



Regione Lombardia

LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° IX / 2946

Seduta del 25/01/2012

Presidente

ROBERTO FORMIGONI

Assessori regionali

ANDREA GIBELLI *Vice Presidente*

DANIELE BELOTTI

GIULIO BOSCAGLI

LUCIANO BRESCIANI

MASSIMO BUSCEMI

RAFFAELE CATTANEO

ROMANO COLOZZI

ALESSANDRO COLUCCI

GIULIO DE CAPITANI

ROMANO LA RUSSA

CARLO MACCARI

STEFANO MAULLU

MARCELLO RAIMONDI

MONICA RIZZI

GIOVANNI ROSSONI

DOMENICO ZAMBETTI

Con l'assistenza del Segretario Marco Pilloni

Su proposta dell'Assessore Luciano Bresciani

Oggetto

PRECISAZIONI IN ORDINE ALLA DGR N. IX/2633 DEL 06 DICEMBRE 2011 "DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLA GESTIONE DEL SERVIZIO SOCIO SANITARIO REGIONALE PER L'ESERCIZIO 2012"

Il Dirigente

Luca Merlino

Il Direttore Generale

Carlo Lucchina

L'atto si compone di 30 pagine

di cui 16 pagine di allegati

parte integrante



Regione Lombardia

LA GIUNTA

RICHIAMATA la DGR n. VI/42606 del 23 aprile 1999 “Aggiornamento delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell’ambito del Servizio Sanitario Regionale e relative tariffe”;

VISTO il DM n. 380 del 27 ottobre 2000 “Regolamento recante norme concernenti l’aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati con il Disciplinare tecnico: istruzioni per la compilazione e la codifica delle informazioni riportate nella SDO e per il corretto utilizzo dell’ICD-9-CM”;

RICHIAMATO il DDG Sanità n. 32731 del 18 dicembre 2000 “Approvazione delle linee guida per la corretta applicazione del nomenclatore tariffario. Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale - d.g.r. n. VI/42606 del 23 aprile 1999”;

VISTO il DM del 18 dicembre 2008 che prevede l’adozione, a decorrere dal 1° gennaio 2009, della versione italiana ICD-9-CM 2007, allineata alla versione 24 del sistema di classificazione delle prestazioni ospedaliere Diagnosis Related Groups (DRG);

VISTE le seguenti leggi regionali:

- 31 marzo 1978, n. 34 “Norme sulle procedure della programmazione, sul bilancio e sulla contabilità della Regione” che stabilisce nell’articolo 79ter che gli enti del sistema regionale contribuiscono al concorso della Regione per la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica;
- 12 marzo 2008, n. 3 recante “Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e socio-sanitario” e le successive modifiche ed integrazioni;
- 30 agosto 2008, n. 1 “Legge regionale statutaria” che nell’articolo 48 ha rafforzato la visione dell’ente regionale come “insieme” di enti, aziende, società, fondazioni cui affidare la responsabilità di attuare le politiche regionali;
- 30 dicembre 2009, n. 33 recante “Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità” e successive modifiche e integrazioni;



Regione Lombardia

LA GIUNTA

RICHIAMATE altresì le Regole di Sistema per il Servizio Socio-Sanitario Regionale relative agli anni 2011 e 2012 adottate con i provvedimenti amministrativi di seguito elencati:

- DGR n. 937 del 1° dicembre 2010 “Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2011 – (di concerto con l'Assessore Boscagli)”;
- DGR n. 1479 del 30 marzo 2011 “Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2011 – Il provvedimento di aggiornamento in ambito sanitario”;
- DGR n. 2057 del 28 luglio 2011 “Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2011 – III provvedimento di aggiornamento in ambito sanitario – (di concerto con l'Assessore Boscagli)”;
- DGR n. 2633 del 06 dicembre 2011 “Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2012 – (di concerto con l'Assessore Boscagli)”;

RICHIAMATE inoltre le seguenti Delibere di Giunta Regionale:

- DGR n. 11086 del 27 gennaio 2010 “Nuovo Patto per la Salute per gli anni 2010-2012 (di concerto con l'Assessore Boscagli)”;
- DGR n. 1894 del 22 giugno 2011 “Determinazioni in merito al progetto CRS-SISS: approvazione dello schema di accordo regionale con le farmacie, avente ad oggetto ‘Rinnovo della convenzione per l'utilizzo della piattaforma tecnologica SISS da parte delle farmacie lombarde e per la loro partecipazione ai servizi messi a disposizione dal sistema SISS per la comunicazione ed elaborazione dei dati sanitari ed il miglioramento dei servizi all'utenza’”;
- DGR n. 2027 del 20 luglio 2011 “Determinazioni in ordine all'applicazione dell'art. 17, comma 6 della legge 15 luglio 2011, n. 111 in materia di compartecipazione alla spesa sanitaria – (di concerto con l'Assessore Bresciani)”;
- DGR n. 2073 del 28 luglio 2011 “Ulteriori determinazioni in ordine all'applicazione dell'art. 17, comma 6 della legge 15 luglio 2011, n. 111 in materia di compartecipazione alla spesa sanitaria – (di concerto con l'Assessore Bresciani)”;



Regione Lombardia

LA GIUNTA

- DGR n. 2734 del 22 dicembre 2011 "Testo unico delle regole di gestione del sistema socio-sanitario regionale";

RILEVATA la necessità, al fine di evitare l'insorgere di eventuali contenziosi, di fornire precisazioni in ordine ai contenuti della DGR n. IX/2633 del 06.12.2011 di seguito richiamati, e quindi :

- di allineare i contenuti dello "Schema tipo di Contratto", riportati nell'Allegato 1 parte integrante della presente deliberazione, in conformità alle indicazioni contenute nell'Allegato 9 della citata DGR n. 2633/2011;
- di confermare in un anno la validità della prescrizione ambulatoriale a partire dalla data di prescrizione fino alla data di prenotazione delle prestazioni prescritte, come previsto con DGR n. IX/621 del 13.10.2010;
- di prevedere, al fine di definire più correttamente le risorse da destinare contrattualmente nel 2012 alla MAC (Macroattività ambulatoriale complessa e ad alta integrazione di risorse) che, in prima istanza, i contratti per le attività di ricovero siano sottoscritti al lordo delle risorse destinate alla MAC, prevedendo entro il mese di luglio 2012, sulla base dei dati di attività dei primi 5 mesi del 2012, di aggiornare i contratti scorporando dal valore delle attività di ricovero il corrispettivo, su base annuale stimato sui primi 5 mesi dell'anno, della MAC da aggiungere alla quota già negoziata per la specialistica ambulatoriale al netto della quota di compartecipazione alla spesa;
- di approvare, nell'ambito dei progetti di NPIA, la tabella di conversione della diagnosi principale ICD10 in ICD-9-CM consultabile in formato elettronico sul sito della Direzione Generale Sanità nella sezione Normativa e Documenti ;

CONSIDERATO, in riferimento alle suddette prestazioni di NPIA, di modificare le tabelle 1A ed 1B (riportate negli Allegati 2 e 3 quali parte integrante della presente deliberazione), di cui all'Allegato 10 della DGR n. 2633/2011, come di seguito indicato:

- di ridefinire, in merito all'Allegato 1A, la tariffa relativa alla prestazione di "visita di controllo o colloquio neuropsichiatrico infantile" (cod. CA009) in 50,00 euro;



Regione Lombardia

LA GIUNTA

-
- di chiarire che le prestazioni indicate con i codici AL541, AL561, AM542, AM562, AN511, AN531, AO512, AO532 (training rivolto ad operatori o ad insegnanti), come correttamente indicato nella DGR n. 2633/2011 (Allegato 10 - ALLEGATO 1-C), devono passare dall'Allegato 1A all'Allegato 1B;

RICHIAMATA la DGR n. IX/2633 del 06.12.2011 (Allegato 10), con la quale si stabilisce che:

