DELLE TORRI DI RAFFREDDAMENTO - CONDENSATORI EVAPORATIVI ... 21

2.4. SALUTE E AMBIENTE ... 22

2.5. REGISTRAZIONE DEI FLUSSI DI ATTIVITÀ SVOLTE DALLE UNITÀ OPERATIVE OSPEDALIERE DI MEDICINA DEL LAVORO (UOOML) ... 22

2.6. VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI NELLE STRUTTURE SANITARIE ... 23

3. VETERINARIA ... 24

3.1. GESTIONE DEL FARMACO E CONTRASTO ALL'ANTIMICROBICORESISTENZA ... 24

3.2. SANITÀ ANIMALE ... 25

3.2.1. Controlli in materia di Condizionalità sul sistema di identificazione e registrazione degli animali ... 25

3.2.2. Tutela degli animali d'affezione tramite un progetto pilota per agevolare l'accesso alle prestazioni veterinarie per le categorie socialmente deboli ... 25

3.3. Applicazione dell'art. 100, comma 2-bis, sull'utilizzo delle risorse di cui all'art. 7, comma 1 del d.lgs. 194/08 ... 26

4. AREA SOCIOSANITARIA ... 27

4.1. VILLAGGIO ALZHEIMER ... 27

4.2. HOSPICE PEDIATRICO ... 28

5. ECONOMICO FINANZIARIO ... 28

5.1. EQUILIBRIO DI BILANCIO ... 28

5.2. COMPLETEZZA FLUSSI ... 28

5.3. NSO: ORDINATIVO ELETTRONICO ... 28

6. INVESTIMENTI ... 29

6.1. PARERI OBBLIGATORI PER L'APPROVAZIONE DI PROGETTI DI EDILIZIA SANITARIA ... 29

6.2. DOCUMENTAZIONE A CORREDO DELLE ISTANZE DI ACQUISIZIONE DI GRANDI APPARECCHIATURE SANITARIE SOGGETTE AL FLUSSO D.M. 22 APRILE 2014 ... 31

1. AREA SANITARIA

1.1. GENETICA ONCOLOGICA

Test di profilazione genica per pazienti affette da carcinoma invasivo della mammella endocrino responsivo di tipo luminale

Questi Test rappresentano un valido strumento decisionale per i clinici che hanno in cura pazienti con carcinoma invasivo della mammella endocrino responsivo in stadio precoce.

Oggi molte pazienti che si sottopongono a chirurgia per carcinoma invasivo della mammella di tipo luminale localizzato, possono trovarsi nella condizione di dover ricevere, oltre alla terapia ormonale, anche diversi cicli di chemioterapia adiuvante che, in alcune specifiche condizioni, può rappresentare un trattamento non efficace ed associato ad effetti collaterali evitabili.

I test oggi utilizzati consentono un maggiore grado di informazione sia di tipo prognostico, che predittivo rispetto ai biomarcatori tradizionali, permettendo al medico di identificare e proporre alla paziente la tipologia di trattamento più appropriato, riducendo il ricorso alla chemioterapia ove non indicata, con conseguente riduzione dei costi sociali e del trattamento e miglioramento della qualità di vita.

Le prestazioni potranno essere eseguite solo nei Presidi di ricovero e cura dove la paziente viene operata e dove l'indicazione all'esecuzione del test sarà condivisa tra clinico oncologo e patologo.

La prestazione viene eseguita solo una volta per ogni paziente ed esclusivamente su tessuto proveniente dalla resezione chirurgica.

Codice 91.2F.9 Descrizione: Test genetico somatico per patologia mammaria istologicamente diagnosticata - Tariffa 2.000,00 Euro

Criteri di accesso al test.

Le pazienti individuate per questa specifica prestazione sono pazienti con carcinoma invasivo della mammella endocrino responsivo in stadio precoce considerate a rischio intermedio per le quali il clinico potrebbe porre una indicazione a chemioterapia adiuvante. Vengono, pertanto, escluse dalla possibilità di effettuare il test gratuitamente tutte le pazienti a basso rischio, per le quali è indicata la sola ormonoterapia, e ad alto rischio per le quali è indicata l'associazione ormonoterapia-chemioterapia.

Le pazienti a basso e ad alto rischio sono definite in base alle caratteristiche descritte nella tabella seguente:

Basso rischio: almeno 4 delle seguenti caratteristiche	**Alto rischio: almeno 4 delle seguenti caratteristiche**
G1	G3
T1 (a-b)	T3-4
Ki 67<15%	Ki 67>30%
ER>80%	ER<30%
N 0	N positivo

La stima delle pazienti lombarde che usufruiranno della prestazione è pari a circa 1500 pazienti/anno con possibile riduzione in circa il 50%-75% dei casi del ricorso a chemioterapia.

Erogabilità del test e compartecipazione alla spesa.

Alle pazienti residenti in Lombardia con le caratteristiche sopra declinate, è garantito l'accesso al test seguendo le regole della compartecipazione alla spesa vigenti (ticket).

Alle pazienti non residenti in Lombardia, la prestazione può essere erogata a carico del Servizio Sanitario della Regione di appartenenza qualora l'Azienda Sanitaria di residenza accetti preventivamente l'addebito, ovvero previa accettazione della paziente che l'onere sia posto a suo totale carico.

1.2. ACCREDITAMENTO

1.2.1. Superamento blocco degli accreditamenti per i Centri di PMA

Sono riattivate le procedure per il rilascio di nuove autorizzazioni e accreditamenti per i Centri che svolgono attività di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) che operano in conformità alle disposizioni normative in materia di tessuti e cellule di cui alle Direttive Europee, ai dd.lgss. 191/2007 e 16/2010 e che possiedono i requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici definiti da Regione Lombardia con la DGR n. VII/20790 del 16/02/2005 e previsti dall'Accordo Stato - Regioni del 15 marzo 2012 (Rep. Atti 59/CSR), recepito con DGR n. X/4103 del 2 ottobre 2015.

Le nuove attività e le attività già autorizzate ed accreditate di PMA dovranno comunque essere riclassificate in base ai nuovi requisiti che saranno emanati entro il 31/12/2019.

Con il provvedimento di gestione del servizio sociosanitario regionale per l'annualità 2020 saranno riviste le tariffe relative alle prestazioni di PMA.

1.2.2. Ente Unico Gestore

Nel caso in cui un Ente, già riconosciuto con Decreto della Direzione Generale Welfare come Ente Unico Gestore di una pluralità di strutture sanitarie rimanga con una sola struttura ad esso afferente per riorganizzazione di attività sanitaria formalizzata con un provvedimento di ATS, la Struttura di DG Welfare competente in materia di accreditamento sanitario comunica d'ufficio all'Ente stesso e alla ATS la perdita della qualifica di Ente Unico Gestore. Nella nota regionale viene confermato l'aggiornamento del registro regionale delle strutture accreditate.

1.3. ODONTOIATRIA

Il Ministero della Salute con D.M. del 9/12/2015 ha definito le condizioni di erogabilità e ha fornito indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del SSN. In particolare, l'Allegato 3 al D.M., indica i criteri per la definizione delle condizioni di erogabilità delle prestazioni odontoiatriche.

La Circolare del Ministero della Salute prot. 3012 del 2016 fornisce le prime indicazioni in merito all'applicazione del D.M. del 9/12/2015 sopra menzionato.

Inoltre, l'art. 16, comma 5, del D.P.C.M. del 12/01/2017 dispone che*: "Le prestazioni ambulatoriali di assistenza odontoiatrica sono erogabili dal SSN limitatamente ai soggetti indicati nelle note corrispondenti a ciascuna prestazione, sulla base dei criteri generali riportati nell'allegato 4C"*.

Nel Sub Allegato D *"Erogabilità delle prestazioni odontoiatriche a carico del SSN"* della DGR n. XI/1046 del 17/12/2018 - "Regole 2019" – sono state indicate le prestazioni odontoiatriche erogabili a carico del SSN per i cittadini in età evolutiva (0-14 anni), i soggetti in condizioni di vulnerabilità sanitaria e sociale e la popolazione in generale.

La DG Welfare ha posto al Ministero della Salute il seguente quesito: (nota del 05/03/2019):
"La Circolare Ministeriale prot. 3012 del 2016 (punto "2.2. Prestazioni", nella parte relativa all'odontoiatria) prevede che siano incluse nel criterio di "vulnerabilità sanitaria" alcune prestazioni (ad esempio: patologie a carattere metabolico, cardiovascolari, cerebrovascolari, infiammatorie croniche, gravidanza, ecc.) che poi non sono state inserite nel D.P.C.M. del 12/01/2017 (art. 16, comma 5 e Allegato 4C). Si chiede se attualmente le prestazioni indicate nella citata Circolare Ministeriale siano da ricomprendere nel criterio di "vulnerabilità sanitaria", precisando (in caso affermativo) se rientrino nel criterio ascendente o discendente".
In riscontro al quesito, il Ministero della Salute ha precisato che l'eventuale identificazione di platee più ampie di destinatari rispetto a quelle espressamente indicate nel D.P.C.M. del 12/01/2017 rientra nell'ambito dell'autonomia regionale.

Pertanto, in considerazione del parere ministeriale, acquisito il supporto di un gruppo tecnico di professionisti del settore, si ritiene di integrare il Sub Allegato D *"Erogabilità delle prestazioni odontoiatriche a carico del SSN"* alla DGR n. XI/1046/2018, nella parte relativa alla "vulnerabilità sanitaria" (criterio discendente) per i residenti in Lombardia, come indicato nel Sub Allegato A "Odontoiatria" parte integrante del presente atto.

Si richiama, inoltre, la DGR n. XI/1444 del 25/03/2019 *"Ulteriori determinazioni relative alla gestione del servizio sanitario e socio sanitario regionale per l'esercizio 2019"* che fornisce le seguenti precisazioni relative all'applicazione delle disposizioni contenute nel citato Sub Allegato D alla DGR n. XI/1046/2018:

- le prescrizioni relative a pazienti residenti in Regione Lombardia redatte nel 2018 ai sensi della DGR n. 3111/2006 potranno essere erogate nel 2019 in conformità a quanto previsto dalla medesima delibera (regime erogativo vigente alla data della prescrizione);
- i trattamenti odontoiatrici di pazienti residenti in Regione Lombardia, contenuti in piani di cura iniziati prima del 01/01/2019 ai sensi della DGR n. 3111/2006, potranno essere conclusi nel 2019, in conformità a quanto previsto dalla medesima delibera (regime erogativo vigente alla data di redazione del piano di cura), ricercando l'evidenza degli stessi piani di cura.

Al riguardo si rileva che un programma ortodontico corretto prevede un periodo di trattamento e la relativa contenzione dentale ed è sottoscritto dal professionista e dal paziente/genitore all'inizio del trattamento; la durata di tali piani di cura è solitamente pluriennale.
In considerazione di quanto sopra, si dispone che i piani di cura ortodontici pluriennali di pazienti residenti in Regione Lombardia, sottoscritti fino al 2018, potranno essere conclusi anche nel 2020, applicando il regime erogativo vigente alla data di sottoscrizione degli stessi, ricercando l'evidenza degli stessi piani di cura nei documenti sanitari (cartella clinica, referti ambulatoriali, ecc).
L'impatto economico complessivo è stimato in circa 500.000 euro.

1.4. FARMACEUTICA

Obiettivo di sistema è l'eliminazione dei ritardi nella conciliazione delle differenze contabili tra le ATS e le singole Farmacie che emergono a fronte dei controlli svolti sulle ricette, postumi quest'ultimi al pagamento anticipato delle Distinte Contabili, così come previsto dalla normativa in vigore (legge convenzionale 371/98).
Il consolidamento del progetto DCR-FUR favorisce infatti la trasparenza del processo di controllo e liquidazione in essere tra ATS e Farmacie in merito ai Farmaci erogati da quest'ultime per conto del SSN. La nuova DCR infatti contiene sia i valori totali chiesti a pagamento, sia le singole prestazioni rendicontate con onere di quadratura contabile preventiva. Eventuali contenziosi residui potranno

pertanto basarsi su dati condivisi e esplicativi delle modalità di tariffazione per una più semplice conciliazione dei rispettivi punti di vista.
Entro la fine del 2019, con la disponibilità del dato contabile del mese di avvio del Primo Gruppo di Utenti, le ATS avranno l'onere di applicare le differenze contabili dalla data di disponibilità dei suddetti dati.
Il sistema Farma2017 fornirà apposite viste agli operatori di ATS che supporteranno la gestione delle squadrature contabili, con particolare focus sulle seguenti casistiche:

- Ricette che presentano squadrature sul "lordo". Saranno evidenziate in reportistiche ad hoc e puntualmente "taggate" le seguenti tipologie di ricette:
  - ✓ Ricette con differenza tra numero fustelle dichiarate e riscontrate dai controlli;
  - ✓ Ricette cartacee mancanti;
  - ✓ Ricette Dem non trovate su SAR (Sistema di Accoglienza Regionale);
- Ricette che presentano squadrature sul "ticket". Saranno evidenziate in reportistiche ad hoc le seguenti tipologie di ricette:
  - ✓ Ricette con squadrature sul ticket fisso;
  - ✓ Ricette con squadrature sul ticket differenziale;
- Ricette con clausola di salvaguardia non riscontrata dalla lettura automatizzata della Ricetta rossa o assente nel caso di ricetta dematerializzata.

Tutte le Ricette con squadratura in addebito superiore a ad un valore da definirsi, presenteranno un link contenente l'immagine della ricetta o i metadati, in caso di ricetta DEM. I Farmacisti disporranno della medesima informazione.

1.4.1. Nuovo processo di gestione dei contenziosi.

Il sistema DCR-FUR si basa sul presupposto della trasparenza e della piena visibilità delle modalità di applicazione delle norme di tariffazione per favorire una conciliazione dei punti di vista, a fronte di differenze tra quanto tariffato dal Farmacista e quanto rettificato dal sistema Regionale.
Al fine di mettere in grado il sistema complessivo di supportare fattivamente il nuovo processo, si dispone la seguente prassi operativa:

- al 15 del mese "n" (a partire come già esposto da ottobre 2019) saranno disponibili i dati contabili del mese "n-3". Le ATS autorizzeranno la pubblicazione dei dati di ritariffazione su PUF solo al termine delle verifiche di competenza. In tale periodo le ATS provvederanno a sanare ricette anomale tra le quali le ricette che necessitano interventi manuali, ad esempio tariffazione delle Ricette AIR. Sarà in carico alle ATS inoltre la verifica complessiva della qualità dei dati ritariffati prima dell'esposizione su PUF.
- A partire dal 15 del mese successivo, le ATS abilitano la pubblicazione dei dati sul PUF e addebitano al Farmacista di conseguenza le competenze ricalcolate.
- I Farmacisti possono chiedere chiarimenti attraverso il PUF, avendo a disposizione i dati, come immagini o "meta dati", delle prestazioni rendicontate; qualora non si ritrovi con l'addebito relativo ad una o più prestazioni, il Farmacista potrà "flaggare" le prestazioni stesse e firmare digitalmente un documento che sarà sottoposto successivamente, per competenza, alla CFA o al tavolo tecnico semestrale
- Particolare focus sarà dato dal sistema per la gestione delle squadrature dovute a ricette mancanti, al fine di tracciare tali squadrature nel tempo, in quanto verosimilmente, a fronte del ritrovamento delle ricette stesse, potranno risolversi naturalmente.
- Ogni 6 mesi sarà previsto un incontro per la gestione degli eventi tecnici particolari che i singoli Farmacisti intendono approfondire, attraverso un apposito tavolo tecnico con la presenza di Regione, ATS e le Associazioni Sindacali di categoria.

1.4.2. L'evoluzione del modello Debito informativo per il flusso File F

Introduzione

Lo sviluppo della tecnologia e le evoluzioni in essere offrono l'opportunità di una revisione del modello del debito informativo vigente in Regione Lombardia. La suddetta evoluzione è principalmente finalizzata ad una maggior trasparenza del sistema Regionale in relazione alle regole di controllo e conseguente remunerazione delle prestazioni erogate, con l'obiettivo primario di incrementare l'efficienza e l'efficacia dei Servizi forniti, anticipando, laddove possibile, i controlli e la conseguente qualità complessiva dei dati di rendicontazione. Tale approccio è eminentemente inclusivo e intende far leva su una condivisione anticipata delle regole attraverso un sistema informativo distribuito che restituisce prima dell'attestazione del flusso quanto necessario per correggere errori e ottenere il miglior *deliverable* possibile. Inoltre, risulta di grande valore poter allertare le strutture su anomalie rilevate in tempistiche congrue agli eventi diagnostici e di cura erogati, al fine di poter attuare retrofeedback correttivi di eventuali problemi sistematici presenti in una struttura in ottica di miglioramento continuo della qualità.

Il debito Informativo

Il Debito Informativo è uno strumento tradizionale con il quale i Sistemi di Governo della sanità pubblica acquisiscono i dati dal territorio per adempiere alle proprie finalità istituzionali, tra le quali le più significative sono:

1. attività di programmazione gestione e controllo e valutazione dell'Assistenza sanitaria erogata;
2. attività di remunerazione delle prestazioni erogate per conto del SSR;
3. attività di assolvimento dei Debiti Informativi Ministeriali;

In considerazione della strategicità dello strumento del Debito Informativo, l'infrastruttura operativa e funzionale è rimasta pressoché invariata negli anni, aggregando e stratificando al proprio interno regole e prassi estremamente efficaci ma ormai inevitabilmente desuete.

L'evoluzione del Debito Informativo File F

I principi cardine della evoluzione che si intende attuare sono di seguito descritti:

1. Evoluzione del flusso informativo in ottica di "Distinta Contabile" di flusso.
   Tale novità intende istituire una relazione esplicita tra territorio e governo regionale in merito all'oggetto prevalente del Debito Informativo, costituito dalla remunerazione delle prestazioni rendicontate. Il flusso di debito attuale evolverà dunque prevedendo una specifica sezione sintetica, in cui la struttura inviante evidenzierà i valori economici chiesti a pagamento. Il medesimo flusso conterrà peraltro i dati puntuali delle singole prestazioni con la regola vincolante che l'accettazione sarà vincolata ad una quadratura contabile tra i valori esposti in Distinta e le prestazioni puntuali rendicontate.
   Nel corso del periodo di sperimentazione e attuazione del nuovo modello di flusso File F, si adotteranno soluzioni di governo atte a favorire piena consistenza del flusso in termini di prezzo/dose del Farmaco, riconciliazione con Fatture delle prestazioni rendicontati nel flusso, gestione trasparente delle note di credito.

2. Firma postuma del legale rappresentante della Struttura del flusso a seguito dei preventivi controlli in accettazione svolti dal Sistema SMAF (Sistema Modulare Accoglienza Flussi).
   Il nuovo sistema "Debito Informativo" stabilisce un modello di elaborazione distribuita, in cui il sistema di accoglienza Regionale contribuisce alla generazione e attestazione della miglior qualità possibile del flusso dati, anticipando l'atto di firma e attestazione del Legale Rappresentante dell'Azienda Sanitaria, con un riscontro sulla qualità delle prestazioni rendicontate attraverso la realizzazione di controlli elettronici certificati e svolti in tempo reale sulle prestazioni. In tal modo sarà sempre possibile una azione preventiva da parte

della struttura inviante di correzione dell'invio, in modo da realizzare un consolidamento ragionevolmente definitivo della transazione.
La firma FEA (Firma Elettronica Avanzata) postuma all'invio del flusso, rappresenta, insieme all'esplicitazione del dato economico delle prestazioni (evoluzione del flusso a Distinta Contabile), l'occasione per una riappropriazione diretta ed esplicita delle attività di rendicontazione da parte dei rappresentanti amministrativi delle Aziende Sanitarie, che attestano direttamente i valori produttivi dell'Azienda, non più un mero flusso informatico, ancorché da sempre finalizzato prevalentemente alla retribuzione delle prestazioni.

3. I controlli in "tempo reale"

Elemento distintivo del nuovo modello flussi, consiste nell'attivazione, all'atto dell'acquisizione dei dati, di un controllo qualità applicato alla totalità delle prestazioni rendicontate, ovvero attuato prima del consolidamento del flusso e dell'apporto della firma FEA da parte del Responsabile della Azienda. I controlli svolti sono di seguito sintetizzati:

a. Controlli elettronici "verticali" di processo.
   Tali controlli sono di pertinenza al livello quanti/qualitativo di flusso e sono di seguito riportati sinteticamente:
   1. Verifica della quadratura economica del flusso tra valori totali chiesti a pagamento e somma algebrica delle singole prestazioni;
   2. Verifica della corretta valorizzazione del singolo Farmaco;
   3. Verifica (laddove possibile) della riconduzione del Farmaco alla corretta tipologia di pertinenza.

b. Controlli delle prestazioni "inter flusso".
   Il nuovo sistema è in grado di valutare la congruità delle prestazioni rendicontate, ad esempio MAC, BIC nell'ambito delle prestazioni ambulatoriali, con prestazioni appartenenti ad altri domini di flusso, come ad esempio, le SDO o il File F, fornendo al sistema Regionale allargato, una vista anticipata di anomalie, normalmente demandate alle successive lavorazioni e analisi in carico ai NOC. In tal senso occorre sottolineare che la finalità dell'anticipo di parte delle attività di controllo prima del consolidamento del flusso, poggia sulla volontà del sistema di governo di prediligere riscontri sulla qualità delle prestazioni preventivi e temporalmente contigui all'atto di erogazione delle prestazioni, piuttosto che postumi e a carattere prevalentemente sanzionatorio, fornendo l'opportunità in tal modo di abbreviare le tempistiche caratteristiche del ciclo di miglioramento della qualità dei servizi sanitari. In tali tipologie di controlli ve ne sono alcuni che necessariamente non potranno essere svolti all'acquisizione del flusso, bensì in momenti successivi, in quanto avranno necessità di interrogare coorti di prestazioni che si consolidano in archi temporali differenti. In ogni caso il nuovo sistema SMAF intende salvaguardare la caratteristica di controlli svolti entro finestre temporali il più possibile prossime agli eventi di erogazione delle prestazioni.

4. Governo dei LEA
   La garanzia di quadratura e stabilità dei valori economici del flusso acquisito, garantisce il sistema Regionale anche in relazione ai differenti adempimenti LEA cui è soggetta, in quanto il nuovo sistema di accoglienza flussi, favorisce la congruità tra quanto corrisposto alle strutture e le relative prestazioni rendicontate, anche attraverso la riconciliazione con le fatture elettroniche emesse dalle Ditte.

Modalità avvio del progetto.

- Ottobre 2019: esposizione al territorio (Aziende) del portale PUF (Portale Unico Flussi) File F

- Dicembre 2019: avvio del sistema di riconciliazione del flusso Fatture elettroniche con File F
- Marzo 2020: avvio di PGU con una Azienda per la realizzazione del modello MEI
- Ottobre 2020: avvio della migrazione delle strutture per ATS sul nuovo sistema MEI

1.4.3. Determinazione del rimborso regionali delle prestazioni farmacologiche per il trattamento della degenerazione maculare legata all'età e della compromissione visiva dovuta a edema maculare diabetico con i farmaci ANTI-VEGF intravitreali.

Preso atto:

- della Sentenza della Corte di Giustizia dell'Unione Europea del 21 novembre 2018 «Rinvio pregiudiziale – Medicinali per uso umano – Direttiva 2001/83/CE – Articolo 3, punto 1 - Articolo 6 – Direttiva 89/105/CEE – Regolamento (CE) n. 726/2004 –Articoli 3, 25 e 26 – Riconfezionamento di un medicinale ai fini del suo impiego per un trattamento non coperto dall'autorizzazione all'immissione in commercio ("off-label") – Erogazione a carico del regime nazionale di assicurazione malattia», che ha confermato la legittimità delle indicazioni di AIFA, nell'impiego off label del bevacizumab (Avastin) in ambito oftalmico;
- della Sentenza del Consiglio di Stato N. 04990/2019 del 15 luglio 2019 dove si evidenzia che Roche e Novartis hanno leso le norme sulla concorrenza nella vicenda Avastin/Lucentis per la vendita in Italia di farmaci destinati alla cura di patologie oftalmiche, quali la degenerazione maculare senile"

Viste:

- la determina di AIFA n. 799 del 28 aprile 2017, pubblicata sulla GU n. n.114 del 18-5-2017, relativa all'inserimento del medicinale per uso umano «Bevacizumab – Avastin nell'elenco dei medicinali erogabili a totale carico del Servizio sanitario nazionale, ai sensi della legge 23 dicembre 1996, n. 648 per il trattamento «degenerazione maculare correlata all'eta'» (AMD)
- la determina di AIFA n. 611 dell'11 aprile 2018, pubblicata sulla G.U. n. 89 del 17/04/2018, relativa all'inserimento del medicinale bevacizumab (specialità medicinale Avastin) nell'elenco dei medicinali erogabili a totale carico del Servizio sanitario nazionale, ai sensi della legge 23 dicembre 1996, n. 648, per il trattamento della compromissione visiva dovuta a edema maculare diabetico, limitatamente ai pazienti con acuità visiva non peggiore di 20/40;

Considerata anche una ricerca bibliografica focalizzata al confronto dei farmaci intravitreali, aflibercept e ranibizumab e bevacizumab (EYLEA, LUCENTIS ed AVASTIN) per le indicazioni rimborsate AMD, DME.
La metodologia seguita è stata adattata a partire da Low A, et al. Br J Ophthalmol 2018; 0:1–10 e aggiornata alla data dell'1 dicembre 2018.

I punti principali emersi dalla ricerca sono riportati di seguito:

- AMD 8 RCT di confronto tra ranibizumab e bevacizumab
  2 RCT di confronto tra aflibercept e ranibizumab

da cui non emergono differenze statisticamente significative nell'efficacia e sicurezza tra ranibizumab e bevacizumab e aflibercept e ranibizumab (Low A, et al. Br J Ophthalmol 2018; 0:1–10), sottolienando che aflibercept raggiunge negli studi VIEW1 e VIEW2 risultati non inferiori a quelli

di ranibizumab nel gruppo 2q8 che riceve un numero di iniezioni più basse (7 vs 11) mostrando una maggiore efficienza.

