

## **DELIBERAZIONE N. VII/19688 del 3.12.2004**

Oggetto: **Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2005.**

### **LA GIUNTA REGIONALE**

**VISTA** la Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 che modifica il Titolo V della Costituzione, valorizzando il ruolo delle regioni e stabilendo che la tutela della salute rientra tra le materie a legislazione concorrente fra Stato e Regioni;

**VISTA** la legge 23 dicembre 1978, n. 833, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale;

**VISTO** il decreto legislativo n° 30 dicembre 1992 n. 502 recante "*Riordino della disciplina in materia sanitaria*" e successive modificazioni e integrazioni;

**VISTO** il D.M. Sanità 15 aprile 1994 "*Determinazione dei criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa ed ospedaliera*" che all'art. 3, commi 5 – 6, statuisce i criteri di determinazione delle tariffe;

**VISTA** la legge 23 dicembre 1994 n. 724 "*Misure di razionalizzazione della finanza pubblica*";

**VISTA** la legge 23 dicembre 1996, n. 662 "*Misure di razionalizzazione della finanza pubblica*", in particolare l'art. 1, comma 32;

**RICHIAMATO** il D.M. Sanità del 30 giugno 1997 "Aggiornamento delle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera di cui al D.M. 14 dicembre 1994", in particolare gli articoli 2,3,4;

**VISTA** la legge 27 dicembre 1997, n. 449 "*Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica*", in particolare l'art. 32;

**VISTA** la legge 18 dicembre 1999, n. 488, in particolare l'art 28 "*Riqualificazione dell'assistenza sanitaria e attività libero professionale*";

**VISTO** il Decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56 "*Disposizioni in materia di federalismo fiscale, a norma dell'articolo 10 della legge 13 maggio 1999, n. 133*"

**VISTA** la legge 16 novembre 2001, n. 405 "*Conversione in legge, con modificazioni, del D.L. 18 settembre 2001, n. 347, recante: "Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria"*, in cui sono previste azioni puntuali di contenimento della spesa sanitaria con particolare riferimento alla spesa farmaceutica;

**VISTO** il DPCM 29 novembre 2001 "*Definizione dei livelli essenziali di assistenza*";

**VISTA** la legge 23 dicembre 2000, n. 388 "*Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2001)*", ed in particolare l'art. 83, comma 1, che prevede, con decorrenza 1 Gennaio 2001 la soppressione del vincolo di destinazione delle risorse destinate al finanziamento del SSN;

**VISTA** la legge 15 giugno 2002, n. 112 *“Conversione in legge, con modificazioni, del D.L. 15 aprile 2002, n. 63, recante disposizioni finanziarie e fiscali urgenti in materia di riscossione, razionalizzazione del sistema di formazione del costo dei prodotti farmaceutici, adempimenti e adeguamenti comunitari, cartolarizzazioni, valorizzazione del patrimonio e finanziamento delle infrastrutture”*;

**VISTA** la legge 8 agosto 2002, n. 178 *“Conversione in legge, con modificazioni, del D.L. 8 luglio 2002, n. 138, recante: “Interventi urgenti in materia tributaria, di privatizzazioni, di contenimento della spesa farmaceutica e per il sostegno dell’economia anche nelle aree svantaggiate”*;

**VISTO** il Decreto del Ministero dell’Economia e delle Finanze del 29 novembre 2002, emanato in applicazione del D.L. 6 settembre 2002, n. 194 convertito, con modificazioni, dalla Legge 31 ottobre 2002, n. 246;

**VISTA** la Legge 27 dicembre 2002, n. 289 (Legge finanziaria per il 2003), che sospende, fra l’altro, la flessibilità fiscale per le regioni fino a quando non si raggiunga un accordo sui meccanismi strutturali del federalismo fiscale;

**VISTO** il D.L. 30 settembre 2003, n. 269 *“Disposizioni urgenti per favorire lo sviluppo e per la correzione dell’andamento dei conti pubblici”*, convertito nella Legge n. 326 del 24 Novembre 2003, ed in particolare gli artt. 48, 49, 50;

**VISTA** la Legge 24 dicembre 2003, n. 350 *“Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato ( legge finanziaria 2004 )”*;

**VISTA** la Legge 26 maggio 2004, n. 138, *“Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 29 marzo 2004, n. 81, recante interventi urgenti per fronteggiare situazioni di pericolo per la salute pubblica”*, che, tra l’altro, modifica il comma 4 dell’articolo 15-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, in tema di esclusività del rapporto di lavoro;

**VISTO** il Decreto Legge 24 giugno 2004, n. 156 *“Interventi urgenti per il ripiano della spesa farmaceutica”*, convertito nella Legge 2 agosto 2004, n. 202;

**VISTO** il Decreto Legge 12 luglio 2004, n. 168 *“Interventi urgenti per il controllo della spesa pubblica”* convertito con modificazioni con Legge n. 191 del 30/07/2004, che ha disciplinato alcuni interventi correttivi di finanza pubblica con particolare riguardo all’acquisto di beni e servizi;

**VISTO** l’Accordo del 13 marzo 2003 della Conferenza Stato, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano che al punto 2) prevede che le Regioni, in forza del relativo ruolo nel Programma di Educazione Continua in Medicina (ECM), possono partecipare alle sperimentazioni in materia di ECM;

**VISTO** l’Accordo del 20 maggio 2004 della Conferenza Stato, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano riguardante il programma di formazione continua per l’anno 2004 e gli obiettivi formativi di interesse nazionale per il triennio 2003-2005;

**VISTA** la Direttiva n. 14 del 24 aprile 1995 del Dipartimento della Funzione Pubblica, successivamente modificata ed integrata dalla Direttiva sulla formazione del 23 dicembre 2001, che specifica gli impegni da assumere per il finanziamento della formazione del personale dipendente;

**VISTA** la legge regionale 11 luglio 1997, n. 31 recante “*Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali*” e successive modifiche e integrazioni;

**VISTA** la legge regionale 4 agosto 2003, n. 11 “*Modifiche alla legge regionale 11 luglio 1997, n. 31 Norme per il riordino del Servizio sanitario Regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali e 13 febbraio 2003, n. 1 Riordino della disciplina delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza operanti in Lombardia*”;

**VISTA** la legge regionale 16 febbraio 2004, n. 2 “*Modifiche a leggi regionali in materia di sanità*”;

**RICHIAMATE:**

- la DCR del 13 marzo 2002, n. VII/462, che ha approvato il Piano Socio Sanitario Regionale 2002/2004;

