



Regione Lombardia

LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° IX / 3976

Seduta del 06/08/2012

Presidente

ROBERTO FORMIGONI

Assessori regionali

ANDREA GIBELLI *Vice Presidente*
VALENTINA APREA
DANIELE BELOTTI
GIULIO BOSCAGLI
LUCIANO BRESCIANI
RAFFAELE CATTANEO
ROMANO COLOZZI
ALESSANDRO COLUCCI

GIULIO DE CAPITANI
ROMANO LA RUSSA
CARLO MACCARI
MARGHERITA PERONI
MARCELLO RAIMONDI
GIOVANNI ROSSONI
LUCIANA MARIA RUFFINELLI
DOMENICO ZAMBETTI

Con l'assistenza del Segretario Marco Pilloni

Su proposta dell'Assessore Luciano Bresciani

Oggetto

ULTERIORI DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLA GESTIONE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE PER L'ANNO 2012 ANCHE ALLA LUCE DEI PROVVEDIMENTI NAZIONALI

Il Dirigente Luca Giuseppe Merlino

Il Direttore Generale Carlo Lucchina

L'atto si compone di 37 pagine

di cui 33 pagine di allegati

parte integrante



Regione Lombardia
LA GIUNTA

VISTO il d.l. 6 luglio 2012 n. 95 *“Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini”*;

RICHIAMATI i seguenti provvedimenti concernenti le Regole di Sistema per il Servizio Socio Sanitario Regionale:

- la DGR n. IX/2734 del 22 dicembre 2011 *“Testo unico delle regole di gestione del sistema sociosanitario regionale”*;
- la DGR n. IX/ 2633 del 6 dicembre 2011 *“Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2012”*;
- la DGR n. IX/2946 del 25 gennaio 2012 *“Precisazioni in ordine alla DGR n. IX/2633 del 6 dicembre 2011 Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'anno 2011”* che, tra l'altro, ha aggiornato le prestazioni di NPIA, di cui alle tabelle 1A ed 1B di cui all'Allegato 10 della DGR n. 2633/2011;
- la DGR n. IX/3379 del 9 maggio 2012 *“Ulteriori indicazioni in materia sanitaria in merito alla DGR n. IX/2633 Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2012”*;

VISTA la necessità di fornire indicazioni operative ai fini dell' attuazione delle disposizioni di cui al citato decreto legge 95/2012 per quanto riguarda il rispetto dell'equilibrio economico del sistema, nonché di disporre modifiche e integrazioni alle Regole di gestione del servizio socio-sanitario per l'anno 2012, con il presente atto si approvano i seguenti allegati parti integranti del presente provvedimento:

1. Salute mentale, Farmaceutica e protesica;
2. Indici di offerta, negoziazione, tariffe;
3. Personale del servizio sanitario, medicina convenzionata territoriale;
4. Sistema Informativo Socio-Sanitario;
5. Riorganizzazione rete emergenza cardiovascolare ed emodinamiche, reti di patologia, reti per l'alta specialità, punti nascita, radioterapia, appropriatezza farmaci e procedure in ambito onco-ematologico;
6. Indicazioni relative all'acquisto di beni e servizi e altre disposizioni;

PRECISATO che, per tutto quanto non previsto dal presente provvedimento, permangono e restano efficaci, ove compatibili, le misure e gli indirizzi definiti con i precedenti provvedimenti;



Regione Lombardia
LA GIUNTA

PRECISATO altresì che con riferimento alle determinazioni e agli indirizzi dettati in attuazione del d.l. 95/2012 e contenuti nei sopra elencati allegati parti integranti del presente provvedimento, ci si riserva di adottare eventuali ulteriori determinazioni in relazione all'esito dell'iter parlamentare di conversione in legge;

PRESO ATTO:

- della preventiva informazione resa alla Consulta della Sanità il 27 luglio 2012, alle rappresentanze degli erogatori sanitari privati il 31 luglio 2012 e ai Direttori Generali delle aziende sanitarie pubbliche, in data 1 agosto 2012;

VAGLIATE 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 indicazioni operative ai fini dell'attuazione delle disposizioni di cui al decreto legge 95/2012 per quanto riguarda il rispetto dell'equilibrio economico del sistema, nonché di disporre modifiche e integrazioni alle Regole di gestione del servizio socio-sanitario per l'anno 2012, approvando conseguentemente i seguenti allegati, parti integranti del presente provvedimento:
 1. Salute mentale, Farmaceutica e protesica;
 2. Indici di offerta, negoziazione, tariffe;
 3. Personale del servizio sanitario, medicina convenzionata territoriale;
 4. Sistema Informativo Socio-Sanitario;
 5. Riorganizzazione rete emergenza cardiovascolare ed emodinamiche, reti di patologia, reti per l'alta specialità, punti nascita, radioterapia, appropriatezza farmaci e procedure in ambito onco-ematologico;
 6. Indicazioni relative all'acquisto di beni e servizi e altre disposizioni;



Regione Lombardia
LA GIUNTA

2. di dare mandato alla Direzione Generale Sanità di adottare i provvedimenti conseguenti in esecuzione del presente atto;
3. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul BURL e sul sito internet della Direzione Generale Sanità.

IL SEGRETARIO
MARCO PILLONI

Allegato 5

Riorganizzazione rete emergenza cardiovascolare ed emodinamiche, reti di patologia, reti per l'alta specialità, punti nascita, radioterapia, appropriatezza farmaci e procedure in ambito onco-ematologico

Le reti di patologia rappresentano un'efficace soluzione organizzativa, in grado di garantire la continuità delle cure, l'individuazione e l'intercettazione della domanda di salute con la presa in carico globale del paziente ed il governo dei percorsi sanitari, in una rigorosa linea di appropriatezza degli interventi e di sostenibilità economica.

Regione Lombardia, attraverso le reti di patologia, assicura che ciascun paziente riceva un trattamento adeguato alle sue necessità in modo omogeneo su tutto il territorio regionale, facilitando l'integrazione tra le diverse organizzazioni, le strutture che erogano prestazioni limitando il ricorso ai centri di riferimento solo ove necessario.

L'attenzione è rivolta alle patologie rilevanti da un punto di vista epidemiologico e per assorbimento di risorse.

Rete emergenza urgenza cardiovascolare - emodinamiche :

In relazione al fatto che l'incidenza della cardiopatia ischemica nella popolazione è pressoché stabile e che quindi non è verosimile attendersi un incremento complessivo degli interventi necessari, la prospettiva è quella di procedere gradualmente ad una riduzione del numero delle strutture attive, mantenendo invariato il volume delle prestazioni e favorendo la concentrazione delle stesse nelle strutture che già oggi hanno un volume di attività nettamente superiore alla soglia critica.

I criteri per l'individuazione e il consolidamento della rete emergenza urgenza cardiovascolare - emodinamiche sono sviluppati in relazione ai volumi di attività indispensabili a mantenere condizioni di sicurezza per i pazienti, e ai requisiti organizzativi indispensabili ad ottenere il migliore utilizzo delle risorse umane e tecnologiche. Un elevato numero di esami ed interventi è presupposto necessario per l'efficienza e la buona qualità delle prestazioni. Si ritiene che la struttura debba avere volumi di attività tali da determinare una idonea occupazione dei posti letto e il mantenimento della competenza clinica al trattamento e all'appropriatezza dei ricoveri. La funzione dell'emodinamica dovrà quindi eseguire un numero di procedure all'anno almeno pari a 300 procedure/anno.

La definizione della rete emergenza urgenza cardiovascolare- emodinamiche terrà conto di criteri così declinati :

- 1) Logistica/Ricettività/Dotazione del personale delle strutture coinvolte ;
- 2) Volumi di produzione totali e in urgenza;
- 3) Appropriatezza, quali ad esempio mortalità intraospedaliera e tempo door to ballon;
- 4) Disponibilità di servizi in relazione all'assetto accreditato dalla struttura;
- 5) Tempistica di intervento correlata alla viabilità.

In termini organizzativi la rete garantisce un presidio territoriale 7/7 giorni continuativo H24 e l'identificazione delle strutture sarà effettuata in base ai volumi di attività che consentono una rigorosa linea di appropriatezza degli interventi, garantendo la sostenibilità economica.

Le restanti strutture sanitarie dotate di sale per l'attività di cardiologia interventistica, purché rispondenti ai requisiti normativi richiesti, potranno essere coinvolti in situazioni di particolare necessità che si dovessero presentare. Ciascuna ASL provvederà entro il 31/10/2012 ad effettuare l'analisi sul territorio di competenza mediante l'applicazione dei criteri di cui sopra. Seguirà ulteriore provvedimento attuativo, al fine di individuare gli erogatori della rete emergenza urgenza cardiovascolare- emodinamiche .

Alte specialità

Al fine di innalzare l'appropriatezza delle prestazioni, anche in considerazione della razionalizzazione delle risorse stabilita con il DL 95/2012, Regione Lombardia procederà entro il 31/12/2012, sulla base dei dati epidemiologici validati dalle ASL, all'individuazione e riorganizzazione delle reti delle alte specialità (Cardiochirurgia, Neurochirurgia, Chirurgia vascolare, chirurgia toracica) tenuto conto dei seguenti criteri :

- Ampiezza e contiguità territoriale;
- Popolazione residente;
- Accessibilità ai servizi;
- Caratteristiche geomorfologiche del territorio;
- Volumi di produzione totali
- Appropriatezza

Radioterapie:

verranno ridefinite le strategie di offerta delle prestazioni radioterapiche oncologiche, identificando i centri verso i quali indirizzare la domanda dei pazienti secondo una logica di "rete" andando a definire i criteri per l'individuazione delle strutture che potranno essere individuate come centri di riferimento per la Regione. I criteri saranno dettagliati con successivi provvedimenti attuativi con le relative tempistiche di attivazione entro il 31/10/2012.

I criteri utilizzati sono definiti in:

- a) Volumi di prestazioni;
- b) Tempi di attesa per le prestazioni;
- c) Continuità dell'assistenza;
- d) Appropriatezza;
- e) Tempestività delle prestazioni;
- f) Efficienza di produzione (personale e attrezzature);

Appropriatezza farmaci e procedure in ambito onco-ematologico

Saranno emanate le raccomandazioni per l'utilizzo dei farmaci anche ad alto costo e delle procedure diagnostiche in ambito oncologico ed ematologico entro il 15 settembre 2012 , sempre al fine della maggiore appropriatezza e sostenibilità. Saranno inoltre fornite raccomandazioni sull'utilizzo dei bio similari soprattutto in ambito nefrologico ed ematologico. Tali raccomandazioni saranno tutte dettagliate con successivi provvedimenti attuativi.

Nuove reti ad alta specialità:

Riorganizzazione della rete dei servizi che erogano prestazioni di alta specialità con particolare riferimento alle unità cerebrovascolari (stroke unit) e alla rete trauma maggiori, che saranno oggetto di successivi provvedimenti attuativi entro il 31/12/2012.

Le reti delle cure palliative e per la terapia del dolore, sia per l'adulto che per il bambino, saranno attivate con criteri che saranno dettagliati con successivi provvedimenti attuativi entro il 31/10/2012.

Le attività saranno riorganizzate sulla scala residenziale secondo un modello assistenziale in accordo con quanto definito dall'intesa raggiunta nella Conferenza Stato- Regioni del 25 luglio 2012, sulla proposta del Ministero della Salute di cui art. 5 della legge 15 marzo 2010 n. 38, di definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore.

Reti Punti nascita :

La suddivisione prevista dalla riorganizzazione sanitaria in Ospedali di primo e secondo livello in rapporto non solo al numero di parti, ma alla possibilità di assistere parti in cui sia la necessità di una degenza neonatale in centri di terapia intensiva, porta ad una razionalizzazione della organizzazione sanitaria del territorio, che sulla base della corretta attivazione dello STAM e dello STEN , consenta a tutti i cittadini di avere un adeguato livello di assistenza indipendente dalla loro sede di residenza.