- DME 1 RCT di confronto tra ranibizumab, bevacizumab e aflibercept
  1 RCT di confronto tra ranibizumab e bevacizumab

il Protocol T ha evidenziato un piccolo beneficio statisticamente significativo a 12 mesi nell'utilizzo di aflibercept nel sottogruppo di pazienti con visus peggiore (Cochrane Database Syst Rev. 2017 Jun 22;6:CD007419, Low A, et al. Br J Ophthalmol 2018; 0:1–10).
Tale beneficio non risulta più significativo nel secondo anno ma rimangono evidenze di una lieve differenza se considerato l'intero periodo nel sottogruppo in questione.

Ciò premesso , considerato anche che tra i tre farmaci aflibercept e ranibizumab e bevacizumab sia per trattamento della degenerazione maculare legata all'età e della compromissione visiva dovuta a edema maculare diabetico limitatamente ai pazienti con acuità visiva non peggiore di 20/40, non sono state dimostrate differenze statisticamente significative nell'efficacia e sicurezza, si stabilisce dal 1 agosto 2019 per il trattamento della degenerazione maculare legata all'età e della compromissione visiva dovuta a edema maculare diabetico relativamente al trattamento con i tre medicinali che sono rendicontati in File F un rimborso pari a 55,6 Euro per singola somministrazione per occhio.

Si precisa che questo rimborso si applica a partire dalle erogazioni che verranno somministrate e rendicontate in file f dal **1 agosto 2019**, e che la DGW procederà attraverso le ATS alle verifiche sull'applicazione del predetto rimborso per struttura con i dati inseriti sul Registro AIFA e/o cartella clinica (SDO) relativamente ai due trattamenti individuati (degenerazione maculare legata all'età e della compromissione visiva dovuta a edema maculare diabetico limitatamente ai pazienti con acuità visiva non peggiore di 20/40)

Si precisa infine che l'azione messa in atto è finalizzata ad ottenere sui costi del SSN un impatto che progressivamente promuova un utilizzo dei tre farmaci adeguato alle più recenti evidenze di efficacia e che è da considerarsi propedeutica alla eventuale attivazione della procedura di applicazione dell'articolo 15, comma 11-ter del DL 95/2012.

1.5. RIMODULAZIONI TARIFFARIE PER CHIRURGIA VERTEBRALE (ARTRODESI)

La produzione di prestazioni di ricovero per interventi di chirurgia vertebrale, ed in particolare degli interventi di artrodesi, presenta un trend in rapida crescita negli ultimi anni, con volumi complessivi importanti in riferimento ad una casistica ampia e diversificata. La suddetta osservazione ha quindi imposto specifici approfondimenti, condotti anche con l'ausilio di professionisti clinici esperti nel settore, nel merito delle caratteristiche dell'offerta di questa tipologia di assistenza, con particolare riferimento alle categorie di patologie trattate.
A seguito dei suddetti approfondimenti, al fine di valorizzare correttamente le diversità esistenti in termini di complessità assistenziale e di benefici clinici tra le diverse categorie di patologie esaminate, si definisce di introdurre una differenziazione tariffaria per i DRG di *Artrodesi* 496, 497, 498, 519 e 520, a decorrere dalle dimissioni dal 1° agosto 2019.
Nello specifico, come indicato nella Tabella riportata di seguito, si dispone l'equiparazione delle tariffe dei suddetti DRG di *Artrodesi* alle tariffe dei DRG di *Interventi su dorso* (DRG 499 e 500), nei casi in cui i codici di diagnosi si riferiscano esclusivamente a discopatie, sindromi algiche, stenosi, patologie infiammatorie o degenerative ad andamento cronico, e comunque in tutte le condizioni

che differiscano dai raggruppamenti di diagnosi per DRG riportati di seguito, in riferimento ai quali saranno mantenute le tariffe attualmente in vigore per i DRG di *Artrodesi*. Il DRG di Artrodesi 546, richiamato di seguito per completezza, non sarà invece oggetto di differenziazione tariffaria, in quanto già normalmente determinato solo in combinazione con patologie comprese tra quelle individuate di seguito per il mantenimento della tariffa attuale.

DRG 497, 498, 519, 520, 546 con diagnosi (in qualunque posizione) di
- spondilolistesi[1]
- deformità della colonna vertebrale[2]
- tumore[3]

DRG 496 con diagnosi (in qualunque posizione) di
- infezione[4]
- spondilolistesi ad alta displasia[5] (patologia in età pediatrica e dell'adolescenza)
- deformità della colonna vertebrale[2] (+ cod. procedura 81.63 o 81.64, fusione o rifusione ≥ 4 vertebre)
- tumore[3] (+ cod. procedura 80.99, artrectomia su colonna vertebrale, ossia vertebrectomia totale o subtotale)
- trauma[6] (+ cod. procedura 80.99, artrectomia su colonna vertebrale, ossia vertebrectomia totale o subtotale)

DRG	Descrizione	Tariffa Ord	Tariffa 0-1
496	Artrodesi vertebrale con approccio anteriore/posteriore combinato	3.266	2.450
496	Artrodesi vertebrale con approccio anteriore/posteriore combinato, con: - cod. dia. 730.xx *Osteomielite, periostite e altre infezioni ossee*[4] e/o - cod. dia. 756.1x *Anomalie della colonna*[5] (escluso cod. dia. 756.17) e/o - cod. dia. 731.x *Osteite deformante e osteopatie associate ad altri disturbi classificati altrove* o cod. dia. 732.x *Osteocondropatie* o cod. dia. 737.x *Deviazioni della colonna vertebrale* o 738.5 A*ltre deformazioni acquisite della schiena o della colonna vertebrale* o cod. dia. 754.2 *Della colonna*[2] + cod. proc. 81.63 *Fusione o rifusione di 4-8 vertebre* o 81.64 *Fusione o rifusione di 9 o più vertebre* e/o - cod. dia. 170.2 *Tumori maligni della colonna vertebrale, esclusi il sacro e il coccige* e/o cod. 198.5 *Tumori maligni secondari di osso e midollo osseo* e/o cod. 238.0 *Tumori di comportamento incerto di ossa e cartilagine articolare*[3] + cod. proc. 80.99 *Altra asportazione dell'articolazione di altra sede specificata* e/o - cod. dia. 805.xx-809.xx *Fratture del collo e del tronco* o cod. dia. 905.1 *Postumi di fratture della colonna vertebrale e del tronco senza menzione di lesioni del midollo spinale*[6] + cod. proc. 80.99 *Altra asportazione dell'articolazione di altra sede specificata*	19.723	14.792
497	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con CC	7.652	2.450
497	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con CC, con: - cod. dia. 738.4 *Spondilolistesi acquisita*[1] o cod. dia. 756.1x *Anomalie della colonna*[5] (escluso cod. dia. 756.17) e/o - cod. dia. 731.x *Osteite deformante e osteopatie associate ad altri disturbi classificati altrove* o 738.5 A*ltre deformazioni acquisite della schiena o della colonna vertebrale*[2]	12.431	5.782
498	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC	3.266	2.450
498	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC, con:	7.709	5.782

	- cod. dia. 738.4 *Spondilolistesi acquisita*[1] o cod. dia. 756.1x *Anomalie della colonna*[5] (escluso cod. dia. 756.17) e/o - cod. dia. 731.x *Osteite deformante e osteopatie associate ad altri disturbi classificati altrove* o 738.5 A*ltre deformazioni acquisite della schiena o della colonna vertebrale*[2]		
519	Artrodesi vertebrale cervicale con CC	7.652	2.450
519	Artrodesi vertebrale cervicale con CC, con: - cod. dia. 738.4 *Spondilolistesi acquisita*[1] o cod. dia. 756.1x *Anomalie della colonna*[5] (escluso cod. dia. 756.17) e/o - cod. dia. 731.x *Osteite deformante e osteopatie associate ad altri disturbi classificati altrove* o cod. dia. 732.x *Osteocondropatie* o cod. dia. 737.x *Deviazioni della colonna vertebrale* o 738.5 A*ltre deformazioni acquisite della schiena o della colonna vertebrale* o cod. dia. 754.2 *Della colonna*[2] e/o - cod. dia. 170.2 *Tumori maligni della colonna vertebrale, esclusi il sacro e il coccige* e/o cod. 198.5 *Tumori maligni secondari di osso e midollo osseo* e/o cod. 238.0 *Tumori di comportamento incerto di ossa e cartilagine articolare*[3]	8.256	3.599
520	Artrodesi vertebrale cervicale senza CC	3.266	2.450
520	Artrodesi vertebrale cervicale senza CC, con: - cod. dia. 738.4 *Spondilolistesi acquisita*[1] o cod. dia. 756.1x *Anomalie della colonna*[5] (escluso cod. dia. 756.17) e/o - cod. dia. 731.x *Osteite deformante e osteopatie associate ad altri disturbi classificati altrove* o cod. dia. 732.x *Osteocondropatie* o cod. dia. 737.x *Deviazioni della colonna vertebrale* o 738.5 A*ltre deformazioni acquisite della schiena o della colonna vertebrale* o cod. dia. 754.2 *Della colonna*[2] e/o - cod. dia. 170.2 *Tumori maligni della colonna vertebrale, esclusi il sacro e il coccige* e/o cod. 198.5 *Tumori maligni secondari di osso e midollo osseo* e/o cod. 238.0 *Tumori di comportamento incerto di ossa e cartilagine articolare*[3]	4.799	3.599
546	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con deviazione colonna vertebrale o neoplasia maligna	9.678	7.259

Per quanto detto in premessa, si conclude facendo esplicito richiamo alla necessità che le ATS vigilino sulla corretta applicazione delle presenti disposizioni, così come sul rispetto di tutte le indicazioni fornite sinora in tema di congruenza della rappresentazione delle prestazioni di chirurgia vertebrale.

1.6. RILEVAZIONE E REMUNERAZIONE DELLE ENDOPROTESI IMPIANTATE IN CORSO DI RICOVERO (FLUSSO SDO4)

1) La tabella che segue definisce le tariffe endoprotesi calcolate sulla base della media aritmetica ponderata tra il 10° e il 90° percentile dei costi rilevati attraverso il flusso SDO4 dell'anno 2018. Le tariffe endoprotesi da applicare alla produzione dell'anno in corso saranno revisionate periodicamente sulla base del flusso SDO4 relativo all'anno precedente.

Protesi / Componente	Des	n.	**costo Medio 2018**	**Quota rimborso**	**Tariffa**
01A	Protesi Anca - Componente Acetabolare, Coppa	17.470	**593**	45,00%	**267**

01B	Protesi Anca - Componente Acetabolare, Inserto	14.404	**221**	45,00%	**100**
01C	Protesi Anca - Componente Femorale, Testa	18.147	**251**	45,00%	**113**
01D	Protesi Anca - Componente Femorale, Stelo	17.183	**745**	45,00%	**335**
01E	Protesi d'anca - componente acetabolare, cotile da revisione (in alternativa al componente 01A)	(*)	(*)	(*)	(*)
01F	Protesi d'anca - componente femorale, stelo da revisione (in alternativa al componente 01D)	(*)	(*)	(*)	(*)
01G	Protesi Anca - Protesi biarticolari (cupola + inserto, in alternativa al componente acetabolare 01A+01B)	(*)	(*)	(*)	(*)
02A	Stent Coronarico Senza Rilascio Di Farmaco (non fornito in service)	(*)	(*)	(*)	(*)
02B	Stent Coronarico A Rilascio Di Farmaco (non fornito in service)	(*)	(*)	(*)	(*)
02G	Stent Coronarico Senza Rilascio Di Farmaco (fornito in service con Emondinamica in uso)	(*)	(*)	(*)	(*)
02H	Stent Coronarico A Rilascio Di Farmaco (fornito in service con Emondinamica in uso)	(*)	(*)	(*)	(*)
03A	Defibrillatore Cardiaco Impiantabile Monocamerale (Comprensivo di Dispositivo Centrale e Parti Accessorie)	1.271	**9.315**	30,00%	**2.794**
03B	Defibrillatore Cardiaco Impiantabile Bicamerale (Comprensivo di Dispositivo Centrale e Parti Accessorie)	998	**9.698**	30,00%	**2.909**
03C	Defibrillatore Cardiaco Impiantabile Tricamerale (Comprensivo di Dispositivo Centrale e Parti Accessorie)	1.533	**11.301**	30,00%	**3.390**
04A	Protesi Del Ginocchio - Componente Femorale	13.077	**959**	45,00%	**431**
04B	Protesi Del Ginocchio - Componente/Piatto Tibiale	12.985	**678**	45,00%	**305**
04C	Protesi Del Ginocchio - Inserto Tibiale	12.593	**274**	45,00%	**123**
04D	Protesi Del Ginocchio - Rotula	1.737	**120**	45,00%	**54**
04E	Protesi Del Ginocchio - Rivestimento Rotuleo	219	**387**	45,00%	**174**
05	Protesi Interatriale (Ad Ombrellino)	887	**4.409**	100,00%	**4.409**
06	Impianto Cocleare	201	**14.311**	100,00%	**14.311**
07	Neurostimolatore Cerebrale Profondo Per La Terapia Del Parkinsonismo	141	**11.862**	100,00%	**11.862**
11A	Valvola Aortica Impiantata Per Via Percutanea	1.228	**18.130**	95,00%	**17.224**
11B	Valvola Polmonare Impiantata Per Via Percutanea	27	**21.778**	95,00%	**20.689**
12	Endoprotesi Vascolare Retta: Elemento Base Compresa un'eventuale estensione	561	**7.013**	25,00%	**1.753**
13	Endoprotesi Vascolare Biforcata Standard	787	**4.367**	25,00%	**1.092**
14	Endoprotesi Vascolare Retta: Estensione Aortica Solo se in aggiunta alla prima estensione gia' ricompresa nell'elemento base	175	**4.399**	25,00%	**1.100**

15	Endoprotesi Vascolare Retta: Estensione Iliaca per Biforcata Controlaterale	640	**3.048**	25,00%	**762**
16	Endoprotesi Vascolare Retta: Estensione Iliaca per Biforcata Ipsilaterale	333	**2.681**	25,00%	**670**
17	Protesi Biliari In Neoplasie Maligne dell'Apparato Epatobiliare O del Pancreas	890	**844**	80,00%	**675**
18	Protesi Esofagee In Neoplasie Maligne dell'Apparato Digerente con/senza Cc	208	**1.115**	80,00%	**892**
19A	Neurostimolatore Spinale Impiantabile Non Ricaricabile	219	**6.473**	80,00%	**5.178**
19B	Neurostimolatore Spinale Impiantabile Ricaricabile	176	**11.909**	80,00%	**9.527**
20	Neurostimolatori Vagali per la Terapia Della Epilessia	14	**16.640**	80,00%	**13.312**
21	Kit Per Prostatectomia Radicale Robotica	1.307	**2.469**	80,00%	**1.975**
22	Dispositivo Per Ancoraggio/Coaptazione Dei Lembi Della Valvola Mitralica Tramite Accesso Percutaneo Endovascolare	215	**20.317**	80,00%	**16.253**

(*) Calcolati sulla base della rilevazione SDO4 del 2° semestre 2019

2) Le endoprotesi attinenti alle dimissioni a partire dal 1/1/2019 sono remunerate con le tariffe di cui al punto precedente. Nel caso in cui il prezzo rilevato con il flusso SDO4 risulti inferiore alla tariffa esposta in tabella la endoprotesi impiantata sarà remunerata con il prezzo rilevato

3) Per garantire una più omogenea rilevazione del costo dei dispositivi ed una conseguente definizione più accurata delle tariffe le seguenti endoprotesi vengono così ridefinite, a partire dalle dimissioni del 1/7/2019

Attuale		Ridefinizione o nuovo dispositivo	
		01E	Protesi d'anca - componente acetabolare, cotile da revisione (in alternativa al componente 01A)
		01F	Protesi d'anca - componente femorale, stelo da revisione (in alternativa al componente 01D)
		01G	Protesi Anca - Protesi biarticolari (cupola + inserto, in alternativa al componente acetabolare 01A+01B)
02A	Stent Coronarico Senza Rilascio Di Farmaco	02A	Stent Coronarico Senza Rilascio Di Farmaco (non fornito in service)
02B	Stent Coronarico A Rilascio Di Farmaco	02B	Stent Coronarico A Rilascio Di Farmaco (non fornito in service)
		02G	Stent Coronarico Senza Rilascio Di Farmaco (fornito in service con Emondinamica in uso)
		02H	Stent Coronarico A Rilascio Di Farmaco (fornito in service con Emondinamica in uso)

4) Le protesi d'anca relative a impianti di revisione di sostituzione dell'anca (cod. intervento 81.53) di cui all'allegato 10 della DGR 19688/2004 e successiva circolare 45/SAN/2004, a partire dalle dimissioni del 1/1/2019 sono remunerate con tariffa determinata sulla base dei costi medi per le nuove tipologie 01E e 01F di cui al punto precedente

5) Al fine di un corretto calcolo dei valori medi di riferimento per i rimborsi si richiama l'attenzione sulla compilazione del campo "prezzo unitario", che deve essere indicato al netto di eventuali note di credito emesse dai fornitori nell'anno di competenza, anche successivamente alle rendicontazioni mensili già inviate, comprendendo eventuali sconti merce. Nel caso in cui la nota di credito riguardasse solo alcuni dei dispositivi utilizzati il minore costo deve essere "spalmato" su tutti i dispositivi rendicontati.

6) Come già definito nella DGR 1046 del 17/12/2018, per le endoprotesi relative a dimissioni dal1/1/2019 sarà applicato un controllo di coerenza tra le informazioni "Protesi/Componente", "Codice CND" e "Identificativo di iscrizione in BD/Repertorio del Ministero Salute". Nel dettaglio:

   - Il Codice CND registrato sul flusso SDO4 deve corrispondere al Codice riportato in BD/Repertorio del Ministero Salute

- Il Codice CND registrato sul flusso SDO4 deve essere compatibile con il codice Protesi/Componente secondo la seguente tabella di compatibilità (la tabella e le future revisioni sono pubblicate sul portale SMAF)

1.7. MAGGIORAZIONI TARIFFARIE (EX LEGGE 7/2010)

1.7.1. Verifiche Flu.per

La pratica applicazione delle recenti deliberazioni 2019 in tema di maggiorazioni tariffarie (n. XI/1153 del 21/01/2019 e n. XI/1403 del 18/03/2019) ha evidenziato la necessità di fornire alle strutture destinatarie dell'intervento alcune precisazioni relativamente al requisito di accesso inerente al personale e, più precisamente, circa le modalità di inserimento in Flu.Per dei dati che vengono utilizzati per la verifica del parametro del 70% vigente in materia.

Primariamente, si ricorda la necessità che le informazioni presenti nei flussi A e B di Flu.Per siano allineate con gli assetti accreditati: l'assetto organizzativo Ente/Struttura/Unità Operativa "registrato" in Flu.Per deve essere coerente con l'organizzazione aziendale, l'assetto accreditato e le SDO.

Ai fini della verifica della sussistenza del requisito vengono valorizzate esclusivamente le ore lavorate dai medici e dagli infermieri (considerati separatamente) nelle UO riferite ai ricoveri e cura (identificate con il codice UO di cinque caratteri che inizia con la cifra "1"). È onere di ciascuna struttura verificare che le unità produttive di ricovero e cura siano correttamente codificate e che tale inquadramento corrisponda con l'assetto, richiedendo, se necessario ai competenti uffici del personale (e-mail alla casella: fluper@regione.lombardia.it) le opportune proposte di variazione ai fini di un corretto allineamento.

Particolare attenzione deve essere dedicata alla compilazione del campo "ore lavorate" in modo da distribuire correttamente il tempo lavorato sulle diverse aree di attività ospedaliere (ricovero e cura, supporto sanitario, servizio diagnostico terapeutico, amministrative ecc.): si rammenta che, ai fini della verifica del parametro, vengono valorizzate le ore che i professionisti medici/infermieri dedicano alle "attività di reparto" (ricoveri, no ambulatoriali).

Da ultimo, quanto alla rilevazione di situazioni particolari, si precisa che in Flu.Per è prevista la categoria contrattuale "RAPPORTI FRA ENTI".

In questa categoria devono essere ricomprese le convenzioni fra Enti che prevedono la fornitura di prestazioni di personale dipendente a favore di altra struttura pubblica o privata. Pertanto, è prevista la codifica di acquisto di prestazioni di personale da altro Ente pubblico o privato (per questa tipologia si deve compilare il flusso A e i dati operativi del flusso B). Il dipendente sarà indicato due volte nel flusso A:

- dall'Azienda cedente che lo indica, nel flusso A, come "dipendente" evidenziando, nel flusso B, i dati stipendiali riferiti alla posizione giuridica ed economica rivestita e i dati di attività effettivamente svolta - il monte orario può essere diverso da quello previsto come minimo contrattuale;
- dall'Azienda ricevente che lo indica, nel flusso A, nell'area Contrattuale "Rapporti fra Enti" - tipologia di rapporto di lavoro 37 o 38; il costo va indicato nel flusso B, se si conosce il compenso del singolo dipendente (compilando la sola colonna relativa al compenso orario); nel caso in cui non si rilevasse il compenso del singolo convenzionato, si indicherà il costo complessivo delle convenzioni nel flusso C (annualmente). I dati operativi devono essere sempre indicati.

1.7.2. Continuità aziendale ed esame piani

Quanto agli adempimenti di cui al punto 1, lettera f) della DGR n. XI/1153/2019 si precisa che le ATS, per ciascuna delle strutture pubbliche e private insite nel territorio di competenza che concorrono al beneficio delle maggiorazioni tariffarie, devono fornire alla DG Welfare apposita relazione in cui, ai fini della sussistenza dei parametri di continuità aziendale, si attesti la stipula del contratto di servizio per l'anno 2019 e la avvenuta certificazione del bilancio da parte dei competenti organi di controllo interni o esterni (collegi sindacali e revisori contabili).
Relativamente ai piani strategici triennali (per ASST e IRCCS di diritto pubblico) e documenti programmatici triennali (per le strutture di diritto privato), le ATS devono verificare ed attestare che essi siano uniformati e rispettino i seguenti criteri:

1. I piani devono contenere l'indicazione della previsione dell'andamento, nel triennio 2019 – 2021, delle attività sanitarie, di didattica e di ricerca.
2. Devono consentire all'azienda di tendere al raggiungimento dell'equilibrio economico finanziario nel triennio mediante modalità organizzative gestionali che favoriscano la razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse ed il contenimento dei costi. Non possono essere presenti piani che tendano all'equilibrio economico finanziario attraverso l'incremento delle attività di ricovero ordinario.
3. Non devono prevedere un incremento di posti letto accreditati.

1.7.3. Indicatore "numero di RICERCATORI/PL"

Per gli IRCCS di diritto pubblico e privato accreditati e a contratto con il SSR le informazioni concernenti l'indicatore "numero di ricercatori/PL" erano rilevate, quanto al numeratore, dalle "schede finanziarie" allegate da ogni struttura alla domanda di finanziamento per la ricerca corrente presentata annualmente al Ministero della Salute.
A partire da quest'anno il Ministero non richiede più agli IRCCS l'adempimento della compilazione delle citate schede. Considerata, tuttavia, l'assoluta necessità delle informazioni ivi contenute, gli Istituti dovranno, comunque, presentare nell'istanza per l'ammissione alle maggiorazioni 2019, analogamente a quanto fatto fino al 2018, il dettaglio delle linee di ricerca e del dato quantitativo FTE del personale di ricerca a ciascuna di esse dedicato (suddiviso in base alle note tipologie: di ruolo- a contratto – borse di studio – subcontratti e altre tipologie).

1.8. RETI CLINICO ASSISTENZIALI E ORGANIZZATIVE

Regione Lombardia con la DGR N°1694 del 3 giugno 2019 "Reti sociosanitarie: ulteriore evoluzione del modello per l'attivazione e implementazione delle nuove reti clinico assistenziali e organizzative" ha rafforzato ulteriormente il ruolo delle reti nella programmazione sociosanitaria. Inoltre, ha deciso di affiancare all'attività di governo delle reti attivando diversi gruppi di approfondimento su tematiche trasversali alle diverse reti. Al gruppi di approfondimento partecipano professionisti esperti in diversi settori in modo che il tema venga affrontato e sviluppato in un'ottica multidisciplinare per consentire la più ampia e approfondita valutazione.

In particolare, coerentemente alla DGR N° XI / 1681 Seduta del 27/05/2019 "DETERMINAZIONI IN ORDINE AL SISTEMA DI VALUTAZIONE DEI DIRETTORI GENERALI DELLE AGENZIE DI TUTELA DELLA SALUTE (A.T.S.), DELLE AZIENDE SOCIO SANITARIE TERRITORIALI (A.S.S.T.) E DELL'AZIENDA REGIONALE EMERGENZA URGENZA (A.R.E.U.) E ALLA CORRESPONSIONE DEL RELATIVO INCENTIVO ECONOMICO - ANNO 2019 la DG Welfare:

- costituisce un gruppo di lavoro regionale Sale Operatorie relativo alla promozione della metodologia proposta nel progetto ministeriale in merito alla misurazione dei tempi di

processo, alla corretta imputazione dei dati di costo di sala operatoria, alla gestione delle liste d'attesa, alla gestione delle liste operatorie, alla formazione degli operatori e alla definizione degli strumenti indispensabili per il buon funzionamento delle sale operatorie

- costituisce un gruppo di approfondimento Pronto Soccorso al fine di elaborare linee di indirizzo sul modello organizzativo dei Pronto Soccorso in Lombardia e recepire a livello lombardo i contenuti previsti dall'Accordo Stato Regioni.

Sono ulteriore oggetto di approfondimento con attivazione di tavoli *ad hoc con provvedimento del DG Welfare,* i temi dell'Incontinenza urinaria e fecale, l'antibiotico resistenza e infezioni correlate all'Assistenza e Extra Corporeal Membrane Oxygenation **(**ECMO).