- la DGR del 30 dicembre 1994, n. V/62664 “*Determinazione delle tariffe delle prestazioni ospedaliere*”;

- la DGR del 27 giugno 1996, n. VI/15084 “*Prima attuazione della d.g.r. n. 62664 del 30.12.1994 - Aggiornamento di alcune tariffe per le prestazioni ospedaliere*”;

- la DGR del 28 febbraio 1997, n. VI/25608 “*Aggiornamento delle tariffe delle prestazioni ospedaliere in regime di ricovero*” e successive integrazioni;

- la DGR del 24 luglio 1998, n. VI/37597 “*Aggiornamento delle tariffe delle prestazioni ospedaliere in regime di ricovero e attuazione del punto 3) del dispositivo della d.g.r. n. VI/34437 del 4 febbraio 1998*”;

- la DGR del 6 agosto 1998, n. VI/38133 “*Attuazione dell’art. 12 comma 3 e 4 della l.r. 11.07.1997, n. 31 – Definizione dei requisiti e indicatori per l’accreditamento delle strutture sanitarie*”

- la DGR del 13 settembre 1999, n. VI/ 45079 “*Modifica alla d.g.r. VI/37597 del 24 luglio 1998 : “Aggiornamento delle tariffe delle prestazioni ospedaliere in regime di ricovero” e attuazione del punto 3) del dispositivo della d.g.r. VI/34437 del 4 febbraio 1998;*

- la DGR del 29 dicembre 1999 n. VI/47508, recante: “*Approvazione schema/tipo di contratto per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra l’Azienda sanitaria Locale e i soggetti erogatori di prestazioni in regime di Servizio sanitario regionale, ai sensi dell’art. 12, comma 5 della legge regionale n. 31/97. (a seguito parere della Commissione consiliare competente)*”;

- la DGR del 3 agosto 2000, n. VII/941 “*Aggiornamento delle tariffe delle prestazioni ospedaliere in regime di ricovero*”;

- la DGR del 2 febbraio 2001 n. VII/3313 “*Approvazione delle direttive in ordine all’attuazione delle disposizioni di cui alla l.r. 12.08.1999 n. 15, art. 4, comma 4, relative ai Servizi di Medicina di Laboratorio e all’attività di prelievo*” e successive modifiche e integrazioni;

- la DGR del 18 gennaio 2002, n. VII/7780 “*Approvazione delle Linee Guida sul Controllo di Gestione delle Aziende Sanitarie della Regione Lombardia*”;

- la DGR del 24 ottobre 2002, n. VII/10807, recante *“Ulteriori determinazioni in ordine alla definizione dei rapporti contrattuali di cui alla DGR n. 47508/99 e agli indici programmatori espressi dal PSSR 2002/2004”*;
- la DGR del 24 ottobre 2002, n. VI/10808, recante: *“Prima determinazione per il riordino della rete ospedaliera pubblica e privata. Applicazione dell’indice programmatori di posti letto per acuti in attuazione del PSSR 2002/2004”*;
- la DGR 23 dicembre 2002, n. VII/11637 *“Introduzione di alcuni nuovi DRG corrispondenti alla versione 19 del Grouper HCFA e definizione delle tariffe dei DRG modificati e di nuova introduzione”* in particolare l’art. 3 del dispositivo;
- le DDGRR: n. VI/37042 del 29 giugno 1998, n. VI/40903 del 29 dicembre 1998, n. VI/47085 del 17 dicembre 1999, n. VII/943 del 3 agosto 2000, n. VII/2806 del 22 dicembre 2000, n. VII/7087 del 23 novembre 2001, n. VII/8075 del 18 febbraio 2002, n. VII/10805 del 24 ottobre 2002, n. VII/12287 del 4 marzo 2003 relative alle determinazioni in ordine all’erogazione dell’assistenza sanitaria in Lombardia dall’anno 1998 all’anno 2003;
- la DGR del 25 luglio 2003 n. VII/13792 *“determinazioni per l’attivazione del sistema di formazione continua – programma di ECM in Lombardia;*
- la DGR del 28 novembre 2003 n. VII/15324 recante ad oggetto *“Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l’esercizio 2004”*;
- la DGR del 19 marzo 2004, n. VII/16827: *“Approvazione degli indicatori e del metodo che saranno utilizzati per valutare la qualità avanzata delle attività sanitarie di ricovero ordinario per acuti nell’anno 2004”*
- la DGR del 16 aprile 2004 n. VII/17155 *“Interventi di prevenzione diagnosi e cura delle malattie cardiovascolari in attuazione del PSSR 2002 – 2004 – prima fase”*;
- la DGR del 17 maggio 2004 n. VII/17513 *“Piano regionale triennale per la salute mentale”*;
- la DGR del 4 giugno 2004 n. VII/17732, recante *“Determinazioni in ordine all’aggiornamento degli idonei alla nomina di direttore generale delle istituite o istituende aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere di cui alla d.g.r. n. 14725/2003”*, la quale, tra l’altro, all’Allegato 6 definisce le modalità attuative e le procedure connesse alla decadenza automatica dei Direttori Generali, di cui all’art. 14 commi 7 ter e 7 quinquies della Legge Regionale n. 31/1997 come modifica della Legge Regionale n. 03/2003;
- la DGR del 23 luglio 2004 n. VII/18344 *“Interventi operativi per la promozione della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro in Lombardia per il triennio 2004 – 2006”*;
- la DGR del 23 luglio 2004 n. VII/18346, in campo oncologico in attuazione del PSSR 2002 – 2004;
- la DGR del 30 luglio 2004 n. VII/18475 recante *“Partecipazione alla spesa farmaceutica - Aggiornamento del regime di esenzione a favore di soggetti assistiti”*;
- la DGR del 5 agosto 2004 n. VII/18575 *“Linee guida per l’attivazione di collaborazioni fra aziende sanitarie pubbliche e soggetti privati”*;

- la DGR del 5 agosto 2004 n. VII/18576 “Linee di indirizzo per l’attivazione dell’ECM in Lombardia”;

- la DGR del 5 agosto 2004, n. VII/18585 “Revisione del valore del punto DRG ed integrazioni tariffarie ad alcuni DRG, endoprotesi ed al nomenclatore tariffario di diagnostica strumentale e specialistica ambulatoriale”;

-la DGR del 30 settembre 2004 n. VII/18853 “Sorveglianza, notifica, controllo delle malattie infettive: revisione e riordino degli interventi di prevenzione in Regione Lombardia”;