Pertanto si intende identificare i punti nascita e sviluppare un modello di coordinamento per le strutture che si occupano di Neonatologia al fine di una coerente complementarietà all'interno di tutto il percorso nascita, per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita. Lo sviluppo di un sistema di rete per le rianimazioni neonatali che garantisca la sistematica raccolta di dati relativi ai neonati "critici" e permetta il costante scambio di informazioni e di esperienze anche con i PLS e la condivisione di protocolli e procedure un sistema di rete, che, anche via web, garantisca efficacia ed efficienza nell'organizzazione e nell'esecuzione dei servizi di emergenza, che consenta da una parte la sistematica raccolta di dati clinici e demografici dei neonati "critici", e permetta dall'altra il costante scambio di informazioni e di esperienze (anche con i PLS), e la condivisione di protocolli e procedure; con raccolta dei dati di outcome come presupposto indispensabile per la valutazione, mediante idonei indicatori, della qualità e della sicurezza delle cure, base per la programmazione di ulteriori interventi.

Verranno utilizzati i seguenti indicatori per la valutazione del punto nascita:

- a) Numero neonati con APGAR < 5 A 5'
- b) pH del cordone
- c) Numero neonati rianimati
- d) Numero tagli cesarei classi di Robson
- e) Numero parti indotti
- f) Monitoraggio distribuzione dell'orario di nascita
- g) Numero donne con emorragie post-partum

- h) Numero applicazioni di ventosa
- i) Numero parti operativi
- j) Mortalità materna
- k) Ammissione in terapia intensiva delle madri
- l) Numero neonati ricoverati in terapia intensiva neonatale
- m) Numero trasferimenti STAM e STEN (sistema di trasporto della madre e sistema di trasposto del neonato)
- n) Rapporto tra parto-analgesie e parti vaginali
- o) Tempo intercorso tra accettazione ed espletamento del parto (gravidanza fisiologica)
- p) Percentuale neonati dimessi con alimentazione esclusiva al seno

La riorganizzazione di tali Reti sarà oggetto di successivo provvedimento attuativo entro il 31/12/2012.

Allegato 1
Salute mentale, farmaceutica e protesica

Area salute mentale

1) Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (NPIA)

La DGR n. 2800/2000 in particolare l'allegato 1-B fa riferimento alle attività erogate presso strutture semiresidenziali e residenziali afferenti alle unità operative di Neuropsichiatria per l'Infanzia e l'Adolescenza (UONPIA) non soggette al pagamento del ticket da parte dell'assistito.

Considerato che alcuni codici di prestazioni di NPIA inclusi nelle esenzioni per patologia sono stati modificati dalla DGR n. 2946/2012, ed in particolare che i codici 8901, 94121, 943, 9442, 94191, 9383 sono confluiti nei codici CA009, CA014, CA015, CA010 e AP021, si dispone che:

- per quanto riguarda le attività di NPIA le prestazioni relative ad attività semiresidenziali e residenziali di NPIA di cui l'allegato 1-B alla DGR 2800/2000 individuate con i codici BK271, BK301, BK311, BL261, BL281, BL291 continuano a non essere soggette al pagamento del ticket;
- le prestazioni CA009, CA014, CA015, CA016, CA010 e AP021, che hanno sostituito i codici 8901, 94121, 943, 9444, 9442, 94191, 9383 per la NPIA sono da considerarsi esenti per le stesse condizioni che prevedevano in esenzione i codici originari.

2) Flussi informativi

Si richiamano e si aggiornano gli obblighi informativi a carico delle strutture :

- le Unità Operative di Psichiatria hanno l'obbligo di inserire nel sistema informativo psichiatrico regionale (Psiche) i dati socio-anagrafici clinici relativi ai pazienti ricoverati in strutture extracontratto regionali o fuori regione e aggiornarli annualmente contestualmente agli interventi erogati;
- a partire dall'anno 2012, è in capo alle ASL l'obbligo di adempimento al debito informativo relativo ai ricoveri effettuati in strutture residenziali extra-contratto di Psichiatria e NPIA, di cui alla nota prot. n. H1.2012.21383 del 10 luglio 2012.

Farmaceutica e protesica

Il DECRETO-LEGGE 6 luglio 2012 , n. 95, avente per oggetto “Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini”, all’articolo 15 ha definito, in materia di Razionalizzazione e riduzione della spesa sanitaria, anche le misure di governo della spesa farmaceutica sia per l’anno 2012 che per i successivi.

Pertanto alla luce di tali nuovi disposizioni si aggiornano di seguito i contenuti della Delibera n. IX/2633 del 6 dicembre 2011 in particolare l’allegato 12, che ha dato disposizioni per l’anno 2012 su farmaceutica territoriale e ospedaliera, assistenza protesica e integrativa.

Farmaceutica territoriale

Alla luce di quanto disposto dalla normativa nazionale e tenuto conto dei farmaci che nel corso dell’anno 2012 hanno perso il brevetto, si dispone di integrare e aggiornare i contenuti di cui all’allegato 12 della DGR n. IX/2633 del 6 dicembre 2011:

- o aggiornando le soglie di obiettivo vincolante per le singole ASL (vedi tabella seguente), in termini di :
 - percentuale di spesa di farmaco a brevetto scaduto sul totale della spesa lorda, al fine di raggiungere l’obiettivo medio regionale del **42%**, a costanza di prescrizioni;
 - percentuale di DDD di farmaci a brevetto scaduto sul totale delle DDD prescritte, al fine di raggiungere l’obiettivo medio regionale del **65%**, a costanza di prescrizioni.

ASL	Percentuale consumo (DDD) x Equivalenti - gennaio-maggio 2012	Percentuale consumo (DDD) x Equiv NUOVO OBIETTIVO ANNO 2012	Percentuale spesa x Equiv. gennaio-maggio 2012	Percentuale spesa x Equiv. NUOVO OBIETTIVO 2012
01 - A.S.L. Bergamo	61%	64%	38%	42%
02 - A.S.L. Brescia	62%	67%	38%	43%
03 - A.S.L. Como	60%	64%	39%	42%
04 - A.S.L. Cremona	61%	65%	39%	44%
05 - A.S.L. Lecco	62%	66%	39%	44%
06 - A.S.L. Lodi	60%	64%	36%	41%
07 - A.S.L. Mantova	61%	65%	40%	44%
08 - A.S.L. Milano	59%	64%	34%	40%
09 - A.S.L. Milano 1	60%	65%	38%	42%
10 - A.S.L. Milano 2	61%	65%	36%	41%
11 - A.S.L. Monza Brianza	61%	66%	37%	41%
12 - A.S.L. 12 - Pavia	62%	67%	39%	44%
13 - A.S.L. 13 - Sondrio	59%	62%	37%	41%
14 - A.S.L. 14 - Varese	59%	63%	36%	41%
15 - A.S.L. Valcamonica	62%	66%	39%	44%
REGIONE	60%	65%	37%	42%

- confermando, come obiettivo vincolante sia per le ASL che per le AO/Fondazioni, l'inserimento nei prontuari aggiornati alla dimissione di AO/Fondazioni, condivisi con le ASL, l'uso e la prescrizione alla dimissione dei farmaci biosimilari a pazienti di nuova diagnosi ("drug naive") in particolare nell'area della nefrologia, ematologia, endocrinologia e oncologia. Per il raggiungimento dell'obiettivo dovranno essere attivati specifici percorsi di informazione e verifica interni a ciascuna struttura, anche d'intesa con la ASL.

Farmaceutica ospedaliera

Si richiama quanto disposto dall'articolo 15 commi 4 e 7 del DECRETO-LEGGE 6 luglio 2012, n. 95, avente per oggetto "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini" e cioè che "*a decorrere dall'anno 2013 il tetto della spesa farmaceutica ospedaliera è rideterminato nella misura del 3,2 per cento*", ed "*è posta a carico delle aziende farmaceutiche una quota pari al 50 per cento dell'eventuale superamento del tetto di spesa a livello nazionale di cui all'articolo 5, comma 5, del decreto-legge 1o ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, come modificato dal comma 4 del DL 95/2012*"

Relativamente al File F, ai sensi della vigente normativa trattandosi di farmaci erogati per la somministrazione a domicilio o in regime ambulatoriale e non ricompresi nella tariffa della prestazione, si conferma quanto disposto dall'allegato 12 di cui alla DGR n. n. IX/2633 del 6 dicembre 2011 che si richiama di seguito :

"All'interno dell'attuale quadro normativo nazionale e nei limiti della complessiva compatibilità di sistema e del rispetto del tetto complessivo previsto per la farmaceutica ospedaliera per quanto riguarda il File F, riferito ai cittadini lombardi (tipologie 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10 e 14), considerati i bisogni assistenziali sia in termini di incidenza epidemiologica che di scelta terapeutica appropriata, per l'anno 2012 sono assegnate risorse pari all'importo sostenuto nell'anno 2011, con un incremento massimo di sistema fino al 9% su base dati omogenea, a cui dovrà essere sottratto l'importo della tipologia 15, di cui alle note di credito relative al risk-sharing con conseguente riduzione dei relativi costi sostenuti nell'anno di competenza.

Inoltre come disposto nell'allegato 9 (Indici di offerta – Negoziazione), fatto salvo l'incremento massimo di sistema di cui sopra, si conferma che nessun soggetto erogatore nel 2012 potrà incrementare di più del 12% le richieste di rimborso per le predette voci di File F rispetto al 2011".

ciò alla luce anche delle raccomandazioni sull'uso appropriato dei farmaci oncologici ad alto costo che verranno licenziate dalla DG Sanità, d'intesa con i professionisti.

Inoltre si conferma e si ribadisce che le strutture prescrittrici ed erogatrici di File F (AO, IRCCS pubblici e private, e case di cura accreditate) devono garantire in modo continuativo l'erogazione dei farmaci innovativi ospedalieri, nella piena applicazione della presa in carico del paziente al fine di facilitarne il percorso. Ciò sarà oggetto di valutazione dei Direttori Generali da parte della DG Sanità.

Si dispone come ulteriore obiettivo diretto al controllo dei farmaci ad alto costo e innovativi che le ASL per il tramite dei nuclei di controllo, in occasione delle previste verifiche sul file F presso le strutture erogatrici, dovranno procedere alla verifica completa (100%) della congruità dei prezzi dei singoli farmaci esposti nel tracciato, rispetto a quanto indicato nella contabilità analitica delle singole strutture, assicurandosi in particolare che tali prezzi non siano superiori a quelli massimi di acquisto SSN, stabiliti da AIFA, e comunicati alle ASL con cadenza periodica dalla Direzione Generale Sanità

Protesica e assistenza integrativa

Si richiama quanto disposto dall'articolo 15 comma 13 lettera a) del DECRETO-LEGGE 6 luglio 2012 , n. 95, avente per oggetto "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini", che si applica anche all'assistenza protesica e integrativa, e cioè che :

"Al fine di razionalizzare le risorse in ambito sanitario e di conseguire una riduzione della spesa per acquisto di beni e servizi:

a) ferme restando le disposizioni di cui all'articolo 17, comma 1, del decreto legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito con modificazioni dalla legge 15 luglio 2011, n. 111, gli importi e le connesse prestazioni relative a contratti in essere di appalto di servizi e di fornitura di beni e servizi, con esclusione degli acquisti dei farmaci, stipulati da aziende ed enti del Servizio sanitario nazionale, sono ridotti del 5 per cento a decorrere dalla data di entrata in vigore del presente decreto per tutta la durata dei contratti medesimi; tale riduzione per la fornitura di dispositivi medici opera fino al 31 dicembre 2012"

Al fine di dare attuazione a quanto indicato e disposto nell'allegato 6 si dispone a partire dall'anno 2012, come ulteriore obiettivo per le ASL al fine di promuovere interventi finalizzati a rendere appropriato il processo assistenziale che regola l'assistenza protesica e l'assistenza integrativa, che le stesse procedano alla definizione del volume/annuo, con i prescrittori del proprio territorio, di dispositivi prescrivibili (microinfusori e sensori per la glicemia, plantari, ecc) sulla base di percorsi condivisi anche al fine di poter attivare procedure pubbliche di acquisto aggregate.