1.9. RECEPIMENTO INTESE TRA IL GOVERNO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Con il presente atto si recepiscono le seguenti intese:

- Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 21 settembre 2017 concernente la realizzazione della Rete Nazionale dei Tumori Rari (RNTR)

- Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 26 ottobre 2017 recante il "Piano per l'innovazione del sistema sanitario basata sulle scienze omiche"

- intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 24 gennaio 2018 concernente il "Protocollo per la valutazione di idoneità del donatore di organi solidi

2. PREVENZIONE

2.1. VACCINAZIONI IN CO-PAGAMENTO

Attraverso gli ambulatori dedicati delle ASST e i MMG e PLS aderenti, Regione Lombardia offre la possibilità di fruire delle vaccinazioni disponibili, ma non somministrate gratuitamente in coerenza con i Livelli Essenziali di Assistenza, ad un costo calmierato, che è il risultato della somma tra la quota di somministrazione (fissa) e il costo del vaccino come aggiudicato con la gara ARCA più recente.

Tale possibilità è stata accolta favorevolmente dai cittadini e poiché la sua organizzazione non deve interferire con l'attività vaccinale prevista per i soggetti delle coorti in chiamata come da calendario vaccinale e per quelli che ricevono gratuitamente specifici vaccini essendo più vulnerabili a causa di particolari malattie/status, si sono generate liste d'attesa.

Si ritiene utile incrementare l'offerta sollecitando l'apertura di ulteriori sedute ambulatoriali

A partire dall'1 settembre 2019 la quota di somministrazione sarà di euro 13,00.

Il presente atto modifica per la prestazione di somministrazione vaccini, quanto previsto dalla DGR 4702 del 29/12/2015 nel paragrafo 4.1 in merito all'aggiornamento di tariffe di prestazioni per le voci non modificate/aggiornate dalle evoluzioni normative e di settore, e dalla DGR 6612 del 19/5/2018 "Approvazione della proposta di accordo per l'attivazione in Regione Lombardia dell'offerta in co-pagamento della vaccinazione per la prevenzione delle malattie invasive batteriche da meningococco da parte dei pediatri di famiglia".

All'interno della programmazione aziendale già attivata, o da attivarsi, in riferimento alla erogazione delle vaccinazioni di prevenzione individuale, le ATS, avvalendosi dei contenuti dell'allegato D dell'ACN MMG, possono definire progetti di incremento delle vaccinazioni in co-pagamento.

Nel caso di più somministrazioni contemporaneamente si applica una sola quota di somministrazione più il costo dei vaccini.

Come già indicato in precedenti atti di indirizzo, l'attività di somministrazione di vaccinazioni in co-pagamento presso ASST è effettuata in ambulatori all'uopo dedicati, anche in libera professione.

Il costo di somministrazione non viene esposto quando la vaccinazione è effettuata nell'ambito dell'Ambulatorio Viaggiatori Internazionali - ASST (per il quale si applica la tariffa specifica) fermo restando che in ASST possono essere organizzate specifiche sedute per l'effettuazione di vaccinazione anti amarillica qualora non necessaria l'effettuazione del counseling per il viaggio ma solo anamnesi pre vaccinale (rilascio del certificato internazionale per ingresso in particolari Paesi).

Come evidenziato nella tabella non possono essere effettuate in co-pagamento vaccinazioni che sono previste gratuitamente dai LEA (offerta PRPV).

Vaccino	offerta PRPV	offerta copagamento
Esavalente	ciclo base	Non prevista
MPR	ciclo base	Non prevista
	tutti i soggetti suscettibili che ne facciano richiesta	
	offerta attiva alle donne età fertile	
	offerta attiva soggetti a rischio per patologia	
	soggetti suscettibili contatti di casi individuati da ATS	
Varicella	ciclo base (13° mese - 5/6 anni)	Non prevista - disponibile gratuitamente per tutti i soggetti suscettibili che ne facciano richiesta
	donne in età fertile	
	operatori sanitari	
	personale operante nelle scuole d'infanzia primaria e secondaria di 1° e 2° grado e nelle collettività infantili	
	soggetti suscettibili conviventi con persone affette da immunodepressione severa	
	soggetti suscettibili contatti di casi individuati da ATS	
Men C	ciclo base (13° mese)	Dai 18 ai 65 anni (limite da scheda tecnica)
	offerta gratuita fino ai 10 anni (dagli 11 ai 17 è offerta la vaccinazione anti ACWY)	
	contatti di casi (dopo chemioprofilassi in modalità concordata con ATS)	
DTPP	ciclo base (5/6 anni – 11/12 anni o 15/16 anni)	Non prevista
DTP	richiamo adulto (ogni 10 anni)	Non prevista
	gravida (ultimo trimestre)	
Men ACWY	ciclo base (11/12 anni o 15/16 anni) fino a 17 anni e 364 giorni	Dai 18 ai 65 anni (limite da scheda tecnica)
	offerta attiva soggetti a rischio per patologia	
	contatti di casi (dopo chemioprofilassi in modalità concordata con ATS)	

Men B	ciclo base neonato	Coorte di nascita 2016 e precedenti fino a 65 anni (limite da scheda tecnica)
	offerta attiva soggetti a rischio per patologia	
	fino a 5 anni e 364 giorni a partire dalla coorte 2017	
	contatti di casi (dopo chemioprofilassi in modalità concordata con ATS)	
Hpv	ciclo base (11/12 anni)	Donne dai 18 ai 45 anni. Uomini dalla coorte 2005 e precedenti e fino a 45 anni (limiti da scheda tecnica)
	femmine: fino a 17 anni e 364 giorni	
	maschi: fino a 17 anni e 364 giorni a partire dalla coorte 2006	
	offerta attiva soggetti a rischio (HIV e MSM)	
	Donne con diagnosi recente (inferiore ad 1 anno) di patologia della cervice uterina di grado uguale o superiore a CIN 2	
Pneumococco Coniugato	ciclo base neonato	A partire dai 50 anni
	offerta a bambini mai vaccinati fino a 3 anni	
	offerta attiva soggetti a rischio per patologia	
Epatite A	offerta fino a 14 anni in occasione di viaggio in Paesi ad alta endemia	Dai 15 anni di età, in assenza di fattori di rischio, di norma ai viaggiatori internazionali
	offerta attiva soggetti a rischio per patologia e ai soggetti con 65 anni	
	offerta attiva soggetti a rischio (tossicodipendenti e MSM)	
	soggetti suscettibili contatti di casi individuati da ATS	
Epatite B	ciclo base neonato	Soggetti a rischio professionale (costo a carico del datore di lavoro)
	tutti i soggetti suscettibili che ne facciano richiesta fino a 17 anni e 364 giorni	
	offerta attiva soggetti a rischio per patologia	
	offerta attiva soggetti a rischio (*sex workers*, tossicodipendenti e MSM)	
	detenuti in istituti di prevenzione e pena	
	soggetti istituzionalizzati in centri per persone con disabilità fisiche e mentali	Dai 18 anni, in assenza di fattori di rischio
	soggetti conviventi con soggetti a rischio per patologia	
	soggetti conviventi/contatti di soggetti HBsAg positivi	
	vittime di punture accidentali con aghi potenzialmente infetti	
	soggetti suscettibili contatti di casi individuati da ATS	
Rabbia	soggetti morsicati previa valutazione del rischio	Pre-esposizione per viaggiatori internazionali / rischio professionale (a carico del datore di lavoro)
Hib	ciclo base neonato	Non prevista
	offerta attiva soggetti a rischio per patologia	
Vaccini per profilassi internazionale (es febbre gialla)		Prevista secondo indicazioni counseling
Rotavirus	ciclo base neonato	Non prevista
Polio	ciclo base	Non prevista

Herpes Zooster	soggetti con 65 anni	A partire dai 50 anni (scheda tecnica)
	offerta attiva soggetti a rischio per patologia (diabete mellito, patologia cardiovascolare e BPCO, terapia immunosoppressiva)	

2.2. PREVENZIONE SORVEGLIANZA ARBOVIROSI (WEST NILE, USUTU; CHIKUNGUNYA, DENGUE, ZIKA)

Si richiamano gli indirizzi nazionali per la stagione 2019 per la sorveglianza delle arbovirosi ("Circolare Ministeriale 0006036-27/02/2019- *Proroga - Piano Nazionale di sorveglianza e risposta alle arbovirosi trasmesse da zanzare invasive (Aedes sp.) con particolare riferimento ai virus Chikungunya, Dengue e Zika – 2018* […]" e "Circolare Ministeriale 0010381-05/04/2019 *Piano nazionale integrato di prevenzione, sorveglianza e risposta ai virus West Nile e Usutu – 2019*"). In coerenza con gli stessi, sono state fornite dalla DG Welfare le indicazioni finalizzate alla sorveglianza del vettore e della patologia, per gli interventi di lotta e controllo (di competenza delle amministrazioni comunali), compresa l'attività di comunicazione e il dovuto supporto tecnico delle ATS (nota Protocollo G1.2019.0012549 del 25/03/2019). Inoltre, di interesse è anche la Circolare 0015614-27/05/2019 "Piano nazionale integrato di prevenzione, sorveglianza e risposta ai virus West Nile e Usutu -2019. Ruolo delle Istituzioni localmente coinvolte".

Nei documenti citati si pongono in particolare rilievo gli interventi larvicidi e di controllo ambientale, interventi di tipo ordinario, per evitare lo sviluppo di focolai larvali che costituiscono il cardine per il contenimento del rischio di patologia trasmesse dalle punture di zanzare.

Invece la disinfestazione con prodotti insetticidi adulticidi è identificato quale intervento di controllo straordinario, secondario al verificarsi di caso accertato, con le seguenti specifiche relativamente alle differenti patologie:

- West Nile e Usutu (controllo del vettore *Culex pipiens*): Cluster di 2 o più casi umani di malattia neuroinvasiva da WNV, la cui correlazione spazio temporale sia stata confermata mediante indagine epidemiologica;
- Chikungunya, Dengue, Zika (controllo del vettore genere *Aedes*): in presenza di singoli casi umani, importati o autoctoni, è previsto un ciclo di trattamenti adulticidi nei tre giorni successivi alla notifica, da condurre capillarmente, sia su suolo pubblico che privato, e parallelamente al trattamento larvicida e di bonifica ambientale

Poiché questi ultimi provvedimenti sono classificabili quali interventi di controllo al verificarsi di "caso", si intende riconoscerne la spesa. Esclusivamente per gli interventi disposti da ATS, a condizione che vi sia evidenza di documentazione da parte dei Comuni dell'esecuzione corretta sia degli interventi straordinari così come previsti dagli attuali indirizzi nazionali, sia degli interventi ordinari (non finanziati) per la stagione 2019 di competenza del comune, l'ATS provvederà a riconoscere a consuntivo, al termine della stagione di maggior rischio di presenza del vettore, il costo degli interventi adulticidi.

Verificato che i casi complessivi di arbovirosi (Chikungunya, Dengue, Zika e West Nile) degli ultimi 3 anni sono stati al massimo 88 all'anno (non per tutti i casi è però prevista bonifica) si prevede di appostare fino ad un massimo di 200.000 €; considerato che il numero effettivo delle prestazioni è di difficile quantificazione in quanto soggetto a variazioni annuali, in caso di insorgenza di picchi epidemici di casi, non attualmente prevedibili, tale somma potrà essere rivista.

2.3. CATASTO DELLE TORRI DI RAFFREDDAMENTO - CONDENSATORI EVAPORATIVI

Per torre di raffreddamento si intende in questo provvedimento ogni tipo di apparato evaporativo (e.g. torre di raffreddamento a circuito aperto, torre evaporativa a circuito chiuso, condensatore evaporativo, raffreddatore evaporativo, scrubber) utilizzato in impianti di climatizzazione di edifici (residenziali o ad uso produttivo), in processi industriali, in impianti frigoriferi o in sistemi di produzione energetica, caratterizzato dall'impiego di acqua con produzione di aerosol ed evaporazione del liquido.

La definizione adottata in questo provvedimento esplicita ed estende ad apparati assimilabili, la specificazione di torre di raffreddamento utilizzata dall'Istituto Superiore di Sanità nelle linee guida *(Accordo tra Stato, Regioni e Province Autonome – ai sensi degli artt. 2, comma 1, lett. B) e4,comma 1 del D.Lgs 281/1997 – sul documento recante "Linee guida per la prevenzione e il controllo della Legionellosi", siglato il 7 maggio 2015- Rep.Atti n. 79/CSR).*

Con art. 60 bis1 *"Istituzione presso i comuni del catasto delle torri evaporative di raffreddamento a umido e dei condensatori evaporativi"* della legge regionale 33/2009 *"Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità"* (recentemente aggiornato con art. 36, comma 1, lett. a della l.r. 6 giugno 2019, n. 9) Regione Lombardia ha disposto l'obbligo per i comuni di predisporre e curare il registro delle torri di raffreddamento ad umido e dei condensatori evaporativi esistenti sul proprio territorio.

In tal senso come previsto dal comma 5 dell'articolo 60 bis1 si riporta la "Scheda per la registrazione al catasto comunale delle torri di raffreddamento-condensatori evaporativi", predisposta in riferimento alle Linee guida ISS sopra citate e a seguito del confronto tecnico con esperti del Politecnico di Milano – Dipartimento Energia.

I responsabili (proprietari o gestori) di torri di raffreddamento – condensatori operativi invieranno ai Comuni tali schede con tempistiche previste dal sopracitato articolo 60 bis1:

ogni nuova installazione delle torri di raffreddamento ad umido e dei condensatori evaporativi ed ogni cessazione permanente deve essere registrata entro novanta giorni (comma 3);

entro il mese di febbraio di ogni anno le informazioni del registro devono essere trasmesse alla Agenzia di Tutela della Salute competente per il territorio (comma 4).

I Comuni acquisiscono le informazioni presenti nella scheda allegata (Sub Allegato B "Torri di raffreddamento"). L'insieme delle schede ed il relativo indice costituiscono il "Catasto delle torri di raffreddamento - condensatori evaporativi", predisposto in riferimento alle Linee guida ISS sopra citate e a seguito del confronto tecnico con esperti del Politecnico di Milano - Dipartimento di Energia.

Richiamate le buone pratiche di manutenzione e di gestione delle torri di raffreddamento indicate dalle sopracitate Linee Guida, si ricorda che i gestori dell'impianto sono responsabili della tenuta dei seguenti documenti da mettere a disposizione del personale ATS nei momenti di controllo:

- documento di valutazione e gestione del rischio legionella;
- presenza di un piano di autocontrollo per ricerca di legionella e relativi esiti;
- schema dell'impianto, planimetria e documentazione fotografica;
- registro di manutenzione dell'impianto;
- schede tecniche dei prodotti utilizzati per pulizia e disinfezione

2.4. SALUTE E AMBIENTE

In continuità con la DGR X/1046 del 17.12.2018, par. 8.7.1, nell'ambito degli obiettivi previsti dal PRP in tema di riduzione delle esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute, e ad aggiornamento di rilevazioni in parte attivate nel passato si forniscono alcune precisazioni in merito alla tempistica con cui rendere i rapporti degli studi epidemiologici realizzati nell'ambito di accordi interistituzionali (ARPA, IZS, Registri Patologia e altri), in parte già confluiti nel progetto "EpiAmbNet", e le esperienze praticate da ogni ATS per l'inserimento del modulo salute e ambiente nei percorsi formativi rivolti a MMG e PLS, unitamente alla quota di operatori che ne hanno beneficiato (sul totale degli MMG e PLS del territorio).

Si chiede che entrambi siano rese disponibili entro il 30 ottobre pv, al fine di consentire la realizzazione di un corretto momento di confronto con i Servizi.

2.5. REGISTRAZIONE DEI FLUSSI DI ATTIVITÀ SVOLTE DALLE UNITÀ OPERATIVE OSPEDALIERE DI MEDICINA DEL LAVORO (UOOML)

L'attuazione della DGR X/6472/2017 con cui è stata ridefinita la rete delle UOOML comporta il perfezionamento della rendicontazione delle attività da queste erogate, a vantaggio – all'origine – dell'uniformità di trattamento del cittadino/lavoratore che accede al Servizio Sanitario Regionale per la disciplina della Medicina del Lavoro. In continuità con le Regole DGR X/1046 del 17.12.2018 e con la DGR XI/1537 del 15.4.2019, recante le determinazioni in merito alla remunerazione di alcune funzioni non coperte da tariffe predefinite svolte dalle aziende ed enti sanitari pubblici e privati, si forniscono indicazioni amministrative in ordine alla corretta erogazione di visite mediche ambulatoriali, esami strumentali e di indagini su sospette malattie professionali, effettuate dall'ASST sede di UOOML su richiesta dei diversi utenti - ATS, MMG, specialisti di altro reparto ospedaliero, aziende (datore di lavoro e medico competente).

Con specifico riguardo al flusso 28/SAN, la prestazione erogata dalle UOOML – prescritta con ricettario rosso - trova copertura nel Fondo Sanitario Regionale (centro di costo: Medicina del Lavoro – codice 25) e per i casi in cui la sua fruizione debba svolgersi in regime di gratuità dal lavoratore, sarà introdotto il regime di esenzione. La DG Welfare sta provvedendo ad adeguare il tracciato 28/SAN alle nuove disposizioni, introducendo l'esenzione del ticket in corrispondenza della prestazione ambulatoriale erogata dalla UOOML per indagine di malattia professionale, ovvero nei casi in cui il lavoratore sia inviato all'ASST sede di UOOML dai Servizi PSAL delle ATS o dai MMG e medici dei reparti ospedalieri attraverso il flusso SISS di Segnalazione di Malattia Professionale (SMP). Nel caso in cui il lavoratore si presenti autonomamente alla UOOML, la stessa prescriverà la

prestazione in regime di esenzione (fatti salvi i casi in cui non ricorrono i profili di tutela del lavoratore).

Soggetto richiedente/inviante	Prescrizione/segnalazione	Prestazione UOOML	Flusso rendicontazione	Tipologia di funzione	Finanziamento a carico di
ATS	Ricettario rosso (ASST - medico UOOML)	Visita medica Esame strumentale	28 SAN	Tariffabile	SSR esenzione
MMG	Ricettario rosso (MMG)	Visita medica Esame strumentale	28 SAN	Tariffabile	SSR
	Flusso SISS	Visita medica Esame strumentale	SMP	Non tariffabile	SSR esenzione
Azienda (Datore di Lavoro/Medico competente)	Ricettario bianco (MC)	Visita medica Esame strumentale	28 SAN	Tariffabile	Azienda
Specialista Ospedaliero	Se paziente ospedalizzato – consulenza interna (gestionale ASST)	Visita medica Esame strumentale	28 SAN	Tariffabile	SSR
	Se paziente ambulatoriale – prescrizione su ricettario rosso (medico ospedaliero)		28 SAN	Tariffabile	SSR
	Flusso SISS		SMP	Non tariffabile	SSR esenzione

Nel caso in cui, ad esito delle prestazioni erogate, si profili la necessità di un approfondimento di Medicina del Lavoro volto ad indagare un sospetto di origine professionale della malattia/disturbo accertato, tale approfondimento clinico-diagnostico dovrà trovare adeguata e completa registrazione in Ma.P.I. (sistema informativo regionale degli infortuni e malattie professionali – vero e proprio Registro di Patologia) indipendentemente dalla definizione finale del nesso eziologico.

2.6. VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI NELLE STRUTTURE SANITARIE

In continuità con le regole DGR X/1046 del 17.12.2018, punto 12.7 "Rischi in ambito di violenza a danno degli operatori", in collaborazione con la Struttura Fattori produttivi, è stata definita la metodologia di analisi e di gestione del rischio di aggressioni a danno degli operatori sanitari in ambito ospedaliero, nel contesto della materia a tutela della salute e sicurezza sul lavoro, Sub Allegato C del presente provvedimento. Ai fini di monitorarne la sua applicazione – anche nella logica di modulare la metodologia a seguito della esperienza territoriale – saranno attivati incontri nell'ambito del Laboratorio di approfondimento "Ruolo del Servizio di Prevenzione e Protezione in Sanità" in seno al Piano Regionale Salute e Sicurezza sul lavoro.

3. VETERINARIA

Il Piano Regionale Integrato della Sanità Pubblica Veterinaria 2019-2013 approvato con DCR n. XI/522 del 28 maggio 2019, definendo gli obiettivi della Sanità Pubblica Veterinaria Regionale del prossimo quinquennio, ha dato rilievo ad alcune tematiche di particolare complessità che coinvolgeranno con sempre maggior impegno la Regione e i portatori di interesse.

Tra queste tematiche, di forte impatto sulla salute pubblica e dunque prioritaria a livello mondiale, emerge il contrasto alla antimicrobicoresistenza da perseguire tramite un approccio scientificamente responsabile dell'impiego di antibiotici sia in campo umano sia in campo veterinario; Regione Lombardia intende perseguire questo obiettivo migliorando gli strumenti di sorveglianza e controllo e formalizzando protocolli operativi con gli *stakeholder*.

Un'altra tematica di spessore internazionale è la Condizionalità, il principale strumento operativo comunitario per finanziare gli obiettivi di buona gestione agronomica e ambientale dei terreni e delle aziende, di benessere degli animali e di sicurezza alimentare. In questo ambito, la Veterinaria Pubblica regionale, sulla base dei riscontri pregressi delle attività ufficiali e per conferire maggiore efficienza ed efficacia ai controlli di Condizionalità, prevede un'ottimizzazione e semplificazione in materia di identificazione e registrazione degli animali in allevamento.

Di sempre maggiore attualità è la tutela degli animali d'affezione che occupano un ruolo di crescente rilevanza nel tessuto sociale. La promozione del loro benessere, che di riflesso incide su quello umano, non può limitarsi né agli interventi di sanità pubblica (lotta al randagismo e tutela della salute degli animali) né alle sanzioni per maltrattamento e abbandono, ma dev'essere intesa in senso ampio e dunque anche sanitario.

3.1. GESTIONE DEL FARMACO E CONTRASTO ALL'ANTIMICROBICORESISTENZA

Gli antimicrobici sono essenziali per le cure sanitarie e la salute delle popolazioni di animali e del bestiame. Qualsiasi uso di antimicrobici può comportare lo sviluppo della resistenza antimicrobica, ma il rischio aumenta se tali antimicrobici sono usati impropriamente.

L'obiettivo della riduzione del fenomeno della antimicrobicoresistenza (AMR) verrà perseguito tramite la corretta gestione del farmaco con il contributo e il coinvolgimento di tutti i portatori di interesse implementando gli strumenti di sorveglianza a disposizione sia sull'utilizzo appropriato dei farmaci in zootecnia e il monitoraggio dell'AMR attraverso strumenti di analisi delle vendite e del consumo.

Regione Lombardia con Deliberazione n° X /7468 del 04 dicembre 2017 avente per oggetto: Determinazioni relative alle azioni per il contrasto all'AMR e il controllo del consumo di antibiotici in ambito umano e in ambito veterinario in Regione Lombardia: Piano Regionale 2018/2020 ha definito le azioni che a livello territoriale le ATS dovranno implementare per raggiungere gli obiettivi di un controllo del fenomeno della AMR; incentivando lo sviluppo del sistema di tracciabilità del farmaco veterinario e l'elaborazione di indicatori che permettano controlli mirati nella filiera di commercializzazione e somministrazione.

Inoltre, con Delibera Giunta regionale 11 dicembre 2018 - n. XI/996 sono state fornite ulteriori determinazioni in ordine allo sviluppo della strategia regionale per il contrasto all'AMR nel settore veterinario. Tale strategia si basa su una fattiva collaborazione di tutti i portatori di interesse nel raggiungere gli obiettivi fissati.

In quest'ottica le ATS dovranno implementare la formalizzazione di protocolli operativi da parte dei portatori di interesse e monitorare l'andamento della progettualità secondo le indicazioni regionali.

Verrà formalizzato il modello di protocollo che sarà integrato da un allegato, redatto dagli operatori coinvolti ed in linea con i principi elencati nel provvedimento regionale del 11 dicembre 2018. In questo allegato gli operatori, in base alla loro attività, descriveranno gli interventi che contribuiranno in maniera fattiva al contrasto all'AMR.

Tale approccio è in linea con tutte le politiche comunitarie.

Entro il termine del 31 dicembre 2019 ogni ATS dovrà formalizzare con gli operatori del territorio di competenza almeno tre proposte di protocollo.

3.2. SANITÀ ANIMALE

3.2.1. Controlli in materia di Condizionalità sul sistema di identificazione e registrazione degli animali

La Deliberazione N. XI/522 del 28.05.2019 del Consiglio regionale prevede che i controlli che i Servizi Veterinari delle ATS conducono nelle aziende agricole per verificare il rispetto della normativa in materia di identificazione e registrazione degli animali siano ottimizzati e semplificati.

Alla luce di tale Deliberazione e delle risultanze della riunione con Agea e Ministero della Salute del 12.06.2019, i controlli del sistema di identificazione e registrazione degli animali dovranno essere semplificati prevedendo che le verifiche previste sui capi movimentati dal primo di gennaio dell'anno di ispezione alla data del controllo siano effettuate su un campione casuale e rappresentativo di capi movimentati in ingresso e in uscita dall'allevamento.

L'Unità Organizzativa veterinaria, con apposita nota e dopo la conclusione degli sviluppi informatici necessari, comunicherà alle ATS le modalità con cui attuare la verifica a campione dei capi movimentati nel corso dei controlli del sistema di identificazione e registrazione degli animali.

Le nuove modalità di controllo saranno accompagnate dallo sviluppo nuove funzionalità informatiche del Sistema Informativo Veterinario Integrato (SIVI), che consentiranno di selezionare direttamente da parte della BDR, con criteri di casualità, il campione dei capi movimentati nel corso dell'anno di ispezione da verificare.

Successivamente alla trasmissione delle nuove procedure di controllo alle ATS e allo sviluppo delle funzionalità informatiche atte a estrarre da BDR il campione di capi da verificare, i Dipartimenti Veterinari dovranno garantire che i controlli del sistema di identificazione e registrazione degli animali siano coerenti con la normativa vigente e le indicazioni regionali.

3.2.2. Tutela degli animali d'affezione tramite un progetto pilota per agevolare l'accesso alle prestazioni veterinarie per le categorie socialmente deboli

La crescente sensibilità dell'opinione pubblica riguardo gli animali d'affezione e al ruolo da loro ricoperto nel contesto sociale richiede un sempre maggiore impegno della Sanità Pubblica Veterinaria per riconoscerne le dignità, prevenire il randagismo e malattie anche gravi per l'uomo, e tutelarne il benessere. Quest'ultimo è inscindibile dalla tutela sanitaria e deve

prevedere interventi a favore delle fasce di popolazione socialmente deboli e impossibilitate a curare le patologie che possono colpire i loro animali d'affezione.