**RICHIAMATO** il Decreto del Dirigente U.O. del 19 dicembre 2000 n. 32856 “*Linee guida su “Controllo di qualità interno nel servizio di medicina di laboratorio”*”;

**RICHIAMATA** la Circolare 37/SAN del 25 novembre 2003 “*L.R. n. 11 del 4 agosto 2003 – indirizzi per l’applicazione delle sanzioni amministrative*”;

**VISTI** l’allegato n. 1 “**Valutazione del quadro demografico ed epidemiologico**”, parte integrante del presente provvedimento;

**VISTI** gli allegati n. 2 “**Governo clinico**” e n. 3 “**Piani Regionali di sviluppo e Obiettivi prioritari di Piano Sanitario Nazionale**”, parte integrante del presente provvedimento;

**CONSIDERATO** che le collaborazioni pubblico privato, nella forma delle sperimentazioni gestionali sono progetti o iniziative di particolare rilevanza che si caratterizzano per il grado di sperimentabilità e/o di innovatività riconducibili ad ambiti di attività della Regione come applicazione del principio di sussidiarietà;

**ATTESO** che nell’ambito della definizione degli obiettivi economici delle Aziende Sanitarie saranno considerati gli effetti di eventuali nuovi assetti organizzativi.

**ATTESO**, inoltre, che l’attivazione delle sperimentazioni gestionali ai sensi della DGR n. 18575 del 5 agosto 2004 sarà coordinata dalla Direzione Generale Sanità attraverso l’emanazione di linee guida sugli aspetti giuridico contabili utili a definire modalità omogenee per la rappresentazione degli impatti economici e la valutazione dei risultati di tali sperimentazioni.

**VISTO** l’allegato n. 4 “**Il Quadro Economico Finanziario di riferimento dell’ anno 2005**”, parte integrante del presente provvedimento;

**PREMESSO** che le risorse nazionali del 2005 non sono state ancora definite e ripartite fra le Regioni e che è in corso di approvazione la Legge Finanziaria 2005, che prevede che le risorse disponibili, a livello nazionale, siano fissate in 88.250 milioni di Euro per l’anno 2005, in 90.014 milioni di Euro per il 2006 e 91.813 milioni di Euro per il 2007.

**CONSIDERATO** che, l’allegato n. 4 “**Il Quadro Economico Finanziario di riferimento dell’anno 2005**”, parte integrante del presente provvedimento, definisce l’ammontare e l’allocazione, ancorché in attesa dell’approvazione della Legge Finanziaria 2005, delle risorse nelle diverse tipologie di spesa e la determinazione dei criteri per la definizione degli obiettivi economici per ciascuna azienda, al fine della redazione del bilancio preventivo economico;

**CONSIDERATO** che l'accordo fra i Ministeri dell'Economia e delle Finanze e della Salute e le Regioni e province autonome in materia sanitaria sancito in Conferenza Stato Regioni in data 8 agosto 2001, aveva validità fino all'anno 2004 e che i contenuti di tale accordo sono oggetto di revisione all'interno della Legge Finanziaria 2005 in corso di approvazione;

**STABILITO** che il Bilancio preventivo economico 2005 delle aziende ed enti sanitari operanti nel SSR dovrà essere presentato entro il 31 gennaio 2005, in linea con le indicazioni contenute nell'allegato n. 4 "Il Quadro Economico Finanziario di riferimento dell'anno 2005", allegato parte integrante del presente provvedimento ed in coerenza con gli obiettivi economici assegnati con i Decreti Interdirezionali;

**VISTI** gli allegati n. 5 "Farmaceutica e Protesica" e n. 6 "Psichiatria e Neuropsichiatria Infantile" parte integrante del presente provvedimento;

**VISTO** l'allegato n. 7 "Indici di offerta – Negoziazione e Schema tipo contratto", parte integrante del presente provvedimento;

**RICHIAMATO** quanto previsto nella DGR n. VII/15324 del 28 novembre 2003, in particolare nell'allegato 4 in cui si esplicita che "la regressione tariffaria si basa sul fatto che al di sopra di una soglia minima di attività, che coincide con la valorizzazione minima garantita negoziata, i costi di produzione si riducono ai soli costi variabili che possono essere individuati nei costi dei presidi e dei dispositivi sanitari ed in piccole quote di ammortamento. Questa evidenza universalmente riconosciuta, permette all'Amministrazione Regionale di garantire, così come previsto dalla normativa vigente, che l'erogazione dei servizi sia garantita ai cittadini nel rispetto dei criteri di efficienza e dei tempi individuati da specifici provvedimenti regionali";

**CONSIDERATO** che le attività negoziali che avverranno tra le ASL ed i soggetti erogatori accreditati saranno effettuate congruamente con le disponibilità finanziarie individuate dalla Giunta e con il fabbisogno di servizi sanitari espresso dai cittadini lombardi. Le suddette attività ed il loro relativo monitoraggio periodico, già intrapreso a partire dall'esercizio 2003, rappresentano, in modo adeguato le diversificate necessità territoriali, la programmazione annuale delle attività di ricovero e cura e di specialistica ambulatoriale, così come previsto all'art. 13, comma 13, della Legge regionale 31/97;

**RITENUTO** di confermare, per l'anno 2005, quanto già previsto dalla DGR VII/12287 del 4 marzo 2003 ed attuato nel corso dello stesso anno in materia di negoziazione, prevedendo che il contenuto del contratto oggi in essere tra le ASL ed i soggetti erogatori sia determinato attraverso la definizione delle risorse disponibili per le attività di ricovero e cura e di specialistica ambulatoriale, ivi comprese le attività di medicina dello sport e che siano parimenti definite le condizioni di regressione tariffaria che indicheranno ai soggetti erogatori la soglia fino alla quale si impegneranno ad erogare prestazioni a carico del servizio sanitario regionale. Al raggiungimento delle predette soglie di attività le strutture erogatrici accreditate, in assenza di previo accordo, non saranno autorizzate ad erogare prestazioni per conto del servizio sanitario regionale, neppure in regime di franchigia;

**RITENUTO** di garantire, nel rispetto dei criteri di efficienza, così come previsto dalla normativa vigente, l'erogazione dei servizi ai cittadini, nonché la qualità dei servizi stessi, costantemente assicurata dalla politica dei controlli in atto sulle prestazioni erogate e sui requisiti di accreditamento delle strutture sia pubbliche che private;

**RITENUTO** pertanto opportuno che le ASL attivino, di concerto con la Direzione Generale Sanità, una puntuale attività di monitoraggio delle attività e delle valutazioni a riguardo dell'equilibrio domanda – offerta all'interno del territorio di propria competenza;