Si conferma quanto disposto dall'allegato 12 di cui alla DGR n. n. IX/2633 del 6 dicembre 2011 ed in particolare che in via sperimentale, al fine di rispettare i vincoli di risorse stabiliti dalla normativa nazionale, è stato fissato un valore massimo di riferimento come costo medio standard annuo per assistibile pesato (in base al sesso e all'età) per l'anno 2012:

- per l'assistenza diabetica e per la dietetica (comprensiva della celiachia, dei lattini e dei prodotti per i nefropatici) il valore medio annuo per assistibile pesato è determinato pari a 11 Euro;
- per la protesica maggiore (comprensiva dei dispositivi extra-nomenclatore) il valore medio annuo per assistibile pesato è determinato pari a 7,8 Euro;
- per la protesica minore il valore medio annuo per assistibile pesato è determinato pari a 6,6 Euro.

Tali valori costituiscono un riferimento massimo per le tre tipologie di assistenza, considerato inoltre che è obiettivo delle ASL il governo delle prescrizioni anche in termini quali-quantitativi.

Relativamente all'erogazione dei prodotti dietetici per celiaci di cui al DM 4 maggio 2006, al fine di tendere ad un governo più razionale e integrato del Servizio Celiachia e ad un'erogazione centralizzata, garantendo la libera circolazione degli Assistiti sul territorio attraverso il SISS con la previsione della gestione dei budget economici associati ai cittadini stessi, Regione Lombardia procederà entro il 31/12/2012 alla definizione di nuove modalità erogative, con specifica progettualità.

Aggiornamento farmaci oftalmologici

La Determinazione AIFA del 1°Luglio 2011, pubblicata sulla GU n. 158 del 9 luglio 2011, ha riclassificato il medicinale «Ozurdex» (desametasone) in classe H-Osp per il trattamento di pazienti adulti con edema maculare secondario ad occlusione venosa retinica di branca (BRVO) o ad occlusione venosa retinica centrale (CRVO), al fine di rendere fruibile in modo omogeneo sul territorio l'accesso a tali terapie, uniformando i comportamenti prescrittivi da parte delle strutture ospedaliere, si forniscono le seguenti indicazioni operative, nelle more della formalizzazione di specifico provvedimento regionale.

Si confermano i contenuti della nota prot. n. H1.2012.13089 del 23.04.2012, che ha disposto il rimborso della procedura **a partire dal 1 maggio 2012:**

- 1) con prestazione della branca ambulatoriale oculistica, nell'ambito delle prestazioni erogate in regime di Chirurgia a bassa Complessità operativa ed assistenziale e in ambiente protetto, codice **IHM 14.75** "iniezione intravitreale di sostanze terapeutiche (escluso il costo del farmaco), incluso visita pre e post-procedura" (DGR n. VIII/9173 del 30.03.2009)
- 2) rendicontazione del costo farmaco in File F – tipologia 2
- 3) Il trattamento può essere ripetuto non prima di sei mesi, dal momento che ci sono informazioni limitate sul trattamento ripetuto ad intervalli di tempo inferiori a 6 mesi, per una durata del trattamento non superiore ai 3 anni, considerando che al momento non ci sono dati relativi al trattamento ripetuto per più di due volte nella occlusione venosa retinica;
- 4) questi farmaci, ai fini della loro rimborsabilità, così come prevede la normativa vigente, devono essere utilizzati esclusivamente per l'indicazione terapeutica autorizzata con la determinazione dell'Agenzia Italiana del Farmaco, per cui si rimanda al Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP
- 5) considerato che questo farmaco non prevede scheda AIFA, la scrivente Direzione si avvarrà, per valutare l'appropriatezza d'uso, della procedura di controllo di qualità utilizzata per l'uso degli anti VEGF attraverso il Web Reading Center (<http://wrc.hsacco.it/>) richiedendo a campione ai centri che lo utilizzano l'immissione del caso selezionato dalla Regione.

Allegato 2 Indici di offerta, negoziazione, tariffe

Aggiornamenti in tema di esenzioni

Quadro normativo di riferimento:

- Decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124 avente ad oggetto "*Ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni, a norma dell'articolo 59, comma 50, della legge 27 dicembre 1997, n. 449.*",
- Decreto Ministeriale - Ministero della Sanità 28 maggio 1999, n. 329 "*Regolamento recante norme di individuazione delle malattie croniche e invalidanti ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettera a) del decreto legislativo 29 aprile 1998 n.124.*",
- Decreto Ministeriale 21 maggio 2001, n. 296 "*Regolamento di aggiornamento del decreto ministeriale 28 maggio 1999, n. 329, recante norme di individuazione delle malattie croniche e invalidanti ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettera a) del decreto legislativo 29 aprile 1998 n.124.*"
- Decreto Ministeriale 18 maggio 2001, n. 279 "*Regolamento di istituzione della Rete nazionale delle malattie rare e di esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni sanitarie ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettera b,) del decreto legislativo 29 aprile 1998 n.124.*",
- d.p.c.m. 29 novembre 2001 "*Definizione dei livelli essenziali di assistenza*";
- Decreto Ministeriale del 10 settembre 1998 "*Aggiornamento del decreto ministeriale 6 marzo 1995 concernente l'aggiornamento del decreto ministeriale 14 aprile 1984 recante protocolli di accesso agli esami di laboratorio e di diagnostica strumentale per le donne in stato di gravidanza ed a tutela della maternità. (G.U. Serie Generale, n. 245 del 20 ottobre 1998)*";

In considerazione dei numerosi quesiti e delle segnalazioni pervenute da Enti Erogatori, da Associazioni dei Pazienti e dalle ASL si stabilisce di fornire, come di seguito specificato, delle ulteriori indicazioni relative all'esenzione dalla compartecipazione alla spesa da parte del cittadino, riguardo l'esenzione per patologia per prestazioni non esplicitamente previste dal DM 28/5/1999 n. 329 e successive integrazioni e modificazioni (esenzioni per patologia) e del DM 10/09/1998 e successive integrazioni e modificazioni (esenzioni per gravidanza), e considerato altresì quanto disposto dal D. Lgs 124/98 "*Ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni, a norma dell'articolo 59, comma 50, della L. 27 dicembre 1997, n. 449.*", che all'articolo 5 ha individuato le esenzioni dalla compartecipazione alla spesa anche in base a "*...gravità clinica, grado di invalidità e onerosità della quota di partecipazione al costo del relativo trattamento.*".

I motivi di ordine generale che hanno improntato l'elenco delle prestazioni che vanno considerate esenti sono:

1. tutte le prestazioni o procedure aggiuntive necessarie per l'esecuzione dell'esame erogabile in regime di esenzione o per il corretto completamento dell'iter diagnostico devono essere considerate esenti così come la prestazione che le ha necessariamente generate;
2. nel caso in cui lo specialista ritenga di richiedere una prestazione che è parte di un'altra prestazione che in base al dettato del DM 296/2001 è esente, questa deve essere considerata esente come la prestazione che la contiene;
3. in alcuni casi, per un medesimo codice, la descrizione della prestazione riportata nel Nomenclatore della Regione Lombardia differisce dalla descrizione riportata nel Nomenclatore

Nazionale; ne consegue che per poter erogare la prestazione indicata nel DM 296/2001 può essere necessario prescrivere una prestazione con codice diverso ma con il medesimo contenuto prestazionale;

4. alcune prestazioni indicate nel DM 296/2001, che fa riferimento al Nomenclatore Nazionale del 1996, non possono più essere erogate a causa delle modificazioni tecnologiche intervenute nel corso degli anni, e sono state sostituite da prestazioni eseguibili con una tecnologia diversa e più efficace, ma identiche nel contenuto prestazionale;
5. nel Nomenclatore Regionale sono state introdotte alcune prestazioni che nulla innovano nel contenuto rispetto alle prestazioni indicate nel DM 296/2001, prevedendo unicamente una diversa forma di erogazione; anche queste prestazioni devono essere quindi considerate esenti.

I disposti relativi all'esenzione dalla compartecipazione alla spesa da parte del cittadino contenuti nel presente atto e di seguito illustrati, decorrono dal 17 settembre 2012, con effetto sull'attività ambulatoriale prenotata a partire dalla suddetta data.

MALATTIA O CONDIZIONE

- 001 ACROMEGALIA E GIGANTISMO
- 002 AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (MALATTIE CEREBROVASCOLARI)
- 017 EPILESSIA
- 026 IPERPARATIROIDISMO, IPOPARATIROIDISMO
- 029 MALATTIA DI ALZHEIMER
- 032 MALATTIA O SINDROME DI CUSHING
- 035 MORBO DI BASEDOW, ALTRE FORME DI IPERTIROIDISMO
- 039 NANISMO IPOFISARIO

Nel DM 21 maggio 2001, n. 296 (Circ. 56/SAN 2001) è esente la prestazione:

87.03.1 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO TC del cranio [sella turcica, orbite] TC dell'encefalo.

Nel Nomenclatore Regionale è presente la prestazione:

87.03.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO; TC del cranio [sella turcica, orbite]; TC dell'encefalo	159,93
---------	---	---------------

In determinati casi il medico curante potrebbe decidere, onde evitare eventuali rischi per il paziente (somministrazione di mezzo di contrasto) di richiedere la sola prestazione senza contrasto, che è parte di 87.03.1.

In alternativa alla prestazione 87.03.1 è possibile prescrivere, in esenzione, la prestazione 87.03

87.03	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO; TC del cranio [sella turcica, orbite]; TC dell'encefalo	99,23
-------	--	--------------

MALATTIA O CONDIZIONE

- 042 PANCREATITE CRONICA

Nel DM 21 maggio 2001, n. 296 (Circ. 56/SAN 2001) è esente la prestazione:

88.01.2 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni.

Nel Nomenclatore Regionale è presente la prestazione:

88.01.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO; Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni	168,37
---------	--	--------

In determinati casi il medico curante potrebbe decidere, onde evitare eventuali rischi per il paziente (somministrazione di mezzo di contrasto) di richiedere la sola prestazione senza contrasto, che è parte di 88.01.2.

In alternativa alla prestazione 88.01.2 è possibile prescrivere, in esenzione, la prestazione 88.01.1

88.01.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME SUPERIORE; Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni	105,56
---------	---	--------

MALATTIA O CONDIZIONE

047 SCLEROSI SISTEMICA (PROGRESSIVA)

Nel DM 21 maggio 2001, n. 296 (Circ. 56/SAN 2001) è esente la prestazione:

87.41.1 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO

Nel Nomenclatore Regionale è presente la prestazione:

87.41.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO; TC del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]	164,67
---------	--	--------

In determinati casi il medico curante potrebbe decidere, onde evitare eventuali rischi per il paziente (somministrazione di mezzo di contrasto) di richiedere la sola prestazione senza contrasto, che è parte di 87.41.1.