Questo è ribadito nel PRS dell'XI Legislatura che considera prioritaria la tutela degli animali d'affezione, da perseguire in collaborazione con le Associazione e gli Ordini Veterinari tramite la definizione di azioni finalizzate all'accesso alle prestazioni veterinarie per le categorie socialmente deboli e che abbiano come obiettivo prestazioni gratuite o dietro pagamento di una quota di partecipazione.

Con la DCR n. XI/340 del 18 dicembre 2018, il Consiglio Regionale, rilevando che le fasce economicamente più deboli della popolazione spesso non possono far fronte a cure appropriate per i propri animali domestici, arrivando talvolta a dover rinunciare al loro affetto, impegna la Giunta regionale ad identificare risorse per istituire un'assistenza veterinaria di base gratuita.

Nelle more dell'identificazione di uno specifico stanziamento, viene istituito un progetto pilota di collaborazione tra Regione Lombardia, Università degli Studi di Milano e gli Ordini dei Medici Veterinari.

Tale sperimentazione, della durata di 24 mesi a far data dall'approvazione, prevede, sotto la *governance* di Regione Lombardia, il coinvolgimento dell'Università degli Studi di Milano per attività di ricerca ed assistenza veterinaria, ed il coinvolgimento degli Ordini dei Medici Veterinari per la predisposizione di elenchi di strutture sanitarie veterinarie e professionisti disponibili ad offrire prestazioni veterinarie, da erogarsi sul territorio regionale, a tariffe definite e riservate a soggetti socialmente deboli secondo le indicazioni dei Comuni di residenza.

Si rimanda a specifico protocollo formalizzato dalla UO Veterinaria della DG Welfare al fine di consentire la convenzione tra i portatori di interesse.

Le ATS dovranno promuovere il protocollo a livello territoriale coinvolgendo i Comuni e gli Ordini dei Medici Veterinari, inoltre dovranno monitorare l'attività relazionando alla UO Veterinaria della DG Welfare in merito:

- al numero delle adesioni delle strutture e dei veterinari;
- alla stima dei volumi di attività;
- alle criticità riscontrate.

3.3. Applicazione dell'art. 100, comma 2-bis, sull'utilizzo delle risorse di cui all'art. 7, comma 1 del d.lgs. 194/08

In relazione alla Legge Regionale 30 dicembre 2009, n. 33 Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità - Applicazione dell'art. 100, comma 2-bis, sull'utilizzo delle risorse di cui all'art. 7, comma 1 del D.Lgs. 194/08, richiamato quanto disposto:

- dalla L.r. 33/2009, art. 100, comma 2-bis "Al fine di garantire il mantenimento, il potenziamento e il miglioramento dell'efficacia della programmazione e dell'attuazione del piano regionale integrato della sanità pubblica veterinaria, le ATS possono stipulare contratti di lavoro a tempo determinato attingendo alle risorse di cui all'articolo 7, comma 1, del decreto legislativo 19 novembre 2008, n. 194 (Disciplina delle modalità di rifinanziamento dei controlli sanitari ufficiali in attuazione del regolamento (CE) n. 882/2004), fino ad assicurare il 100 per cento del turnover dell'area veterinaria";

- dalla DGR n. XI/1046 del 17/12/2019, di approvazione delle c.d. Regole di Sistema per l'anno 2019, nella quale alla lettera e) del punto 13.3.1. è previsto che "le ATS sono autorizzate ad effettuare assunzioni, nell'ambito del turn over del 75%; e fino ad un massimo del 100% relativamente al solo personale delle Dirigenze e tecnico della prevenzione ed assistente sanitario dei Dipartimenti della Prevenzione e Medica e Veterinaria;" ;
- dalla DCR n. XI/522 del 28/05/2019, con la quale è stato adottato il Piano regionale integrato della Sanità pubblica veterinaria (PRISPV 2019-2023), che al titolo V prevede" la Giunta, nel transitorio dello svolgimento delle misurazioni e valutazioni, dovrà cercare di garantire il completo turn-over degli organici dei Dipartimenti Veterinari e sicurezza alimenti di origine animale. Qualora si evidenziassero situazioni emergenziali o ulteriori esigenze di personale a tempo indeterminato, rappresentate dalle ATS, saranno valutate dalla Direzione Generale Welfare ed eventualmente autorizzate e finanziate. Necessità di convenzioni libero-professionali e lavoro somministrato, saranno soddisfatte ricorrendo alle risorse vincolate nell'ambito del fondo funzioni non tariffate, alle risorse derivanti dal D.Lgs. 194/2008 e dalle sanzioni, fino a capienza di queste fonti.";

si ritiene necessario fornire le seguenti indicazioni:

1) ai sensi del combinato disposto delle sopra richiamate disposizioni nazionali e regionali le ATS possono assicurare, tramite assunzioni a tempo determinato, il 100% del turn-over del personale veterinario;
2) le assunzioni di cui al punto precedente dovranno avere come unica fonte di finanziamento i ricavi provenienti dalle entrate connesse alla riscossione delle tariffe da parte di soggetti privati introitate ai sensi della lettera a) comma 1 dell'art. 7 del D.Lgs. 194/2008in corso di esercizio;
3) eventuali assunzioni effettuate ai sensi della citata disciplina dovranno essere tempestivamente comunicate alla Direzione Generale Welfare. Le stesse andranno rendicontate secondo idonee modalità che verranno comunicate.

Si precisa che la spesa connessa al personale di cui al precedente punto 1), in quanto finanziata esclusivamente attraverso introiti da parte di privati, non concorrerà al tetto dei limiti di spesa del personale delle pubbliche amministrazioni di cui alla vigente normativa.

4. AREA SOCIOSANITARIA

4.1. VILLAGGIO ALZHEIMER

La DGR 1046/2018 ha previsto la possibilità per gli enti gestori di presentare alle ATS territorialmente competenti progetti per attività sperimentali qualificate come "villaggio Alzheimer", nell'ambito di procedure ad evidenza pubblica da indire da parte delle ATS entro il 30/04/2019.

La stessa DGR ha previsto che a sostegno di tale attività sperimentale nel 2019, vengano messi a disposizione 2 milioni dei 33.050.000 complessivamente destinati alla misura RSA aperta, essendo la stessa rivolta prioritariamente a persone affette da demenza.

Ne consegue l'interesse a sperimentare operativamente l'attività innovativa nel corso del 2019, anche al fine di valutarne l'efficacia, l'efficienza e la possibilità di passaggio a regime per rafforzare la propria rete di servizi. Ritenendo che tali valutazioni presuppongano l'acquisizione

di evidenze sull'attività di almeno un trimestre, si procede ad individuare, nella data del 30/09/2019 il termine ultimo entro il quale devono essere stipulati i previsti accordi contrattuali tra ATS territorialmente competente e i gestori che regoleranno l'erogazione dell'attività per il 2019; in ogni caso la decorrenza dell'accordo contrattuale non può essere antecedente alla data dell'atto deliberativo con cui ATS ha riconosciuto l'idoneità operativa della specifica sperimentazione.

Le ATS provvedono a trasmettere con apposito provvedimento i progetti valutati idonei e la Direzione Generale Welfare procederà ad assegnare le relative risorse per la stipula degli accordi contrattuali, sulla base dell'ordine di arrivo dei relativi atti deliberativi, fino a concorrenza del budget previsto dalla DGR 1046/2018.

Si conferma infine la prevista tariffa di 29€/die.

4.2. HOSPICE PEDIATRICO

Per quanto riguarda l'Hospice Pediatrico previsto dalla DGR 1046/2018, una volta completato l'iter di accreditamento si dà mandato alla Direzione Generale Welfare di procedere alla messa a contratto nei limiti delle risorse già previste dalla medesima DGR 1046/2018.

5. ECONOMICO FINANZIARIO

5.1. EQUILIBRIO DI BILANCIO

Le aziende che non dovessero raggiungere i valori di produzione sottoscritti a contratto, anche per effetto delle sanzioni derivanti dai controlli NOC, dovranno garantire l'equilibrio di bilancio attraverso l'incremento di ricavi non contingentati da contratto (es. entrate proprie, prestazioni ambulatoriali fino al limite del 106) e/ o attraverso la contrazione dei costi.

5.2. COMPLETEZZA FLUSSI

Al fine di garantire la chiusura del bilancio entro il 30 aprile, dovranno essere garantiti flussi di attività completi per il 15 di febbraio ivi compresi quelli socio-sanitari e non saranno ammesse variazioni successive.

In relazione a prestazioni effettuate e non rendicontate nei termini, vale la regola sopra descritta a garanzia dell'equilibrio di bilancio.

5.3. NSO: ORDINATIVO ELETTRONICO

La Legge di bilancio 2018 (L. 27 dicembre 2017, n. 205, in particolare art 1.c.411,412,413,414), e da ultimo il Decreto MEF del 7 dicembre 2018, hanno stabilito che, al fine di incentivare l'efficienza e la trasparenza del sistema di approvvigionamento della pubblica amministrazione, con decorrenza 1 ottobre 2019, tutti gli ordini di acquisto, delle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale, relativi a "beni e servizi", dovranno essere effettuati esclusivamente in formato elettronico e trasmessi per il tramite del Nodo di Smistamento degli Ordini di acquisto (NSO).
Il Decreto MEF stabilisce inoltre che:

• “a decorrere dal 1 ottobre 2019, sulle fatture elettroniche sono obbligatoriamente riportati gli estremi dei documenti secondo le modalità stabilite nelle linee guida di cui all'articolo 2”;
• “a decorrere dal 1 ottobre 2019, gli enti del SSN e i soggetti che effettuano acquisti per conto dei predetti enti non possono dar corso alla liquidazione e successivo pagamento di fatture non conformi a quanto disposto”.
L’adempimento riguarderà in questa prima fase l’invio in forma elettronica degli ordini relativi agli “acquisti dei beni e servizi” ed in un secondo momento la gestione dematerializzata di tutto l’intero (ciclo passivo - processo di acquisto) e quindi anche l’invio in forma elettronica dei documenti attestanti la consegna dei beni (DDT) e l’esecuzione dei servizi.

6. INVESTIMENTI

6.1. PARERI OBBLIGATORI PER L’APPROVAZIONE DI PROGETTI DI EDILIZIA SANITARIA

Si confermano le indicazioni di cui al punto 14.3 delle Regole di Gestione del Servizio Sociosanitario 2019, approvate con DGR XI/1046 del 17/12/2018 *“Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sociosanitario per l’esercizio 2019 - (di concerto con gli Assessori Caparini, Piani e Bolognini)”,* che si intendono qui integralmente richiamate ed integrate dalle seguenti prescrizioni:

1. SOGGETTO RICHIEDENTE I PARERI EX ART. 1, COMMA 6, L.R. 5/2007
   A seguito della modifica della LR 5/2007 operata con LR 12/2018, la facoltà di chiedere all’unità tecnica di formulare pareri in merito a progetti di lavori pubblici è riservata alle Direzioni regionali, secondo le modalità previste dalla DGR n. XI/566/2018.
   Pertanto, eventuali istanze dirette di parere da parte delle Stazioni Appaltanti non verranno prese in considerazione dall’Unità Tecnica.

2. SOGGETTO COMPETENTE AL RILASCIO DI PARERI EX ART. 1, COMMA 6, L.R. 5/2007
   Con l’abrogazione del comma 10, dell’art. 1, LR 5/2007 non è più prevista l’espressione del parere da parte degli Uffici Territoriali Regionali.
   Il rilascio dei pareri su progetti di edilizia sanitaria, se ed in quanto previsto come meglio di seguito, è esclusivamente devoluto all’Unità Tecnica di cui alla DGR n. XI/566 del 24/09/2018.

3. PROGETTI DI EDILIZIA SANITARIA SOTTOPONIBILI A PARERE DELL’UNITA’ TECNICA:
   La Giunta Regionale ha disposto con D.G.R. n. XI/566 del 24/09/2018 che i pareri all’Unità Tecnica di cui all’art. 1, c. 9 lett. a) e b), l.r. n. 5/2007 possano essere richiesti dalle Direzioni regionali per:
   - progetti, o varianti progettuali, relativi a nuove opere, se di importo lavori superiore a 300.000 €;
   - progetti, o varianti progettuali, relativi a opere o edifici esistenti, se di importo lavori superiore a 3.000.000 €;

   Sono esclusi da parere, a prescindere dalle suddette soglie economiche, gli interventi di manutenzione ordinaria di cui all'art. 27, c. 1, della LR 12/2005, come meglio specificato in allegato F della citata D.G.R. n. XI/566/2018.

4. RISVOLTI OPERATIVI
   Alla luce di quanto precede, le Stazioni appaltanti proponenti dovranno attenersi alle presenti indicazioni:

per progetti il cui valore dei lavori, compresi oneri sicurezza, al netto di Iva superi i parametri economici sopra indicati:

le Stazioni Appaltanti proponenti dovranno trasmettere alla Direzione Generale Welfare il progetto, completo di tutti gli atti tecnici ed amministrativi, da porre a base di gara secondo le modalità individuate dalle linee guida di cui al DDG Welfare n.13863 del 23 dicembre 2016 ed in coerenza con il vigente Codice dei Contratti.

La Direzione Generale Welfare provvederà alla relativa approvazione, ove ne sussistano i presupposti, esercitando del caso la facoltà di cui all'art. 1, comma 6, LR 5/2007 di richiedere il preventivo parere dell'Unità Tecnica.

Il parere dell'Unità Tecnica è da ritenersi necessario e vincolante nei seguenti casi:

a) Progetti da ammettere a finanziamento a valere su fondi statali art.20 L.67/1988, in ottemperanza agli Accordi Stato-Regioni attualmente in vigore;
b) Progetti di collaborazione pubblico-privato che prevedano realizzazione di lavori pubblici assistiti da contributo pubblico in conto capitale per un valore superiore alle soglie individuate;
c) Progetti per nuove strutture di ricovero e cura;
d) Varianti progettuali di particolare complessità o di particolare valore economico che richiedono specifici approfondimenti di natura tecnica ed economica;
e) Progetti per i quali disposizioni di legge o di regolamento prevedano il parere obbligatorio dell'Unità Tecnica;
f) opere di edilizia sanitaria di importo superiore a 25 milioni di euro, finanziati per almeno il cinquanta per cento dalla Regione e/o dallo Stato, ricomprese in accordi di programma quadro sottoscritti con il Governo nazionale.

In tutti gli altri casi, resta ferma la facoltà della Direzione Generale Welfare di richiedere il parere dell'Unità Tecnica per ragioni di complessità progettuale e/o rilevanza economica dello stesso.

Il parere dell'Unità Tecnica assolve ai sensi dell'art. 1, comma 6, LR 5/2007 a positiva verifica di congruità tecnico-amministrativa dei progetti alla normativa vigente e agli standard tecnici attinenti al settore delle opere pubbliche.

per progetti il cui valore dei lavori al netto di Iva risulta inferiore ai parametri economici di cui sopra:

In via generale, per i progetti il cui valore dei lavori al netto di Iva risulta inferiore ai parametri economici di cui sopra le Stazioni Appaltanti procederanno alla progettazione degli interventi ai sensi del vigente Codice dei Contratti ed alla approvazione del progetto da porre a base di gara (o altra procedura pubblicistica), avendo cura di trasmettere alla Direzione Generale Welfare idonea comunicazione di avvenuta approvazione.

Si sottolinea che il provvedimento aziendale di approvazione assolve la funzione di:

- positiva verifica di congruità tecnico-amministrativa dei progetti alla normativa vigente e agli standard tecnici attinenti al settore delle opere pubbliche;
- positiva verifica di coerenza programmatoria generale con la normativa regionale e nazionale;
- attestazione di coerenza con la destinazione del finanziamento come definito nell'atto di assegnazione regionale.

Conseguentemente, le Stazioni Appaltanti potranno:

- procedere all'attivazione degli interventi, nel rispetto delle procedure e della normativa vigente, ad avvenuta approvazione del progetto da parte della stazione

appaltante a seguito della notifica del provvedimento di assegnazione e impegno di spesa in caso di interventi assistiti esclusivamente da finanziamenti regionali;

- procedere all'attivazione degli interventi, nel rispetto delle procedure e della normativa vigente, solo previa approvazione del progetto da parte dell'amministrazione regionale in caso di interventi assistiti da finanziamenti statali.

La Giunta Regionale si riserva comunque di individuare, all'interno degli atti di cornice regolatoria eventuali tematiche o progetti, ancorché di importo inferiore ai parametri economici di cui sopra, per i quali si richieda parere dell'Unità Tecnica.

In caso di varianti in corso d'opera, sino a nuove determinazioni restano ferme le indicazioni di cui al punto 14.6 delle Regole di Gestione del Servizio Sociosanitario 2019, approvate con DGR XI/1046 del 17/12/2018 "*Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sociosanitario per l'esercizio 2019 - (di concerto con gli Assessori Caparini, Piani e Bolognini)"*.

6.2. DOCUMENTAZIONE A CORREDO DELLE ISTANZE DI ACQUISIZIONE DI GRANDI APPARECCHIATURE SANITARIE SOGGETTE AL FLUSSO D.M. 22 APRILE 2014

In merito alle Grandi apparecchiature sanitarie soggette al Flusso ministeriale D.M. 22/4/2014 si ravvisa la necessità di procedere ad un aggiornamento della "Scheda presentazione sostituzione tecnologie sanitarie" di cui all'Allegato B alla D.G.R. n. X/2324 del 5/9/2014 al fine di poter consentire alla Commissione per le Apparecchiature Sanitarie ad Alta Tecnologia una più completa ed esaustiva analisi delle istanze presentate.
A tal fine si dà mandato alla Direzione Generale Welfare di procedere all'elaborazione e all'approvazione -con Decreto del Direttore Generale- della nuova modulistica in sostituzione della Scheda di cui all'Allegato B alla D.G.R. n. X/2324 del 5/9/2014 attualmente in uso.

Sub Allegato A "ODONTOIATRIA"

Per i **pazienti con diabete di tipo 1 e per i pazienti in terapia anticoagulante orale** sono incluse nell'ambito del criterio di "vulnerabilità sanitaria" (criterio discendente) le seguenti prestazioni per i pazienti residenti in Regione Lombardia:
23.09 (estrazione);
23.19 (altra estrazione);
23.73 (apicectomia);
24.20.1 (gengivoplastica);
24.31 (asportazione di lesione o di altro tessuto);
24.39.1 (levigatura delle radici);
24.39.2 (intervento chirurgico preprotesico);
24.4 (asportazione lesione dentaria);
96.54.1 (ablazione del tartaro).

Per i pazienti residenti in Regione Lombardia, nei casi di **gravi atrofie ossee mascellari** sono incluse nell'ambito del criterio di "vulnerabilità sanitaria" (criterio discendente) le prestazioni di chirurgia pre-protesica (chirurgia ricostruttiva ossea da osso autologo o sintetico o osso di banca) e implantologica, riservate unicamente alle gravi atrofie dei mascellari, non risolvibili con le tradizionali tecniche di protesi mobile, e alle mancanze di struttura ossea in pazienti post-traumatici o sottoposti a demolizioni oncologiche.
In tutti i suddetti casi, i costi relativi ai dispositivi implantari e protesici risultano comunque a carico del paziente.
Per quanto riguarda la corretta individuazione delle gravi atrofie del mascellare si rimanda alla scheda "Atrofie ossee mascellari" della DGR 6006/2016: l'individuazione della classe di atrofia registrata, la sua oggettivazione per imaging nonché la relazione con l'impossibilità di procedere con trattamenti protesici conservativi, devono esplicitamente essere riportati nella documentazione sanitaria.

Le citate condizioni dovranno essere valutate dallo specialista operante nella struttura dove si deve svolgere il trattamento odontoiatrico e riportate chiaramente nei documenti sanitari.
L'accertamento del criterio che determina l'erogabilità della prestazione con il SSN è a carico del medico specialista prescrittore che stila l'impegnativa.

Modalità prescrittiva.
Per la prescrizione delle suddette prestazioni agli aventi diritto si dovrà aggiungere al quesito clinico la condizione di fragilità (ad es.: residuo radicolare in paziente in terapia anticoagulante oppure parodontopatia in paziente diabetico) senza apporre alcuna nota relativa alla condizione di erogabilità.

Sub Allegato B - SCHEDA PER LA REGISTRAZIONE AL CATASTO COMUNALE DELLE TORRI DI RAFFREDDAMENTO-CONDENSATORI EVAPORATIVI (Legge regionale 33/2009 Art. 60 bis1)

1. UBICAZIONE DEL SITO

Indirizzo			
Comune		Provincia	
Denominazione			
Codice ATECO			

2. PROPRIETARIO DELL'IMPIANTO

Nome	
Cognome	
Ragione Sociale	
CF/PI	
e-mail	
pec	
Telefono	
cellulare	

3. GESTORE DELL'IMPIANTO

Nome	
Cognome	
Ragione Sociale	
CF/PI	
e-mail	
pec	
Telefono	
cellulare	

LA SEGUENTE PARTE DELLA SCHEDA DOVRÀ ESSERE RIPETUTA PER OGNI TORRE DI RAFFREDDAMENTO O CONDENSATORE OPERATIVO PRESENTI NEL SITO

4. IDENTIFICAZIONE

Identificativo *	

*ove non sia presente un identificativo descrivere la posizione in modo che la torre/il condensatore sia chiaramente identificabile

5. UTILIZZO CUI LA TORRE E' DESTINATA

❑ Impianto di climatizzazione di ambienti (specificare la destinazione d'uso di tali ambienti):

- ❑ Commerciale
- ❑ Direzionale
- ❑ Produttivo (Specificare il ciclo produttivo: .....)
- ❑ Socio Assistenziale
- ❑ Sanitario
- ❑ Altro (Specificare ……..……..)

❑ Impianto per raffreddamento di macchinari e processi
❑ Impianto frigorifero (e.g. magazzino refrigerato)

❑ Impianto di produzione energetica

❑ Impianto per l'abbattimento ad umido di polveri e contaminanti (e.g. scrubber)

❑ Altro (Specificare

……)

6. CARATTERISTICHE DELLA TORRE DI RAFFREDDAMENTO

5.1 Tipologia dell'apparato

- ❑ Torre evaporativa a ciclo aperto
- ❑ Torre evaporativa a ciclo chiuso
- ❑ Condensatore evaporativo
- ❑ Raffreddatori di liquido ad umido (spray)
- ❑ Abbattitore di contaminanti/Scrubber
- ❑ Raffrescatore evaporativo indiretto
- ❑ Altro (Specificare ……..……..

5.2 Costruttore ……

5.3 Modello ……

5.4 Potenza di raffreddamento nominale ……**[kW$_t$]**

7. ORIGINE ACQUA DI ALIMENTAZIONE

❑ acquedotto ❑ pozzo ❑ acqua superficiale

8. TRATTAMENTI ACQUA

Filtrazione ❑ Si ❑ No

Trattamento acqua
❑ Nessun trattamento
❑ Addolcimento
❑ Osmosi inversa
❑ Demineralizzazione
❑ Altro …….

Condizionamento chimico
❑ nessun trattamento
❑ a prevalente azione antincrostante
❑ a prevalente azione anticorrosiva
❑ azione antincrostante e anticorrosiva
❑ biocida
❑ altro ……..…

Spurgo automatico in relazione alla concentrazione salina: ❑ Si ❑ No

Se No, specificare come è eseguito lo spurgo: ……..

Specificare la destinazione delle acque di spurgo ……..

9. CARATTERISTICHE DI GESTIONE E MANUTENZIONE

Presenza di separatore di gocce che coprono tutta la superficie di scarico, di alta efficienza in modo che le perdite di acqua sotto forma di aerosol siano contenute a meno dello 0,05% della massa d'acqua circolante. ❑ Si ❑ No

Impianto facilmente accessibile anche nelle parti interne, onde favorirne l'ispezione e le operazioni di manutenzione ordinaria e straordinaria, pulizia, disinfezione e campionamento. ❑ Si ❑ No

Superfici interne della vasca di raccolta lisce, con angoli arrotondati, di facile pulizia e disinfezione. ❑ Si ❑ No

Piatto della vasca realizzato in maniera da evitare il ristagno di acqua e con almeno uno scarico, posizionato nel punto più basso, per l'evacuazione completa del sedimento. ❑ Si ❑ No

Utilizzo: annuale ❑ stagionale ❑

GLOSSARIO

Piano di manutenzione: Il piano di manutenzione è il documento complementare al progetto esecutivo che, tenendo conto degli elaborati progettuali esecutivi e dei loro aggiornamenti "as built", prevede, pianifica e programma l'attività di manutenzione dell'apparato con il fine di mantenerne nel tempo la funzionalità e la sicurezza di impiego, le caratteristiche di qualità e di igiene ambientale, l'efficienza energetica ed il valore economico.
Ispezione: attento esame, controllo per sorvegliare lo stato di qualcosa, l'andamento di una situazione

Campionamenti: l'operazione di prelevamento della parte di una sostanza di dimensione tale che la proprietà misurata nel campione prelevato rappresenti, entro un limite accettabile noto, la stessa proprietà nella massa di origine. In altre parole, il fine ultimo del campionamento ambientale è sempre quello di consentire la raccolta di porzioni rappresentative della matrice che si vuole sottoporre ad analisi.

Pulizia: insieme di operazioni che occorre praticare per rimuovere lo "sporco visibile" di qualsiasi natura (polvere, grasso, liquidi, materiale organico) da qualsiasi tipo di ambiente, superficie, macchinario ecc. La pulizia si ottiene con la rimozione manuale o meccanica dello sporco anche – eventualmente – con acqua e/o sostanze detergenti (detersione). La pulizia è un'operazione preliminare e si perfeziona ed è indispensabile ai fini delle successive fasi di disinfezione.

Disinfezione: l'insieme delle misure attuate al fine di ridurre a un livello detto "di sicurezza" i microrganismi patogeni (virus, batteri, funghi, spore, protozoi) presenti su una superficie o nell'ambiente tramite uccisione, inattivazione o allontanamento di questi.