- le tariffe dei singoli pacchetti MAC, vigenti per le prestazioni prenotate dal 1° gennaio 2012, vengano definite entro il 15 febbraio 2012 con provvedimento della DG Sanità sulla base degli indirizzi desumibili dalla rendicontazione della suddetta tipologia di prestazioni con le modalità previste dalla DGR n. IX/1962 del 06.07.2011 a partire dal 1° agosto 2011;
- per i 3 pacchetti MAC di tipo riabilitativo deve essere prevista la possibilità di garantire il trasporto dei pazienti dal domicilio alla struttura che eroga le prestazioni;

VALUTATO di definire, sulla base dei costi oggi mediamente sostenuti per trasportare i pazienti dializzati, la tariffa massima di 6,00 euro per tratta relativa al trasporto dal domicilio all'ospedale e viceversa dei pazienti in carico per i pacchetti MAC 06, 07 e 08;

CONSIDERATO di stabilire che a livello locale la definizione dei costi di questo servizio, entro il valore massimo di 6,00 euro per tratta, sia governata con gli erogatori dalla ASL, tenendo presente anche il trasporto collettivo;

VALUTATI i dati di rendicontazione delle prestazioni di ricovero afferenti al regime di ricovero "A", relativi al trimestre di produzione settembre-novembre 2011, al fine già previsto con la DGR 2633/2011 di misurare nel modo più preciso possibile le tipologie cliniche di queste attività, la loro numerosità ed il loro valore tariffario;

RITENUTO, in considerazione dell'introduzione del pacchetto MAC05, di rivedere le indicazioni emanate con la DGR n. VIII/10804 del 16.12.09 (Allegato 12) in merito alla valorizzazione dei cicli di chemioterapia afferenti al DRG 410 (I, J), per il quale si era disposto un incremento tariffario del 7% finalizzato alla remunerazione delle attività legate agli accessi di "supporto" alla chemioterapia, in quanto, secondo



Regione Lombardia

LA GIUNTA

la citata deliberazione, non più rendicontabili come accessi a sé stanti a far data dal 1° gennaio 2010;

RITENUTO di procedere ad un esame puntuale della tipologia di procedure diagnostico/operative presenti nell'attività rendicontata a carico del regime di ricovero "A" nel citato trimestre settembre-novembre 2011, al fine di definire il corretto inquadramento dell'attività così esaminata nell'ambito dei 12 pacchetti MAC previsti, nel rispetto degli elementi costitutivi degli stessi di cui alla DGR 2633/2011;

VALUTATO di misurare il valore tariffario degli episodi assistenziali di cui sopra, in relazione alle diverse combinazioni delle procedure rendicontate, e di procedere quindi alla determinazione del valore medio tariffario (ponderato per il numero dei relativi accessi registrati) imputabile ad ogni raggruppamento MAC;

CONSIDERATO altresì di tener conto, ai fini delle suddette determinazioni tariffarie, dei differenti livelli di impegno assistenziale richiesto nei diversi pacchetti MAC, prevedendo al contempo di non superare complessivamente il valore medio tariffario registrato a carico del totale delle attività rendicontate nel citato trimestre, nel rispetto di quanto anticipato con la DGR n. 2633/2011 in merito al valore complessivo delle risorse da destinarsi alla MAC per l'esercizio 2012;

RITENUTO di ribadire che l'obiettivo primario cui è rivolta l'istituzione della MAC, di cui alla DGR n. IX/1479 del 30.03.2011, è il perseguimento dell'appropriatezza di erogazione di servizi che pur necessitando di essere garantiti in un contesto ospedaliero, ma non specificatamente di un posto letto, possono essere effettuati in un regime di tipo ambulatoriale complesso, al quale devono correttamente afferire tutte le prestazioni di laboratorio e di diagnostica strumentale relative alla gestione clinica del paziente durante l'attività MAC (da non rendicontarsi quindi separatamente anche se non esplicitamente richiamate nelle descrizioni dei pacchetti MAC);

PRECISATO infine che nulla cambia rispetto alle consuete valutazioni di appropriatezza in ordine al corretto regime erogativo delle prestazioni sanitarie a minore intensità assistenziale che non necessitano del regime protetto ospedaliero e che come di consueto sono da erogarsi nell'attività ambulatoriale propriamente



Regione Lombardia

LA GIUNTA

detta;

RITENUTO quindi di determinare le tariffe relative ai 12 pacchetti MAC come riportato nell'Allegato 4, parte integrante delle presente deliberazione;

RITENUTO di modificare le indicazioni emanate con la DGR n. IX/2633/2011 (Allegato 10) in merito alla codifica delle procedure di resezione endoscopica in attività di ricovero, ed in particolare di distinguere, sulla base del diverso impegno assistenziale richiesto (come da confronto con i direttivi delle Società scientifiche di riferimento - AIGO, SIED e SIGE), la procedura di "mucosectomia endoscopica" da quella di "dissezione sottomucosa endoscopica", prevedendo per la succitata mucosectomia l'erogazione in regime ambulatoriale e ridefinendo quindi l'attribuzione ai codici dell'ICD-9-CM di cui alla succitata DGR, come di seguito dettagliato:

- DISSEZIONE SOTTOMUCOSA (ESD) con diagnosi principale di neoplasia non benigna IN ATTIVITÀ DI RICOVERO

Prestazione	Codice ICD-9-CM	Descrizione
Dissezione sottomucosa endoscopica dell'esofago	42.33	Asportazione o demolizione endoscopica di lesione o tessuto esofageo
Dissezione sottomucosa endoscopica dello stomaco	43.41	Asportazione o demolizione di lesione o tessuto dello stomaco per via endoscopica
Dissezione sottomucosa endoscopica dell'intestino crasso	45.43	Demolizione endoscopica di altra lesione o tessuto dell'intestino crasso



Regione Lombardia

LA GIUNTA

- MUCOSECTOMIA (EMR) con diagnosi principale di neoplasia non benigna IN ATTIVITÀ AMBULATORIALE

Codice	Nota	Descrizione breve	Descrizione completa	Tariffa (euro)	Branca
--------	------	-------------------	----------------------	----------------	--------

42.33.3	IHca	MUCOSECTOMIA ENDOSCOPICA DELL'ESOFAGO	MUCOSECTOMIA ENDOSCOPICA DELL'ESOFAGO	400,00	GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA
---------	------	---------------------------------------	---------------------------------------	--------	---

43.41.3	IHca	MUCOSECTOMIA ENDOSCOPICA DELLO STOMACO	MUCOSECTOMIA ENDOSCOPICA DELLO STOMACO	400,00	GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA
---------	------	--	--	--------	---

45.43.2	IHca	MUCOSECTOMIA ENDOSCOPICA DEL COLON	MUCOSECTOMIA ENDOSCOPICA DEL COLON	400,00	GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA
---------	------	------------------------------------	------------------------------------	--------	---

RICHIAMATE le seguenti DGR:

- n. IX/350 del 28.07.2010 ad oggetto "Attuazione dell'art. 25-bis "Maggiorazioni tariffarie a favore degli IRCCS di diritto pubblico e di diritto privato e delle strutture sanitarie di ricovero e cura – poli universitari –" della LR n. 33/2009, così come modificato dalla LR n. 7/2010", in particolare l'Allegato 1 in cui sono indicate le percentuali tariffarie di incremento che sono state applicate per l'esercizio 2010;



Regione Lombardia

LA GIUNTA

-
- n. IX/2057 del 28.07.2011 ad oggetto “Determinazione in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2011 - III provvedimento di aggiornamento in ambito sanitario - (di concerto con l'assessore Boscagli);