**STABILITO** l'obiettivo di garantire l'omogeneità di erogazione delle prestazioni nel rispetto dei criteri di appropriatezza di prescrizione /erogazione e dei tempi massimi di attesa;

**VISTI** l'allegato n. 8 “**Politiche del Personale**”, e l'allegato n. 9 “**Medicina convenzionata: MMG, PLS e Continuità Assistenziale**” parti integranti del presente provvedimento;

**ATTESA** la necessità, per quanto riguarda gli obiettivi inerenti gli assetti organizzativi, di proseguire ed estendere i processi di riorganizzazione interna delle Aziende pubbliche, nonché la semplificazione delle procedure amministrative e l'affidamento all'esterno della gestione di servizi generali non direttamente collegati all'assistenza;

**ATTESA** altresì la necessità, per quanto riguarda gli obiettivi di gestione delle risorse umane, di limitare le assunzioni di personale a tempo indeterminato nei ruoli amministrativo, professionale e tecnico non sanitario; di assegnare obiettivi differenziati di miglioramento in funzione delle politiche di gestione; di motivare adeguatamente l'attivazione o il rinnovo di consulenze, così come descritto nell'allegato n. 8 “**Politiche del Personale**”, parte integrante del presente provvedimento;

**RITENUTO** inoltre di coinvolgere i medici di famiglia e le altre categorie di operatori professionali ed erogatori nel governo della domanda, con le modalità descritte nell'allegato n. 2 “**Governo Clinico**”, parte integrante del presente provvedimento;

**VISTI** gli allegati n. 10, “**Tariffe di specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale e di ricovero e cura**” e n. 11 “**Controlli e verifiche**” parte integrante del presente provvedimento;

**RITENUTO:**

- di individuare quale priorità fondamentale anche per l'anno 2005 il sistema dei controlli relativi alla compilazione della documentazione sanitaria, ed alla corretta codifica della diagnosi;
- di confermare le tipologie di controllo oggi in uso in Regione, (congruenza/appropriatezza e casuale/guidata) favorendo una maggiore responsabilizzazione, da parte delle ASL, circa le modalità attuative dei controlli stessi, in modo da consentire:
- l'obiettivo della tempestività dei controlli;
- che le tradizionali attività di controllo si integrino con le attività inerenti l'accreditamento e trovino adeguata sinergia con le norme relative alle sanzioni amministrative di recente introduzione;

**RITENUTA** altresì necessaria un'attività di indirizzo e coordinamento da parte della DG Sanità; a tal fine le ASL presenteranno alla DG Sanità, entro il 15 Gennaio 2005, il piano annuale dei controlli in modo da permettere alla stessa di esplicitare tale attività;

**DATO ATTO** che le regole 2005, come sopra descritte, sono state oggetto di consultazione con le rappresentanze dei soggetti che operano nel servizio sanitario regionale;

**RITENUTO** pertanto di definire le regole di gestione del sistema per l'anno 2005 e di approvare a tal fine i seguenti allegati, parti integranti del presente provvedimento:

allegato 1 “**Valutazione del quadro demografico ed epidemiologico**”

allegato 2 “**Governo clinico**”

allegato 3 “**Piani Regionali di sviluppo e Obiettivi prioritari di Piano Sanitario Nazionale**”

allegato 4 **“Il Quadro Economico Finanziario di riferimento dell’ anno 2005”**

allegato 5 **“Farmaceutica e Protesica”**

allegato 6 **“Psichiatria e Neuropsichiatria Infantile”**

allegato 7 **“Indici di offerta – Negoziazione e Schema tipo contratto”**

allegato 8 **“Politiche del Personale”**

allegato 9 **“Medicina convenzionata: MMG, PLS e Continuità Assistenziale ”**

allegato 10 **“Tariffe di specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale e di ricovero e cura”**

allegato 11 **“Controlli e verifiche”**;

**PREMESSO** che nell’anno 2005 continuerà la fase di promozione dell’offerta di “welfare più leggero e dinamico”, socio sanitario e sociale, sia territoriale che residenziale previsto dal PSSR 2002/2004 anche attraverso azioni di sostegno e monitoraggio per l’attuazione dei Piani di Zona;

**RITENUTO**, pertanto, di proseguire per tutto il 2005, sia il percorso di accreditamento di Unità d’offerta e servizi socio sanitari di:

- o Centri Diurni Integrati, rivolti a persone anziane fragili,
- o Centri Diurni per Disabili previsti dalle d.g.r. n. 18334 del 23 luglio 2004 e Comunità Alloggio socio sanitarie definite con d.g.r. n. 18333 del 23 luglio 2004,
- o soggetti terzi per l’erogazione di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) attraverso i Voucher socio sanitari,

sia l’azione di sostegno ai Comuni per il raggiungimento dell’obiettivo assegnato di destinazione della quota del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali all’erogazione di buoni e voucher sociali, per favorire la permanenza delle persone fragili al proprio domicilio;

**CONSIDERATO** che il sistema residenziale per persone disabili (RSD) durante il 2004 è stato oggetto di riordino complessivo, il cui percorso di attuazione non è a tutt’oggi completato;

**CONSIDERATO** altresì che gli IDR ex art. 26, l. 833/78 dovranno confluire nel riordino complessiva della rete delle attività di riabilitazione prevista dalla dgr18405 del 30 luglio 2004, attualmente all’attenzione della III Commissione consiliare;

**PRESO ATTO** che solo dopo il completamento del percorso di accreditamento come RSD dei CRH e degli IEAH nonché della riclassificazione degli IDR citati sarà possibile una valutazione della rete di lungoassistenza in regime residenziale per le persone disabili;

**RITENUTO** pertanto di rimandare a un successivo atto della Giunta Regionale la disciplina per i nuovi accreditamenti di RSD e, nelle more, di accreditare esclusivamente le strutture che sono state realizzate mediante finanziamento pubblico, quelle che derivano da una riconversione di CRH o IEAH o IDR o residenze ex dgr 16264/04 e quelle per cui è stato espresso parere favorevole all’accredimento da parte della ASL competente alla data del 31 12 2004;

**PRESO ATTO** delle disposizioni contenute nella proposta di deliberazione d’iniziativa della Giunta Regionale “Riordino della rete delle attività di riabilitazione “ attualmente all’esame della III Commissione consiliare, le quali prevedono che:

- anche l’attività riabilitativa conseguente alla riclassificazione degli IDR ex art. 26, l. 833/78 sia regolata da un contratto stipulato con la ASL competente;
- venga demandata alla Giunta Regionale la definizione delle modalità di remunerazione di tutte le attività riabilitative;



**CONSIDERATO** che le attività negoziali che avverranno fra le ASL ed i soggetti erogatori di attività riabilitative saranno effettuate congruentemente con le disponibilità finanziarie individuate dalla Giunta Regionale e con il fabbisogno espresso dalla popolazione;

**RITENUTO**, in attesa della definizione delle prossime linee programmatiche regionali, di rimandare a un successivo atto della Giunta Regionale la disciplina per i nuovi accreditamenti di Hospice e, nelle more, di accreditare esclusivamente quelle strutture che sono state realizzate con finanziamenti statali o regionali nonchè quelle che dispongono di parere favorevole all'accREDITAMENTO espresso dall' ASL competente entro il 31 12 04;

**PRESO ATTO** che gli obiettivi stabiliti dal PSSR 2002-2004 in materia di Residenze sanitario-assistenziali per anziani (RSA) risultano raggiunti alla fine del triennio;

**RITENUTO**, nelle more della definizione delle prossime linee programmatiche regionali, di confermare il blocco degli accreditamenti introdotto nell'anno 2004 in tutta la regione ad esclusione di:

1. posti letto che siano stati realizzati attraverso finanziamenti pubblici regionali o statali,
2. posti letto realizzati o che verranno realizzati sul territorio della sola città di Milano allo scopo di incrementarne la disponibilità di posti letto, ancora molto inferiore alla media regionale. A tal fine sarà necessario che, entro il 30 settembre 2005, pervenga alla Regione, da parte degli interessati, il permesso di costruire, qualunque sia lo stato di avanzamento dei lavori di edificazione delle strutture;

**RITENUTO** di dover garantire la compatibilità di sistema per le attività di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI e Voucher socio sanitario) provvedendo, per ciascuna ASL, alla definizione dei costi massimi, il cui ammontare verrà determinato nell'ambito del provvedimento di assegnazione dei finanziamenti per le attività socio sanitarie integrate;

**CONSIDERATO** che risulta fondamentale continuare a rafforzare ed approfondire, sia nella quantità che nella qualità, le attività di vigilanza e controllo, già in capo ai dipartimenti ASSI, sia per quanto concerne le consolidate procedure di verifica del mantenimento dei requisiti di accREDITAMENTO, sia per quanto riguarda i nuovi controlli di appropriatezza in base alle classificazioni degli ospiti introdotte nelle diverse unità d'offerta che le ASL dovranno monitorare con sempre maggiore sistematicità ed accuratezza;

**RITENUTO**, pertanto, nell'anno 2005 di assegnare alle ASL l'obiettivo di controllare l'appropriatezza della presa in carico, per almeno il 10% medio annuo, delle persone fragili seguite in ciascuna delle diverse unità di offerta socio sanitarie e di stabilire che i controlli dovranno essere accompagnati da conseguenti azioni anche, laddove necessario, di carattere amministrativo e/o sanzionatorio;

**VISTO** il d.p.g.r. 24 maggio 2000, n. 13371, con il quale il Presidente della Giunta Regionale ha conferito a Gian Carlo Abelli l'incarico di Assessore alla Famiglia e Solidarietà Sociale;

**VISTA** la D.G.R. 28 giugno 2004, n. 17904 "Disposizioni a carattere organizzativo (2° provvedimento 2004)";

**VAGLIATE** e fatte proprie le predette valutazioni;

**RAVVISATA** la necessità di disporre per la pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e la comunicazione all'ente gestore interessato ed all'A.S.L. territorialmente di competenza;

A voti unanimi espressi nelle forme di legge,

### **DELIBERA**

Per le motivazioni indicate in premessa e qui integralmente richiamate

1. Di definire le regole di gestione del sistema per l'anno 2005 e di approvare a tal fine i seguenti allegati, parti integranti del presente provvedimento:

allegato 1 **“Valutazione del quadro demografico ed epidemiologico”**

allegato 2 **“Governare clinico”**

allegato 3 **“Piani Regionali di sviluppo e Obiettivi prioritari di Piano Sanitario Nazionale”**

allegato 4 **“Il Quadro Economico Finanziario di riferimento dell' anno 2005”**

allegato 5 **“Farmaceutica e Protesica”**

allegato 6 **“Psichiatria e Neuropsichiatria Infantile”**

allegato 7 **“Indici di offerta – Negoziazione e Schema tipo contratto”**

allegato 8 **“Politiche del Personale”**

allegato 9 **“Medicina convenzionata: MMG, PLS e Continuità Assistenziale ”**

allegato 10 **“Tariffe di specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale e di ricovero e cura”**

allegato 11 **“Controlli e verifiche”;**

2. di proseguire per tutto il 2005, sia il percorso di accreditamento di Unità d'offerta e servizi socio sanitari di:

- Centri Diurni Integrati, rivolti a persone anziane fragili,
- Centri Diurni per Disabili previsti dalle d.g.r. n. 18334 del 23 luglio 2004 e Comunità Alloggio socio sanitarie definite con d.g.r. n. 18333 del 23 luglio 2004,
- soggetti terzi per l'erogazione di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) attraverso i Voucher socio sanitari, sia l'azione di sostegno ai Comuni per il raggiungimento dell'obiettivo assegnato di destinazione della quota del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali all'erogazione di buoni e voucher sociali, per favorire la permanenza delle persone fragili al proprio domicilio;

3. di rimandare a un successivo atto della Giunta Regionale la disciplina per i nuovi accreditamenti di RSD e, nelle more, di accreditare esclusivamente le strutture che sono state realizzate mediante finanziamento pubblico, quelle che derivano da una riconversione di CRH o IEAH o IDR o residenze ex dgr 16264/04 e quelle per cui è stato espresso parere favorevole all'accREDITAMENTO da parte della ASL competente alla data del 31 12 2004;

4. di prendere atto delle disposizioni contenute nella proposta di deliberazione di iniziativa della Giunta Regionale “Riordino della rete delle attività di riabilitazione” attualmente all'esame della III Commissione consiliare, le quali prevedono che:

- anche l'attività riabilitativa conseguente alla riclassificazione degli IDR ex art. 26, l. 833/78 sia regolata da un contratto stipulato con la ASL competente;
- venga demandata alla Giunta Regionale la definizione delle modalità di remunerazione di tutte le attività riabilitative;