Sub Allegato C "Atti di violenza a danno degli operatori sanitari in ambito ospedaliero: metodologia di analisi e gestione del rischio"

Guida operativa

1. **Premessa**

2. **Definizione e classificazione della violenza**

3. **Metodologia di Valutazione e Gestione del Rischio**

3.1 Analisi del fenomeno e fattori di rischio
3.2 Formazione/informazione/addestramento/sensibilizzazione
3.3 Azioni preventive/correttive

4. La tutela della salute

5. Attività congiunte tra Area Risk Management e UO Prevenzione

Bibliografia

Allegati

Allegato 1 - *Analisi atti di violenza a danno degli operatori in ambito ospedaliero – certificati di infortunio Regione Lombardia*

Allegato 2 - *Schema INDICAZIONI PER LA GESTIONE DEI COMPORTAMENTI VIOLENTI DELL'UTENTE A DANNO DEGLI OPERATORI*

Allegato 3 - *Approfondimento normativo*

Allegato 4 – *Poster per la prevenzione degli atti di violenza in ambito sanitario - Regione Lombardia*

1.Premessa

Il fenomeno della "violenza sul lavoro derivante da terzi" è in costante aumento e il comparto sanitario è uno dei settori maggiormente coinvolto (Allegato 1 - *Analisi atti di violenza a danno degli operatori sanitari in ambito ospedaliero – certificati di infortunio Regione Lombardia)*.

Come riportato dalla raccomandazione del Ministero della Salute n. 8/2007, una stima del Bureau of Labor Statistics statunitense[1] indica per gli operatori ospedalieri un tasso di incidenza di aggressione non mortale pari a 9,3/10.000 contro un valore di 2/10.000 nei lavoratori delle industrie del settore privato. Molti di questi episodi avvengono all'interno di ospedali, strutture territoriali, in primo luogo servizi per la tossicodipendenza (SerD), centri di salute mentale, servizi residenziali e sociali.

Nel 2013 l'INAIL[2] ha indennizzato 4000 infortuni causati da "aggressione o violenza da parte di estranei", di questi quasi un terzo del totale (1200) sono avvenuti nella Sanità e di questi il 71% (851 casi) ha interessato la componente femminile.

Nel 5^ rapporto sul monitoraggio degli eventi sentinella a cura del Ministero della Salute[3], l'evento "atti di violenza a danno di operatore" rileva un totale di 165 episodi, pari all' 8.6% di tutti gli eventi segnalati[4].

Precisato che per "atti di violenza" si debbano intendere TUTTE le seguenti forme:

1. *violenza fisica, intesa a danneggiare o ferire*
2. *violenza verbale, intesa a offendere o denigrare*
3. *molestie, anche di tipo sessuale*
4. *danni a cose*

i fenomeni di aggressività sul lavoro risaltano solo quando si concretizzano in azioni di particolare gravità, mentre passano in secondo piano comportamenti dall'impatto immediato più contenuto, ma importanti per gli effetti di medio lungo periodo sia per l'individuo che per l'organizzazione, che si sostanziano nel tono della voce, nella gestualità, nelle minacce implicite o nel sarcasmo e che possono rappresentare l'anticamera di fenomeni più gravi.

Tra le cause del fenomeno vi sono fattori di tipo esogeno, non controllabili direttamente dal datore di lavoro (ad esempio caratteristiche soggettive dell'utente, abuso di alcol e droghe), ma anche fattori organizzativi che possono stimolare fenomeni aggressivi e sui quali è possibile intervenire secondo una logica preventiva, agendo su pratiche mirate al coinvolgimento dei lavoratori e attraverso comportamenti manageriali che facilitino un clima collaborativo e di trasparenza.

Proprio la logica preventiva guida il presente atto di indirizzo il cui obiettivo è quello di fornire alle strutture sanitarie un metodo di analisi per la gestione di tale rischio, che, per sua peculiare natura, deve prevedere un approccio multidisciplinare.

[1] U.S. Department of Labor (DOL), Bureau of Labor Statistics: Survey of Occupational Injuries and Illnesses, 2000. Washington, 2. DC: DOL, 2001.

[2] La rilevazione si riferisce esclusivamente ad infortuni che hanno comportato un danno di natura psico-fisica per il lavoratore con esiti di inabilità temporanea di almeno 3 giorni di assenza dal lavoro o di invalidità permanente pari almeno al 6%. (D'Amico F., Giovannone M. e Della Porta D. - Prendersi cura di chi cura La sicurezza e la tutela sul lavoro delle donne che operano nel campo dell'assistenza sanitaria. Studio realizzato per ANMIL (Associazione Nazionale fra Lavoratori e Mutilati e Invalidi del Lavoro 2015:3-139

[3] 5° Rapporto sul Monitoraggio degli eventi sentinella- Ministero della Salute 2015 (un evento sentinella è un evento inatteso che comprende la morte o gravi lesioni fisiche o psichiche o il rischio di esse)

[4] Sistema Nazionale di Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES)- gli "atti di violenza a danno di operatori sanitari" sono considerati eventi sentinella (la cui soglia di allarme è 1) in quanto signaler della presenza nell'ambiente di lavoro di situazioni di rischio o di vulnerabilità che richiedono l'adozione di opportune misure di prevenzione e protezione dei lavoratori

Oggetto del presenti documento è l'analisi e la gestione del rischio da agito violento, determinato da terzi a danno di operatori sanitari che operano in ambito ospedaliero, fermo restando che le medesime indicazioni possono trovare applicazione anche negli altri ambiti del settore sanitario a carattere non ospedaliero. Ai fini di una facile fruizione sono proposte in forma tabellare liste guida, indicative e non esaustive, che possono orientare nella gestione del rischio di cui trattasi.

Le migliori esperienze di gestione del rischio praticate sul territorio regionale hanno messo in evidenza la necessità di ricondurre l'intero percorso di prevenzione alla costituzione di un *gruppo di coordinamento aziendale multidisciplinare*, avendo verificato sul campo che nessuna professionalità singolarmente è in grado di affrontare e gestire un fenomeno di particolare complessità.
Inoltre il documento intende fornire indicazioni operative in riferimento alla più recente sollecitazione del Ministero della Salute in merito all'applicazione della Raccomandazione n. 8 del Novembre 2007 - nota "*Misure per garantire la sicurezza degli operatori sanitari nelle strutture sanitarie*" del Ministero della Salute dell'8 maggio 2018, al fine di favorire l'auspicata integrazione di tutte le azioni tese al presidio di questo specifico rischio lavorativo.

Si offre in chiusura un'immagine scelta da Regione Lombardia tra quelle che tante Aziende hanno dedicato al tema riconoscendo in essa l'adeguatezza e la chiarezza di messaggio che devono accompagnare ogni campagna informativa di prevenzione sul rischio di violenza ed aggressione sui luoghi di lavoro.

2.Definizione e classificazione della violenza

L' OMS definisce violenza "*l'utilizzo intenzionale della forza fisica o del potere, minacciato o reale, contro un'altra persona, o contro un gruppo o una comunità, che determini o che abbia un elevato grado di probabilità di determinare lesioni, morte, danno psicologico, cattivo sviluppo o privazione*".

Il National Institute of Occupational Safety and Health - USA (NIOSH) definisce la violenza sul luogo di lavoro: "*Ogni aggressione, comportamento minaccioso, abuso verbale o fisico che si verifica sul posto di lavoro*".
Si riporta in tabella 1 la classificazione delle diverse forme di violenza secondo il Work Safe Victoria[5], ovvero del Victorian WorkCover Authority, autorità del governo dello stato di Victoria (Australia), leader globale nel settore OHS.

Tabella 1: *Work Safe Victoria*

Tipologia di agito	Dettaglio
Aggressione estrema	Attacco con uso di arma, attacco con risultante la morte
Aggressione severa	Attacco con risultante lesioni severe. Ripetuti calci e pugni
Aggressione fisica	Specifiche azioni per colpire e provocare danni fisici tra cui spingere, afferrare, strattonare, pungere
Aggressione fisica minore	Attacchi fisici con risultante lievi lesioni
Minacce, intimidazioni	Specifiche minacce per nuocere con comportamento apertamente aggressivo, abuso, minacce personali di diffamazione anche ad uso dei social media
Aggressioni verbali	Insulti, minacce non specifiche dirette allo staff
Aggressioni verbali minori	Disaccordo, voce alterata

[5] Work Safe Victoria "Prevention and management of aggression in health service – 2008"

Il presente atto di indirizzo considera tutti gli atti di violenza a danno degli operatori che si verificano in occasione di lavoro, indipendentemente dalla volontarietà dell'aggressore e dalla tipologia/gravità delle lesioni conseguenti.

E' utile precisare in questa sede che secondo il Glossario del Ministero della Salute (2006) è considerato evento sentinella "*l'evento avverso di particolare gravità, potenzialmente evitabile, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Il verificarsi di un solo caso è sufficiente per dare luogo ad un'indagine conoscitiva diretta ad accertare se vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili e per attuare le adeguate misure correttive da parte dell'organizzazione*"; sono pertanto definiti eventi sentinella quegli eventi avversi di particolare gravità, indicativi di un serio mal funzionamento del sistema, che causano morte o gravi danni al paziente.

Nell'ambito delle 16 categorie di *eventi sentinella* definite dal Ministero della Salute per il monitoraggio dell'errore umano in sanità, trovano spazio gli ***Atti di violenza a danno di operatore*** **(evento sentinella n. 12)**, per i quali vale la definizione di cui al *Glossario* ministeriale sopra richiamato con trasferimento dell'effetto da paziente ad operatore. Per questa categoria di eventi il Ministero ha previsto un flusso informativo dedicato –SIMES, la cui sperimentazione è stata avviata nel 2005 per approdare, mediante decreto nazionale, all'obbligo per tutte le organizzazioni sanitarie (strutture pubbliche e private a carattere di ricovero e cura) di segnalazione degli eventi sentinella nel 2009. Attraverso il SIMES il Ministero elabora i *Rapporti di monitoraggio degli eventi sentinella*.

Ogni struttura sanitaria, inoltre, registra gli eventi da agito violento nell'ambito dell'*Incident Reporting*, che contiene tutte le segnalazioni effettuate dagli operatori indipendentemente dall'effetto procurato.

In ultimo, quando l'agito violento si verifica in occasione di lavoro, deve essere attivata la denuncia di infortunio sul lavoro ai sensi del D.P.R. 1124/65 con compilazione del *primo certificato di infortunio*.

In tabella 2 viene riportata una sintesi dei sistemi informativi già citati anche in Premessa, che raccolgono le segnalazioni di violenza di cui gli operatori possono essere vittima, con i relativi limiti e vantaggi. Resta che un buon monitoraggio interno degli eventi deve attingere a tutti i sistemi disponibili.

Tabella 2 – *I sistemi informativi*

SISTEMA INFORMATIVO	SOGGETTO SEGNALATORE	LIMITI	VANTAGGI
SIMES	Operatore sanitario (indipendentemente dall'inquadramento contrattuale)	Segnalazione solo se danno grave o morte	Dato corredato delle misure correttive attuate o previste dalla organizzazione sanitaria – flusso nazionale
INCIDENT REPORTING	Operatore in sanità (indipendentemente dall'inquadramento contrattuale e dal ruolo professionale – sanitario/amministrativo)	Risente del livello di sensibilizzazione attuato dalla struttura sanitaria	Dato potenzialmente completo di dettagli
INAIL	Lavoratore in sanità (indipendentemente dal ruolo professionale – sanitario/amministrativo MA riconducibile a definizione di lavoratore ai sensi dell'art. 2 D. Lgs 81/08)	Segnalazione solo se danno	Flusso informativo nazionale e strutturato su tutti i settori di impiego

3.Metodologia di Valutazione e Gestione del Rischio

Il modello di valutazione e gestione del rischio da violenza sul luogo di lavoro per essere efficace deve prevedere un approccio a "ciclo di controllo" analogo a quello indicato nei modelli di gestione dei rischi convenzionali, includendo le seguenti fasi:

1. **Azione preliminare alla valutazione del rischio**: istituzione del gruppo aziendale che coordina e presidia l'intero percorso di valutazione, inclusivo di: direzione sanitaria, affari legali, Risk Management, Servizio di Prevenzione e Protezione ovvero RSPP e ASPP, RLS e Medico competente e di altre fondamentali competenze quali quelle rinvenibili nella Psicologia Clinica, CUG, URP; ed eventualmente ufficio gestione risorse umane. Al team di lavoro inoltre partecipano, come previsto dalla raccomandazione ministeriale 8/2007, anche lavoratori rappresentanti delle c.d. aree di *front line,* maggiormente interessate da questa categoria di rischio, quali: 1 rappresentante delle figure infermieristiche, 1 rappresentante delle figure mediche e 1 rappresentante del personale di vigilanza.
2. **Sensibilizzazione dell'organizzazione:** favorire la formazione e l'informazione del top management aziendale affinché dal top management derivi l'*attestazione* della volontà di presidiare il rischio mediante l'elaborazione di un documento di Policy che contenga, tra gli altri, utili riferimenti per mantenere adeguato nel tempo il livello di sensibilizzazione degli operatori.
3. **Analisi del fenomeno e dei fattori di rischio**: analisi degli eventi violenti, individuazione dei fattori di maggiore complessità e specifiche criticità organizzative.
4. **Analisi dei risultati:** validazione dei risultati con la direzione aziendale e condivisione con il management per una restituzione ai lavoratori.
5. **Definizione delle azioni preventive/correttive:** individuazione delle misure tecniche, organizzative, procedurali, formative necessarie e definizione del programma di attuazione.
6. **Attuazione del programma di intervento**: attuazione delle misure, compreso l'iter formativo e di addestramento, prevedendo di assegnare la responsabilità della conduzione del programma a soggetti o gruppi di lavoro addestrati e qualificati e con disponibilità di risorse idonee in relazione ai rischi presenti.
7. **Monitoraggio**: verifica dell'efficacia delle misure adottate.
8. **Riesame**: aggiornamento e rivalutazione del rischio in funzione di:
   - ✓ andamento complessivo degli eventi (compresi i *near miss*);
   - ✓ rivalutazione in caso di eventi significativi;
   - ✓ verifica di risultato derivante dall'attuazione delle misure preventive/correttive attuate;
   - ✓ individuazione di ulteriori misure.

3.1 Analisi del fenomeno e dei fattori di rischio

A partire dalla lista non esaustiva delle fonti informative (tabella 3) a cui attingere per *l'analisi degli eventi violenti*, si fornisce una elencazione, parimenti indicativa e non esaustiva, di "domande guida" utili alla individuazione di gruppi omogenei di operatori esposti alla presente tipologia di rischio (tabella 4).

Fonti informative
Raccolta dati relativi ai casi segnalati dai lavoratori Incident reporting
Casistica relativa agli Infortuni da violenza/aggressione
Casistica eventi sentinella in SIMES
Esiti della sorveglianza sanitaria applicata dal medico competente
Risultati della Valutazione del rischio Stress Lavoro-correlato
Somministrazione di "questionario individuale" ai lavoratori relativo agli eventi subiti o osservati e loro percezione

Tabella 3 – informative		Fonti
	Approfondimenti con i lavoratori (es. Focus group) o con gli RLS	
	Altro	

La rassegna (tabelle 5, 5.1, 6) di liste di controllo (non esaustive) è funzionale all'individuazione dei fattori di maggiore complessità e criticità organizzative per ogni singolo gruppo omogeneo, e segnatamente all'esame de:

- ✓ fattori connessi *all'organizzazione del lavoro*;
- ✓ *dotazioni tecnologiche* e dei *requisiti strutturali* del luogo di lavoro;
- ✓ attività di formazione/informazione/addestramento/sensibilizzazione.

Tabella 4 – gruppi omogenei

Gli operatori di Unità Operativa/Servizio/Reparto/Ufficio:
Hanno contatto con il pubblico
Eseguono lavori che li possano mettere in conflitto con gli altri (es. gestione delle prenotazioni o delle visite mediche, interfaccia frequente o sistematica con utenti e parenti di quest'ultimi, scambio di denaro)
Lavorano da soli
Lavorano da soli durante la notte o durante le prime ore del mattino
Lavorano in luogo ubicato in area geografica con un alto tasso di criminalità
Utilizzano frequentemente o sistematicamente mezzi di trasporto
Trasportano passeggeri o merci
Svolgono compiti che potrebbero sconvolgere le persone (es. comunicare condizioni cliniche critiche ai pazienti o parenti, ecc)
Hanno a che fare con persone conosciute o sospettate di avere una storia di violenza
Hanno a che fare con persone conosciute o sospettate di avere una patologia psichiatrica
Hanno a che fare con persone che possono avere assunto alcool o sostanze stupefacenti
Altri fattori di rischio non sopra descritti

Tabella 5 – *fattori connessi all'organizzazione del lavoro*

Fattori di rischio connessi all'organizzazione del lavoro
Personale commisurato ai momenti di maggiore attività (es: pasti, orari di visita)
Lavoro svolto in orari a maggior rischio (notturno, prime ore del mattino)
Alto turn-over
Operatori con storie di aggressione, abuso verbale, molestie (es. procedimenti disciplinari)
Cartellino di identificazione del dipendente con omissione di informazioni personali (es. cognome)
La struttura dispone di personale con funzione di addetto alla sicurezza
Il personale addetto alla sicurezza ha autorità sufficiente per intraprendere le azioni necessarie per garantire la sicurezza dei lavoratori
Lunghe attese di pazienti/accompagnatori (liste di attesa per prestazioni, tempi di erogazione delle prestazioni) spesso accompagnate da frustrazione per l'impossibilità di

ottenere subito le prestazioni richieste
Altro

Tabella 5.1 - *Fattori connessi all'organizzazione del lavoro in relazione all'utenza*

Fattori connessi all'organizzazione del lavoro in relazione all'utenza
Pazienti affetti da patologie psichiatriche
Pazienti/parenti con storie di violenza, sotto effetto di droghe, alcool
Rispetto degli orari di accesso ai servizi/reparti da parte dell'utenza
Altro

Tabella 6 – *dotazioni tecnologiche e requisiti strutturali*

Dotazioni tecnologiche e requisiti strutturali
Le zone di attesa, particolarmente nelle aree/reparti a maggior rischio, sono liberi da arredi e oggetti che potrebbero essere usati come arnesi o corpi contundenti
Gli ambulatori particolarmente dei reparti a maggior rischio sono liberi da arredi e oggetti che potrebbero essere usati come armi (forbici, ferma carte, etc.) e gli arredi disposti in modo da evitare l'intrappolamento del lavoratore (via di fuga libera)
La postazione infermieri/operatori è posizionata in modo da consentire un'ampia visuale delle aree
Vi è la possibilità per il lavoratore di essere udito in caso di richiesta di aiuto
Le aree di attesa sono confortevoli (microclima, illuminazione, limitazione dell'affollamento) e correttamente suddivise al fine di evitare affollamento e limitare la diffusione dell'agitazione tra i visitatori
Nella struttura in generale e nelle aree di attesa in generale le modalità informative rivolte agli utenti (es. come utilizzare i servizi, segnaletica informativa, personale dedicato all'informazione) sono adeguate e rapportate alla tipologia di utenza
Sono presenti barriere fisiche di protezione nei luoghi a maggior rischio (ove applicabili)
Nelle aree in cui viene maneggiato denaro le dotazioni presenti garantiscono gli operatori da aggressioni, rapine o altro (es. finestre con vetri antiproiettile, serrature di sicurezza, sistemi di allarme)
Nelle aree a maggior rischio sono disponibili strumenti atti ad attivare prontamente colleghi, addetti alla sicurezza o forze dell'ordine (es. dispositivi portatili, pulsanti di allarme)
Altro

3.2 Formazione/informazione/addestramento/sensibilizzazione

La lista di controllo in tabella 7, indicativa, è strumento per l'esame dell'attività di formazione/informazione/addestramento/sensibilizzazione degli operatori.

Tabella 7 – F*ormazione/informazione/addestramento/sensibilizzazione* degli operatori

Formazione/informazione/addestramento/sensibilizzazione
La struttura ha definito programmi di sensibilizzazione, informazione e formazione specifica degli operatori in relazione al livello di rischio individuato
La struttura ha previsto e definito per i reparti a maggior rischio appositi programmi di formazione/addestramento degli operatori (es. tecniche di de-escaltion, tecniche di divincolo e di contenimento)
Sono state attuate azioni volte a sensibilizzare tutto il personale, compreso quello esternalizzato, sulla specifica tematica
Sono state intraprese azioni atte a favorire l'emersione del fenomeno
Sono state adottate misure atte migliorare le competenze degli operatori nella gestione dei casi (es. istruzioni operative, formazione frontale, formazione sul campo)
La struttura ha messo a punto documentazione, poster, video o materiale informativo rivolti a pazienti/utenti che declinano la politica aziendale intrapresa per la prevenzione degli atti di violenza
La struttura ha messo a punto adeguate modalità informative rivolte agli utenti (orari di accesso, come utilizzare i servizi, segnaletica informativa, personale dedicato all'informazione)
Sono previste modalità mediante cui vengono fornite agli operatori informazioni in merito all'andamento del fenomeno
Altre misure adottate o previste non sopra descritte

Si ritiene utile precisare che le esperienze condotte nelle strutture ospedaliere in Regione Lombardia hanno evidenziato che lo strumento della formazione genera maggior consapevolezza tra gli operatori e diventa strumento utile a mitigare il rischio stesso quando inclusivo delle seguenti classi di contenuto:

- ✓ conoscenza degli aspetti generali e specifici del fenomeno;
- ✓ riconoscimento della progressione della violenza;
- ✓ acquisizione delle tecniche di contenimento della violenza;
- ✓ conoscenza degli attuabili interventi di gestione post-evento.

Per la progettazione della formazione tenendo conto dei fattori sopra elencati, si raccomanda di accostare l'analisi dello specifico fabbisogno formativo e il coinvolgimento, nelle attività di docenza, di componenti del gruppo di lavoro aziendale e di professionisti con competenza in psicologia e tecniche di comunicazione.

Si riporta a puro titolo indicativo uno schema tipo di progetto formativo (tabella 8).

Tabella 8 – *Schema tipo progetto formativo*

Obiettivi generali
Acquisire conoscenze sul fenomeno degli agiti aggressivi in generale e nella propria realtà aziendale
Contribuire a ridurre gli incidenti/infortuni
Contribuire a prevenire la violenza sul posto di lavoro
Contribuire a promuovere la cura, il benessere, la sicurezza sul lavoro
Obiettivi specifici
Contribuire all'emersione del fenomeno e individuare le misure appropriate per fronteggiarlo

Acquisire competenze in tema di analisi del fenomeno utilizzando gli strumenti a disposizione (es. incident reporting, registro degli infortuni e dei near miss, flussi eventi sentinella)
Acquisire competenze in tema di gestione del fenomeno impiegando tecniche di contenimento degli eventi violenti (es. tecniche di de-escalation, comunicazione assertiva)
Acquisire competenze di gestione post-evento (es. de-brienfing/de-fusing e counseling)

In ultimo, si sottolinea l'opportunità offerta dai momenti di formazione per la verifica delle misure adottate e l'eventuale indicazione di aggiornamenti del rischio.

Si ritiene utile in questo contesto richiamare quanto precisato dalla Raccomandazione ministeriale n. 8/2007 in ordine alla precisa tematica.

4.4. Formazione del personale
La formazione punta a far sì che tutto il personale conosca i rischi potenziali per la sicurezza e le procedure da seguire per proteggere se stessi ed i colleghi da atti di violenza. *I contenuti formativi vanno diversificati in base alla tipologia di operatore.* ***Formazione rivolta a tutti gli operatori*** *Ciascun operatore dovrebbe conoscere il concetto di "precauzioni universali della violenza", che riguarda gli episodi di violenza che possono essere evitati o mitigati mediante addestramento. Gli operatori a rischio dovrebbero poter ricevere una formazione sui rischi specifici connessi con l'attività svolta, inclusi i metodi di riconoscimento di segnali di pericolo o di situazioni che possono condurre ad aggressione, metodologie per gestire i pazienti aggressivi e violenti.* ***Formazione per il management*** *I dirigenti e i coordinatori dovrebbero essere in grado di riconoscere le situazioni ad alto rischio, incoraggiare gli operatori a segnalare gli incidenti, adottare le iniziative di sicurezza più opportune, assicurare che tutti gli operatori ricevano il necessario addestramento.* ***Formazione per il personale di sicurezza*** *Il personale di sicurezza richiede una formazione specifica che includa la conoscenza dei metodi psicologici di controllo dei pazienti aggressivi e dei sistemi per disinnescare le situazioni ostili.*

3.3 Definizione delle azioni preventive/correttive

Considerato che le misure preventive attuate hanno l'obiettivo di agire sui fattori di rischio ma che la loro attuazione non esclude in via assoluta la possibilità che l'evento accada, la definizione delle azioni preventive/correttive deve prevedere anche la strutturazione di interventi a valle dell'agito violento (tabella 9).

Interventi a valle agito violento

La struttura dispone di un protocollo/procedura che, in caso di aggressione, dia luogo all'analisi dell'evento: ruolo dell'operatore coinvolto, attività che si stava svolgendo nell'UO/Servizio, momento della giornata in cui è avvenuto l'evento, tipologia di utente aggressivo (paziente noto, paziente non noto, parente), etc.
La struttura, in relazione all'evento, ha individuato criteri o modalità per i quali debbano essere previsti interventi sul "gruppo" (es. de briefing?)
La struttura, in relazione all'evento, ha individuato criteri o modalità per i quali debbano essere previsti interventi sull'individuo quali: ✓ *applicazione delle procedure di soccorso in caso di infortunio e relative cure* ✓ *Sostegno psicologico per prevenire effetti di demotivazione, svilimento del lavoro, stress e sintomi post-traumatici (paure, fobie, disturbi del sonno)*

Tabella 9 – *valle agito*	*Altro*	*Interventi a violento*

4. La tutela della salute

Nell'ambito della prevenzione del rischio da atti violenti nei confronti degli operatori in sanità, la figura del Medico Competente risulta strategica per le funzioni che la norma le conferisce.

Il ruolo del Medico Competente, con riguardo a questa tipologia di rischio, è riconducibile a quanto previsto dall' art. 25, c.1, lett. a) del D.Lgs. 81/2008, in termini di collaborazione con il datore di lavoro e con il servizio di prevenzione e protezione alla valutazione dei rischi, valorizzando gli esiti della sorveglianza sanitaria anche ai fini della predisposizione della attuazione delle misure per la tutela della salute e della integrità psico-fisica dei lavoratori e dell'attività di formazione e informazione nei confronti dei lavoratori, per la parte di competenza.