CONSIDERATO che agli IRCCS di diritto privato accreditati e a contratto e alle strutture di ricovero e cura private accreditate e a contratto, convenzionate con le facoltà universitarie lombarde di Medicina e Chirurgia come sedi didattiche per i corsi di laurea in Medicina e Chirurgia è riconosciuta la maggiorazione tariffaria di cui alle norme sopra richiamate nel caso in cui dimostrino che i medici e gli infermieri con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, con vincolo di subordinazione, di ciascuna struttura nella sua interezza, risultano essere almeno il 70% del totale del personale in servizio;

STABILITO che il predetto parametro relativo al personale medico ed infermieristico è da intendersi e sarà determinato con riferimento alle teste equivalenti (quantificate su un debito orario stabilito dai CCNL delle rispettive categorie) calcolando separatamente il monte ore lavorato dal personale medico ed infermieristico con rapporto di lavoro a tempo indeterminato con vincolo di subordinazione di ciascuna struttura ospedaliera, in rapporto al monte ore complessivamente lavorato comprendendo nel totale anche le restanti tipologie di contratto di lavoro mediche ed infermieristiche. Questi dati dovranno essere certificati con dichiarazione sostitutiva di atto notorio del legale rappresentante dell'Ente, presentati compilando gli appositi modelli che saranno successivamente predisposti dalla DG Sanità e corrispondere alle documentazioni trasmesse periodicamente all'INPS;

RICHIAMATA la DGR IX/1479/2011 ed in particolare l'allegato1 “indicazioni cliniche ed organizzative per lo svolgimento delle Attività di Cure sub-acute”;

RITENUTO , alla luce delle evidenze maturate nel corso dei primi mesi di avvio delle attività sub-acute, di prevedere che la parte del predetto Allegato 1 di seguito esposta: “Gli indici che indicano un appropriato invio presso la struttura sub acuta sono gli indici 2 / 3 a cui corrispondono tariffe di 150 e di 190 euro rispettivamente” sia modificata come segue: “Gli indici che indicano un appropriato invio presso la struttura sub acuta sono gli indici 2 / 3 a cui corrispondono tariffe di 150 e di 190 euro rispettivamente; a discrezione della struttura che eroga le attività sub-acute,



Regione Lombardia

LA GIUNTA

previa intesa con la ASL di ubicazione della stessa, possono essere trattati pazienti che afferiscono all'indice di complessità 4 con la tariffa di 190 euro die”;

VALUTATO di suggerire che le attività di controllo sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale condotte da parte delle Asl a decorrere dall'esercizio 2012 non siano rigidamente limitate alla produzione relativa ai singoli anni di gestione, al fine di verificare la correttezza della rendicontazione delle prestazioni erogate in anni di gestione limitrofi, con particolare riferimento alle prestazioni erogate tra la fine di un anno di riferimento e l'inizio dell'anno successivo, e comunque tenendo conto della durata di validità della prescrizione medica (fissata in un anno);

VALUTATE ed assunte come proprie le predette determinazioni;

A voti unanimi, espressi nelle forme di legge;

DELIBERA

per le motivazioni indicate in premessa e qui integralmente richiamate:

1. Di fornire precisazioni, al fine di evitare l'insorgere di eventuale contenziosi, in ordine ai contenuti della DGR n. IX/2633 del 06.12.2011 di seguito richiamati, e quindi :
 - di allineare i contenuti dello “Schema tipo di Contratto”, riportati nell'Allegato 1 parte integrante della presente deliberazione, in conformità alle indicazioni contenute nell'Allegato 9 della citata DGR n. 2633/2011;
 - di confermare in un anno la validità della prescrizione ambulatoriale a partire dalla data di prescrizione fino alla data di prenotazione delle prestazioni prescritte, come previsto con DGR n. IX/621 del 13.10.2010;
 - di prevedere, al fine di definire più correttamente le risorse da destinare contrattualmente nel 2012 alla MAC (Macroattività ambulatoriale complessa e ad alta integrazione di risorse) che, in prima istanza, i contratti per le attività di ricovero siano sottoscritti al lordo delle risorse



Regione Lombardia

LA GIUNTA

destinate alla MAC, prevedendo entro il mese di luglio 2012, sulla base dei dati di attività dei primi 5 mesi del 2012, di aggiornare i contratti scorpendo dal valore delle attività di ricovero il corrispettivo, su base annuale stimato dai primi 5 mesi dell'anno, della MAC da aggiungere alla quota già negoziata per la specialistica ambulatoriale al netto della quota di compartecipazione alla spesa;

- di approvare, nell'ambito dei progetti di NPIA, la tabella di conversione della diagnosi principale ICD10 in ICD-9-CM consultabile in formato elettronico sul sito della Direzione Generale Sanità nella sezione Normativa e Documenti;
2. Di modificare, in riferimento alle suddette prestazioni di NPIA, le tabelle 1A ed 1B (riportate negli Allegati 2 e 3 quali parte integrante della presente deliberazione), di cui all'Allegato 10 della DGR n. 2633/2011, come di seguito indicato:
 - di ridefinire, in merito all'Allegato 1A, la tariffa relativa alla prestazione di "visita di controllo o colloquio neuropsichiatrico infantile" (cod. CA009) in 50,00 euro;
 - di chiarire che le prestazioni indicate con i codici AL541, AL561, AM542, AM562, AN511, AN531, AO512, AO532 (training rivolto ad operatori o ad insegnanti), come correttamente indicato nella DGR n. 2633/2011 (Allegato 10 - ALLEGATO 1-C) , devono passare dall'Allegato 1A all'Allegato 1B;
 3. Di determinare le tariffe relative ai 12 pacchetti MAC come riportato nell'Allegato 4, parte integrante delle presente deliberazione;
 4. Di definire, sulla base dei costi oggi mediamente sostenuti per trasportare i pazienti dializzati, la tariffa massima di 6,00 euro per tratta relativa al trasporto dal domicilio all'ospedale e viceversa dei pazienti in carico per i pacchetti MAC 06, 07 e 08;
 5. Di stabilire che a livello locale la definizione dei costi di questo servizio, entro il valore massimo di 6,00 euro per tratta, sia governata con gli erogatori dalla ASL, tenendo presente anche il trasporto collettivo;



Regione Lombardia

LA GIUNTA

6. Di modificare le indicazioni emanate con la DGR n. IX/2633/2011 (Allegato 10) in merito alla codifica delle procedure di resezione endoscopica in attività di ricovero , ed in particolare di distinguere, sulla base del diverso impegno assistenziale richiesto (come da confronto con i direttivi delle Società scientifiche di riferimento - AIGO, SIED e SIGE), la procedura di "mucosectomia endoscopica" da quella di "dissezione sottomucosa endoscopica", prevedendo per la succitata mucosectomia l'erogazione in regime ambulatoriale e ridefinendo quindi l'attribuzione ai codici dell'ICD-9-CM di cui alla succitata DGR, come di seguito dettagliato:

- DISSEZIONE SOTTOMUCOSA (ESD) con diagnosi principale di neoplasia non benigna IN ATTIVITÀ DI RICOVERO:

Prestazione	Codice ICD-9-CM	Descrizione
Dissezione sottomucosa endoscopica dell'esofago	42.33	<i>Asportazione o demolizione endoscopica di lesione o tessuto esofageo</i>
Dissezione sottomucosa endoscopica dello stomaco	43.41	<i>Asportazione o demolizione di lesione o tessuto dello stomaco per via endoscopica</i>
Dissezione sottomucosa endoscopica dell'intestino crasso	45.43	<i>Demolizione endoscopica di altra lesione o tessuto dell'intestino crasso</i>

- MUCOSECTOMIA (EMR) con diagnosi principale di neoplasia non benigna IN ATTIVITÀ AMBULATORIALE:



Regione Lombardia

LA GIUNTA

Codice	Nota	Descrizione breve	Descrizione completa	Tariffa (euro)	Branca
42.33.3	IHca	MUCOSECTOMIA ENDOSCOPICA DELL'ESOFAGO	MUCOSECTOMIA ENDOSCOPICA DELL'ESOFAGO	400,00	GASTROENTEROLOGIA CHIRURGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA
43.41.3	IHca	MUCOSECTOMIA ENDOSCOPICA DELLO STOMACO	MUCOSECTOMIA ENDOSCOPICA DELLO STOMACO	400,00	GASTROENTEROLOGIA CHIRURGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA
45.43.2	IHca	MUCOSECTOMIA ENDOSCOPICA DEL COLON	MUCOSECTOMIA ENDOSCOPICA DEL COLON	400,00	GASTROENTEROLOGIA CHIRURGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA

7. Di stabilire, ai fini della applicazione della DGR n. IX/350/2010, che il parametro relativo al personale medico ed infermieristico è da intendersi e sarà determinato con riferimento alle teste equivalenti (quantificate su un debito orario stabilito dai CCNL delle rispettive categorie) calcolando separatamente il monte ore lavorato dal personale medico ed infermieristico con rapporto di lavoro a tempo indeterminato con vincolo di subordinazione di ciascuna



Regione Lombardia

LA GIUNTA

struttura ospedaliera, in rapporto al monte ore complessivamente lavorato comprendendo nel totale anche le restanti tipologie di contratto di lavoro mediche ed infermieristiche. Questi dati dovranno essere certificati con dichiarazione sostitutiva di atto notorio del legale rappresentante dell'Ente, presentati compilando gli appositi modelli che saranno successivamente predisposti dalla DG Sanità e corrispondere alle documentazioni trasmesse periodicamente all'INPS;

8. Di stabilire, alla luce delle evidenze maturate nel corso dei primi mesi di avvio delle attività sub-acute, che la parte dell'Allegato 1 della DGR IX/1479/2011, di seguito esposta: "Gli indici che indicano un appropriato invio presso la struttura sub acuta sono gli indici 2 / 3 a cui corrispondono tariffe di 150 e di 190 euro rispettivamente" sia modificata come segue: "Gli indici che indicano un appropriato invio presso la struttura sub acuta sono gli indici 2 / 3 a cui corrispondono tariffe di 150 e di 190 euro rispettivamente; a discrezione della struttura che eroga le attività sub-acute, previa intesa con la ASL di ubicazione della stessa, possono essere trattati pazienti che afferiscono all'indice di complessità 4 con la tariffa di 190 euro die";
9. Di stabilire che le attività di controllo sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale condotte da parte delle Asl a decorrere dall'esercizio 2012 non siano rigidamente limitate alla produzione relativa ai singoli anni di gestione, al fine di verificare la correttezza della rendicontazione delle prestazioni erogate in anni di gestione limitrofi, con particolare riferimento alle prestazioni fruite tra la fine di un anno di riferimento e l'inizio dell'anno successivo, e comunque tenendo conto della durata di validità della prescrizione medica (fissata in un anno);
10. Di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul BURL e sul sito Internet della Direzione Generale Sanità.

IL SEGRETARIO
MARCO PILLONI

cod. prestaz	category	descrizione prestazione	tariffa €
AA041	01	colloquio per raccolta anamnestica o illustrazione delle procedure diagnostiche, terapeutiche, riabilitative o di supporto: in sede	58,00
AA091	01	follow up neonatale, esame neuropsicomotorio	58,00
AA621	02	videoregistrazione per inquadramento diagnostico o per monitoraggio riabilitativo o terapeutico	58,00
AB042	01	colloquio per raccolta anamnestica o illustrazione delle procedure diagnostiche, terapeutiche, riabilitative o di supporto: fuori sede	73,64
AC251	02	osservazioni di gioco e comportamentali del bambino: in sede. Per seduta (Ciclo di 3 sedute)	64,00
AD252	02	osservazioni di gioco e comportamentali del bambino: fuori sede. Per seduta (Ciclo di 3 sedute)	84,00
AF241	02	osservazione per la valutazione delle risorse individuali nell'ambito dell'autonomia personale, dell'integrazione sociale e delle capacità lavorative. Per seduta (Ciclo di 3 sedute)	35,00
AF571	02	valutazione della comunicazione e del linguaggio in età evolutiva: in sede. Per valutazione (ciclo di 3 valutazioni)	35,00
AF581	02	valutazione neuromotoria: in sede. Per valutazione (Ciclo di 3 valutazioni)	28,50
AF591	02	valutazione neuropsicologica: in sede. Per valutazione (Ciclo di 3 valutazioni)	64,00
AF601	02	valutazione dello sviluppo psicomotorio in età evolutiva: in sede. Per valutazione (ciclo 3 valutazioni)	35,00
AG572	02	valutazione della comunicazione e del linguaggio in età evolutiva: fuori sede. Per valutazione (Ciclo di 3 valutazioni)	55,00
AG582	02	valutazione neuromotoria, compresa la valutazione protesica: fuori sede. Per valutazione (Ciclo di 3 valutazioni)	55,00
AG602	02	valutazione dello sviluppo psicomotorio in età evolutiva: fuori sede. Per valutazione (ciclo 3 valutazioni)	55,00
AG642	02	valutazione neuropsicologica: fuori sede. Per valutazione (Ciclo di 3 valutazioni)	80,00
AI451	04	seduta di sostegno psicologico. Per seduta (Ciclo di 10 sedute)	55,00
AK111	04	incontri di gruppo di genitori con figli portatori di patologie croniche o degenerative, disabilità, rischio di morte o con altre problematiche condivise. Per seduta e per partecipazione	25,00
AL461	05	seduta individuale di abilitazione o riabilitazione dei disturbi del linguaggio e della comunicazione in età evolutiva. Per seduta (Ciclo di 10 sedute)	30,00
AL471	05	seduta individuale di abilitazione o riabilitazione delle funzioni neuropsicologiche in età evolutiva. In sede. Per seduta (Ciclo di 10 sedute)	30,00
AL481	05	seduta individuale di riabilitazione dei disturbi dello sviluppo psicomotorio. In sede. Per seduta (ciclo di 10 sedute)	30,00
AL491	05	seduta individuale di abilitazione o riabilitazione svolta mediante l'utilizzo di strumenti informatici, di tecnologie avanzate o di strumenti di comunicazione aumentativa. Per seduta	50,00
AL501	05	seduta individuale di abilitazione o riabilitazione neuromotoria: in sede. Per seduta (ciclo di 10 sedute)	30,00
AL551	05	training individuale di addestramento per specifici trattamenti terapeutici rivolto a genitori: in sede. Per seduta (Ciclo di 3 sedute)	30,00
AM482	05	seduta individuale di abilitazione o riabilitazione di psicomotricità: fuori sede. Per seduta (Ciclo di 10 sedute)	50,00
AM552	05	training individuale di addestramento per specifici trattamenti terapeutici rivolto a genitori: fuori sede. Per seduta (Ciclo di 3 sedute)	50,00
AN401	05	seduta di gruppo di abilitazione o riabilitazione dei disturbi del linguaggio e della comunicazione in età evolutiva. Per seduta e per paziente (Ciclo di 10 sedute)	20,00
AN411	05	seduta di gruppo di abilitazione o riabilitazione delle funzioni neuropsicologiche. Per seduta e per paziente (Ciclo di 10 sedute)	20,00
AN421	05	seduta di gruppo di abilitazione o riabilitazione dei disturbi dello sviluppo. Per seduta e per paziente (Ciclo di 10 sedute)	20,00
AN431	05	seduta di gruppo di abilitazione o riabilitazione svolta mediante l'utilizzo di strumenti informatici, di tecnologie avanzate o di strumenti di comunicazione aumentativa. Per seduta	20,00
AN441	05	seduta di gruppo di abilitazione o riabilitazione neuromotoria dell'età evolutiva. Per seduta e per paziente (ciclo di 10 sedute)	20,00
AN521	05	training di gruppo di addestramento per specifici trattamenti terapeutici rivolto a genitori: in sede. Per seduta e per paziente (Ciclo di 3 sedute)	20,00
AO522	05	training di gruppo di addestramento per specifici trattamenti terapeutici rivolto a genitori: fuori sede. Per seduta e per paziente (Ciclo di 10 sedute)	20,00
AP021	06	attività individuali educativo rieducative nell'ambito della autonomia personale, del gioco, delle attività scolastiche, occupazionali o lavorative: in sede. Per intervento (Ciclo di 10 interventi)	30,00
AP031	06	attività individuali finalizzate alla formazione dei pazienti in ambiti lavorativi, anche in ambiente "protetto": in sede. Per intervento (Ciclo di 10 interventi)	30,00
AP231	06	intervento individuale di risocializzazione, animazione e ricreazione con finalità di integrazione sociale per bambini: in sede. Per intervento (Ciclo di 10 interventi)	30,00
AP631	06	colloquio dell'educatore per l'illustrazione del progetto educativo: in sede	30,00
AQ022	06	attività individuali educativo rieducative nell'ambito della autonomia personale, del gioco, delle attività scolastiche, occupazionali o lavorative: fuori sede. Per intervento (Ciclo di 10 interventi)	50,00
AQ032	06	attività individuali finalizzate alla formazione dei pazienti in ambiti lavorativi, anche in ambiente "protetto": fuori sede. Per intervento (Ciclo di 10 interventi)	50,00
AQ232	06	intervento individuale di risocializzazione, animazione e ricreazione con finalità di integrazione sociale per bambini: fuori sede. Per intervento (Ciclo di 10 interventi)	50,00
AQ632	06	colloquio dell'educatore per l'illustrazione del progetto educativo: fuori sede	50,00
AR011	06	attività di gruppo educativo rieducative nell'ambito della autonomia personale, del gioco, delle attività scolastiche, occupazionali o lavorative: in sede. Per intervento e per partecipazione	15,00
AR221	06	intervento di gruppo di risocializzazione, animazione e ricreazione per integrazione di bambini in difficoltà: in sede. Per intervento e per paziente (Ciclo di 10 interventi)	15,00
AS012	06	attività di gruppo educativo rieducative nell'ambito della autonomia personale, del gioco, delle attività scolastiche, occupazionali o lavorative: fuori sede. Per intervento e per partecipazione	25,00