5. di stabilire che le attività negoziali che avverranno fra le ASL ed i soggetti erogatori di attività riabilitative saranno effettuate in coerenza con le disponibilità finanziarie individuate dalla Giunta Regionale e con il fabbisogno espresso dalla popolazione;
6. di rimandare a un successivo atto della Giunta Regionale la disciplina per i nuovi accreditamenti di Hospice e, nelle more, di accreditare esclusivamente quelle strutture che sono state realizzate con finanziamenti statali o regionali, nonché quelle che dispongono di parere favorevole all'accREDITAMENTO espresso dall' ASL competente entro il 31 dicembre 2004;
7. di confermare, nelle more della definizione delle prossime linee programmatiche regionali, il blocco degli accreditamenti delle RSA introdotto nell'anno 2004 in tutta la regione ad esclusione di:
- posti letto che siano stati realizzati attraverso finanziamenti pubblici regionali o statali,
  - posti letto realizzati o che verranno realizzati sul territorio della sola città di Milano allo scopo di incrementarne la dotazione di posti letto, ancora molto inferiore alla media regionale. A tal fine sarà necessario che, entro il 30 settembre 2005, pervenga alla Regione, da parte degli interessati, il permesso di costruire, qualunque sia lo stato di avanzamento dei lavori di edificazione delle strutture;
8. di dover garantire la compatibilità di sistema per le attività di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI e Voucher socio sanitario) provvedendo, per ciascuna ASL, alla definizione dei costi massimi, il cui ammontare verrà determinato nell'ambito del provvedimento di assegnazione dei finanziamenti per le attività socio sanitarie integrate;
9. di assegnare alle ASL l'obiettivo di controllare l'appropriatezza della presa in carico, per almeno il 10% medio annuo, delle persone fragili seguite in ciascuna delle diverse unità di offerta socio sanitarie e di stabilire che i controlli dovranno essere accompagnati da conseguenti azioni anche, laddove necessario, di carattere amministrativo e/o sanzionatorio.

IL SEGRETARIO

## **Valutazione del quadro demografico ed epidemiologico**

Le attività di negoziazione effettuate a livello ASL rappresentano, in modo adeguato alle diversificate necessità territoriali, la programmazione annuale delle attività di ricovero e cura e di specialistica ambulatoriale, così come previsto all'art. 13, comma 13, della Legge Regionale 31/97. Nel corso del 2004 è proseguito in tutte le ASL regionali il lavoro di valutazione della domanda che ha avuto ed ha come punto comune di riferimento e di confronto la definizione del bisogno standard di assistenza sanitaria per cittadino residente ed in particolare per sesso, per età e patologie cronico degenerative. Rimangono presenti i principali determinanti dell'aumento dei bisogni di salute dovuti all'invecchiamento della popolazione, ai "sopravvissuti" di tutte le età (emodializzati, giovani neurolesi, portatori di pace-maker, bay pass, ecc.) al cambiamento del mix delle patologie prevalenti, alle tecnologie sempre più avanzate ed all'aumento delle aspettative da parte dei cittadini. L'indice di dipendenza nel 2004 è stato del 31,3 % con un incremento del 1,7 % tra il 2004 ed il 2003. La popolazione > di 65 anni è incrementata del 2,5 %

L'ulteriore sviluppo della banca dati assistito ormai presente in tutte le ASL ha confermato che i cittadini di età superiore ai 50 anni rappresentano circa il 70% dei consumi in termini di numero di prestazioni. È pertanto ovvio che l'invecchiamento tendenziale della popolazione determina un costante aumento dei bisogni sanitari.

Per quanto attiene l'assorbimento delle risorse in relazione ai livelli essenziali di assistenza, l'elaborazione sull'anno 2002 portata a termine dal Tavolo di Monitoraggio dei LEA a livello nazionale mette in evidenza che in Regione Lombardia il 4,06% dei consumi sono destinati alla assistenza collettiva in ambienti di vita e lavoro, il 51% alla assistenza distrettuale ed il 45% a quella ospedaliera in linea con la media nazionale.

A ciò si deve aggiungere un incremento atteso di prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale correlato al maggiore utilizzo di nuove tecnologie ed al conseguente ampliamento di indicazione per determinate procedure diagnostiche terapeutiche. Un cenno particolare, poi, meritano delle aree quali quelle delle malattie infettive, delle patologie oncologiche, della cronicità nefrologica e delle malattie rare che vedono incrementare la prevalenza di pazienti in carico. In considerazione di ciò si stabilisce che per il 2005 le risorse destinate contrattualmente agli erogatori siano definite al netto delle attività di chirurgia oncologica, urgenza critica, radioterapia oncologica, dialisi e parti (in considerazione i parti della non procrastinabilità degli stessi). Le predette attività saranno finanziate a reale produzione. Le manovre tariffarie effettuate nel corso dell'ultimo biennio, il lavoro di monitoraggio sull'appropriatezza dei ricoveri e sui bisogni epidemiologici effettuato dalle ASL in coordinamento con la Direzione generale Sanità fanno prevedere un incremento di costi medio per le attività di ricovero e cura pari al 2,5% e per quelle di specialistica al 4% (di cui la metà sarà destinata sulla base di specifici progetti predisposti dalle ASL per risolvere criticità in termini di equilibrio domanda offerta e di durata dei tempi di attesa), anche per favorire un ulteriore spostamento di attività dal regime di ricovero a quello ambulatoriale.

## **Governo clinico**

Per quanto riguarda l'appropriatezza delle prestazioni, con il coinvolgimento dei medici di medicina generale e degli specialisti ospedalieri e delle altre categorie di operatori professionali e degli erogatori, per l'esercizio 2005" si evidenziano le seguenti direttive:

1. Aggiornamento costante e pieno utilizzo della Banca Dati Assistiti e messa a disposizione delle informazioni elaborate dalla BDA a tutti i Medici di Medicina Generale.

La Banca Dati Assistiti è metodologia già condivisa da tutte le Aziende Sanitarie Locali: nel corso del 2005, con il coordinamento della Direzione Generale Sanità, deve utilizzare tale strumento per sviluppare:

- politiche e azioni di programmazione e valutazione,
- percorsi diagnostico terapeutico assistenziali per le principali patologie croniche,
- strumenti di programmazione e controllo.

L'Autorità Garante per la protezione dei dati personali ha recentemente richiamato l'attenzione sui delicati problemi derivanti dalla realizzazione di banche dati al fine di programmare e controllare la spesa sanitaria.

In tal senso, la Banca Dati Assistiti è soluzione corretta, in quanto esclude il trattamento di dati identificativi degli assistiti, ed essendo archivio di soli dati anonimi; si coglie comunque l'occasione per invitare ad una attenta vigilanza sulla sicurezza informativa ed informatica all'interno delle Aziende.