In questa sede si ritiene inoltre opportuno fare rimando all'interpello n. 5/2014 del MLPS che richiama la partecipazione *attiva* del Medico Competente al processo di valutazione dei rischi.

Con particolare riferimento alla tipologia di rischio trattato dai presenti atti di indirizzo, si sottolinea la possibile connessione del medesimo con i rischi connessi all'organizzazione del lavoro, ricompresi nella valutazione del rischio stress lavoro-correlato.

Lo stress è una forma di allarme interno che scatta nella persona quando le richieste dell'ambiente sono percepite come superiori alle proprie forze. Hans Seyle descrive lo stress (1936) Sindrome di Adattamento Generale, ovvero una reazione fisiologica, cognitiva e comportamentale dell'individuo di fronte agli stimoli e alle difficoltà dell'esistenza. Lo stress è pertanto da considerarsi un fenomeno fisiologico che fa scattare meccanismi neurochimici che rendono i sensi più pronti ad affrontare gli eventi. La risposta adattiva può però divenire disfunzionale a seconda dell'intensità e della durata degli stimoli e delle caratteristiche del soggetto. Non è infatti lo stimolo in sé e per sé, ma è l'organismo nel suo complesso l'arbitro degli effetti che lo stress produrrà su sé stesso, attraverso le proprie modalità di interpretazione delle situazioni vissute, reattività emotiva e meccanismi funzionali.

Nello specifico dello stress lavorativo il NIOSH (National Institute of Occupational and Safety Health) lo definisce come l'insieme di reazioni fisiche ed emotive dannose che si manifesta quando le richieste poste dal lavoro non sono commisurate alle capacità, risorse o esigenze del lavoratore. Lo stress connesso col lavoro può influire negativamente sulle condizioni di salute e provocare perfino infortuni. La Commissione Europea definisce lo Stress: "Insieme di reazioni emotive, cognitive, comportamentali e fisiologiche ad aspetti avversi e nocivi del contenuto del lavoro, dell'organizzazione del lavoro e dell'ambiente del lavoro".

Il medico competente svolge un ruolo fondamentale in termini di:

- ✓ prevenzione primaria, collaborando sia nella fase di valutazione, sia nella successiva gestione del rischio, promuovendo presso il datore di lavoro le migliori pratiche valutative e gestionali;
- ✓ prevenzione secondaria nell'applicazione dell' attività di sorveglianza sanitaria (art. 25 c.1 lett. b, D.Lgs. 81/2008) in termini di rilevamento del disagio lavorativo e di diagnosi precoce dei disturbi e delle patologie stress lavoro-correlato.

I sintomi e i segni che precedono la strutturazione di quadri morbosi stabili, (per es. "disturbo dell'adattamento", "disturbo post traumatico da stress", "burn-out") sono numerosi, aspecifici e possono coinvolgere diversi apparati e funzioni: cardiovascolare (es. tachicardia, ipertensione arteriosa), gastroenterico (es. irregolarità dell'alvo, inappetenza, ecc.), muscolo-scheletrico (es. accentuazione di sintomatologia algica soprattutto dorso-lombare), sfera sessuale e apparato genitale, disturbi del sonno, ecc..

Tali sintomi debbono essere attentamente ricercati nel corso della sorveglianza sanitaria periodica svolta dal Medico Competente, inoltre il lavoratore vittima sia di infortunio da atto violento sia di condizioni traumatiche acute e/o croniche conseguenti ad atti violenti, deve essere informato della possibilità di richiedere la visita medica al Medico Competente prevista dall'art. 41, comma 1, lettera c), oltreché a seguito di assenza per motivi di salute di durata superiore a 60 giorni continuativi (ex art.41, comma 1,lett.e.ter del

D.lgs.81/08) allo scopo di attivare, se del caso, opportuni percorsi di approfondimento specialistico e/o di supporto.

La comunicazione dei risultati anonimi collettivi della sorveglianza sanitaria e le indicazioni sul loro significato concludono da una parte il processo di valutazione e gestione del rischio, adempiendo all'obbligo di collaborare con il datore di lavoro alla predisposizione delle misure per la tutela della salute dei lavoratori e dall'altra, rappresenta una opportunità per promuovere il benessere dei lavoratori nell'ambito dei più ampi progetti di *Total Worker Health*.

In relazione all'attuazione delle misure di tutela dell'integrità psicofisica dei lavoratori, il Medico Competente fornirà utili elementi di collaborazione per l'individuazione delle migliori tecniche di contenimento del danno da attuare, insieme ai servizi aziendali coinvolti (es. Risk Management, UO Psichiatria e Psicologia) in un'ottica di approccio multidisciplinare.

5. Attività congiunte tra Area Risk Management e UO Prevenzione – Ambienti di vita e di lavoro

Nel contesto dei presenti atti di indirizzo viene data evidenza al poster selezionato (Allegato 4), tra tutti quelli elaborati dalle ASST e ATS di Regione Lombardia, dall'Area Risk Manager e dalla UO Prevenzione – Ambienti di vita e di lavoro della Direzione Generale Welfare quale strumento di comunicazione univoco a livello regionale capace di esprimere in modo sintetico ed efficace la volontà di tutelare i propri operatori dagli atti di violenza.

Bibliografia

A seguito dell'aumento del fenomeno, sono state elaborate linee guida da parte di enti nazionali e internazionali, in particolare rivolte al settore sanitario, di cui si riporta un elenco significativo.

- ✓ *Fact Sheet –OSHA n. 24 Agenzia europea per la sicurezza e la salute sul lavoro "la violenza sul lavoro" 2002*
- ✓ *Accordo tra le parti sociali europee del 26 aprile 2007 "Communication from the Commission to the Council and the European Parliament transmitting the European framework agreement on harassment and violence at work"*
- ✓ *Accordo quadro sulle molestie e la violenza nei luoghi di lavoro tra Confindustria e CGIL, CISL e UIL 2016*
- ✓ *Raccomandazione n. 8 del 2007- Ministero della Salute Prevenzione degli atti di violenza a carico degli operatori sanitari*
- ✓ *Linee di indirizzo per prevenire o ridurre i danni fisici e psichici dei lavoratori bancari correlati alle rapine" - Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome – Coordinamento tecnico interregionale – 2010*
- ✓ *Consiglio Nazionale delle Assistenti Sociali Indicazioni e strumenti per prevenire e affrontare il rischio di violenza nei confronti dei professionisti dell'aiuto – 2012*
- ✓ *Violence – Occupational Hazard in Hospitals. National Institute for Occupational Safety and Health NIOSH- April 2002.*
- ✓ *Guideline for preventing workplace violence for Healthcare and Social service workers U.S. Department of Labor Occupational Safety and Health Administration - OSHA 3148 2016*
- ✓ CDC Violence Occupational hazard in hospital; Guide Line for preventing Workplace Violence for Health Care & Social Service Workers – 2015
- ✓ Workplace Violence Prevention Guidelines and Model Program For State of California Administrative Units - 2001
- ✓ Victorian WorkCover Autority Prevention and management of aggression in health services- Australia 2008

Allegato 1 - *Analisi atti di violenza a danno degli operatori in ambito ospedaliero – certificati di infortunio Regione Lombardia*

Segue un'analisi dei certificati di infortunio inviati telematicamente dai medici di Pronto Soccorso a INAIL.

I certificati di infortunio inviati telematicamente ad INAIL sia dai medici di Pronto Soccorso che dai Medici di Medicina Generale vengono trasferiti a Regione Lombardia, mediante cooperazione applicativa, sul sistema informativo Ma.P.I. (Malattie Professionali e Infortuni) – sistema integrato di Person@, ovvero il sistema informativo regionale per l'analisi dei danni alla persona da esposizioni occupazionali ed ambientali.

Il sistema è operativo dalla fine del 2013, di fatto le analisi condotte riguardano i certificati di infortunio pertinenti il periodo che intercorre dal 1 febbraio 2014 al 31 maggio 2018.

I certificati di infortunio registrati ricomprendono tutte le modalità di accadimento:

- ✓ In itinere con mezzo di trasporto
- ✓ In itinere senza mezzo di trasporto
- ✓ In occasione di lavoro con mezzo di trasporto
- ✓ In occasione di lavoro senza mezzo di trasporto

E tutte le tipologie:

- ✓ Primo
- ✓ Continuativo
- ✓ Definitivo

E' necessario precisare che, se quasi tutti i medici di Pronto Soccorso provvedono all'invio telematico dei certificati di infortunio, pochissimi Medici di Medicina Generale sfruttano il circuito SISS, pertanto i dati che di seguito vengono riportati NON sono rappresentativi del complesso degli eventi di infortunio denunciati a INAIL.

Nel periodo sopra considerato sono registrati in Ma.P.I. 239258 casi di infortunio. Nello specifico, volendo verificare la quota di casi registrati in Ma.P.I. sul totale dei denunciati ad INAIL si è operato un confronto sugli anni 2015, 2016, 2017 (tabella 1).

Tabella 1 - confronto Ma.P.I./INAIL

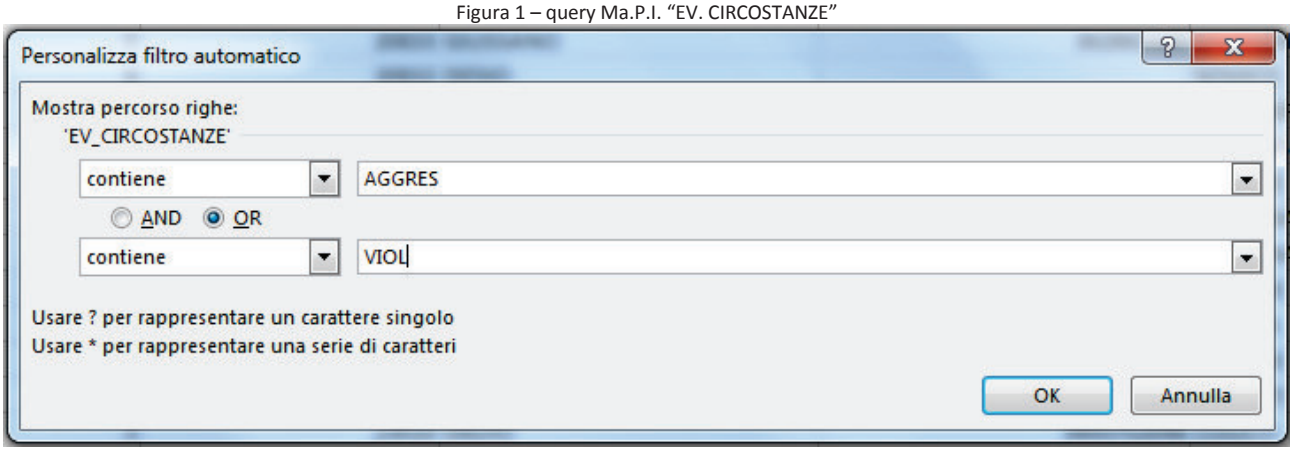
Fonte Informativa	N.
Ma.P.I. "data rilascio certificato" 2015, 2016, 2017	201261
Banca dati statistica INAIL - infortuni denunciati all Regione Lombardia 2015, 2016, 2017	351966
%	57

E' quindi necessario considerare che le analisi sui certificati di infortunio registrati in Ma.P.I. riguardano poco più della metà dei casi occorsi e denunciati ad INAIL.

Bisogna altresì considerare che le fonti informative INAIL (Flussi informativi INAIL-Regioni/Banca Dati Statistica/Open Data) NON consentono di analizzare le circostanze con cui si sono verificati gli eventi.

Una specifica query su Ma.P.I. per il perido 1 febbraio 2014 - 31 maggio 2018 ha consentito di estrarre i certificati di infortunio legati ad agiti violenti (figura 1).

Figura 1 – query Ma.P.I. "EV. CIRCOSTANZE"



Sono stati così estratti 988 casi che rappresentano lo 0,4% del totale degli infortuni registrati nel sistema informativo.

Ai casi così estrapolati è stata applicata un'ulteriore selezione per individuare quale luogo di accadimento unicamente le strutture ospedaliere (tabella 2), applicando specifici filtri al campo "Datore di Lavoro – Ragione Sociale".

Tabella 2 – query Ma.P.I. "DATORE_LAVORO_RAG_SOCIALE"

'DATORE_LAVORO_RAG_SOCIALE'
A.O. G. SALVINI
A.O. ISTITUTI CLINICI DI PERFEZIONAMENTO - PO BASSINI
A.O. MELLINO MELLINI DI CHIARI
A.O. S.ANNA - COMO
AO BOLOGNINI
AO CARLO POMA MANTOVA
ASL Provinca di Pavia
ASST BERGAMO OVEST
ASST BERGAMO OVEST
ASST BG OVEST
ASST CREMA
ASST DEL GARDA
ASST F.B.F. Sacco
ASST FATEBENEFRATELLI - SACCO
ASST FRANCIACORTA
ASST LECCO
ASST LECCO-OSPEDALE MERATE
ASST MANTOVA
ASST MELEGNANO E MARTESANA - PRESIDIO DI VIZZOLO PREDABISSI
ASST- MONZA
ASST NIGUARDA
asst nord milano- ospedale sesto
ASST Ovest MILANESE
ASST PAPAP GIOVANNI XXIII
ASST PAVIA
ASST PAVIA - SPDC OSPEDALE VOGHERA
ASST RHODENSE
ASST SANTI PAOLO E CARLO
ASST Santi Paolo e Carlo c/o Ospedale San Carlo Borromeo
ASST SETTELAGHI
ASST SPEDALI CIVILI DI BRESCIA

ASST VALLE OLONA
ASST VIMERCATE
ASST-FRANCIACORTA
ASST-MANTOVA
ASST-RHODENSE
AZIENDA MELLINO MELLINI VIALE MAZZINI N 4
AZIENDA OSPEDALIERA ASST VALLE OLONA
AZIENDA OSPEDALIERA DI CIRCOLO DI MELEGNANO
AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALE MAGGIORE DI CREMA
AZIENDA OSPEDALIERA PROVINCIA DI PAVIA. PRESIDIO DI VARZI
AZIENDA OSPEDALIERA S.ANNA COMO
AZIENDA OSPEDALIERA TREVIGLIO
FATEBENEFRATELLI ISTITUTO PSICHIATRICO
FBF E SACCO
Fondazione IRCCS Ca Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano
FONDAZIONE IRCCS POLICLINICO S MATTEO
FONDAZIONE OSPEDALE E. GERMANI
OSPED. DI CIRCOLO SERBELLONI-GORGONZOLA
OSPEDALE SAN PELLEGRINO SRL
OSPEDALE SAN RAFFAELE
POLICLINICO S. PIETRO DI I.O.B. S.R.L

Nel complesso si contano 142 casi che rappresentano il 14% di tutti gli eventi derivanti da agiti violenti in tutti i settori.
Viceversa, in relazione al totale (3522 casi) degli eventi di infortunio registrati nelle medesime strutture ospedaliere, stesso periodo, i casi da agiti violenti rappresentano il 4%.
Il n. di casi da agiti violenti registrati su Ma.P.I. con data evento 2017 rapportato al numero di occupati (4.115.401) in regione Lombardia anno 2017 (addetti INAIL – Banca Dati Statistica INAIL) indica 1 caso ogni 100.000 occupati.
I 142 casi verificatisi in ambito ospedaliero hanno una prognosi media di 6 giorni con l'infortunio a prognosi peggiore di 31 giorni con ESITI DI LESIONE DEL MUSCOLO SOVRASPINATO SX; la maggior parte degli infortuni è a prognosi zero e la lettura del campo "DIAGNOSI", per questi ultimi, mostra che più frequentemente l'operatore ha riportato contusioni o abrasioni alla parte superiore del corpo (volto, torace, arti superiori con particolare riferimento a spalla e mano), in alcuni casi è descritto il trauma di natura "emotiva" per aggressione verbale. La lettura del campo "CIRCOSTANZE EVENTO" mostra che nella quasi totalità dei casi viene riportata la descrizione "aggressione da parte di paziente/degente" in pochi casi è riportata invece l'aggressione verbale.

Il 59% del campione è di sesso femminile, guardando la distribuzione per genere dei casi di agito violento su tutti i settori, invece, emerge che solo il 32% è di sesso femminile (femminilizzazione del settore sanitario). Interessante risulta anche l'analisi dell'età media del campione in relazione sia a tutti gli infortuni per aggressioni che al totale degli infortuni (tabella 3), che risente sicuramente dell'avanzata età dei lavoratori in sanità.

Tabella 3 – query Ma.P.I. ETA' AL MOMENTO DEL RILASCIO CERTIFICATO

	ANNI
ETA' MEDIA ALL	41
ETA' MEDIA AGGRESSIONI ALL	42
ETA' MEDIA AGGRESSIONI SANITA'	47

In ultimo, il 99,9% degli infortuni registrati in Ma.P.I. è di nazionalità italiana, quando l'infortunio è riconducibile ad aggressione il 100% dei casi è di nazionalità italiana.

Il dato nel suo complesso, se rapportato alla raccolta dati ad opera della Struttura regionale Fattori Produttivi della Direzione Generale Welfare, mette in evidenza le seguenti criticità:

- ✓ Una quota esigua di operatori oggetto di agito violento si reca in Pronto soccorso
- ✓ In una quota residuale di casi l'accesso in Pronto Soccorso comporta la denuncia di infortunio sul lavoro

INDICAZIONI PER LA GESTIONE DEI COMPORTAMENTI VIOLENTI DELL'UTENTE A DANNO DEGLI OPERATORI				
INDICATORE	**LEGENDA**	**INTERVENTO DA ADOTTARE**	**COMPORTAMENTI DA ADOTTARE**	**COMPORTAMENTI DA EVITARE**
CONFUSIONE	**evidente confusione e disorientamento, possibile non consapevolezza di tempo, luogo o spazio.**	gestione dell'evento con il personale medico e infermieristico, e se necessario, chiede supporto del pronto soccorso	Approccio empatico con manifestazione di interesse ai suoi problemi	Nessuno in particolare
IRRITABILITA'	**paziente si infastidisce o si arrabbia facilmente.**	gestione dell'evento con il supporto di altri operatori e del personale medico e infermieristico	Approccio empatico con manifestazione di interesse ai suoi problemi Usare un tono di voce basso, per indurre l'utente a sintonizzare su tonalità più basse	Usare ironia sarcasmo o totale accondiscendenza

- ✓ Nel 2017 i certificati di infortunio registrati in Ma.P.I. sono aumentati di circa il doppio rispetto al 2016 (61 vs 36) – aumento del fenomeno vs aumento della sensibilizzazione dei lavoratori sul tema (?)

Allegato 2 - *Schema INDICAZIONI PER LA GESTIONE DEI COMPORTAMENTI VIOLENTI DELL'UTENTE A DANNO DEGLI OPERATORI*

CLAMOROSITA'	**comportamento apparentemente chiassoso e rumoroso es: sbattere la porta o alza la voce improvvisamente.**	gestione dell'evento con il supporto di altri operatori e del personale medico e infermieristico ed eventualmente se oggetto di minacce verbali o fisiche allertare le forze dell'ordine.	Approccio empatico con manifestazione di interesse ai suoi problemi Usare un tono di voce basso, per indurre l'utente a sintonizzare su tonalità più basse Evitare di entrare in conflitto dando un limite alla contrattazione Rivolgersi all'utente utilizzando il suo cognome (o nome se in confidenza) Fornire scelte alternative Se possibile accompagnare l'utente in un luogo tranquillo ma non isolato	Usare ironia sarcasmo o totale accondiscendenza Interrompere o criticare l'utente che sta parlando Dare spiegazioni tecniche e razionali (non si verrebbe ascoltati), argomentare per provare a far cambiare idea Toccare l'utente
MINACCE VERBALI	**esplosione verbale, espressioni di intimidazione o minacce verso un' altra persona, attacchi, abusi verbali o insulti**	gestione dell'evento con il supporto di altri operatori e del personale medico e infermieristico.	Mettersi alla stessa altezza dell'utente (seduto o in piedi) Mantenere un contatto visivo aperto Rivolgersi all'utente utilizzando il suo cognome (o nome se in confidenza) Rispondere alle domande con richieste di informazioni Fare domande aperte Approccio empatico con manifestazione di interesse ai suoi problemi Usare un tono di voce basso, per indurre l'utente a sintonizzare su tonalità più basse Evitare di entrare in conflitto dando un limite alla contrattazione e avendo cura di assumere il controllo della postura nonché del linguaggio (verbale e non verbale)	Sovrastare l'utente Guardarlo fisso negli occhi Usare ironia sarcasmo o totale accondiscendenza Rispondere a domande tendenziose Interrompere o criticare l'utente che sta parlando Ordinare di stare calmo Toccare l'utente Difendere il proprio operato Dare spiegazioni tecniche e razionali
MINACCE FISICHE	**chiara intenzione di minacciare fisicamente un'altra persona con l'assunzione di un atteggiamento aggressivo verso l'operatore**	cercare di gestire la crisi con il supporto di altri operatori e del personale medico e infermieristico attivare le forze dell'ordine.	Mettersi alla stessa altezza dell'utente (seduto o in piedi) Mantenere un contatto visivo aperto Rivolgersi all'utente utilizzando il suo cognome (o nome se in confidenza) Usare un tono di voce basso, per indurre l'utente a sintonizzare su tonalità più basse Evitare di entrare in conflitto dando un limite alla contrattazione e avendo cura di assumere il controllo della postura nonché del linguaggio (verbale e non verbale) Mantenere una adeguata distanza fisica e una posizione naturale di difesa Avvicinarsi alla via d'uscita	Girare le spalle al paziente Movimenti improvvisi o di avvicinamento all' utente Guardarlo fisso negli occhi Ordinare di stare calmo Toccare l'utente Difendere il proprio operato Dare spiegazioni tecniche e razionali
AGGRESSIONE FISICA (CRISI PANTOCLASTICA)	**attacco diretto all'operatore o ad altri individui presenti; manifesta volontà di fare del male utilizzando oggetti o lanciandoli**	attivare tempestivamente le forze dell'ordine e cercare di gestire la crisi con il supporto di altri operatori e del personale medico e infermieristico fino al loro arrivo.	Con il supporto degli altri operatori presenti allontanarsi in attesa delle forze dell'ordine.	Movimenti improvvisi o di avvicinamento all' utente Guardarlo fisso negli occhi Ordinare di stare calmo Dare le spalle Toccare l'utente

Allegato 3 - *Approfondimento normativo*

Segue un approfondimento normativo utile a contestualizzare gli adempimenti, in capo al Datore di Lavoro, in relazione alla valutazione e gestione di questa tipologia di rischio.

Il "rischio aggressione" è un fenomeno strettamente connesso con lo stress lavoro correlato[6], sia per la presenza di potenziali cause di tipo organizzativo, sia per quanto riguarda le ricadute sulla salute psichica della vittima e indirettamente anche sullo staff.

In alcuni casi è possibile individuare un filo conduttore che possa aver dato origine ad alcuni eventi. Non è infrequente, inoltre, che carenze a livello comunicativo e relazionale diano adito a malintesi con il conseguente sviluppo di comportamenti aggressivi.

Il D.Lgs.81/08 e s.m.i., all' art. 28 (Oggetto della valutazione dei rischi) recita: "1. La valutazione ... deve riguardare tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, ivi compresi quelli riguardanti gruppi di lavoratori esposti a rischi particolari, tra cui anche quelli collegati allo stress lavoro-correlato, secondo i contenuti dell'accordo europeo dell'8 ottobre 2004 …" e "1-bis. La valutazione dello stress lavoro-correlato di cui al comma 1 è effettuata nel rispetto delle indicazioni di cui … all'art. 6 comma 8, m-quater …", ovvero secondo le indicazioni elaborate dalla Commissione consultiva permanente per la salute e sicurezza sul lavoro.

Da ciò ne deriva che la valutazione del rischio da aggressione non può prescindere dall'analisi delle fonti di pericolo in ambito organizzativo al fine di individuare le possibili misure attuabili, in considerazione della specificità della situazione lavorativa, atte a prevenire e contenere le possibili ricadute fisiche e/o psicologiche conseguenti ad un atto di violenza ai danni del lavoratore.

Occorre, inoltre, a tale riguardo aggiungere anche altri due importanti riferimenti:

- il parere espresso dalla Corte Costituzionale, sentenza n. 179 del 18.2.1988 che considera lo "stress lavorativo", (potenzialmente derivante anche da aggressione), quale agente lesivo con azione prolungata nel tempo, quindi come causa non solo di infortunio ma anche di "malattia professionale";
- il D.Lgs. n. 38 del 23.2.2000, art. 13 che introduce il concetto di "danno biologico", riconoscendo la menomazione dell'integrità psicofisica del lavoratore.

In relazione ai danni in conseguenza ad una aggressione, si è più pronunciata più volte la Cassazione Civile:

- ✓ conseguenti ad una rapina[7] ribadendo che " è dovere del datore di lavoro apprestare tutte le misure di sicurezza previste dalla normativa di riferimento o comunque esigibili secondo la tecnologia del momento, il che non significa che tali mezzi debbano essere certamente in grado di impedire il verificarsi di episodi criminosi a danno del dipendente, bensì che gli stessi siano idonei, secondo criteri di comune esperienza, a svolgere una funzione almeno dissuasiva e, quindi, preventiva e protettiva;
- ✓ conseguenti ad atti aggressivi in strutture sanitarie[8] (Centro Handicap e pronto Soccorso) ribadendo che grava sul datore di lavoro "l'onere di provare di aver fatto tutto il possibile per evitare il danno, ovvero di aver adottato tutte le cautele necessarie per impedire il verificarsi del danno medesimo".