cod. prestaz	category	descrizione prestazione	tariffa €
AS222	06	intervento di gruppo di risocializzazione, animazione e ricreazione per integrazione di bambini in difficoltà: fuori sede. Per intervento e per paziente (Ciclo di 10 interventi)	25,00
BK271	14	presenza residenziale per bambini - assistenza per 24 ore	174,00
BK301	13	presenza semiresidenziale per bambini - assistenza maggiore di 4 ore e minore di 8 ore	105,56
BK311	13	presenza semiresidenziale per bambini - assistenza minore di 4 ore	74,04
BL261	14	presenza residenziale per adolescenti - assistenza per 24 ore	174,00
BL281	13	presenza semiresidenziale per adolescenti - assistenza maggiore di 4 ore e minore di 8 ore	105,56
BL291	13	presenza semiresidenziale per adolescenti - assistenza minore di 4 ore	74,04
CA001	02	somministrazione test di sviluppo o di livello cognitivo in età evolutiva, per seduta	70,00
CA002	02	valutazione neurofunzionale visiva dell'età evolutiva	50,00
CA003	05	attività abilitativa/riabilitativa in acqua nelle disabilità dell'età evolutiva. Per seduta (Ciclo di 10 sedute)	50,00
CA004	05	attività abilitativa/riabilitativa di gruppo in acqua nelle disabilità dell'età evolutiva. Per seduta (Ciclo di 10 sedute)	30,00
CA005	01	colloquio psicologico clinico nei disturbi neuropsichici dell'età evolutiva	58,00
CA006	02	somministrazione di test proiettivi e della personalità in età evolutiva	60,00
CA007	02	somministrazione di test di valutazione della disabilità sociale in età evolutiva	30,00
CA008	02	somministrazione di test per la valutazione del carico familiare e dello stress genitoriale nei disturbi neuropsichici dell'età evolutiva	30,00
CA009	01	visita di controllo o colloquio neuropsichiatrico infantile	50,00
CA010	01	prima visita neuropsichiatrica infantile	64,00
CA011	05	seduta individuale di abilitazione e riabilitazione neurofunzionale visiva in età evolutiva. Per seduta (Ciclo di 10 sedute)	30,00
CA012	05	seduta individuale di abilitazione o riabilitazione neuromotoria: fuori sede. Per seduta (ciclo di 10 sedute)	30,00
CA013	05	attività abilitativa o riabilitativa equestre nelle disabilità dell'età evolutiva. Per seduta (Ciclo di 10 sedute)	50,00
CA014	03	psicoterapia individuale o congiunta nei disturbi neuropsichici dell'età evolutiva, per seduta. Ciclo di 10 sedute	60,00
CA015	03	psicoterapia familiare nei disturbi neuropsichici dell'età evolutiva, per seduta. Ciclo di 10 sedute	100,00
CA016	03	psicoterapia di gruppo nei disturbi neuropsichici dell'età evolutiva, per seduta e per partecipante. Ciclo di 10 sedute	30,00

Allegato 1 B

cod prestaz	categoria	descrizione prestazione
AL541	05	training individuale di addestramento per specifici trattamenti terapeutici rivolto a altri operatori: in sede. Per seduta (Ciclo di 3 sedute)
AL561	05	training individuale di addestramento per specifici trattamenti terapeutici rivolto a insegnanti: in sede. Per seduta (Ciclo di 3 sedute)
AM542	05	training individuale di addestramento per specifici trattamenti terapeutici rivolto a altri operatori: fuori sede. Per seduta (Ciclo di 3 sedute)
AM562	05	training individuale di addestramento per specifici trattamenti terapeutici rivolto a insegnanti: fuori sede. Per seduta (Ciclo di 3 sedute)
AN511	05	training di gruppo di addestramento per specifici trattamenti terapeutici rivolto a altri operatori: in sede. Per seduta (Ciclo di 3 sedute)
AN531	05	training di gruppo di addestramento per specifici trattamenti terapeutici rivolto a insegnanti: in sede. Per seduta (Ciclo di 3 sedute)
AO512	05	training di gruppo di addestramento per specifici trattamenti terapeutici rivolto a altri operatori: fuori sede. Per seduta (Ciclo di 3 sedute)
AO532	05	training di gruppo di addestramento per specifici trattamenti terapeutici rivolto a insegnanti: fuori sede. Per seduta (Ciclo di 3 sedute)
AT171	07	inserimento in comunità/istituti con presenza dell'operatore affiancante: in sede
AT181	07	interventi di sostegno nell'espletamento di pratiche amministrative: in sede
AT191	07	interventi di tutela del paziente: in sede
AT641	07	colloquio dell'assistente sociale per l'illustrazione dei progetti sociali: in sede
AU172	07	inserimento in comunità/istituti con presenza dell'operatore affiancante: fuori sede
AU182	07	interventi di sostegno nell'espletamento di pratiche amministrative: fuori sede
AU192	07	interventi di tutela del paziente: fuori sede
AU642	07	colloquio dell'assistente sociale per l'illustrazione dei progetti sociali: fuori sede
AV371	08	riunioni di presentazione del caso, di verifica periodica, di programmazione sul singolo paziente
AW121	09	incontri con il medico di base: in sede
AW131	09	incontri con operatori di comunità o di istituti: in sede
AW141	09	incontri con operatori di sindacati e patronati: in sede
AW151	09	incontri con organi giudiziari e prefettura: in sede
AW161	09	incontri con strutture educative: in sede
AW361	09	riunioni con strutture sanitarie e operatori sociali dell'Ente locale: in sede
AX122	09	incontri con il medico di base: fuori sede

AX132	09	incontri con operatori di comunità o di istituti: fuori sede
AX142	09	incontri con operatori di sindacati e patronati: fuori sede
AX152	09	incontri con organi giudiziari e prefettura: fuori sede
AX162	09	incontri con strutture educative: fuori sede
AX362	09	riunioni con strutture sanitarie e operatori sociali dell'Ente locale: fuori sede
AY081	10	diagnosi funzionale
AY341	10	relazione per organi giudiziari
AZ381	11	screening, in sede.
BA382	11	screening, fuori sede.