Lo sviluppo della Banca Dati Assistiti consentirà anche a ciascuna Azienda di partecipare alla elaborazione delle linee guida per la messa a disposizione delle informazioni ai Medici di Medicina Generale, ai Pediatri di libera scelta, ai Medici delle Strutture Erogatrici.

La BDA troverà utilizzo anche nei rapporti con i soggetti erogatori, che nel 2005 sono tenuti a partecipare a:

- l'organizzazione, in raccordo con la ASL di riferimento, di incontri con i MMG per le corrette modalità prescrittive delle prestazioni a maggiore richiesta o che hanno registrato maggiori incrementi,
- l'attività di valutazione della domanda e di budget di distretto,
- lo sviluppo di politiche di valutazione della customer satisfaction e del monitoraggio dei tempi di attesa in collaborazione con la DG Sanità.

Sulla base di dati storici, epidemiologici ed economici, con il coinvolgimento di tutti gli operatori (Medici di famiglia, Specialisti ospedalieri, Erogatori pubblici e privati, Farmacisti) dovrà essere definito il budget di Distretto entro aprile 2005.

In questo ambito dovranno essere previste forme di incentivazione di risultato legate alla misura del miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni. Le forme di incentivazione saranno oggetto di contrattazione con le rappresentanze delle varie categorie professionali.

Gli elementi su cui calcolare i minori consumi sono:

- la spesa per ricoveri
- la spesa per attività ambulatoriale
- la spesa per farmaci
- la spesa per protesica e integrativa

Gli incentivi dovranno essere ripartiti ai Medici di Medicina Generale e Pediatri di libera scelta sulla base di predefiniti indicatori di processo e di risultato e riconosciuti unicamente laddove si riscontrino il raggiungimento degli obiettivi concordati.

Nessun incentivo potrà essere riconosciuto direttamente al singolo medico a titolo di premio per gli eventuali risparmi ottenuti dalle razionalizzazioni realizzate, che andranno ad incrementare il fondo incentivante di cui sopra.

Nell'ambito della attività di governo della domanda le Aziende Sanitarie Locali definiscono con i soggetti Erogatori modalità per sviluppare azioni sinergiche in grado di permettere il raggiungimento di obiettivi di appropriatezza delle cure e continuità delle stesse.

In particolare le Aziende Sanitarie Locali e i soggetti Erogatori definiscono obiettivi e criteri di adesione a linee guida e protocolli diagnostici e terapeutici.

Sono identificate altresì le modalità attraverso cui monitorare il perseguimento degli obiettivi da parte di tutti i soggetti.

Si prevede infine di proseguire fino al 30 giugno del 2005 la sperimentazione riguardante la prescrizione di alcune prestazioni di specialità secondo priorità cliniche di accesso. In seguito ad una verifica dei risultati si deciderà se proseguire la sperimentazione e se sarà opportuno estenderla ad altre prestazioni.

Nell'ambito delle attività rivolte a migliorare l'accesso ai servizi e l'appropriatezza delle prestazioni erogate, si richiama l'attenzione a non introdurre percorsi differenziati in funzione della provenienza geografica degli assistiti e ad adottare azioni adeguate, concordate tra ASL e soggetti erogatori, per ridurre la mobilità passiva extraregionale nelle zone di confine nonché consolidare quella attiva.

Le collaborazioni pubblico privato, nella forma delle sperimentazioni gestionali sono progetti o iniziative di particolare rilevanza che si caratterizzano per il grado di sperimentabilità e/o di innovatività riconducibili ad ambiti di attività della Regione come applicazione del principio di sussidiarietà.

Le procedure per l'attivazione dei progetti di collaborazione pubblico/privato e sperimentazioni gestionali sono quelle indicate dalla d.g.r. VII/18575 del 5 agosto 2004.

## **Piani Regionali di sviluppo e Obiettivi prioritari di Piano Sanitario Nazionale**

Per l'attuazione dei Piani di sviluppo regionali sono appostate risorse pari a 110 milioni di euro. In alcuni casi i Piani di sviluppo regionale attuano contemporaneamente anche gli obiettivi prioritari di PSN.

**Il piano oncologico** si propone di realizzare una rete integrata di servizi sanitari e sociosanitari per l'assistenza ai malati oncologici, meglio definita come "la rete oncologica lombarda (ROL)", *unareteperlavita* di cui fanno parte tutte le strutture e le persone che rivolgono la loro attività di cura ed assistenza al paziente oncologico nelle varie fasi della malattia, in particolare:

- a) i Dipartimenti Provinciali Oncologici che si caratterizzano per la disponibilità di risorse tecnologiche, prestazioni e servizi, professionalità e capacità circa la diagnosi e cura della patologia oncologica;
- b) le organizzazioni socio-sanitarie locali (Aziende o strutture) e centrali (D.G. Sanità e D.G. Famiglia e solidarietà sociale);
- c) gli operatori socio-sanitari (MMG, PLS, ecc.);
- d) i cittadini.

La realizzazione della "rete oncologica lombarda" avverrà tramite l'utilizzo del progetto CRS-SISS di cui alla d.g.r. n. VII/8379/2002, in quanto rappresentante il sistema infrastrutturale ottimale che può rendere immediato lo scambio delle informazioni nel rispetto dell'autonomia delle Aziende, strutture ed operatori e della normativa relativa alla privacy.

**Il Piano Cardio Cerebrovascolare** prevede, fra l'altro, lo sviluppo delle attività dell'Osservatorio Epidemiologico regionale sulle patologie di che trattasi ed in particolare:

- studi dell'efficacia e dell'appropriatezza delle procedure diagnostiche e terapeutiche e dell'efficienza delle prestazioni assistenziali alle malattie cardiovascolari, verificando congiuntamente l'"outcome" degli interventi preventivi, acuti e riabilitativi;
- studi finalizzati alla programmazione sanitaria, con particolare riguardo alla previsione della proporzione futura da riservare agli interventi sopra citati in relazione ai mutamenti anagrafici (aumento dell'età di insorgenza) e clinici (aumento delle forme lievi) di presentazione della malattia cardiovascolare;

Prevede inoltre l'avvio di una incisiva azione preventiva in considerazione della rilevanza della valutazione globale del rischio cardiovascolare, quale premessa a qualsiasi intervento preventivo di tipo farmacologico e non, attraverso l'utilizzo della carta del rischio da somministrarsi ai potenziali pazienti "a rischio" con il coinvolgimento del Medico di Medicina Generale.