La norma di riferimento in materia è una norma civilistica, l'articolo 2087 c.c., la cui violazione da parte del datore di lavoro "viene in considerazione con riguardo all'omissione di misure di sicurezza cosiddette

[6] *D.Lgs. n° 81 del 09/04/2008 "Testo unico in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro" e s.m.i*

[7] Cassazione Civile Sez. Lav. n. 7663 del 30 marzo 2010, Cassazione Civile Sez. Lav. n. 12413 del 21/5/2013, Cassazione Civile Sez. Lav. n. 34 del 5 gennaio 2016

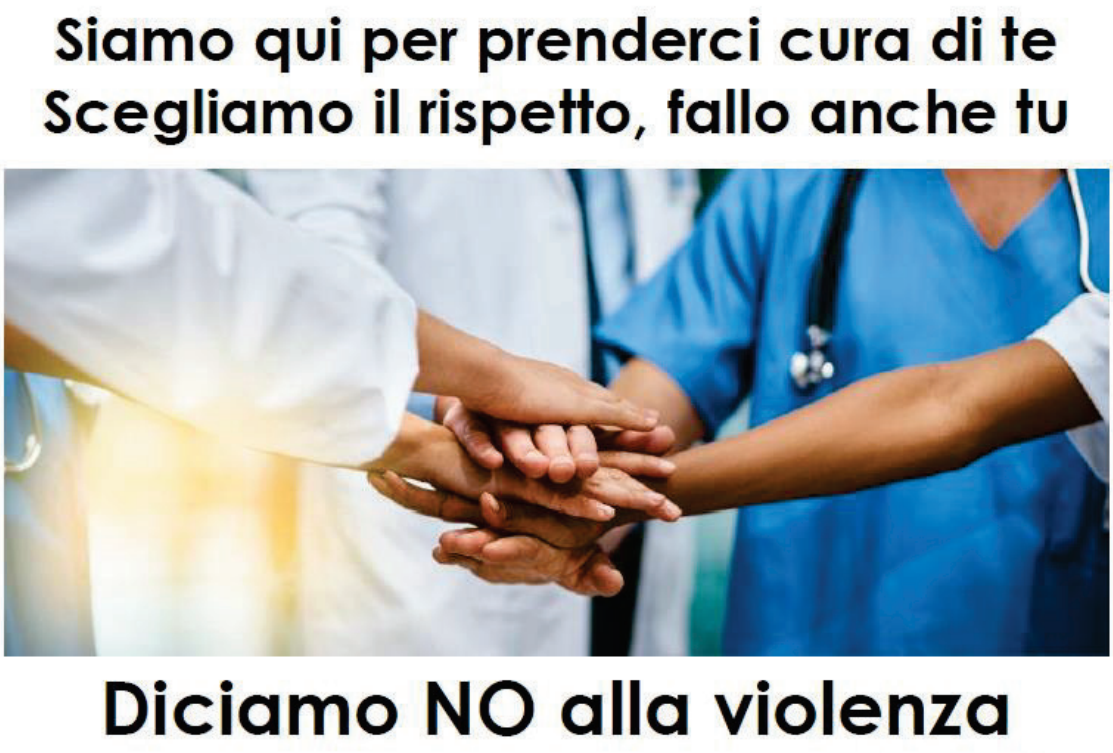
[8] Cassazione Civile Sez. Lav. n. 17006 del 3/8/2007, Cassazione Civile Sez. Lav. 7.10 n. 23793 del 20/1172015, Cassazione Civile Sez. Lav. n. 14566 del 12/6/2017

“innominate”, e non in riferimento a misure di sicurezza espressamente e specificamente definite dalla legge o da altra fonte ugualmente vincolante”.

E rispetto a tali misure “innominate”, le regole sulla ripartizione dell’onere della prova prevedono che, anche in materia di misure di prevenzione dalle aggressioni ai lavoratori, gravi sul datore di lavoro “l’onere di provare l’adozione di comportamenti specifici che, ancorché non risultino dettati dalla legge (o altra fonte equiparata), siano suggeriti da conoscenze sperimentali e tecniche, dagli standard di sicurezza normalmente osservati oppure trovino riferimento in altre fonti analoghe” (Cassazione Civile, Sez. Lav., 5 gennaio 2016 n. 34).

Sono oggetto di tutela da parte della struttura sanitaria anche i diversi soggetti che a vario titolo accedono ai reparti/servizi/uffici/magazzini, secondo modalità “contrattuali” di accesso e frequenza diverse, tra cui: Tirocinanti/stagisti, Volontari ,Medici frequentatori, etc, in quanto equiparati ai lavoratori ex art.2 del D.lgs.81/08 e i lavoratori alle dipendenze di fornitori di Servizi (es. fleet management, assistenza tecnica e manutenzione, pulizia e sanificazione) e di Lavori pubblici (es. opere strutturali, ammodernamenti tecnologici e impiantistici) per i quali la struttura sanitaria deve farsi carico di dare informazione relativa a procedure interne e Policy adottata sul rischio da atti violenti da parte di terzi nell’ambito del DUVRI (art. 26 del D.Lgs 81/08).

Allegato 4 – *Poster per la prevenzione degli atti di violenza in ambito sanitario - Regione Lombardia*



REGIONE TOSCANA
UFFICI REGIONALI GIUNTA REGIONALE

ESTRATTO DEL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 14/06/2021 *(punto N 9)*

Delibera *N 637* *del 14/06/2021*

Proponente

SIMONE BEZZINI

DIREZIONE SANITA', WELFARE E COESIONE SOCIALE

Pubblicità / Pubblicazione *Atto pubblicato su Banca Dati (PBD)*

Dirigente Responsabile *Giovanna BIANCO*

Direttore *Carlo Rinaldo TOMASSINI*

Oggetto:

Approvazione delle Linee di Indirizzo per la prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari e socio-sanitari

Presenti

Eugenio GIANI	Stefania SACCARDI	Stefano BACCELLI
Simone BEZZINI	Stefano CIUOFFO	Leonardo MARRAS
Monia MONNI	Alessandra NARDINI	Serena SPINELLI

ALLEGATI N°1

ALLEGATI

Denominazione	*Pubblicazione*	*Riferimento*
A	Si	Linee di Indirizzo per la prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari e socio-sanitari

STRUTTURE INTERESSATE

Denominazione
DIREZIONE SANITA', WELFARE E COESIONE SOCIALE

LA GIUNTA REGIONALE

Vista la Raccomandazione n.8 del novembre 2007 del Ministero della Salute e delle Politiche Sociali, emanata nell'ambito dei programmi nazionali correlati alla gestione del rischio per prevenire i comportamenti aggressivi e la violenza a danno degli operatori sanitari, attraverso l'adozione di misure che consentono di ridurre, se non eliminare, le condizioni di rischio;

Visto il D.Lgs. n.81 del 9 aprile 2008 e s.mm.ii., e in particolare gli articoli 17 e 28 che richiamano l'obbligo da parte del datore di lavoro alla valutazione di tutti i rischi dell'attività lavorativa, con la conseguente elaborazione del documento di valutazione dei rischi, che deve tenere conto, nello specifico, anche dei rischi connessi allo stress lavoro correlato;

Vista la legge regionale n. 40 del 24 febbraio 2005, "Disciplina del servizio sanitario regionale", che nei propri fondamenti pone l'accento sullo spirito di uniformità e sui principi di omogeneità nell'organizzazione e nella diffusione delle migliori pratiche all'interno degli Enti del Servizio Sanitario Regionale (S.S.R.);

Vista la L.R. 28 dicembre 2015 n. 84 e ss.mm.ii. "Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del sistema sanitario regionale. Modifiche alla L.R. n. 40/2005";

Vista la deliberazione del 15 marzo 2018 della Commissione nazionale per la Formazione presso l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari regionali, nella quale all'art.1 viene indicata come tematica di interesse nazionale la gestione delle situazioni che generano violenza nei confronti dell'operatore sanitario;

Vista la nota del Ministero della Salute del 26 marzo 2018 con la quale viene ribadita la necessità di assicurare la massima adesione da parte delle Regioni e delle aziende sanitarie al monitoraggio AGENAS per l'implementazione della raccomandazione n. 8 del novembre 2007, sopra richiamata;

Vista la delibera n. 913 del 6 Agosto 2018 della Giunta Regionale "Azioni di prevenzione e contrasto atti di violenza a danno degli operatori sanitari. Indirizzi alle aziende sanitarie ed agli enti del SSR";

Vista la delibera n. 1176 del 22 Ottobre 2018 della Giunta Regionale "Misure urgenti di prevenzione e contrasto atti di violenza a danno degli operatori sanitari e costituzione dell'osservatorio regionale" che prevede, tra l'altro, l'attuazione di misure urgenti da parte delle Aziende e degli Enti del SSR e l'invio periodico, da parte degli stessi soggetti, di dati e informazioni attinenti lo stato di avanzamento lavori e degli eventi occorsi/segnalati, nonché l'istituzione di un "Osservatorio regionale aggressioni";

Considerato che tra gli obiettivi dell'Osservatorio regionale aggressioni, sopra richiamato, vi è anche la predisposizione di un documento contenente indirizzi alle aziende sanitarie e agli enti del SSR, in merito alle azioni di prevenzione e contrasto agli atti di violenza a danno degli operatori sanitari;

Vista la delibera 231 del 15/03/2021 "Approvazione delle Linee di indirizzo per l'attività di Prevenzione e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro di competenza della Regione e dei Dipartimenti delle Aziende Sanitarie Territoriali";

Preso atto che la sicurezza del personale sanitario rispetto al rischio di aggressione è diventata negli

ultimi anni una tematica rilevante tanto che studi recenti hanno mostrato che gli episodi di violenza contro il personale sanitario sono notevolmente aumentati e che questo fenomeno è stato in parte determinato da un cambiamento di atteggiamento culturale nei confronti dello staff sanitario, da un abbassamento delle condizioni socio economico-culturali dell'utenza, oltreché dall'informazione dei mass media su episodi critici, che frequentemente sottolinea situazioni di presunta cattiva sanità, senza che venga fatto emergere al contempo il lavoro efficace e competente della maggioranza degli operatori sanitari;

Considerato che oltre ai rischi lavorativi tradizionalmente affrontati nelle strutture sanitarie emergono sempre più quelli legati a particolari situazioni dovute all'esposizione ad aggressioni del personale sanitario che possono pregiudicare la salute dell'operatore, creando occasioni di forte stress da cui possono derivare patologie tra cui il disturbo post-traumatico da stress e/o il burn out;

Vista la Legge 14 Agosto 2020 n.113 "Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni", entrata in vigore il 24/9/2020, che introduce un sistema che consente l'ampliamento delle misure di prevenzione e di protezione a tutela dei lavoratori esercenti professioni sanitarie e socio-sanitarie;

Visto il Decreto n°17899 del 13/11/2018 "Costituzione dell'osservatorio regionale ex DGRT 1176/2018 e del coordinamento regionale permanente delle attività di prevenzione salute e sicurezza per i lavoratori delle Aziende e degli Enti del SSR;

Visto inoltre il Decreto della Direzione Diritti di Cittadinanza e coesione sociale n°3946 del 7/3/2019 "Disciplinare interno di funzionamento dell'osservatorio regionale ex DGRT 1176/2018";

Considerato che l'osservatorio regionale aggressioni ha completato la redazione del documento contenente indirizzi alle aziende sanitarie e agli enti del SSR in merito alle azioni di prevenzione e contrasto agli atti di violenza a danno degli operatori sanitari, elaborando le linee di indirizzo denominate "Linee di indirizzo per la prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari e socio-sanitari", di cui all'Allegato "A" parte integrale e sostanziale del presente atto;

Considerato che la suddetta linea di indirizzo è stata presentata al corso di formazione denominato "Corso per l'aggiornamento delle competenze degli esperti in materia di aggressione del personale sanitario", che si è tenuto a Firenze lo scorso 14 maggio 2021, incontrando il consenso dei presenti;

Considerato che il presente atto non determina oneri per il bilancio regionale;

A VOTI UNANIMI

DELIBERA

1) di approvare le linee di indirizzo "Linee di indirizzo per la prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari e socio-sanitari" di cui all'Allegato "A" parte integrale e sostanziale del presente atto.

2) di dare mandato al Settore regionale "Prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro" di dare diffusione massima alla presente deliberazione.

Il presente atto è pubblicato integralmente sulla banca dati degli atti amministrativi della Giunta Regionale ai sensi dell'art.18 della L.R. 23/2007.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

Il Dirigente responsabile
GIOVANNA BIANCO

Il Direttore
CARLO RINALDO TOMASSINI

Direzione Sanità Welfare e Coesione Sociale
Settore Prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro

Allegato A

LINEE DI INDIRIZZO PER LA PREVENZIONE E GESTIONE DEGLI ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI E SOCIO-SANITARI

LINEE DI INDIRIZZO PER LA PREVENZIONE E GESTIONE DEGLI ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI E SOCIO-SANITARI.....2
INTRODUZIONE.....2
PREMESSA.....4
AMBITI DI APPLICAZIONE.....5
GLOSSARIO……...….6
OBIETTIVI E AZIONI.....6
Obiettivo 1 – Promozione di maggiori ed omogenei livelli di sicurezza nelle strutture sanitarie per quanto concerne i fenomeni di aggressioni agli operatori sanitari ed agli utenti.....6
Azione 1 – costituzione di un gruppo di lavoro e formalizzare l'impegno della Direzione.....7
Azione 2 – promuovere la conoscenza e la sensibilizzazione del fenomeno sulla popolazione generale.....7
Azione 3 – provvedere a svolgere una azione attiva interna periodica per la ricerca del "sommerso".....7
Azione 4 – definizione del sistema di supporto psicologico alla vittima dell'aggressione.....7
Obiettivo 2 – Miglioramento dei livelli di sicurezza del personale sulla base dei livelli di rischio.....8
Azione 1 – analisi del contesto aziendale e identificazione dei rischi.....8
Azione 2 – implementare misure di prevenzione strutturali, tecnologiche e organizzative.....8
Azione 3 – promuovere le conoscenze e le competenze da parte degli operatori.....11

1

Obiettivo 3 – Gestire ogni episodio di violenza segnalato in azienda e monitorare gli eventi sentinella, impedendo il ripetersi dell'accaduto individuando le cause determinanti e le eventuali misure necessarie da intraprendere.....12
Azione 1 - Gestione episodio di violenza.....12
Azione 2 – Segnalazione evento di violenza (evento sentinella e/o incident reporting)…...12
Azione 3 – Best practice dei flussi informativi…….….13
BIBLIOGRAFIA……13
NORMATIVA……..…..…….14
ALLEGATI……...……..…..…….14

INTRODUZIONE

Nel nostro paese si registrano numerosi atti di violenza nei confronti degli operatori sanitari, assistenziali e sociosanitari. Tale fenomeno è noto sul territorio, con numeri variabili a livello italiano, europeo ed internazionale, tuttavia risulta essere in crescita e sottostimato.

Non è infatti facile definire le reali dimensioni del fenomeno, si ritiene che questo sia dovuto sostanzialmente alla scarsa propensione a segnalare e denunciare gli eventi, salvo casi palesi di violenza fisica o che esitano in 'danno biologico'**.** Tuttavia il numero dei casi reali è ipotizzabile che possa essere più alto.

Negli ultimi anni il fenomeno degli eventi aggressivi nei confronti degli operatori sanitari ha assunto inoltre una notevole rilevanza, accentuata anche da una considerevole risonanza mediatica.

Il National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH) ha definito la violenza nel posto di lavoro come: *"ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica nel posto di lavoro"*.

Il Ministro della Salute ha emanato nel 2007 la raccomandazione n. 8 finalizzata alla prevenzione e alla gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari, ritenendo necessario dare chiare indicazioni per attivare misure di prevenzione, di contrasto e di monitoraggio del fenomeno. Tale raccomandazione intende incoraggiare l'analisi dei luoghi di lavoro e dei rischi correlati nonché l'adozione di iniziative e programmi volti a prevenire gli atti di violenza.
Più di recente, nell'Agosto 2020 il Parlamento ha approvato La legge antiviolenza (113/2020) entrata in vigore dal 24 settembre 2020. Tra le novità introdotte in caso di aggressioni sono stabilite le pene di reclusione fino a 16 anni, sanzioni fino a 5.000 euro e previsti protocolli operativi con le forze di polizia per garantire interventi tempestivi.

E' prevista anche l'istituzione dell 'Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie presso il Ministero della Salute e che dovrà essere costituito, per la sua metà, da rappresentanti donne .

Il Ministero, nel contesto del Protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella, definisce evento sentinella un *"evento avverso di particolare gravità, potenzialmente evitabile, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Il verificarsi di un solo caso è sufficiente per dare luogo ad un'indagine conoscitiva diretta ad accertare se vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili e per attuare le adeguate misure correttive da parte dell'organizzazione"*.

Inoltre nel 2009 il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali ha istituito il Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES), un sistema informatico centralizzato con l'obiettivo di raccogliere e monitorare le informazioni relative agli eventi sentinella e alle denunce dei sinistri sul territorio nazionale provenienti dalle strutture sanitarie.

Nel 2018 Regione Toscana a seguito dello scenario sopradescritto, ha "*ritenuto quindi di dover fornire alle Aziende sanitarie e agli enti del SSR indicazioni uniformi ed omogenee in merito alle attività da avviare al proprio interno per assicurare un efficace contrasto agli atti di violenza",* ed ha emanato due delibere di giunta (Dgr 913 e Dgr 1176) con cui definisce gli ambiti di intervento ed istituisce l'Osservatorio regionale aggressioni.

Il presente documento creato da un gruppo multidisciplinare* operante sul territorio nell'ambito dell'osservatorio regionale aggressioni, recepisce la raccomandazione del Ministero della Salute n. 8 del 2007, che a sua volta, era stata recepita a mezzo di delibera di giunta della Regione Toscana 1176 del 22/10/2018, con l'obiettivo di dare maggiore risalto all'intento della Regione Toscana di annullare il fenomeno delle aggressioni, in particolare a danno degli esercenti le professioni sanitarie.

---

*Hanno partecipato al gruppo di lavoro:

Dott.ssa Veronica Melani –Tecnico della Prevenzione AOU Pisana
Dott.ssa Sandra Menchetti – Risk Manager Ausl Toscana Sudest
Dr. Riccardo Bassi – Medico Competente Ausl Toscana Sudest
Dott. Valter Vittori – RSPP Ausl Toscana Centro
Dott.ssa Elisabetta De Melis – Regione Toscana
Ing. Bernardo Perazzi – Regione Toscana
Dott.ssa Michela Tanzini – Dirigente sociologo GRC Regione Toscana

---

PREMESSA

La violenza sul posto di lavoro è riconosciuta dall'OMS come un importante problema di salute pubblica, il fenomeno, così come definito dall'Agenzia europea per la sicurezza e la salute sul lavoro, può presentarsi secondo una progressione dall'aggressione verbale con insulti e/o minacce, potendo arrivare ad una violenza fisica, fino ad un possibile epilogo più estremo come l'omicidio, talvolta con l'eventuale aggiunta di una componente razziale e/o di genere. Ciò nonostante la maggior parte degli eventi di violenza è rappresentata da un linguaggio offensivo e minaccioso, caratteristico di un'aggressione verbale e privo di un epilogo grave.

Approfondire e conoscere la progressione di tali fenomeni risulta essenziale per riconoscere preventivamente, bloccare e gestire gli eventi mirando ad una riduzione del preliminare comportamento aggressivo e attivando tempestivamente misure idonee.

Ritenendo l'aggressione verbale come una delle prime azioni della escalation di una possibile violenza fisica più grave, è fondamentale che il personale, soprattutto quello operante nelle aree riconosciute più a rischio, sia preparato a : riconoscere questi segnali, formato a non sottovalutarli ed ~~a~~ inoltre pronto a saper gestire correttamente questi eventi critici che precedono la violenza in modo da bloccare sul nascere o minimizzarne gli effetti.

Il personale sanitario è più soggetto rispetto ad altre tipologie di lavoratori ad episodi di violenza in quanto i pazienti ed i familiari possono trovarsi talvolta in una condizione di vulnerabilità, di frustrazione e di confusione emotiva.
Le figure professionali più esposte risultano il personale infermieristico, OSS, medici e operatori dei front-office/CUP.
In generale, in base ai dati di letteratura e alle esperienze consolidate, gli eventi di violenza si verificano più frequentemente nelle seguenti aree:
• strutture dei dipartimenti di salute mentale e dipendenze patologiche;
• servizi di Pronto Soccorso e di emergenza-urgenza;
• luoghi di attesa;
• servizi di geriatria;
• servizi di continuità assistenziale (guardia medica, assistenza domiciliare, ecc.);
• area integrazione socio-sanitaria;
• front-office e prenotazioni prestazioni sanitarie.
Nel dettaglio, possiamo distinguere gli atti di violenza a danno dell'operatore in due tipologie: atti volontari e atti involontari.
Si definiscono come atti volontari quelli svolti da utenti in visita, pazienti giornalieri e in ricovero, quando la persona ha la consapevolezza di quello che sta facendo ma tuttavia è caratterizzata da uno stato d'animo momentaneamente privo di lucidità, che può comportare una distorta e/od alterata valutazione della situazione. Diversamente gli atti involontari sono caratteristici di pazienti con problemi cognitivi come ad esempio pazienti psichiatrici, pazienti disorientati o al risveglio post-anestesia, pazienti con patologie neurodegenerative, si tratta quindi di atti caratterizzati quindi dall'assenza di consapevolezza delle proprie azioni.

L'obiettivo principale prefissato è gestire in particolar modo gli atti volontari, in quanto maggiormente prevedibili, per i quali è quindi possibile pianificare delle misure di intervento.

Le singole aziende sanitarie, ospedaliere e gli enti coinvolti dovranno tenere conto ed applicare il contenuto e le indicazioni delle presenti linee di indirizzo contestualizzando in base alla propria organizzazione, con ampia diffusione nell'intero contesto aziendale.
Si precisa inoltre che i fenomeni di violenza che riguardano eventi fra colleghi e/o subalterni possono essere considerati e gestiti dalle aziende secondo la loro organizzazione e regolamenti interni, tenendoli in considerazione nelle procedure aziendali di prevenzione degli atti di violenza a danno del personale sanitario e socio-sanitario.

E' necessario trattare il tema della violenza sui posti di lavoro nella sua totalità e in maniera ampia, non solo quindi come un fenomeno che deteriora le condizioni di lavoro dell'organico e nell'ambito della sicurezza delle cure e di gestione del rischio clinico, bensì come un problema di sicurezza del lavoro che va affrontato secondo quanto previsto dal D.Lgs. 81/2008 e ss.mm.ii., valutando inoltre la vulnerabilità del sistema e degli effetti negativi sulle prestazioni sanitarie erogate, con la possibile perdita di credibilità verso le istituzioni e gli enti a servizio della collettività.
In sintesi si realizza un circolo vizioso per cui gli episodi di violenza sono causa della riduzione della qualità delle cure e contribuiscono pertanto ad alimentare l'insoddisfazione dell'utenza che sappiamo essere uno dei principali fattori di rischio di tensione all'interno dell'ambiente sanitario e di aggressione nei confronti dell'operatore .
Ciò premesso, il fenomeno degli atti di violenza è da considerarsi sempre caratterizzato da un grado di variabilità e imprevedibilità soggettiva agita dall'aggressore.

AMBITI DI APPLICAZIONE

La presente linea di indirizzo regionale riprende l'ambito di applicazione della raccomandazione ministeriale n. 8 del 2007:

- DOVE: In tutte le strutture sanitarie ospedaliere e territoriali, con priorità per le attività considerate a più alto rischio (es. aree di emergenza, servizi psichiatrici, Ser.D , continuità assistenziale, servizi di geriatria), nonché quelle individuate nel contesto di una specifica organizzazione sanitaria a seguito dell'analisi dei rischi effettuata

Sono stati rilevati episodi di violenze anche a carico degli operatori nei servizi di sanità penitenziaria, nei servizi di integrazione socio-sanitaria e nei servizi che svolgono attività di controllo e vigilanza

- A CHI: Tutti gli operatori coinvolti in processi assistenziali rivolti alla persona e quelli delle strutture organizzative a supporto (es. medici, infermieri, psicologi, operatori socio-sanitari, assistenti sociali, personale del servizio di emergenza, personale di front-office, servizi di vigilanza)

➢QUANDO: Durante l'erogazione di prestazioni e interventi socio-sanitari

GLOSSARIO

Acronimo	**Descrizione**
DGR	Delibera di Giunta Regione Toscana
CUP	Centro unico di prenotazione
AGENAS	Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali
SIMES	Sistema informativo monitoraggio eventi sentinella
SerD	Servizi per le dipendenze patologiche
AUSL	Azienda unità sanitaria locale
AO	Azienda Ospedaliera
D.Lgs	Decreto Legislativo
IEM	Ispro e Fondazione Toscana Gabriele Monasterio

…….

OBIETTIVI E AZIONI

L'obiettivo generale della presente linea di indirizzo è prevenire e contrastare gli atti di violenza, nonchè stimolare e indirizzare le aziende sanitarie verso una cultura della disponibilità, dell'accoglienza e della comunicazione all'interno delle proprie strutture e verso l'utente, proteggendo e valorizzando l'indispensabile lavoro quotidiano, al servizio del paziente e del cittadino, definendo il proprio orientamento rispetto alla violenza sul lavoro con l'identificazione dei fattori di rischio per la sicurezza del personale e ponendo in essere strategie e programmi aziendali per l'implementazione di misure di prevenzione, organizzative e strutturali e al contempo orientare le aziende nella promozione di una procedura interna e una politica aziendale informando tutti i soggetti interessati nonché promuovendo e facilitando internamente la segnalazione degli episodi.

Gli obiettivi specifici per la Regione Toscana, sulla base della normativa nazionale e regionale sono i seguenti:

Obiettivo 1 – Promozione di maggiori ed omogenei livelli di sicurezza nelle strutture sanitarie per quanto concerne i fenomeni di aggressioni agli operatori sanitari

Azione 1 – Costituzione di un gruppo di lavoro per formalizzare l'impegno dell'Azienda Sanitaria

Deve essere costituito un gruppo di lavoro all'interno di ogni Azienda Sanitaria, previsto dalla sopracitata raccomandazione ministeriale n. 8/2007 (e successivamente dalla Regione Toscana, con Dgr 1176/ 2018) al fine di analizzare le segnalazioni e di individuare le azioni preventive e protettive;

Azione 2 – Promuovere la conoscenza e la sensibilizzazione del fenomeno sulla popolazione generale

Al fine di contrastare comportamenti incivili, maleducazione e episodi violenti occorre implementare nelle Aziende idonei mezzi di comunicazione e informazione implementati e implementabili nelle aziende.
Regione Toscana ha aggiunto, nel Piano di Comunicazione regionale 2021 , la realizzazione di una campagna di comunicazione specifica per sensibilizzare e contrastare il fenomeno delle aggressioni verso i lavoratori/collaboratori e personale in genere, che afferisce alle attività delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere, e anche enti appartenenti al SSN .