In alternativa alla prestazione 87.41.1 è possibile prescrivere, in esenzione, la prestazione 87.41

87.41	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE; TC del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]	102,93
-------	---	--------

MALATTIA O CONDIZIONE

016 EPATITE CRONICA (ATTIVA)

Nel DM 21 maggio 2001, n. 296 (Circ. 56/SAN 2001) sono esenti le prestazioni:

91.17.3 VIRUS EPATITE B [HBV] ACIDI NUCLEICI IBRIDAZIONE (Previa reazione polimerasica a catena)

91.19.3 VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUALITATIVA DI HCV RNA

91.19.4 VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUANTITATIVA DI HCV RNA

023 INSUFFICIENZA RENALE CRONICA

Nel DM 21 maggio 2001, n. 296 (Circ. 56/SAN 2001) è esente la prestazione:

91.19.3 VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUALITATIVA DI HCV RNA

Nel Nomenclatore Regionale sono presenti le prestazioni:

91.17.3	VIRUS EPATITE B [HBV] ACIDI NUCLEICI IBRIDAZIONE (Previa reazione polimerasica a catena)	90,78
---------	--	-------

91.19.3	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUALITATIVA DI HCV RNA	90,25
91.19.4	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUANTITATIVA DI HCV RNA	110,85

Per poter eseguire uno o più degli esami sopra riportati è indispensabile estrarre dal materiale biologico gli acidi nucleici che devono essere analizzati. Non è possibile eseguire i test senza l'estrazione.

Per le malattie o condizioni sopra riportate deve essere considerata esente anche la prestazione 91.36.5

91.36.5	ESTRAZIONE DI DNA O DI RNA (nucleare o mitocondriale); Da sangue periferico, tessuti, colture cellulari, villi coriali	61,67
---------	--	--------------

MALATTIA O CONDIZIONE

002 AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (MALATTIE CARDIACHE E DEL CIRCOLO POLMONARE)

Nel DM 21 maggio 2001, n. 296 (Circ. 56/SAN 2001) è esente la prestazione:

88.72.3 ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica.

Nel Nomenclatore Regionale è presente la prestazione:

88.72.3	MH	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA. A riposo <u>e</u> dopo prova fisica o farmacologica (non associabile a 88.72.1, 88.72.2 e 88.72.A)	85,00
---------	----	--	--------------

Per la prestazione 88.72.3 nel Nomenclatore Nazionale si specifica “a riposo o dopo prova fisica o farmacologica”, mentre nel Nomenclatore Regionale si specifica “a riposo e dopo prova fisica o farmacologica”. In determinati casi il medico curante potrebbe decidere, onde evitare eventuali rischi per il paziente (sforzo fisico o somministrazione di farmaci) di richiedere la sola prestazione a riposo, che è parte di 88.72.3.

In alternativa alla prestazione 88.72.3 è possibile prescrivere, in esenzione, la prestazione 88.72.2

88.72.2	M	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA. A riposo (non associabile a 88.72.1, 88.72.3 e 88.72.A)	61,76
---------	---	---	--------------

MALATTIA O CONDIZIONE

047 SCLEROSI SISTEMICA (PROGRESSIVA)

Nel DM 21 maggio 2001, n. 296 (Circ. 56/SAN 2001) è esente la prestazione:

88.72.2 ECODOPPLERGRAFIA CARDIACA. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica.

Nel Nomenclatore Regionale è presente la prestazione:

88.72.2	M	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA. A riposo (non associabile a 88.72.1, 88.72.3 e 88.72.A)	61,76
---------	---	---	--------------

Per la prestazione 88.72.2 nel Nomenclatore Nazionale si specifica “a riposo o dopo prova fisica o farmacologica”, mentre nel Nomenclatore Regionale si specifica solo “a riposo”. Per poter effettuare il test dopo prova fisica o farmacologica, come prevede il DM, è necessario erogare la prestazione 88.72.3.

In alternativa alla prestazione 88.72.2 è possibile prescrivere, in esenzione, la prestazione 88.72.3

88.72.3	MH	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA. A riposo <u>e</u> dopo prova fisica o farmacologica (non associabile a 88.72.1, 88.72.2 e 88.72.A)	85,00
---------	----	--	--------------

MALATTIA O CONDIZIONE

- 005 ANORESSIA NERVOSA, BULIMIA
- 006 ARTRITE REUMATOIDE
- 008 CIRROSI EPATICA, CIRROSI BILIARE
- 013 DIABETE MELLITO
- 021 INSUFFICIENZA CARDIACA (N.Y.H.A. classe III e IV)
- 023 INSUFFICIENZA RENALE CRONICA
- 028 LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO
- 030 MALATTIA DI SJOGREN
- 044 PSICOSI

Nel DM 21 maggio 2001, n. 296 (Circ. 56/SAN 2001) è esente la prestazione:

90.16.4 CREATININA CLEARANCE

Nel Nomenclatore Regionale è presente la prestazione:

90.16.4	CREATININA CLEARANCE	2,30
---------	----------------------	-------------

In determinati casi il medico curante potrebbe decidere che per la valutazione renale sia sufficiente il valore della Creatinina, che è parte della prestazione 90.16.4.

In alternativa alla prestazione 90.16.4 è possibile prescrivere, in esenzione, la prestazione 90.16.3

90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La]	1,70
---------	------------------------	-------------

MALATTIA O CONDIZIONE

- 013 DIABETE MELLITO

Nel DM 21 maggio 2001, n. 296 (Circ. 56/SAN 2001) è esente la prestazione:

90.11.2 C PEPTIDE: Dosaggi seriati dopo test di stimolo (5)

Nel Nomenclatore Regionale è presente la prestazione:

90.11.2	C PEPTIDE: Dosaggi seriati dopo test di stimolo (5)	69,15
---------	---	--------------

In determinati casi il medico curante potrebbe decidere che per la valutazione dell'andamento della patologia sia sufficiente il solo valore basale del Peptide C, che è parte della prestazione 90.11.2.

In alternativa alla prestazione 90.11.2 è possibile prescrivere, in esenzione, la prestazione 90.11.1

90.11.1	C PEPTIDE	12,10
---------	-----------	--------------

MALATTIA O CONDIZIONE

- 022 INSUFFICIENZA CORTICOSURRENALE CRONICA (MORBO DI ADDISON)
- 023 INSUFFICIENZA RENALE CRONICA
- 026 IPERPARATIROIDISMO, IPOPARATIROIDISMO
- 032 MALATTIA O SINDROME DI CUSHING
- 037 MORBO DI PAGET

Nel DM 21 maggio 2001, n. 296 (Circ. 56/SAN 2001) è esente la prestazione:

90.24.5 FOSFORO

Nel Nomenclatore Regionale è presente la prestazione:

90.24.5	FOSFORO	1,15
---------	---------	------

Nei laboratori diagnostici, in genere, non viene dosato il fosforo come elemento, bensì il Fosfato Inorganico che fornisce le necessarie informazioni per le patologie per le quali nel DM è richiesto il fosforo.

In alternativa alla prestazione 90.24.5 è possibile prescrivere, in esenzione, la prestazione 90.24.3

90.24.3	FOSFATO INORGANICO [S/U/dU]	2,30
---------	-----------------------------	------

MALATTIA O CONDIZIONE

055 TUBERCOLOSI (ATTIVA BACILLIFERA)

Nel DM 21 maggio 2001, n. 296 (Circ. 56/SAN 2001) è esente la prestazione:

91.02.2 MICOBATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI ESAME COLTURALE (Met. radiometrico)

Nel Nomenclatore Regionale è presente la prestazione:

91.02.2	MICOBATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI ESAME COLTURALE (Met. radiometrico)	18,00
---------	---	-------

Da diversi anni il metodo radiometrico, potenzialmente pericoloso per la presenza di radioisotopi, è stato sostituito da più sicuri metodi di coltura non radiometrici in terreni liquidi.

In alternativa alla prestazione 91.02.2 è possibile prescrivere, in esenzione, la prestazione 91.01.8

91.01.8	MICOBATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI VARI Esame colturale in terreno liquido	18,00
---------	---	-------

MALATTIA O CONDIZIONE

016 EPATITE CRONICA (ATTIVA)

027 IPOTIROIDISMO CONGENITO, IPOTIROIDISMO ACQUISITO (GRAVE)

035 MORBO DI BASEDOW, ALTRE FORME DI IPERTIROIDISMO

044 PSICOSI

056 TIROIDITE DI HASHIMOTO

Nel DM 21 maggio 2001, n.296 (Circ. 56/SAN 2001) è esente la prestazione:

90.42.1 TIREOTROPINA (TSH).

Nel Nomenclatore Regionale è presente la prestazione:

90.42.1	TIREOTROPINA (TSH)	8,40
---------	--------------------	------

Nel Nomenclatore Regionale è stata introdotta la prestazione 90.41.8 TSH Riflesso che nulla innova nel contenuto della prestazione 90.42.1, prevedendo unicamente una diversa forma di erogazione.

In alternativa alla prestazione 90.42.1 è possibile prescrivere, in esenzione, la prestazione 90.41.8

90.41.8	TIREOTROPINA RIFLESSA (TSH-R)TSH Incluso eventuale dosaggio di FT4 e FT3	13,50
---------	--	-------

MALATTIA O CONDIZIONE

002 AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (MALATTIE CARDIACHE E DEL CIRCOLO POLMONARE)

Nel DM 21 maggio 2001, n. 296 (Circ. 56/SAN 2001) è esente la prestazione:

89.43 TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO. Escluso: Prova da sforzo cardiorespiratorio (89.44.1).

Nel Nomenclatore Regionale è presente la prestazione:

89.43	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO; Escluso: Prova da sforzo cardiorespiratorio (89.44.1)	57,01
-------	---	-------

Per altre patologie (021 Insufficienza Cardiaca e 025 Ipercolesterolemia) è possibile, in alternativa eseguire il test da sforzo con pedana mobile.

In alternativa alla prestazione 89.43 è possibile prescrivere, in esenzione, la prestazione 89.41

89.41	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE; Escluso: Prova da sforzo cardiorespiratorio (89.44.1)	57,01
-------	--	-------

MALATTIA O CONDIZIONE

- 003 ANEMIA EMOLITICA ACQUISITA DA AUTOIMMUNIZZAZIONE
- 008 CIRROSI EPATICA, CIRROSI BILIARE
- 013 DIABETE MELLITO
- 016 EPATITE CRONICA (ATTIVA)
- 042 PANCREATITE CRONICA
- 055 TUBERCOLOSI (ATTIVA BACILLIFERA)

Nel DM 21 maggio 2001, n. 296 (Circ. 56/SAN 2001) è esente la prestazione:

90.10.5 BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA.

Nel Nomenclatore Regionale è presente la prestazione:

90.10.5	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA	1,85
---------	--------------------------------	------

In determinati casi il medico curante potrebbe decidere che per la valutazione dell'andamento della patologia sia sufficiente il solo valore della Bilirubina Totale, che è parte della prestazione 90.10.4.

In alternativa alla prestazione 90.10.5 è possibile prescrivere, in esenzione, la prestazione 90.10.4

90.10.4	BILIRUBINA TOTALE	1,55
---------	-------------------	------

MALATTIA O CONDIZIONE

- 007 ASMA
- 021 INSUFFICIENZA CARDIACA (N.Y.H.A. classe III e IV)
- 024 INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA
- 025 IPERCOLESTEROLEMIA FAMILIARE ETEROZIGOTE TIPO IIA E IIB;
IPERCOLESTEROLEMIA PRIMITIVA POLIGENICA; IPERCOLESTEROLEMIA
FAMILIARE COMBINATA; IPERLIPOPROTEINEMIA DI TIPO III
- 027 IPOTIROIDISMO CONGENITO, IPOTIROIDISMO ACQUISITO (GRAVE)
- 028 LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO
- 031 IPERTENSIONE ARTERIOSA
- 035 MORBO DI BASEDOW, ALTRE FORME DI IPERTIROIDISMO

Nel DM 21 maggio 2001, n.296 (Circ. 56/SAN 2001) è esente la prestazione:

88.72.1 ECOGRAFIA CARDIACA Ecocardiografia

La Ecografia Cardiaca è stata quasi universalmente sostituita dalla Ecocolordopplergrafia Cardiaca in quanto prestazione più efficace per il monitoraggio delle malattie o condizioni sopra riportate.