Tariffe pacchetti di Macroattività ambulatoriale complessa e ad alta integrazione di risorse (MAC)

Codice pacchetto	Pacchetti di MAC	Tipologia di prestazioni compreso nel pacchetto	Note	Tariffa (euro)
MAC01	Chemioterapia con somministrazione di farmaci ad alto costo (file F 5 e 3)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Somministrazione del trattamento chemioterapico e delle terapie ancillari; 2. Visita specialistica propedeutica alla chemioterapia; 3. Esami ematochimici propedeutici alla chemioterapia eseguiti nella stessa giornata o il giorno precedente; 4. Eventuali ulteriori esami o visite specialistiche (che si rendessero necessari per fronteggiare una eventuale urgenza) ed eseguiti nella stessa giornata del trattamento chemioterapico. 	Rimborso a parte per i farmaci chemioterapici previsti dallo schema di chemioterapia come da nota H1.2005.57478 e successivi aggiornamenti. Nel pacchetto è previsto il rimborso delle terapie ancillari e di supporto eseguite nella stessa giornata della chemioterapia.	44,00
MAC02	Chemioterapia senza somministrazione di farmaci ad alto costo (file F 5 e 3)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Somministrazione del trattamento chemioterapico e delle terapie ancillari; 2. Visita specialistica propedeutica alla chemioterapia; 3. Esami ematochimici propedeutici alla chemioterapia eseguiti nella stessa giornata o il giorno precedente; 4. Eventuali ulteriori esami o visite specialistiche (che si rendessero necessari 	Nel pacchetto di prestazioni è previsto il rimborso dei farmaci chemioterapici, delle terapie ancillari e di supporto eseguite nella stessa giornata della chemioterapia.	425,00

Codice pacchetto	Pacchetti di MAC	Tipologia di prestazioni compreso nel pacchetto	Note	Tariffa (euro)
		per fronteggiare una eventuale urgenza) ed eseguiti nella stessa giornata del trattamento chemioterapico.		
MAC03	Chemioterapia senza somministrazione di farmaci ad alto costo per patologia oncoematologica (file F 5 e 3)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Somministrazione del trattamento chemioterapico e delle terapie ancillari; 2. Visita specialistica propedeutica alla chemioterapia; 3. Esami ematochimici propedeutici alla chemioterapia eseguiti nella stessa giornata o il giorno precedente; 4. Eventuali ulteriori esami o visite specialistiche (che si rendessero necessari per fronteggiare una eventuale urgenza) ed eseguiti nella stessa giornata del trattamento chemioterapico. 	Nel pacchetto di prestazioni è previsto il rimborso dei farmaci chemioterapici, delle terapie ancillari e di supporto eseguite nello stessa giornata della chemioterapia.	425,00
MAC04	Terapia antitumorale con somministrazione di farmaci orali o IM	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prescrizione/somministrazione del trattamento antitumorale e delle terapie ancillari; 2. Visita specialistica propedeutica alla chemioterapia; 3. Esami ematochimici propedeutici alla chemioterapia eseguiti nella stessa giornata o il giorno precedente. 	Rimborso a parte per i farmaci antitumorali previsti dallo schema di trattamento.	44,00
MAC05	Terapia di supporto (idratazione, alimentazione parenterale, correzione di effetti	<ol style="list-style-type: none"> 1. Somministrazione della terapia di supporto; 2. Visita specialistica propedeutica alla 	Nel pacchetto di prestazioni è previsto il rimborso dei farmaci della terapia di supporto.	150,00

Codice pacchetto	Pacchetti di MAC	Tipologia di prestazioni compreso nel pacchetto	Note	Tariffa (euro)
	collaterali da chemioterapia, terapie marziali, supporto trasfusionale, manovre interventistiche terapeutiche tipo toracentesi e paracentesi ecc.)	chemioterapia; 3. Esami ematochimici di controllo eseguiti nella stessa giornata della terapia di supporto; 4. Eventuali ulteriori esami o visite specialistiche (che si rendessero necessari per fronteggiare una eventuale urgenza) ed eseguiti nella stessa giornata della terapia di supporto.		
MAC06	Pacchetto riabilitativo ad alta complessità	Pazienti <u>mai sottoposti</u> ad un programma formale di riabilitazione o con documentato peggioramento della capacità funzionale, della partecipazione e delle relazioni/sostegno sociale che provengano direttamente in fase post-acuta o cronici con rinnovata esigenza di percorso riabilitativo, in cui si configura un maggiore consumo di risorse per valutazioni diagnostico-funzionali e conduzione del programma.	Più di 120 minuti di attività riabilitative effettive sul paziente. Attività garantite da 3 o più operatori professionali. Il medico specialista, così come previsto dal programma riabilitativo individuale, prende parte alle attività svolte e contribuisce quindi al raggiungimento del predetto requisito organizzativo.	230,00
MAC07	Pacchetto riabilitativo a media complessità	Pazienti in cui si rende necessario il completamento del programma di intervento al termine di un ricovero riabilitativo degenziale o si evidenzia un documentato peggioramento della capacità funzionale della partecipazione e delle relazioni/sostegno sociale che richieda assistenza come per	Da 90 a 120 minuti di attività riabilitative effettive sul paziente. Attività garantite da almeno 3 operatori professionali. Il medico specialista, così come previsto dal programma riabilitativo individuale, coordina ed integra le attività svolte.	205,00

Codice pacchetto	Pacchetti di MAC	Tipologia di prestazioni compreso nel pacchetto	Note	Tariffa (euro)
		pacchetto base ma con una maggiore esigenza di rivalutazione clinico-funzionale e supervisione medica e non medica del programma riabilitativo.		
MAC08	Pacchetto riabilitativo a bassa complessità	Pazienti in cui si renda necessario, in base a specifici protocolli di follow-up, la verifica dello stato clinico, della capacità funzionale residua, della partecipazione e delle relazioni/sostegno sociale, dell'aderenza alle indicazioni domiciliari prescritte. Tali pazienti possono provenire da regime di continuità con un immediatamente precedente percorso di Riabilitazione in ambito degenziale, in cui vi è necessità di proseguire l'intervento di training fisico unitamente a una forma minima di supervisione medica e non medica (<i>nota: la semplice prosecuzione di sedute di training fisico configura l'ambito dell'ambulatoriale semplice, livello di prestazione inferiore ai MAC</i>).	Almeno 90 minuti di attività riabilitative effettive sul paziente. Attività garantite da almeno 2 operatori professionali. Il medico specialista, così come previsto dal programma riabilitativo individuale, coordina ed integra le attività svolte.	188,00
MAC09	Somministrazione di terapia infusionale in pazienti con patologie acute o croniche che non necessitano di ricovero o in post-ricovero per terminare trattamento iniziato	<ul style="list-style-type: none"> a) Somministrazione di terapia infusionale giornalmente; b) Ogni 2-3 accessi visita medica; c) Ogni 3-4 accessi esami ematochimici di controllo; d) Occasionalmente esami radiologici di 	<ul style="list-style-type: none"> a) Tempo di osservazione: 1-2 ore una o due volte al giorno (compatibilmente con il farmaco utilizzato); b) Farmaci utilizzati: normale distribuzione o 	180,00