Azione 3 – Provvedere a svolgere una azione attiva interna periodica per la ricerca del sommerso, nelle AUsl/AO/IEM in cui lo si ritiene opportuno

Questa azione è realizzabile attraverso sistemi e strumenti che implementino la consapevolezza dell'importanza della segnalazione per l'organizzazione aziendale o nuovi strumenti possibili, ad esempio la distribuzione di questionari e/o annunci ai lavoratori per capire realmente l'entità e la presenza del fenomeno all'interno del contesto aziendale.
Si differenzia dalla valutazione dei rischi, prevista ai sensi del D.Lgs. 81/08, poichè è una possibilità da applicare alla propria realtà aziendale, solo nelle Aziende che lo ritengono opportuno sia come sperimentazione e/o per esigenze specifiche.

Azione 4 – Definizione del sistema di supporto psicologico alla vittima dell'aggressione

Le aziende sanitarie dovranno prevedere al loro interno un supporto psicologico/sportello d'ascolto per gli operatori sanitari vittime di violenza/aggressioni. Tale servizio rappresenta un'ulteriore misura di tutela della salute delle/del lavoratrici/tori e sarà fruibile su base volontaria. Lo/a psicologo/a addetto/a una volta ricevuta la segnalazione formale di un episodio di violenza, come buona prassi contatterà di propria iniziativa la persona che ha subito l'aggressione proponendo e dando disponibilità al supporto psicologico.
E' buona prassi registrare con un report annuale anonimo e collettivo, i casi seguiti dallo sportello d'ascolto che fornirà ulteriori elementi di valutazione d'impatto sulle ripercussioni a distanza sulla salute dell'operatore coinvolto nell'episodio critico. 7

Obiettivo 2 – Miglioramento dei livelli di sicurezza del personale sulla base dei livelli di rischio

Azione 1 – Analisi del contesto aziendale e identificazione dei rischi

La violenza sul luogo di lavoro, come accennato in premessa, ricade nella valutazione dei rischi prevista dal D.lgs. 81/08, che deve considerare tutti i rischi "presenti nell'organizzazione ed è finalizzata ad individuare le adeguate misure di prevenzione e di protezione". L'art. 28 c. 1 del D.lgs.81/08 specifica che la valutazione "deve riguardare tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, ivi compresi quelli riguardanti gruppi di lavoratori esposti a rischi particolari, tra cui anche quelli collegati allo stress lavoro-correlato" e che "il datore di lavoro effettua la valutazione" ed elabora il Documento di Valutazione dei Rischi tramite il Servizio di Prevenzione e Protezione aziendale, in quanto la normativa gli attribuisce compiti specifici nella valutazione dei rischi e nella pianificazione e programmazione degli interventi di prevenzione e protezione, con la collaborazione del Medico Competente.

La valutazione dei rischi deve quindi avere un connotato più estensivo, andando ad analizzare anche aspetti relativi al contesto lavorativo con la collaborazione di altri soggetti aziendali.

La suddetta valutazione si avvale dell'utilizzo di:

- dati dei monitoraggi sugli episodi di violenza
- sopralluoghi finalizzati all'individuazione dei contesti lavorativi a rischio più elevato, con analisi delle condizioni operative e dell'organizzazione

Azione 2 – Implementare misure di prevenzione strutturali, tecnologiche e organizzative

Successivamente all'analisi e all'identificazione dei rischi, è opportuno definire misure strutturali e organizzative atte a prevenire e controllare eventi a rischio; il documento ufficiale più attuale, che definisce tali misure a livello nazionale è ancora la raccomandazione ministeriale n.° 8 del 2007, di cui sono riportate qui di seguito le misure consigliate.

Per quanto riguarda le misure organizzative, che riguardano le modalità di gestione e svolgimento delle attività lavorative, è importante tenere presente che *"i cambiamenti nelle pratiche del lavoro e nelle procedure amministrative possono contribuire ad impedire, o al contrario accentuare, gli atti di violenza"*

Misure strutturali e tecnologiche che possono essere adottate (da raccomandazione ministeriale 8/2007):

• *valutare i progetti di nuova costruzione o di modifica delle strutture esistenti in funzione della eliminazione o riduzione dei fattori di rischio connessi alla violenza;*

8

• valutare la necessità di installare, e mantenere regolarmente in funzione, impianti di allarme o altri dispositivi di sicurezza (pulsanti antipanico, allarmi portatili, telefoni cellulari, ponti radio) nei luoghi dove il rischio è elevato. Assicurare la disponibilità di un sistema di pronto intervento nel caso in cui l'allarme venga innescato;

• valutare la necessità, laddove la tipologia di segnalazioni pervenute lo suggerisca e sulla base delle indicazioni eventualmente fornite dagli Organi di sicurezza, di assicurare la disponibilità di metal-detector fissi o portatili atti a rilevare la presenza di armi metalliche;

• installare un impianto video a circuito chiuso, con registrazione sulle 24 ore, nelle aree ad elevato rischio. In queste situazioni la sicurezza è un fattore prioritario rispetto alla privacy;

• assicurare la disponibilità di stanze dotate dei necessari dispositivi di sicurezza nel caso di pazienti in stato di fermo, sotto effetto di alcol e droga o con comportamenti violenti;

• assicurarsi che i luoghi di attesa siano confortevoli ed idonei a minimizzare fattori stressogeni;

• garantire, al fine di limitarne l'accesso, la presenza e il funzionamento di idonee serrature per le stanze di visita e di trattamento, per le stanze di soggiorno e riposo degli operatori sanitari, per bagni (distinti da quelli per gli utenti), secondo eventuali indicazioni degli Organi di sicurezza;

• prevedere, nelle aree di colloquio o di trattamento per i pazienti a rischio di crisi, la presenza
di un arredo idoneo ed eliminare oggetti che possono essere usati come arma;

• assicurare l'installazione di sistemi di illuminazione idonei e sufficienti sia all'interno della struttura che all'aperto;

• sostituire e/o riparare, con urgenza, finestre e serrature rotte;

• mantenere in buono stato le autovetture comunemente utilizzate dagli operatori e chiuderle sempre a chiave.

Misure organizzative che possono essere adottate (da raccomandazione ministeriale 8/2007):

• esporre chiaramente a pazienti, accompagnatori, personale che gli atti di violenza non sono
permessi o tollerati;

• stabilire un coordinamento con le Forze di Polizia e in caso di incidente fornire loro tutte le notizie utili per facilitare le indagini;

• sensibilizzare il personale affinché vengano sempre segnalate aggressioni o minacce (ad esempio, attraverso interviste confidenziali);

• regolamentare, se necessario, l'ingresso in alcune aree, quali l'isola neonatale o la pediatria, assegnando un pass ai visitatori e incoraggiando il rispetto di orari e procedure;
•predisporre e divulgare le modalità di accesso alla farmacia o agli armadi farmaceutici di reparto;

• predisporre la presenza e disponibilità di un team addestrato a gestire situazioni critiche e a controllare pazienti aggressivi. I momenti a rischio più elevato si realizzano durante il trasporto del paziente, nella risposta all'emergenza, nelle ore notturne, mentre le aree a più alto rischio includono l'accettazione, le unità di emergenza o di trattamento acuto. Attenersi, comunque, alle procedure di sicurezza definite;

• assicurarsi che i pazienti in attesa di una prestazione sanitaria ricevano informazioni chiare sui tempi di attesa;

• definire politiche e procedure per la sicurezza e l'evacuazione di emergenza;

• assicurare sempre, all'atto di una visita, di un esame diagnostico, che siano presenti due figure professionali (ad esempio, medico e infermiere) e prevedere, in caso di necessità, la presenza di un mediatore culturale;

• scoraggiare il personale dall'indossare collane o usare stringhe per scarpe allo scopo di prevenire un possibile strangolamento in situazioni critiche, e dal recare con sé oggetti che potrebbero produrre lesioni

• prevedere la possibilità di fornire al personale a rischio un cartellino di identificazione recante solo il nome senza cognome;

• assicurasi che gli accessi alle strutture e l'area di parcheggio siano ben illuminate e se necessario prevedere che il personale nelle ore notturne o serali o quando la sicurezza personale risulti minacciata sia accompagnato da addetti alla vigilanza;

• sviluppare idonee procedure per rendere sicura l'assistenza domiciliare da parte di operatori sanitari, prevedendo la presenza di un accompagnatore durante la visita in situazioni di alto

rischio o la comunicazione ad un secondo operatore dei propri spostamenti per conoscerne la localizzazione;

• fornire al personale coinvolto le informazioni sulle procedure previste in caso di violenza subita e sulle forme di assistenza disponibili;

• registrare tutti gli episodi di violenza occorsi ed elaborare le informazioni raccolte al fine di
definire ogni necessaria misura di prevenzione.

Azione 3 – Promuovere le conoscenze e le competenze da parte degli operatori

La formazione ha principalmente l'obiettivo di diffondere a tutto il personale la consapevolezza del rischio potenziale correlato con l'attività lavorativa e la conoscenza delle tecniche da seguire per proteggere se stessi ed i colleghi da atti di violenza ma ha altresì la finalità di diffondere agli operatori il senso di fiducia necessario per affrontare situazioni ad alta partecipazione emotiva.

Le iniziative formative, al pari di altre misure di prevenzione e controllo, devono essere esplicitate in un piano specifico.

I contenuti formativi da ritenere essenziali sono :

• Rischio connesso alla propria attività lavorativa

• Politica aziendale di prevenzione degli episodi di violenza

• Procedure per la segnalazione degli atti di violenza

• Procedure per attivazione di supporto psicologico, medico, legale

• Tecniche di riconoscimento precoce e gestione di comportamenti aggressivi e violenti

• Aspetti biologici dell'aggressione e delle reazioni durante le fasi **critiche** (per esempio: aspetti e motivi dell'escalation e tecniche di de-escalation, ecc.)

• Strumenti per l'identificazione dei rischi nel contesto lavorativo

Gli eventi formativi devono essere coerenti, relativamente ai contenuti ed alla frequenza con cui vengono organizzati, con la valutazione del rischio del contesto lavorativo e con i piani previsti per la gestione dello stesso, pertanto adattati alle diverse realtà lavorative ed ai profili professionali.

Devono essere privilegiate metodologie didattiche interattive con prove pratiche e simulazioni cosicchè al termine della formazione ciascun professionista sia in grado di riconoscere le situazioni ad alto rischio e di adottare le iniziative di sicurezza più opportune.

Obiettivo 3 – Gestire analiticamente e/o operativamente ogni episodio di violenza segnalato in azienda e monitorare gli eventi sentinella, al fine di ridurre o eliminare il ripetersi dell'accaduto individuando le cause determinanti e le eventuali misure necessarie da intraprendere

Azione 1 - Gestione episodio di violenza:

La gestione dell'episodio di violenza implica l'attivazione dell'azienda attraverso il proprio sistema interno con il coinvolgimento delle strutture organizzative e del personale individuato, attraverso le specifiche procedure operative aziendali con la finalità di individuare i fattori e le cause che hanno contribuito a determinare l'episodio e definire le relative azioni di miglioramento e/o supporto al lavoratore/operatore aggredito.

Ai fini di una corretta gestione dell'episodio di violenza è necessario avere informazioni congrue e complete .

Gli aspetti più importanti da considerare nella fase di gestione sono:

- la congruità e completezza delle informazioni;
- le caratteristiche dell'aggressore e della vittima;
- la successione con cui si è verificato l'episodio andando a declinare l'evento 'trigger' che può essere il fattore scatenante e cioè un qualunque elemento in grado di far innescare emotivamente e/o di attivare ricordi relativi al tuo vissuto traumatico. Il trigger può essere diverso per ogni persona, dipende dall'esperienza passata affrontata;
- se l'evento ha cagionato danni alla vittima con apertura di infortunio;
- il coinvolgimento del dirigente del lavoratore;
- il contesto strutturale e organizzativo;
- le azioni di miglioramento che erano già attuate o in fase di attuazione;
- straordinarietà dell'episodio rispetto alla prevista attività lavorativa (es. malvivente, manifestazione con atti violenti dei manifestanti verso cose e persone dell'azienda, ecc.)
- necessità/possibilità di tutela legale fornita dal datore di lavoro al lavoratore aggredito, a seguito di denuncia relativa all'episodio di aggressione subito

Azione 2 – Segnalazione evento sentinella (flusso Simes)

Il monitoraggio degli eventi sentinella costituisce un'importante azione di sanità pubblica con lo scopo di raccogliere le informazioni riguardanti eventi avversi di particolare gravità, potenzialmente evitabili, come specificato dal *Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella* (pubblicato nel luglio 2009 dall'Osservatorio Nazionale sugli eventi sentinella, Ministero della Salute) 12

In particolare nel sottoparagrafo 3.1 (definizione di evento sentinella) si può constatare come nella "lista degli eventi sentinella" al punto 12 dell'elenco troviamo "atti di violenza a danno di operatore".

In caso di evento sentinella, il Risk Manager aziendale si occupa della gestione operativa della segnalazione e della successiva analisi dell'evento sentinella; per la registrazione del dato viene usato l'applicativo regionale Si-GRC – Modulo Evento Sentinella, attraverso il quale successivamente sarà inviato al Ministero per rispondere al debito informativo del flusso SIMES (come da Dgr 225 del 3/4/2006 e Dgr 704 del 8/10/2007 – allegato B "Procedura per la gestione aziendale dei casi di eventi sentinella")

Come si evince dall'allegato B della Dgr 704/2007, il responsabile della procedura della gestione dell'evento sentinella è il direttore sanitario aziendale.

La segnalazione di un'aggressione a danno di un operatore sanitario può essere fatta dall'operatore stesso che l'ha subita o da un operatore che è stato testimone dell'evento di aggressione.

Azione 3 – Best practice dei flussi informativi per la rilevazione delle aggressioni

Come stabilito con dgr 913 del 6/8/2018, la Regione Toscana ha istituito una rilevazione trimestrale per monitorare e misurare il fenomeno delle aggressioni agli operatori sanitari, che si realizza nella somministrazione del questionario, allegato a questo documento, ad Aziende USL e AO, Ispro e Fondazione Monasterio.
La suddetta scheda comprende gli items della griglia AGENAS di monitoraggio della raccomandazione n.8/2007 e monitora sia la parte organizzativa che la parte di rilevazione quantitativa (numero di aggressioni verbali e fisiche).
Per incentivare una sempre maggiore omogeneizzazione e informatizzazione nelle modalità di gestione della raccolta dei dati, Regione Toscana prevede di analizzare i dati delle aggressioni anche per mezzo della scheda informatizzata già esistente Si-GRC, attualmente in uso per la rilevazione (Incident Reporting) degli eventi avversi in ambito del rischio clinico.
Il Settore Prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro della Regione Toscana procederà a richiedere la rendicontazione trimestrale delle segnalazioni con le medesime modalità utilizzato sino a oggi, ma contemporaneamente richiederà elaborazione al Centro GRC per le segnalazioni inserite su Si-GRC.

BIBLIOGRAFIA

- ✔ Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella – Osservatorio nazionale sugli eventi sentinella – Luglio 2009;
- ✔ Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali: Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella – 5° Rapporto (Settembre 2005- Dicembre 2012) – Aprile 2015;

- ✔ Delibera Giunta della Regione Toscana 913 del 06/08/2018 - Azioni di prevenzione e contrasto atti di violenza a danno degli operatori sanitari. Indirizzi alle aziende sanitarie ed agli enti del SSR;
- ✔ Strumenti e fonti informative per la rilevazione degli episodi di violenza a danno degli operatori dei servizi sanitari e socio-sanitari" (Conferenza delle Regioni);
- ✔ Linee di indirizzo per la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori dei servizi sanitari e socio-sanitari – Regione Emilia-Romagna;
- ✔ Linee di indirizzo regionali per la prevenzione, la segnalazione e gestione degli episodi di violenza a danno dell'operatore sanitario - Regione Umbria – 25 Febbraio 2019;
- ✔ Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari – Regione Lazio – 16 Ottobre 2018;
- ✔ http://www.salute.gov.it

NORMATIVA

- ✔ Raccomandazione Ministero della Salute n. 8: Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari, novembre 2007;
- ✔ Delibera Giunta della Regione Toscana 225 del 3/4/2006 -Azioni di coordinamento e sviluppo delle attività di gestione del rischio clinico
- ✔ Delibera Giunta della Regione Toscana 704 del 8/10/2007 – allegato B "Procedura per la gestione aziendale dei casi di eventi sentinella")
- ✔ Delibera Giunta della Regione Toscana 913 del 06/08/2018 - Azioni di prevenzione e contrasto atti di violenza a danno degli operatori sanitari. Indirizzi alle aziende sanitarie ed agli enti del SSR;
- ✔ Delibera Giunta della Regione Toscana 1176 del 22/10/2018 - Misure urgenti di prevenzione e contrasto atti di violenza a danno degli operatori sanitari e costituzione dell'osservatorio regionale;
- ✔ Legge 14 agosto 2020, n. 113 Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni;
- ✔ Legge 15 gennaio 2021, n.4 Ratifica ed esecuzione della Convenzione dell'Organizzazione internazionale del lavoro n. 190 sull'eliminazione della violenza e delle molestie sul luogo di lavoro, adottata a Ginevra il 21 giugno 2019 nel corso della 108ª sessione della Conferenza generale della medesima Organizzazione.

ALLEGATI

Allegato 1: fac simile scheda di rilevazione introdotta da Regione Toscana con dgr 1176/2018
Allegato 2 :Breve guida al riconoscimento delle situazioni a rischio e de-escalation (a cura del Dr. Riccardo Bassi e Dott.ssa Daniela Antonini - Ausl Toscana Sudest)

14

Sezione 1: Gestione della prevenzione degli atti di violenza			Nelle celle qui sotto trovate o spazio per scrivere (se la domanda è aperta) o tendina SI /NO al lato destro in basso (se la domanda è chiusa)
1		E' stato predisposto un documento attuativo della raccomandazione n°8 novembre 2007 del Ministero della salute per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari?	
	1.1	Se sì, è stato divulgato ai lavoratori? Ed eventualmente in quale modalità?	_____ _____ _____ _____ _____
	1.2	Se sì, è stato divulgato agli utenti e ai visitatori? Ed eventualmente in quale modalità?	_____ _____ _____ _____ _____
	1.3	Se sì al punto 1, è' stato costituito un gruppo di lavoro specifico al fine di individuare e favorire l'implementazione del programma aziendale di prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori?	

	1.4	Se sì al punto 1.3, indicarne la composizione ed i ruoli coinvolti:	_____ _____ _____ _____ _____
	1.5	Se no al punto 1.3, esiste un soggetto che interviene per valutare e proporre correttivi? Eventualmente in chi è individuato?	_____ _____ _____ _____ _____
	1.6	Se no al punto 1.3 è stata coinvolta l'alta direzione?	
2		Sono in essere procedure per facilitare la segnalazione da parte del personale degli episodi subiti?	
	2.1	Se sì, esiste un soggetto/gruppo aziendale per l'analisi delle segnalazioni?	
	2.2	Se sì, specificare	_____ _____ _____ _____ _____

3		Sono state attuate azioni per il coinvolgimento del personale, con particolare riferimento a quello individuato come a maggior rischio?	
	3.1	Se sì, specificare	_____ _____ _____ _____ _____
4		Viene effettuata l'analisi periodica dei dati relativi agli episodi di violenza verificatisi nei diversi contesti aziendali?	
	4.1	Se sì, specificare la frequenza dei report prodotti ed i destinatari la frequenza dei report	_____ _____ _____ _____ _____
	4.2	Se sì al punto 4, i report contengono una analisi delle lesioni subite dagli operatori sanitari a seguito di episodi di violenza?	
		Se sì al punto 4, le fonti dati utilizzate sono:	

		Segnalazioni Autorità Giudiziaria e Forze di Polizia	
		Incident reporting	
		Segnalazione eventi sentinella	
		Denunce di infortunio INAIL	
		Referti PS	
	4.3	Indagini ad hoc	
		Sopralluoghi	
		Altro (specificare)	_____ _____ _____ _____ _____
5		E' stata realizzata l'analisi delle situazioni operative, al fine della identificazione di quelle a maggiore vulnerabilità in relazione alla probabilità di occorrenza di episodi di violenza?	
	5.1	Se sì, compilare la tabella1	
6		È stato strutturato un sistema di sistema di monitoraggio delle azioni?	

	6.1	Se sì, specificare:	_____ _____ _____ _____ _____
7		E' presente una sezione specifica del Documento della Valutazione del Rischio (DVR) che contiene l'analisi e la stima del rischio violenze e aggressioni nel comparto sanitario?	
	7.1	Se sì al punto 7, tra le misure individuate sono previste misure organizzative quali cambi di layout?	
	7.2	Se sì al punto 7, tra le misure individuate sono previste misure organizzative quali l'aumento di personale contemporaneamente presente?	
	7.3	Se sì al punto 8, tra le misure individuate sono previste misure tecniche quali realizzazioni di zone filtro?	
	7.4	Se sì al punto 7, tra le misure individuate sono previste misure tecniche quali l'aumento delle aree videosorvegliate?	
	7.5	Se sì al punto 7, tra le misure individuate è previsto un aumento di presenza di vigilantes?	

Sezione 2: Misure Strutturali e tecnologiche adottate			Nelle celle qui sotto trovate o spazio per scrivere (se la domanda è aperta) o tendina SI /NO al lato destro in basso (se la domanda è chiusa)
8		Viene effettuata la valutazione dei progetti di nuova costruzione o di modifica delle strutture esistenti in funzione della eliminazione/riduzione rischi connessi alla violenza ?	
9		Sono stati installati impianti di allarme o altri dispositivi di sicurezza (pulsanti antipanico, allarmi portatili, telefoni cellulari, ponti radio) ?	
	9.1	Se sì, specificare dove :	
	9.2	Se sì alla domanda 9, è disponibile un sistema di pronto intervento in caso in cui l'allarme venga innescato?	
	9.3	Se sì, specificare chi assicura l'intervento:	
10		Sono stati installati impianto video a circuito chiuso, con registrazione sulle 24 ore, nelle aree valutate ad elevato rischio?	
	10.1	Se sì, in quali aree particolare?	

11		Tra le misure individuate e realizzate, sono stati fatti interventi di miglioramento delle aree di presenza dell'utenza?	
	11.1	Se sì, al punto 12, le misure sono: Monitor informativi Sulle attese Desk informativi Distributori automatici di vivande Aumento confortevolezza attesa (sedie comode, spazi per bambini ecc.) Stanze dotate dei necessari dispositivi di sicurezza nel caso di pazienti in stato di fermo Aree di colloquio o di trattamento per i pazienti a rischio di crisi dotate di arredo idoneo ad eliminare oggetti che possono essere usati come arma Altro, specificare_____	
12		Sono presenti sistemi di illuminazione all'interno delle strutture a maggior rischio ritenuti adeguati?	
13		Sono presenti sistemi di illuminazione all'esterno delle strutture (es. parcheggi e accessi), ritenuti adeguati?	

Sezione 3: Misure organizzative adottate			Nelle celle qui sotto trovate o spazio per scrivere (se la domanda è aperta) o tendina SI /NO al lato destro in basso (se la domanda è chiusa)
14		È stato regolamentato l'ingresso delle aree ritenute a maggior rischio?	
	14.1	Se sì, specificare:	_____ _____ _____ _____ _____ _____
15		È stata costituita una procedura per gestire situazioni critiche e per controllare pazienti aggressivi?	
	15.1	Se sì, specificare:	_____ _____ _____ _____ _____ _____
16		Sono state intraprese iniziative per il coordinamento con le Forze dell'Ordine o altri soggetti (es. Prefetture) per identificare le strategie atte ad eliminare o attenuare la violenza nei servizi sanitari?	

	16.1	Se sì, specificare:	_____ _____ _____ _____ _____ _____
17		È stato previsto un sistema di interventi di sostegno agli operatori vittima di violenza?	
	17.1	Se sì, specificare:	_____ _____ _____ _____ _____ _____
18		Sono state realizzare iniziative formative per il personale?	
	18.1	Se sì, specificare:	_____ _____ _____ _____ _____ _____

19		È presente un servizio di vigilantes?	
	19.1	Se sì, quanti vigilantes vi sono in servizio in azienda nelle 24 ore?	
	19.2	Se sì, vi è presenza di vigilantes al pronto soccorso come da DGRT 1176/2018?	
	19.3	Se sì al punto 21, vi sono punti diversi al PS dove staziona il vigilantes?	

	19.4	Se s' al punto 21.3, specificare	
	19.5	Se sì al punto 21, qual'è la copertura settimanale nel presidio in cui è contrattualizzata la presenza massima del servizio di vigilantes?	
	19.6	Se sì al punto 21, qual'è la copertura oraria nel presidio in cui è contrattualizzata la presenza massima del servizio di vigilantes?	
	19.7	Se sì al punto 21, qual'è la copertura settimanale nel presidio in cui è contrattualizzata la presenza minima del servizio di vigilantes?	
	19.8	Se sì al punto 21, qual'è la copertura oraria nel presidio in cui è contrattualizzata la presenza minima del servizio di vigilantes?	

Con riferimento all'ultimo anno, quante sono state le aggressioni e quali sono state le aree più coinvolte?		
	1/2/3/4 trimestre anno in corso	
AREE	Aggressioni verbali	Aggressioni fisiche
Pronto Soccorso		
Ser.D.		
Area Materno Infantile		
Area Psichiatria		
Area C.U.P.		
Altro (specificare):		

Con riferimento all'ultimo anno, quante sono state le aggressioni e quali sono state le aree più coinvolte?		
	1/2/3/4 trimestre anno in corso	
PROFESSIONALITA'	Aggressioni verbali	Aggressioni fisiche
Medici		
Infermieri		
OSS		
Amministrativi		
Assistenti sociali/educatori		
Altro (specificare):		