In alternativa alla prestazione 88.72.1 è possibile prescrivere, in esenzione, la prestazione 88.72.2

88.72.2	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo (non associabile a 88.72.1, 88.72.3 e 88.72.A)	61,76
---------	--	--------------

MALATTIA O CONDIZIONE

002 AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (MALATTIE CARDIACHE E DEL CIRCOLO POLMONARE)

Nei pazienti portatori di Pace-Maker o di Defibrillatori devono essere considerati esenti il loro controllo/programmazione.

Per le malattie o condizioni sopra riportate devono essere considerate esenti anche le prestazioni 89.48.1 e 89.48.2

89.48.1	CONTROLLO / PROGRAMMAZIONE DI PACE-MAKER	23,75
89.48.2	CONTROLLO/PROGRAMMAZIONE DI DEFIBRILLATORE IMPIANTABILE Incluso: ECG (89.52)	23,75

MALATTIA O CONDIZIONE

GRAVIDANZA

In applicazione ai disposti del DM del 10.09.1998 “*Aggiornamento del decreto ministeriale 6 marzo 1995 concernente l'aggiornamento del decreto ministeriale 14 aprile 1984 recante protocolli di accesso agli esami di laboratorio e di diagnostica strumentale per le donne in stato di gravidanza ed a tutela della maternità. (G.U. Serie Generale, n. 245 del 20 ottobre 1998)*” si precisa quanto segue:

Per la condizione sopra riportata deve essere considerato esente anche la prestazione 89.26.1

89.26.1	PRIMA VISITA GINECOLOGICA	PRIMA VISITA GINECOLOGICA Incluso: eventuale addestramento all'uso del diaframma vaginale, eventuale prelievo citologico, eventuale rimozione di corpo estraneo intraluminale dalla vagina senza incisione. Non associabile a 89.26.3	22,50
---------	---------------------------	---	--------------

Contrattualizzazione

Si fa riferimento a quanto previsto dall'allegato 9 “Indici di offerta-Negoziazione” della DGR n. IX/2633 del 6 dicembre 2011, in particolare là dove, in relazione alla Macroattività Ambulatoriale ad alta Complessità (MAC), prevede che “*per ciascun soggetto erogatore verranno quantificate le risorse che passano dalle attività di ricovero e cura a quelle di specialistica ambulatoriale le quali saranno soggette, nei casi previsti, a compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini*”.

In considerazione del fatto che dall'analisi dei dati di produzione attualmente disponibili relativi ai primi 5 mesi dell'anno, emerge in modo chiaro che l'attivazione della su citata Macroattività sta procedendo in modo graduale e che i dati disponibili non consentono al momento di procedere ad una corretta stima delle integrazioni da apportare ai valori contrattuali stabiliti sia per le attività in

budget che extrabudget, si stabilisce che la rinegoziazione delle su citate risorse, con gli erogatori pubblici e privati, avverrà nel mese di ottobre.

Facendo inoltre riferimento a quanto previsto dal d.lgs. 95/2012, in particolare alla previsione dell'art. 15, comma 14 che *“a tutti i singoli contratti e a tutti i singoli accordi vigenti nell'esercizio 2012, ai sensi dell'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, si applica una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi d'acquisto in misura percentuale fissa, determinata dalla regione o dalla provincia autonoma, tale da ridurre la spesa complessiva annua, rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011, dello 0,5 per cento per l'anno 2012 ...”*, si rileva che:

- pur riconoscendo la necessità di rispettare la sopracitata norma nazionale, si ritiene che debba restare una priorità per il sistema sanitario della Regione Lombardia la tutela delle prestazioni cosiddette extrabudget che comprendono prioritariamente interventi complessi riferiti alle patologie oncologiche (attività chirurgiche, chemioterapie, radioterapia), a quelle cerebrocardiovascolari in fase acuta, ad attività riabilitative dirette a gravi cerebrolesioni e mielolesioni, ai parti e ad attività particolarmente complesse relative all'area dell'emergenza urgenza meglio precisate nella DGR n. IX/2633 del 2011;
- questa attenzione prioritaria, nel pieno rispetto della Legge Regionale n. 33/09, si ritiene che debba essere realizzata coinvolgendo con pari responsabilità le strutture pubbliche e private accreditate.

Ritenuto quindi prioritario il rispetto delle predette premesse, si stabilisce che l'attuazione del dettato del d.lgs. 95/2012, art. 15, comma 14 avvenga nei seguenti termini:

- entro il 15 settembre 2012 tutti i contratti firmati dalle ASL con soggetti accreditati a contratto di diritto privato devono essere modificati, per l'intero esercizio 2012, rideterminando per ogni singolo contratto le quote relative alle prestazioni di ricovero e cura, specialistica ambulatoriale e neuropsichiatria infantile nella misura del riconosciuto 2011 ridotto di una quota percentuale del 1,5%;
- la ridefinizione dei contratti nei termini predetti permette, pur nel rispetto della riduzione media dello 0,5% di tutti i contratti e del valore di extrabudget riconosciuto per il 2011, di riservare complessivamente nel 2012, per gli erogatori di diritto privato, risorse per le attività extrabudget incrementate rispetto al riconosciuto 2011 di circa 20 milioni di euro;
- così facendo, al fine della erogazione delle prestazioni extrabudget, gli erogatori di diritto pubblico e privato sono soggetti per il 2012 alle medesime regole;
- resta il limite già previsto dalla DGR n. IX/2633 del 2011 di un incremento massimo per ogni erogatore, rispetto al riconosciuto 2011, del 5% per le prestazioni extrabudget;
- per le attività ambulatoriali la modifica del contratto 2012 avviene riducendo l'attuale 97% del 1,5% e, pur rimanendo confermate le regressioni tariffarie, nessun erogatore potrà superare nel 2012 il riconosciuto 2011 meno 1,5%;
- non si prevedono integrazioni e/o ratei per nuove attività o per attività riprese nel corso del 2011;
- il rimborso ai soggetti erogatori delle attività di ricovero effettuate a favore di pazienti extraregionali dimessi a decorrere dal 1° gennaio 2012 viene effettuato con il Tariffario Unico Convenzionale (TUC) approvato con l'accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria per l'anno 2011 nella Conferenza delle Regioni e delle PP.AA. del 22 maggio 2012.

Facendo riferimento a quanto previsto al punto 24 comma 4 della DGR n. IX/2057/2011 per la remunerazione delle prestazioni “extrabudget” per l’anno 2011, ossia, la definizione di un tetto di spesa equivalente alla produzione 2010, per il cui mantenimento può anche essere previsto un abbattimento per l’eventuale valorizzazione in eccesso fino al mantenimento della soglia fissata, si precisa che l’adempimento di tale provvedimento si è concretizzato nell’applicazione di un abbattimento di sistema per le prestazioni di ricovero e cura e per le prestazioni ambulatoriali superiore al 3%. Si è stabilito, quindi, in analogia a quanto già avviene per le prestazioni in budget quindi con tetto di spesa, di applicare le decurtazioni derivanti dall’attività ispettiva dei NOC alla produzione lorda. Ne consegue che l’effetto delle citate decurtazioni NOC sul valorizzato risulta rilevabile solo là dove lo stesso è superiore all’abbattimento di sistema applicato e per il valore differenziale.

Indice posti letto per mille abitanti

Con riferimento al d.lgs. 95/2012, in particolare la previsione dell’art. 15, comma 13 punto c si stabilisce, al fine di attuare le disposizioni nazionali di cui al punto precedente:

- di effettuare il calcolo del predetto indice di posti letto secondo le disposizioni del vigente Patto per la Salute per gli anni 2010 – 2012 che all’articolo 6, comma 3, prevede che il calcolo dell’indice di posti letto per mille abitanti sia effettuato “*senza comprendere la quota di posti letto dedicati in via prevalente o esclusiva ai pazienti provenienti dalle altre regioni*”;
- di individuare il corretto numero di *posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale* utilizzando i dati trasmessi dalle strutture ospedaliere con i flussi ministeriali HSP 22, 23 e 24;
- di utilizzare, per via della necessità di dover lavorare considerando un’intera annualità, i dati trasmessi nel corso di tutto il 2011 al netto delle attività sub-acute e delle MAC;
- di fissare come numero massimo, complessivo per struttura, di posti letto accreditati da poter mettere a contratto (a carico del SSR) quello individuabile nel 2011 sulla base dei letti attivati e comunicati con i predetti flussi HSP 22, 23 e 24;
- di dare ulteriore sviluppo alla trasformazione di posti letto ordinari e di day hospital in posti tecnici da destinarsi ad attività sub-acute, alle Macroattività Ambulatoriali ad alta Complessità (MAC) e, a seguito anche dell’implementazione di nuove procedure chirurgiche in ambito ambulatoriale, in posti tecnici per la Chirurgia a Bassa Intensità Assistenziale (BIC).

Si precisa inoltre che la eventuale riattivazione di posti letto attualmente accreditati e a contratto ma non attivati potrà avvenire solo per attività sospese nel 2010 o nel 2011 per lavori di adeguamento strutturale. Che i predetti lavori devono essere dimostrati con progetti, contratti di assegnazione lavori e fatture quietanziate e che la richiesta di riattivazione dovrà essere inoltrata alla ASL che dovrà valutare la necessità clinico-epidemiologica locale e subordinare la propria valutazione di coerenza locale a quella complessiva di sistema che potrà essere avallata con specifico atto di Giunta Regionale.

CREG

In riferimento alle previsioni dell’Allegato 14 “Cronicità e CREG”, alla DGR n. IX/937/2010, considerate le determinazioni assunte con "http://www.sanita.regione.lombardia.it/shared/ccurl/783/946/DGR_IX_1479_30mar11.pdf" o "DGR n. 1479 del 30 marzo 2011 - Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio

Sanitario Regionale per l'esercizio 2011 - II Provvedimento di aggiornamento in ambito sanitario" all'allegato 2 "Ulteriori indicazioni per l'implementazione del CReG "Chronic Related Group"; viste le previsioni del decreto del Direttore Generale Sanità n. 4383 del 16 maggio 2011 "Determinazioni in materia di CReG "Chronic Related Group", in attuazione della DGR n. IX/1479 del 30 marzo 2011"; richiamato l'operato della ASL di Milano, che, con specifico avviso pubblico rivolto ai MMG con scadenza settembre 2011, ha richiesto la formulazione di progetti per il servizio sperimentale di gestione CReG, intendendo attivare la sperimentazione complessivamente su un numero di assistiti cronici pari a 50.000 unità, considerato che al termine delle procedure, nell'ambito dei criteri di ammissibilità stabiliti con l'avviso stesso, è risultata arruolabile solo una Cooperativa di MMG, prevedendo così il coinvolgimento di soli 15.000 assistiti cronici a fronte dei 50.000 ipotizzati.

Si condivide l'ipotesi avanzata dalla stessa ASL di emanare un nuovo avviso pubblico rivolto ai MMG, a completamento del su citato avviso per il raggiungimento dell'auspicato numero di assistiti cronici pari a 50.000 unità; si precisa inoltre, anche alla luce delle esperienze già in atto in alcune ASL, di consentire nell'ambito della su citata sperimentazione CReG lo sviluppo di specifici accordi/ convenzioni con le Aziende Ospedaliere pubbliche, per il coinvolgimento degli specialisti ospedalieri nell'erogazione di semplici prestazioni ambulatoriali, per i pazienti arruolati, anche presso gli studi associati dei MMG.