Codice pacchetto	Pacchetti di MAC	Tipologia di prestazioni compreso nel pacchetto	Note	Tariffa (euro)
		controllo correlati alla patologia.	fascia H; c) Tempo di assistenza infermieristica: 1 ora una o due volte al giorno; d) Tempo di assistenza medica: 20 minuti ogni 2-3 accessi.	
MAC10	Somministrazione di terapia infusionale con farmaci che richiedono monitoraggio di eventuali effetti collaterali, in pazienti con patologie acute o croniche	a) Somministrazione di terapia infusionale giornalmente con attento monitoraggio del paziente; b) Ogni 2 accessi visita medica; c) Ogni 2-3 accessi esami ematochimici di controllo; d) Occasionalmente esami radiologici di controllo correlati alla patologia.	a) Tempo di osservazione: 1-2 ore una o due volte al giorno (compatibilmente con il farmaco utilizzato); b) Farmaci utilizzati: normale distribuzione o fascia H; c) Tempo di assistenza infermieristica: pari al periodo in cui il paziente rimane nella struttura; d) Tempo di assistenza medica: 20 minuti ogni 2 accessi.	205,00
MAC11	Manovre diagnostiche complesse invasive semplici (es. puntura lombare)	a) Esecuzione delle manovre interventistiche; b) Visita medica; c) Esami ematochimici di controllo pre- e post-procedura (se necessari); d) Eventuali ulteriori esami o visite specialistiche; e) Eventuali esami radiologici di controllo.	a) Tempo di osservazione: 2-4 ore; b) Farmaci utilizzati: non significativi; c) Tempo assistenza infermieristica: pari al tempo di osservazione del paziente; d) Tempo di assistenza medica: 1 ora.	219,00
MAC12	Manovre diagnostiche complesse (biopsie epatiche) oppure	a) Esecuzione delle manovre interventistiche; b) Visita medica;	a) Tempo di osservazione: 6-8 ore; b) Farmaci utilizzati:	249,00

Codice pacchetto	Pacchetti di MAC	Tipologia di prestazioni compreso nel pacchetto	Note	Tariffa (euro)
	rese complesse da particolari condizioni del paziente che necessita di osservazione in ambiente protetto (es. biopsia ossea in piastrinopenico)	<ul style="list-style-type: none"> c) Esami ematochimici di controllo pre- e post-procedura; d) Eventuali ulteriori esami o visite specialistiche; e) Eventuali esami radiologici di controllo. 	<ul style="list-style-type: none"> non significativi; c) Tempo di assistenza infermieristica: pari al tempo di osservazione del paziente; d) Tempo di assistenza medica: 2 ore. 	

Allegato 1 alla DGR n.

CONTRATTO INTEGRATIVO PER LA DEFINIZIONE DEI RAPPORTI GIURIDICI ED ECONOMICI TRA L'AZIENDA SANITARIA LOCALE E LA AZIENDA OSPEDALIERA/CASA DI CURA/OSPEDALE CLASSIFICATO/ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO/STRUTTURA AMBULATORIALE _____ PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI DI RICOVERO E DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE E DIAGNOSTICA STRUMENTALE.

PREMESSO

- 1. che con Deliberazione n. VI/47508 del 29.12.99 la Giunta Regionale ha, fra l'altro, approvato lo schema tipo di contratto tra l'ASL e i soggetti pubblici e privati erogatori di assistenza sanitaria in regime di ricovero e cura nonché ambulatoriale;*
- 2. che l'art. 11 di tale schema tipo prevede che "in caso di emanazione di norme legislative o regolamentari regionali, nonché di adozione di provvedimenti amministrativi regionali generali incidenti sul contenuto del contratto stipulato, lo stesso deve ritenersi automaticamente modificato ed integrato";*
- 3. che costituisce causa ostativa alla stipula del contratto la sussistenza di una sentenza di condanna che incide sulla moralità professionale, ai sensi dell'art. 38, comma 1, lett. c) del d.lgs. 12 aprile 2006, n. 163 e s.m.i.;*
- 4. che con la Deliberazione n.del la Giunta Regionale:*
 - ha stabilito che l'attuale contratto per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra ASL ed erogatori sia integrato con l'indicazione delle valorizzazioni relative alle prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale, nonché delle modalità di applicazione delle regressioni tariffarie sino alla soglia, specificata all'Art. 3, per cui le strutture si impegnano ad erogare prestazioni per conto del servizio sanitario regionale;*
 - ha conferito alle singole ASL il mandato di integrare il richiamato schema tipo, secondo i criteri definiti all'allegato 9 del medesimo provvedimento e che qui si intendono integralmente richiamati;*
- 5. così come già specificato a decorrere dall'anno 2008, il valore delle tariffe e il conseguente importo totale delle prestazioni consentono di remunerare anche gli oneri derivanti dall'applicazione dei contratti di lavoro già sottoscritti e in via di sottoscrizione;*

6. *che ai sensi dell'art. 22, comma 1 della legge regionale n.33/2009 gli erogatori aderiscono al Sistema Informativo Socio Sanitario regionale (SISS) secondo le modalità definite dalla Giunta regionale nell'ambito del progetto CRS-SISS.*

che in data tra l'ASL di..... e l'Ente..... si è stipulato un contratto, conforme allo schema tipo di cui sopra, per l'erogazione di prestazioni di ricovero e cura/ specialistica ambulatoriale/diagnostica strumentale.

Dato atto che le parti, dopo approfondito esame di quanto dettagliato nel già citato punto della d.g.r. ne hanno condiviso le regole procedurali ed hanno raggiunto un accordo concernente le modalità applicative della negoziazione;

Visto l'art. 9, commi 8,9 della legge regionale n. 33/2009;

Tutto ciò premesso

tra

l'Azienda Sanitaria Locale

e

l'Azienda Ospedaliera/la Casa di Cura/l'Ospedale Classificato/l'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico/la Struttura Ambulatoriale

si conviene e si stipula, ad integrazione del contratto già stipulato in data _____, le cui disposizioni rimangono in vigore tra le parti stesse, per non diversamente previsto dal presente contratto integrativo, con la sottoscrizione dei seguenti articoli:

Art. 1

Oggetto

Le presenti disposizioni, nelle parti corrispondenti e per il periodo indicato nel successivo art 8., integrano il contratto già stipulato tra le stesse Parti in data _____.

Art. 2

Ambito di applicazione

Le presenti disposizioni integrative al contratto già stipulato tra le stesse Parti in data _____, si applicano a tutta la produzione sia di attività di ricovero e cura che di attività legata alla erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale prodotta dalle strutture ubicate nel territorio della ASL per tutti i cittadini residenti in Regione Lombardia e non solo alla quota relativa ai consumi dei propri residenti. Per quanto riguarda il

livello economico i pazienti extraregionali verranno remunerati a produzione effettiva, secondo la tariffa unica convenzionale che si ritiene adeguata complessivamente ai costi. Nel contratto non è predefinito il valore delle prestazioni relative ai pazienti provenienti da altre regioni in quanto la funzione di programmazione e di tutela per i cittadini extraregionali spetta alle relative regioni ed ASL di residenza che sono tenutarie della quota capitaria. Ciò non significa altresì che queste prestazioni non debbano essere prestate secondo gli stessi criteri di appropriatezza e di reale necessità che guidano l'erogazione dei servizi per i residenti lombardi e che le attività di controllo svolte dalle ASL sui propri erogatori riguardino anche l'appropriatezza e la correttezza delle prestazioni garantite a cittadini non residenti in Regione Lombardia. Quanto appena detto vale sia per le prestazioni di ricovero che per quelle di specialistica ambulatoriale ed una particolare attenzione sarà posta nel valutare le prestazioni di ricovero a basso peso di cui all'allegato 2C del DPCM LEA e le prestazioni ambulatoriali per cui, sempre sulla base del citato DPCM, sono previste delle limitazioni di accesso. In relazione ai criteri temporali relativi all'ambito di applicazione delle norme contenute nella presente integrazione contrattuale, si precisa che per quanto attiene le attività di ricovero sono conteggiabili esclusivamente quelli con data di dimissione a decorrere dal 01.01.12 e per quanto attiene le prestazioni ambulatoriali sono conteggiabili esclusivamente quelle erogate a far tempo dalla data dall'01.01.12.