Tariffe

Considerato che gli esiti dell'analisi condotta sui flussi SDO e CEDAP del biennio di esercizio 2010-2011, finalizzata alla rilevazione delle caratteristiche dei nuovi nati nelle strutture sanitarie accreditate e a contratto con il SSR e alla valutazione di eventuali criticità nella codifica delle stesse SDO, suggeriscono l'opportunità di rivedere gli attuali criteri di tariffazione dei DRG di patologia neonatale in funzione della durata della degenza; al fine di incentivare un uso appropriato delle codifiche relative alla condizione di neonato patologico e quindi di disincentivare atteggiamenti di codifica che non tengano conto dell'effettivo consumo di risorse; si stabilisce una soglia di degenza, individuata in 3 giorni, per i DRG di patologia neonatale (DRG 385, 386, 387, 388, 389, 390), entro la quale il rimborso dei ricoveri stessi è il medesimo del DRG 391 "Neonato normale", a decorrere dal 1° gennaio 2013.

Al fine di verificare l'appropriatezza di eventuali scostamenti significativi nella modalità di gestione dei ricoveri in questione rispetto ai periodi precedenti all'entrata in vigore del presente disposto, si chiede alle ASL di monitorare nel tempo l'andamento della durata di degenza della suddetta tipologia di ricoveri.

Si ricorda inoltre che, in nessun caso è corretto rendicontare codici di intervento corrispondenti a procedure non condotte a termine per motivi clinici, a prescindere dall'eventuale consumo di strumentazioni e/o presidi medici, né tantomeno richiedere il rimborso di protesi non effettivamente impiantate per qualunque motivo (es. rottura pre-impianto ecc.); si specifica che tale principio si applica quindi, adesso come per il passato, anche ai tentativi infruttuosi di angioplastica percutanea coronarica (PTCA), nel qual caso si codificherà quindi solo la procedura di coronarografia, se effettuata, altrimenti verrà indicata in diagnosi principale o secondaria (secondo le indicazioni delle DGR n. IX/2057/2011 e n. IX/2633/2011) la condizione di procedura non eseguita (cod. V64._).

Si ritiene infine necessario integrare, come di seguito esposto, le indicazioni sull'ecoendoscopia di bronchi/polmoni, in corso di fibrobroncoscopia [EBUS], di cui alla DGR n. IX/2057/2011 (Allegato A), al fine di favorire una corretta identificazione delle procedure di cui alle citate indicazioni nonché delle condizioni operative richieste per l'appropriata effettuazione delle stesse:

- per Tracheo-Broncoscopia rigida diagnostico-terapeutica, si intendono le procedure terapeutiche broncoscopiche di disostruzione meccanica con broncoscopio rigido, con utilizzo eventuale di protesi metalliche e siliconiche, laser, argon plasma, elettrocoagulazione, crioterapia ecc., per la patologia ostruttiva neoplastica e non, nonché per le patologie polmonari suscettibili di trattamenti broncoscopici (es. enfisema ed asma) con dispositivi quali valvole endobronchiali, sistema Chartis, spire metalliche, colle polimeriche, vapore, termoplastica ecc;
- la broncoscopia rigida terapeutica va effettuata in precise condizioni operative:
 1. solo in presidi ospedalieri che siano dotati di sala di rianimazione e di UO chirurgiche in grado di gestire le eventuali complicanze (sanguinamenti, pneumotoraci, compromissioni cardiovascolari ecc.);
 2. in presenza di una sala operatoria o di una sala endoscopica attrezzata, completa di carrello per la gestione delle emergenze (defibrillatore);
 3. in anestesia generale o in sedazione profonda con monitoraggio continuo dei parametri vitali in presenza di un medico anestesista esperto della metodica e con l'assistenza di personale infermieristico addestrato;
 4. la ventilazione del paziente va garantita con sistemi di ventilazione adeguati (es. poncho per ventilazione a pressione negativa intermittente, jet ventilation, ventilatore meccanico, va e vieni per l'assistenza alla ventilazione spontanea se paziente in sedazione profonda);
 5. l'attrezzatura disponibile deve comprendere set completo di broncoscopia rigida (vari diametri e lunghezze) corredato di ottiche, pinze ed aspiratori, nonché fibrobroncoscopi ausiliari; il centro deve essere attrezzato con almeno uno strumento per la coagulazione e disostruzione endoscopica, quali laser, argon plasma, elettrocoagulazione o crioterapia e all'occorrenza devono essere disponibili protesi endobronchiali siliconiche e metalliche;

Allegato 3

Personale del servizio sanitario, medicina convenzionata territoriale

Personale del servizio sanitario

E' fatto divieto di attribuire incarichi di studio e di consulenza a soggetti, già dipendenti dell'azienda e collocati in quiescenza, che abbiano svolto, nel corso dell'ultimo anno di servizio, funzioni e attività corrispondenti a quelle oggetto dello stesso incarico di studio e di consulenza.

Nelle more della definizione del processo di razionalizzazione dei posti letto previsto dal DL 95/2012 e dell'approvazione della delibera di giunta per l'adozione dei Piani di Organizzazione Aziendale delle ASL, delle Aziende Ospedaliere, degli IRCCS di diritto pubblico e di AREU, non verranno prese in considerazione richieste di copertura di Strutture complesse.

Allo stesso modo, i Piani Assunzione potranno essere presentati successivamente alla emanazione di apposita circolare da parte della Direzione Generale Sanità, tenendo conto prioritariamente del turn-over, e degli interventi di riorganizzazione delle strutture complesse, nell'ottica della tutela dei servizi essenziali.

Nelle more della definizione del nuovo POA e dei Piani Assunzione, devono essere sospese tutte le procedure concorsuali previste e non indette entro il 07.07.2012. Allo stesso modo devono essere sospese tutte le procedure per la copertura di strutture complesse non concluse alla data della presente delibera.

Per le esigenze di razionalizzazione sopra citate sono sospesi i conferimenti e il rinnovo di incarichi ai sensi dell'articolo 15-septies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni.

Disposizioni specifiche in merito al call center NUE 112

Le Aziende sanitarie devono provvedere ad attivare procedure di mobilità per il personale dipendente del comparto inquadrato nelle categorie B, BS, C, D, a favore del Call Center del Numero Unico di Emergenza (NUE) 112 fino ad una quota del 3% del proprio personale, senza oneri aggiuntivi a carico del sistema.

Medicina convenzionata territoriale

Compatibilmente con la dinamica retributiva di categoria, ai sensi dell'art. 15, comma 25 del DL n. 95 del 6 luglio 2012, per gli anni 2011, 2012 e 2013 il trattamento economico anche accessorio del personale convenzionato delle pubbliche amministrazioni non può superare, in ogni caso, il trattamento ordinariamente spettante per l'anno 2010, al netto degli effetti derivanti da eventi straordinari, ivi incluse le variazioni dipendenti da eventuali arretrati.

Progetti per la medicina territoriale

Con riferimento all'allegato 5 della DGR IX/2633 del 6 dicembre 2011 che prevedeva:

1. Lo sviluppo di progetti sperimentali relativi a modelli organizzativi, (modulati sulle esigenze territoriali) finalizzati all'integrazione con professionisti di altre discipline specialistiche per garantire cure territoriali, anche sotto forma di consulto, mediante l'accesso diretto del medico specialista nella sede della forma associativa per la erogazione delle prestazioni e delle consulenze ritenute necessarie;
2. La promozione dei ricoveri nelle attività subacute direttamente dal territorio oggetto di sperimentazione da parte delle Aziende Sanitarie Locali delle Province di Varese e Pavia.

Si ritiene che per i suddetti progetti possa essere prevista una rimodulazione temporale e risultando gli stessi particolarmente onerosi, considerata anche l'esigenza di razionalizzazione della spesa imposta dalla normativa vigente, si considera congruo che la retribuzione del personale coinvolto debba essere rapportata a quella riservata a professionisti già operanti nelle aziende.

Disposizioni in materia di autovetture

Le autovetture aziendali rientrano nel limite di spesa di cui all'art. 5, comma 2, D.L. 6 luglio 2012, n. 95 "*Disposizioni urgenti per la revisione della spesa con invarianza dei servizi ai cittadini*", ad eccezione di quelle relative ai mezzi di soccorso di I° e II° livello e di quelle necessarie allo svolgimento delle attività di vigilanza e controllo nell'area della prevenzione, così come individuate dai livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui all'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005 e s.m.i. e specificatamente dettagliate in atti regionali successivi.

In caso di utilizzo del mezzo proprio, lo stesso dovrà avvenire secondo le indicazioni interpretative fornite in ordine all'art. 6, comma 12, D.L. 78/2010 convertito dalla L. 122/2010, dalle Sezioni Riunite della Corte dei Conti nella deliberazione n. 8/CONTR/11 del 7 febbraio 2011 e dal Ministero dell'Economia e delle Finanze nella circolare prot. 100169 del 5 marzo 2012.

Si dispone l'uso delle autovetture unicamente per fini istituzionali, come già evidenziato nelle note di questa Direzione Generale prot. nn. H1.2011.0037971 del 29.12.2011 e H1.2012.0002753 del 25.01.2012.

Allegato 4

Sistema Informativo Socio-Sanitario

La Direzione Sanità ha già avviato dall'inizio del 2012 un'intensa attività di revisione e riduzione dei principali contratti in essere relativi all'erogazione del sistema informativo sanitario in esecuzione delle Regole 2012 e in ottemperanza alle disposizioni del DL 95 ha ulteriormente precisato lo sviluppo di alcuni progetti e ridefinito il tetto massimo di spesa per il Sistema Informativo Socio Sanitario fissandolo a **150 milioni di euro per il 2012**.

In particolare sulla **DEMATERIALIZZAZIONE** si ritiene opportuno rivedere le componenti del progetto per l'implementazione della cartella clinica elettronica presso le aziende sanitarie, previste dalla d.g.r.IX/3545 del 30.5.2012, scorporando e dando avvio a quei servizi prodromici e funzionali allo sviluppo anche di altri progetti come quello relativo la digitalizzazione della documentazione in ambito sanitario previsto dalla d.g.r.IX/3543 del 30.5.2012 con un tetto massimo di costo per le nuove attività pari a € 400.000 (Iva inclusa) per il 2012 rimandando a ulteriori determinazioni la pianificazione per gli anni successivi per entrambe le deliberazioni citate.

Relativamente alla **RETE REGIONALE DI PRENOTAZIONE ed al CALL CENTER** si ritiene opportuno rivedere l'impianto tariffario del progetto del Call Center Regionale per la prenotazione di prestazioni sanitarie, in seguito alle indicazioni di evoluzioni del servizio di cui alle dd.g.r. n.IX/2405 del 26.10.2011 e n.IX/3095 del 7/3/2012, recependo la proposta in tal senso elaborata da Lispa (con nota prot.4834 del 30 luglio 2012) le cui modifiche sono così sintetizzabili:

Attivazione Servizi Principali di Prenotazione per ciascun EEP o EEPA di grandi dimensioni (con più di 30.000 contatti per anno)	tariffa massima pari a €75.000 (+ IVA 21%)
Attivazione Servizi Principali di Prenotazione per ciascuno gruppo di massimo 15 EEPA di piccole-medie dimensioni (con meno di 30.000 contatti per anno) della ASL	tariffa massima pari a €85.000 (+ IVA 21%)
Attivazione Servizi Principali di Prenotazione per ciascuno gruppo di massimo 15 EEPA aggregati con vari criteri	tariffa massima pari a €95.000 (+ IVA 21%).
Attivazione Servizi Complementari di Prenotazione per ciascuno Ente Erogatore o per ciascun gruppo di massimo 15 EEPA di piccole-medie dimensioni appartenenti alla stessa ASL	tariffa massima pari a €25.000 (+ IVA 21%).
Attivazione Servizi Principali di Prenotazione per ciascuna ASL	Prime due ASL già incluse nel contratto. Le successive con tariffa massima pari a 45.000 (compresa IVA 21%)
Gestione Servizio globale di prenotazione integrata SISS per gli EEP (include la gestione dei servizi principali e complementari)	canone annuale pari a €3.380.000 (+ IVA 21%)
Gestione Servizio globale di prenotazione per gli EEPA, tramite Centro Servizi o integrata SISS (include la gestione dei servizi principali e	canone annuale pari a €350.000 (+ IVA 21%), per un massimo di 50 EEPA con meno di 30.000 contatti per anno. Per ogni EEPA che si aggiunge

complementari):	<p>ai 50 previsti dal canone globale, si prevedono i seguenti costi addizionali:</p> <p>EEPA di grandi dimensioni (oltre 30.000 contatti per anno): canone annuo pari a €25.000 (+ IVA 21%);</p> <p>EEPA di piccole-medie dimensioni (meno di 30.000 contatti per anno): canone annuo pari a € 10.000 (+ IVA 21%).</p>
Gestione Servizio globale di prenotazione per le ASL (include la gestione dei servizi principali e complementari)	Canone annuale pari a €12.000 (compresa IVA 21%)

Si ritiene inoltre che gli oneri del servizio di prenotazione di prestazioni in Libera Professione per le aziende che già si avvalgono del servizio di Call Center regionale debbano essere completamente a carico degli enti che decideranno di utilizzare tale ulteriore servizio, con le vigenti tariffe riferite ai contatti.

Occorrerà infine rivedere anche la pianificazione delle attività per la realizzazione della sede lombarda del call center, prevista dalle d.g.r.IX/2405 del 26.10.2011 e successive, in relazione alle attuali disponibilità finanziarie.

Si dà mandato quindi alla D.G.Sanità di recepire negli incarichi tra la stessa e Lispa le indicazioni sopra descritte e di procedere ad una riduzione di tutti gli altri incarichi in essere alla data di entrata in vigore del DL 95 tenendo conto del tetto massimo complessivo fissato per l'anno 2012.

Allegato 6

Indicazioni relative all'acquisto di beni e servizi e altre disposizioni

L'articolo 15 comma 13 del d.l. 95/2012 contiene misure aventi finalità di contenimento e razionalizzazione dei costi.

Questi due obiettivi vengono perseguiti:

- **ART. 15 comma 13 lettera a) : Attraverso la riduzione (del 5%) degli importi e connesse prestazioni relativi a contratti in essere di appalto di servizi e di fornitura di beni e servizi;**

Con riferimento alla lettera a) del comma 13 la misura si applica a beni e servizi con esclusione degli acquisti dei farmaci (aventi AIC ad eccezione dei vaccini con AIC in quanto non rientranti nel tetto della farmaceutica) e dei servizi sanitari (Art. 15 – comma 14 del D.L. 95/2012) in quanto sottoposti a diversa regolamentazione.

La norma si riferisce a tutti i contratti in essere per tutta la durata dei contratti medesimi a decorrere dalla data di entrata in vigore del decreto. Solo per i dispositivi medici la riduzione opera fino al 31 dicembre 2012 in quanto dall'anno 2013 entreranno in vigore i tetti di spesa rimodulati come da lettera f) del medesimo comma. A tal fine sono considerati tutti i dispositivi medici anche se non registrati in Banca Dati/Repertorio dei Dispositivi Medici.

La misura si applica alle aziende ed enti del Servizio sanitario regionale compresa la GSA (Gestione Sanitaria Accentrata di Regione Lombardia come definita nel D.lgs 118/2011).

Relativamente ai contratti derivanti da procedure gestite da Centrale Regionale Acquisti, le Aziende procederanno all'applicazione della norma in argomento in stretto raccordo con la Centrale stessa, al fine di garantire uniformità rispetto a quanto definito dalla norma citata.

Le aziende procedono all'applicazione della norma di concerto nell'ambito del consorzio/unione d'acquisto di appartenenza anche al fine di incrementare la convergenza dei contratti in un'ottica di aggregazione delle politiche di acquisto e di avere una maggiore forza contrattuale verso i fornitori.

L'oggetto del comma 13 lettera a) è la riduzione degli *importi e connesse prestazioni* del 5%. Tale razionalizzazione dei costi non deve pregiudicare le prestazioni sanitarie da effettuarsi e deve applicarsi in un'ottica di gestione e governo dei contratti con l'obiettivo di una razionalizzazione dei costi di lungo periodo. Ne consegue necessariamente che le Direzioni aziendali devono porre particolare attenzione ai processi anche minimi di gestione delle forniture e/o dei servizi dei contratti interessati.

La riduzione è in definitiva l'imposizione alla stazione appaltante di attivare l'istituto della "sottrazione", già previsto dalla normativa di settore, con nome di "quinto d'obbligo".

Laddove la riduzione non può operarsi linearmente, occorrerà ricorrere a criterio diverso, ad esempio la programmazione, ovviamente nel limite del possibile e senza pregiudizi alla salute del paziente.

Si precisa che le disposizioni in argomento si applicano anche agli acquisti di servizi non sanitari contemplati nei contratti di concessione e costruzione dei nuovi ospedali .

I risparmi sono conseguibili anche attraverso l'applicazione delle misure alle lettere b), d) ed e) che rafforzano la *governance* del settore della spesa di beni e servizi. In particolare:

- **Art. 15 comma 13 lettera b) : Attraverso la rinegoziazione dei contratti sulla base dei prezzi di riferimento definiti come da art. 17, comma 1, del decreto legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito con modificazioni dalla legge 15 luglio 2011, n. 111.**

Con riferimento alla lettera b) del comma 13 la norma si applica a tutti gli acquisti di beni e servizi compresi i farmaci esclusi al comma precedente qualora emergano differenze significative dei *prezzi unitari*. Si intendono differenze significative dei prezzi quelle superiori al 20 per cento rispetto al *prezzo di riferimento*.

Il prezzo di riferimento è stato elaborato dall'Osservatorio dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture dell'Autorità di Vigilanza sui Contratti Pubblici come da art. 17 della legge 111/2011 relativamente a dispositivi medici, farmaci per uso ospedaliero, servizi sanitari e non sanitari individuati dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali (AGENAS) tra quelli di maggiore impatto sulla spesa sanitaria complessiva. In data 1 Luglio 2012 sono stati pubblicati i primi set di prezzi di riferimento riguardanti: a) 132 farmaci (diversi per principio attivo, dosaggio o forma farmaceutica) b) 163 classi di dispositivi medici (diversi per CND, descrizione, specifiche tecniche) c) 3 servizi non sanitari (servizi di pulizia, lavanderia, ristorazione).

Oltre ai prezzi pubblicati dall'AVCP, Regione Lombardia utilizzerà le rilevazioni dei prezzi unitari elaborati dagli Osservatori regionali in stretta connessione con Centrale Regionale Acquisti. Si riserva, quindi, entro il 30 Settembre 2012 di affiancare ai prezzi pubblicati dall'Osservatorio AVCP ulteriori prezzi unitari, in attuazione del decreto in argomento.

Sono tenute alla verifica ed eventuale rinegoziazione dei contratti tutte le Aziende ed enti sanitari, che dovranno interagire e coordinarsi all'interno dei consorzi/unioni formali d'acquisto.

Le Aziende dovranno procedere all'analisi e a proporre la rinegoziazione dei contratti con differenze significative dei prezzi unitari rispetto ai prezzi di riferimento, entro 90 giorni dalla pubblicazione del decreto. In caso di mancato accordo, entro il termine di 30 giorni dalla trasmissione della proposta, le Aziende sanitarie hanno il diritto di recedere dal contratto senza alcun onere a carico delle stesse, e ciò in deroga all'articolo 1671 del codice civile.

L'attività di cui sopra dovrà essere puntualmente comunicata per le verifiche del Collegio Sindacale.

Si precisa che le disposizioni in argomento si applicano anche agli acquisti di servizi non sanitari contemplati nei contratti di concessione e costruzione dei nuovi ospedali.

In generale, la base di comparazione su cui si applica la misura è fissata dai prezzi di riferimento da elaborazioni AVCP nonché dalle ulteriori rilevazioni di prezzi unitari effettuate da Regione Lombardia.

Nel dettaglio:

1) per quanto riguarda i dispositivi medici la riconduzione dei prezzi unitari di fornitura ai prezzi di riferimento, ai fini della rinegoziazione, deve avere per paradigma la natura omogenea delle acquisizioni.

Gli uffici della Direzione Generale Sanità forniranno entro breve, per facilitare tali confronti, una banca dati suddivisa come da sottoclassi dell'Osservatorio AVCP: "Codice CND", "Descrizione" e "Specifiche Tecniche" (es. "A010101 - Aghi ipodermici sterili monouso – G 18 ÷ G 25") ulteriormente dettagliata per codice di repertorio con le seguenti specifiche: prezzo di riferimento AVCP, mediana AVCP, prezzo rilevato dalle aziende (ultimo contratto – prezzo IVA esclusa).

Si ritiene utile riportare in materia quanto specificato dall'AVCP sul sito di pubblicazione dei prezzi di riferimento: "Per tutte le categorie di beni e servizi oggetto di indagine si fornisce un prezzo di riferimento inferiore al prezzo mediano, sempre in un'ottica di contenimento della spesa. Oltre al prezzo di riferimento viene, comunque, pubblicato anche il prezzo mediano. Quest'ultimo, infatti, può costituire un utile termine di confronto in tutti quei casi in cui il prezzo di riferimento, che per sua natura costituisce una misura sintetica dei prezzi comunicati, non riesca pienamente a dar conto dell'eterogeneità, anche qualitativa, dei beni e servizi acquistati".

In materia di dispositivi medici le aziende devono anche considerare che le rilevazioni degli acquisti delle aziende (ultimo contratto), permettono dei confronti all'interno di un medesimo codice di Repertorio e più in generale all'interno di una classe di Dispositivi Medici.

Alla luce delle analisi, l'azienda dovrà definire azioni condivise con il Collegio Sindacale al fine di allineare i propri acquisti alle migliori condizioni possibili del mercato.

Si rammenta, inoltre, che le Aziende Sanitarie che abbiano proceduto alla rescissione del contratto, nelle more dell'espletamento delle gare indette in sede centralizzata o aziendale possono, al fine di assicurare comunque la disponibilità dei beni e servizi indispensabili per garantire l'attività gestionale e assistenziale, stipulare nuovi contratti accedendo a convenzioni quadro anche di altre regioni, o tramite affidamento diretto a condizioni più convenienti in ampliamento del contratto stipulato da altre Aziende Sanitarie mediante gare d'appalto o forniture.

2) Per quanto riguarda i Farmaci il prezzo di riferimento AVCP è la base dei controlli sui prezzi unitari.

3) Con riferimento ai prezzi dei servizi pulizia, lavanderia e ristorazione l'azienda dovrà verificare la congruità del servizio rispetto ai parametri definiti dall'AVPC sempre di concerto con il Collegio Sindacale.

- **Art. 15 comma 13 lettera e) : Per quanto riguarda la redazione dei bandi di gara e dei contratti di global service e facility management si considerano le seguenti prestazioni:**

facility management (gestione integrata degli immobili):

- 1) Igiene ambientale (pulizia, disinfestazione, raccolta e smaltimento rifiuti e giardinaggio);
- 2) Manutenzione immobili (comprendenti la gestione e la manutenzione delle strutture edili, gli impianti elettrici, idrosanitari, di sollevamento, antincendio, di sicurezza, di controllo accessi e reti);
- 3) Gestione del calore (riscaldamento, raffreddamento);
- 4) Guardiania, reception, facchinaggio interno ed esterno;

altri servizi se gestiti in *global service*:

- 5) Mensa pazienti e degenti;
- 6) Lavanolo;
- 7) Sterilizzazione;
- 8) ecc.