Art. 3

Valorizzazione per le attività di ricovero e di specialistica

Per il primo trimestre si individua una quota pari ai 3/12 di quanto negoziato per l'anno 2011 relativamente alle attività di ricovero e cura e di quelle di specialistica ambulatoriale individuata come segue

Ciò in quanto la chiusura entro il 15 febbraio 2012 dell'esercizio 2011 permetterà per le attività ambulatoriali di calcolare per ogni struttura il finanziamento 2011 totale calcolato applicando le regressioni tariffarie ed eventuali altre regole di valorizzazione per lo stesso anno negoziate.

Il valore del contratto relativo all'intera annualità sarà quindi definito entro e non oltre il 31 di marzo 2012, fatta salva la riallocazione, da effettuarsi entro il 31 luglio 2012, delle risorse per la MAC dal ricovero e cura alla specialistica ambulatoriale sulla base dei dati di attività dei primi 5 mesi del 2012. Per le attività di ricovero e cura la valorizzazione relativa alle attività garantite a cittadini residenti in Lombardia viene individuata nella quota di € che è calcolata sulla base del contratto 2011 ed è modulata sulla base delle valutazioni di performance di cui alla DGR n. IX/351 del 28 luglio 2010 "PRIME INDICAZIONI PER LA VALUTAZIONE PERIODICA DELLE PERFORMANCE DELLE STRUTTURE DI RICOVERO E CURA", al netto delle prestazioni individuate secondo le specifiche e le modalità previste dalla DGR IX/2633/2011 che

nel 2012 saranno finanziate extrabudget. Resta fermo che l'attribuzione di queste risorse è subordinata alle indispensabili valutazioni inerenti l'appropriatezza riscontrata nel corso delle attività di controllo effettuate dalle ASL per l'anno 2011 ed alla possibilità reale, sempre verificata dalle ASL, di garantire da parte del soggetto erogatore il massimo livello di appropriatezza di erogazione anche per l'anno 2012. Al raggiungimento della predetta quota, in assenza di previo accordo con la ASL, la struttura non è autorizzata ad erogare prestazioni per conto del servizio sanitario regionale. L'eventuale integrazione di risorse, a livello complessivo ASL e per le tipologie di prestazioni che dovessero registrare un eccessivo squilibrio tra domanda ed offerta, sarà concordata per iscritto tra la ASL ed i soggetti accreditati coinvolti nella erogazione delle citate prestazioni, compatibilmente con i budget delle ASL, sentita la Direzione Generale Sanità e ad un valore economico non superiore comunque al 30% della relativa fatturazione. Per le attività di specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale, comprensive delle attività di Pronto Soccorso non seguite da ricovero, la quota di risorse corrisponde a € pari al finanziato 2011, incrementato, entro il 31 luglio 2012, della quota stimata per le attività di MAC, al netto della quota di compartecipazione alla spesa ed al netto delle attività remunerate extrabudget secondo le modalità previste dalla DGR IX/2633/2011 del relativa alle regole per l'esercizio 2012, portata al 95% - a cui è sottratta la stima del valore della quota aggiuntiva di ticket introdotta dalla legge nazionale 111/2011 riferita al periodo in cui nel 2011 il ticket stesso non era in vigore (gennaio – metà luglio), a cui sono da aggiungersi.....€ che corrispondono ad un'ulteriore quota pari a 2 punti percentuali di quanto finanziato alla struttura sempre al netto delle prestazioni extrabudget, attribuita dalla ASL secondo specifici progetti. Tra il 97% e il 103%, di quanto finanziato nel 2011 al netto dell'extrabudget, sarà applicato alle valorizzazioni prodotte un abbattimento fino al 30%, e tra il 103% e il 106%, di quanto finanziato nel 2011 al netto dell'extrabudget, fino al 60%. L'impegno ad erogare prestazioni a carico del servizio sanitario regionale vale fino a questa quota.

Per le attività di specialistica ambulatoriale erogata da soggetti di diritto privato, gli sconti previsti dalla Legge n. 296/06 non sono applicati al di sopra della soglia del 97% oltre la quale, quindi, valgono solo le regressioni tariffarie di cui sopra.

Al raggiungimento della predetta soglia, la struttura erogatrice accreditata, in assenza di previo accordo, non è autorizzata ad erogare prestazioni per conto del servizio sanitario regionale. L'eventuale integrazione di risorse, a livello complessivo ASL e per le tipologie di prestazioni che dovessero registrare un eccessivo squilibrio tra domanda ed offerta, sarà concordata per iscritto

tra la ASL ed i soggetti accreditati coinvolti nella erogazione delle citate prestazioni, compatibilmente con i budget delle aziende ASL, sentita la Direzione Generale Sanità e ad un valore economico non superiore comunque al 30% della relativa fatturazione. I corrispettivi disciplinati dal presente articolo devono tenere conto di quanto determinato dall'allegato relativo all'assistenza farmaceutica della DGR IX del

Art. 4

A decorrere dall'anno 2008, il valore delle tariffe e il conseguente importo totale delle prestazioni consentono di remunerare anche gli oneri derivanti dall'applicazione dei contratti di lavoro già sottoscritti e in via di sottoscrizione.

Art. 5

Raggiungimento del valore di produzione assegnato

Le parti concordano che il raggiungimento del valore negoziato per le attività di ricovero e cura e di specialistica sarà valutato applicando ai volumi delle prestazioni erogate nel corso del 2012 le tariffe in vigore alla data di dimissione per i ricoveri ed alla data di effettuazione della prestazione o di chiusura del ciclo per la specialistica ambulatoriale. Le parti concordano altresì che sia le tariffe delle prestazioni di ricovero e cura sia quelle relative alla specialistica ambulatoriale sono aggiornate a decorrere dal 1° gennaio 2012 con il risultato di essere adeguate al tasso di inflazione programmata e di tenere conto delle disposizioni normative pubbliche e private vigenti relative ai rinnovi contrattuali e dell'ampliamento e perfezionamento dei flussi informativi di sistema.

Art. 6

Controllo dell'applicazione dei contenuti del contratto

Le Parti concordano di finalizzare le attività dei Nuclei Operativi di Controllo delle ASL, oltre che allo svolgimento dei compiti istituzionali indicati nella normativa regionale sul tema, anche a verifiche concernenti la corretta applicazione dei contenuti del presente contratto. Le Parti concordano inoltre che le eventuali minori valorizzazioni derivanti dall'esito dei controlli, al termine del processo di validazione delle contestazioni, incideranno, riducendolo, sul valore delle prestazioni sanitarie erogate nel periodo di validità del presente contratto .

Art. 7

Utilizzo del ricettario regionale per prescrizione di ricovero e specialistica ambulatoriale

I soggetti erogatori si impegnano al pieno rispetto delle indicazioni date dalla normativa regionale vigente relativamente alla prescrizione effettuata dai propri specialisti di prestazioni di ricovero e

di specialistica ambulatoriale il cui pieno rispetto rappresenta un'obbligazione contrattualmente rilevante.

Art.8

Validità e durata

Le presenti disposizioni integrative hanno validità per l'intero esercizio 2012, fatta salva la facoltà di recesso di cui all'art. 11 dello schema tipo di contratto approvato con DGR 45708/99 .

Letto, confermato e sottoscritto.

IL DIRETTORE GENERALE

***IL LEGALE RAPPRESENTANTE
DELLA STRUTTURA***