Nella redazione dei bandi di gara si dovranno specificare l'esatto ammontare delle singole prestazioni richieste (lavori, servizi, forniture) e la loro incidenza percentuale relativamente all'importo complessivo dell'appalto tenendo conto dell'articolazione minima dei servizi come sopra elencati.

Tutte le nuove procedure di *global service* e *facility management* a partire dalla pubblicazione del decreto dovranno essere inviate 60gg prima dell'inizio della procedura alla U.O. Economico Finanziario per una verifica preventiva da parte della Direzione Generale Sanità. Nel caso non vengano effettuate osservazioni entro 30 gg. vale il principio del silenzio assenso.

NECA

A decorrere dal 1° gennaio 2013, si prevede che gli Enti del Sistema Sanitario Regionale utilizzeranno l'infrastruttura del NECA (Negozio Elettronico Centrale Acquisti) come strumento di invio degli ordini ai Fornitori per i contratti che saranno stipulati a far data dal 1° gennaio 2013 e che hanno in oggetto la fornitura di Farmaci e Dispositivi Medici, salvo casi eccezionali che dovranno essere adeguatamente motivati e preventivamente comunicati alla Direzione Generale Sanità e a Centrale Regionale Acquisti. Gli Enti pertanto sono tenuti a precisare, nei documenti delle proprie procedure di acquisto (bandite in forma aggregata o autonoma) relative alla fornitura di Farmaci e Dispositivi Medici, che la modalità di inoltro degli ordini sarà telematica e avverrà tramite il NECA. A tal fine, sotto il coordinamento della Dg Sanità, la Centrale Acquisti e le Aziende Sanitarie svilupperanno congiuntamente iniziative e progetti finalizzati a garantire l'integrazione con i sistemi aziendali in uso al fine di evitare duplicazioni di flussi informativi, ciò anche con riferimento all'Osservatorio Acquisti Sanità.

Elenco Fornitori Telematico

Gli elenchi fornitori, cartacei o telematici, eventualmente gestiti da ciascun Ente Sanitario devono essere progressivamente sostituiti entro il 31 dicembre 2012, dall'utilizzo dell'Elenco Telematico Fornitori, attivato su SINTEL con la DGR IX/1530 del 6 aprile 2011.

CONVENZIONI\CONTRATTI Centrale Regionale Acquisti

Si ribadisce quanto già stabilito nella deliberazione N° IX/2633 del 06/12/2011, cioè che le Aziende sanitarie del SSR, in coerenza con le disposizioni nazionali e regionali, hanno l'obbligo di adesione ai contratti/convenzioni attivati a livello regionale dalla Centrale Regionale Acquisti.

Nell'ottica di una migliore programmazione regionale degli acquisti, inoltre, le Aziende sanitarie non potranno attivare, in forma singola o aggregata, procedure di acquisto relative a prodotti già oggetto di contratti/convenzioni regionali attive o in corso di attivazione.

Progetto Regionale sui Trasporti sanitari semplici e Trasporti sanitari

Si richiama quanto anticipato nella nota H1.2012.0008384 del 13/03/2012 dove si informa che Direzione Generale Sanità con il supporto di Centrale Regionale Acquisti ha attivato un progetto e conseguente gara aggregata a livello Regionale sui Trasporti sanitari semplici e Trasporti sanitari (D.G.R. 893 del 01/12/2010).

Eventuali rinnovi di contratti dovranno avere preventiva autorizzazione da parte di DGS e in ogni caso essere di durata breve (12/24 mesi) ed avere una clausola di rescindibilità del contratto che possa essere esercitata dal Contraente a seguito dell'implementazione ed aggiudicazione della gara regionale.

Altre disposizioni relative al Servizio sanitario regionale.

STRANIERI STP

Con riferimento al pagamento delle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture pubbliche e private a contratto a cittadini stranieri (STP) le Asl, a partire dall'esercizio 2012, dovranno procedere ad erogare acconti nella misura dell'80% di quanto fatturato dai singoli erogatori alle Prefetture competenti, previa presentazione di copia della fattura emessa.

Sono fatte salve le indicazioni già formulate con DGR 937 del 1° dicembre 2010 avente per oggetto:“ Determinazioni in ordine alla Gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2011” in relazione alla responsabilità in capo alle ASL per la verifica e i controlli da attivare nei confronti dei soggetti erogatori per la corretta fatturazione alle Prefetture.

Nel caso in cui le Asl evidenziassero che la fatturazione da parte dei singoli erogatori non corrispondesse alla reale produzione erogata a favore di cittadini stranieri (STP) come risultante dai

flussi informativi in essere, sono tenute ad evidenziare tali scostamenti e a sollecitarne per iscritto l'adeguamento, entro 30 giorni.

L'onere derivante da eventuali disallineamenti tra la fatturazione alle Prefetture e la reale produzione non recuperati con la emissione di corretta fatturazione sarà posto a carico di ogni singolo erogatore.

Le Aziende Sanitarie Locali devono procedere al recupero verso i singoli erogatori di quanto già rimborsato dalle Prefetture; tali recuperi si collocano nell'ambito dei rapporti finanziari tra le Asl e la Regione e pertanto verranno regolarizzati in sede di erogazione delle somme di finanziamento corrente.

FERIE MATURATE E NON GODUTE

In applicazione dell'art 5 comma 8 TIT. I del D.L. 95/2012 che prevede che le ferie, i riposi, ed i permessi spettanti al personale siano obbligatoriamente fruiti secondo quanto previsto dai rispettivi ordinamenti e che non diano luogo in nessun caso alla corresponsione di trattamenti economici sostitutivi (compresi i casi di cessazione del rapporto di lavoro per mobilità, dimissioni, risoluzione, pensionamento e raggiungimento del limite di età), le Aziende sanitarie dovranno procedere alla contabilizzazione delle ferie maturate e non godute rilevandole esclusivamente nel momento in cui vengono fruiti e pertanto a partire dall'esercizio 2012 non deve essere effettuato l'accantonamento.

Al fine di mandare a regime immediato la regola sopra esposta risulta necessario darne applicazione sul bilancio d'esercizio 2011 i cui controlli sono tuttora in corso e di rinviare ad apposita circolare tecnica a cura della Direzione Generale Sanità il conseguente trattamento contabile, relativamente ai debiti in essere a tutto il 31 12 2011.

Costi del Personale e acquisti di beni e servizi delle Aziende sanitarie pubbliche.

Il D.L. n. 95/2012 determina tagli alle risorse disponibili per la Sanità per l'anno 2012 pari a 900 milioni di euro a livello nazionale, per l'anno 2013 pari a 1,8 miliardi di euro e pari a 2,0 miliardi a decorrere dall'anno 2014.

Il mantenimento dell'equilibrio economico finanziario aziendale e di sistema per l'esercizio 2012 attraverso le azioni strutturali di contenimento relative sia alle spese di Personale che di Beni e servizi come delineate nel presente provvedimento è condizione fondamentale per il perseguimento delle ulteriori azioni di consolidamento da effettuarsi negli anni 2013 e seguenti.

Gli effetti economici e finanziari derivanti dall'applicazione del presente provvedimento sono indisponibili per le singole aziende, in quanto finalizzati a garantire il perseguimento dell'equilibrio economico e finanziario di Sistema per l'esercizio 2012.

Ogni singola azienda è tenuta a garantire, in virtù del rapporto fiduciario con la Giunta Regionale e di quanto previsto in particolare dall'art. 13 della L.R. n. 33/2009, la piena realizzazione dei risparmi previsti dalla normativa in argomento.

Relativamente ai costi del Personale le Aziende sono tenute a perseguire risparmi rispetto a quanto definito in sede di assegnazione delle risorse 2012 pari allo 0,3%.

Relativamente all'aggregato di spesa per Beni e Servizi definito in sede di assegnazione delle risorse per l'anno 2012 le Aziende sono tenute a conseguire risparmi (al netto dei farmaci in quanto sottoposti a diversa regolamentazione) pari al 1 %.

Tali risparmi dovranno avere carattere strutturale con effetti quindi anche per l'anno 2013 e successivi secondo quanto definito dalla norma in argomento.

Tutte le assegnazioni relative a progettualità definite dalla Regione saranno ridotte tenendo conto di quanto previsto dal D.L. n. 95/2012, con particolare riferimento all'articolo 15.

La Direzione Generale Sanità provvederà alla riduzione conseguente delle assegnazioni effettuate per l'anno 2012.

La aziende sanitarie dovranno produrre entro il 30 settembre 2012 idonea relazione e schema sintetico degli importi che dimostrino sulla base dei dati contabili e sulla base dei contratti in essere di beni e servizi le azioni e gli importi delle riduzioni attese con effetti sull'anno in corso e a regime sull'anno 2013.

Con riguardo alle spese per ricerca delle Fondazioni IRCCS si rimanda all'applicazione delle norme di carattere generale e ad eventuali indirizzi specifici dei competenti Ministeri che determinano il finanziamento di tali attività.

Rimodulazione delle Risorse (Allegato n. 2 della DGR 2633/2011):

L'applicazione del DL n. 95/2012 ha determinato la necessità di riconfigurare l'assetto delle risorse disponibili con una netta separazione tra il comparto pubblico ed il comparto privato ai fini dell'applicazione della norma stessa che prevede azioni di riduzione e contenimento della spesa differenti. Per gli erogatori del comparto privato, l'effetto atteso è verificato rispetto alla spesa regionale consuntivata per l'esercizio 2011 relativa a prestazioni a contratto, extra budget, Funzioni, L.r. 7/2010 e specifiche contribuzioni erogate ai sensi di legge.

Funzioni non tariffate : per gli erogatori del comparto privato oltre a quanto previsto dall'art.15 del DL. 95/2012, sarà attuata una riduzione delle risorse pari al 7,5% rispetto a quanto deliberato per l'anno 2010.

Maggiorazioni tariffarie L.r.7/2010: per gli erogatori del comparto privato oltre a quanto previsto dall'art.15 del DL. 95/2012 sarà attuata una riduzione delle risorse pari al 7,5% rispetto al monte

risorse già definito con la Dgr 2057/2011, rimodulato complessivamente ad un ammontare di risorse non superiore a 230 milioni di €a valere per gli esercizi 2011 e 2012.

Il bando per i contributi a favore dei soggetti privati senza fini di lucro per la realizzazione di progetti finalizzati a miglioramenti organizzativi, strutturali e tecnologici ai sensi della legge regionale 28 dicembre 2007 , n. 34, per l'anno 2012, in applicazione del DL n. 95/2012 e delle verifiche dello stato di avanzamento dei progetti già finanziati nei precedenti anni, non sarà emanato.

I contributi a favore dei soggetti erogatori individuati dalla legge regionale 6 agosto 2009 , n. 18, sono rimodulati, in attuazione del DL n. 95/2012, fino a 9 milioni di euro.

Tutte le assegnazioni relative a progettualità definite dalla Regione saranno ridotte tenendo conto di quanto previsto dal D.L. n. 95/2012, con particolare riferimento all'articolo 15.

RISORSE PER IL FINANZIAMENTO DEI COSTI STANDARD

Le risorse destinate alle attività per SUBACUTI sono rimodulate in 40 milioni di Euro tenuto conto della necessità di un utilizzo più appropriato dei posti letto per Acuti. Tale rimodulazione non comporta maggiori oneri per il Sistema.

DISPOSIZIONI FINALI

Rinvio ad eventuale successivo provvedimento l'introduzione di ulteriori azioni di riduzione della spesa che si rendessero necessarie per il mantenimento dell'equilibrio economico finanziario di Sistema, a seguito dell'attività di monitoraggio da parte degli Uffici della Direzione Generale Sanità.