Nell'ambito di accordi regionali sottoscritti, i Medici di Medicina Generale hanno espresso la loro disponibilità a somministrare la carta del rischio cardiovascolare per identificare i potenziali soggetti a rischio, secondo precise modalità.

Prevede inoltre di attivare un Network Cardiologico interospedaliero di collaborazione tra ospedali mirato a garantire la realizzazione, nel più breve tempo possibile, di una struttura funzionale in grado di fornire il trattamento migliore per l'infarto miocardico acuto – IMA (costituito dall'angioplastica primaria) al maggior numero di pazienti, attivo 24 ore su 24, attraverso una razionalizzazione del potenziale diagnostico e terapeutico delle aziende ospedaliere e degli altri soggetti erogatori

Un altro punto qualificante del Piano è rappresentato dall'analisi della domanda di assistenza in fase acuta dei pazienti con ictus cerebrale con la previsione di completare la rete delle Stroke Unit.

### **Il Piano Regionale della Salute Mentale** intende:

- Promuovere l'integrazione tra i soggetti istituzionali e non istituzionali che concorrono alla tutela della salute mentale
- Ridefinire i percorsi di cura sul territorio e i modelli clinico-organizzativi della residenzialità
- Introdurre flessibilità nei meccanismi organizzativi e gestionali
- Promuovere la qualità dell'assistenza
- Valorizzare le diverse figure professionali che operano nei DSM attraverso percorsi di formazione

### In particolare attraverso:

- Attivazione di Organismi di coordinamento a livello di ASL che promuovano l'integrazione tra ASL, Enti locali, Aziende Ospedaliere, altri soggetti erogatori e rete sociale per l'analisi dei bisogni, per l'integrazione della rete socio-sanitaria, per le iniziative di prevenzione e lotta allo stigma e per l'ottimizzazione delle risorse del territorio;
- Rinnovamento dei percorsi territoriali per l'assistenza degli utenti dei servizi psichiatrici centrati sui bisogni individuali con particolare attenzione al trattamento integrato dei soggetti con disturbi psichici gravi (piano di trattamento individuale).;
- Riqualificazione delle Strutture Residenziali sulla base dei livelli di intervento terapeutico riabilitativo e del grado di intensità assistenziale offerto;
  - Definizione di un sistema di requisiti di qualità per i Servizi per la salute mentale e identificazione di procedure per la verifica e il controllo della qualità;
- Attivazione di programmi per interventi formativi su tematiche di ordine generale e su tematiche specifiche.

### **Il Piano Regionale della Riabilitazione** prevede l'indice di posti letto sul valore del **1,5 per mille** e attua una decisa riqualificazione dell'offerta:

- incremento dei letti di tipo specialistico/intensivo: + 700 circa per la sanità e 550 della famiglia riqualificati con incremento tariffe.
- Incremento dei letti di tipo generale geriatrico: + 200 circa per la sanità e 1700 della famiglia riqualificati con incremento tariffe.
- introdotte le attività di mantenimento (2700 letti).

Il Piano prevede quindi una differenziazione più precisa delle attività in funzione della loro intensità e della loro complessità (tabella 1 – solo attività nuove o riqualificate con costi superiori):

- Specialistica (post infarto, ictus, intervento ortopedico)
- Generale/geriatrica (riab. Estensiva per pazienti cronici)
- Mantenimento (mantenimento in fase di pre - dimissione)

### **Il Piano Regionale Sangue** si pone gli obiettivi di:

- mantenere la stabilità e l'equilibrio dell'autosufficienza regionale del sangue e dei suoi prodotti ed implementato il concorso all'autosufficienza nazionale e la partecipazione ai programmi di solidarietà extranazionale;
- programmare l'attività produttiva di sangue ed emoderivati con il concorso delle Strutture di Coordinamento;
- sostenere le Associazioni e Federazioni dei donatori di sangue nello sviluppo della donazione e nella tutela della salute dei pazienti e dei donatori;
- incrementare la sicurezza del sistema trasfusionale;
- standardizzare le procedure trasfusionali mediante protocolli operativi per realizzare la produzione e l'uso appropriato del sangue;
- assicurare il mantenimento operativo e lo sviluppo tecnologico della rete informatica regionale dedicata;



- incentivare economicamente la produzione programmata di sangue e plasma e attuare progetti regionali con il ricorso ad un fondo regionale vincolato;
- adottare le misure necessarie affinché sia garantita da parte dei Direttori Generali delle A.O l'assetto organizzativo/strutturale per la funzionalità del sistema sangue;
- individuare i Centri di Riferimento Regionale del sistema trasfusionale della Regione.

**Il Piano Regionale Vaccini** ha l'obiettivo di fornire linee di indirizzo omogenee alle ASL, cosicché le vaccinazioni che vengono promosse attivamente siano supportate da strategie fondate sull'EBM e quelle messe a disposizione su richiesta del cittadino lo siano con modalità e tariffe uniformi.

Il Piano definisce : i calendari delle vaccinazioni raccomandate per infanzia e popolazione adulta, requisiti e caratteristiche funzionali degli ambulatori vaccinali, flussi informativi di anagrafe vaccinale e reazioni avverse.

Nel 2005 si prevede che venga completata l'informatizzazione dei dati vaccinali ed il suo collegamento al SISS in ciascuna ASL , siano inoltre garantiti alcuni requisiti funzionali minimi degli ambulatori, vengano mantenute le attuali coperture per il ciclo dell'obbligo e siano raggiunte le coperture necessarie per quei vaccini per i quali sono previsti obiettivi su scala nazionale di eliminazione delle rispettive malattie , nella fattispecie morbillo e rosolia congenita.

**Il piano di revisione e riordino della sorveglianza e controllo delle malattie infettive** ha lo scopo di revisionare le attuali procedure poste in atto a fronte della segnalazione di un caso di malattia infettiva, alla luce dell'evidenza o meno di efficacia tratta dai dati di letteratura.

Vengono prese in considerazione , per ciascuna malattia, le informazioni che l'ASL deve raccogliere, i dati epidemiologici che deve inviare alle DGS, i provvedimenti da adottare (isolamento e allontanamento da scuola/lavoro, somministrazione di vaccini o immunoglobuline, accertamenti sui soggetti che sono venuti a contatto col caso).

Per il 2005 si prevede di approntare un nuovo software per la registrazione da parte delle ASL dei casi, più adeguato dell'attuale ad elaborazioni epidemiologiche e confronti con dati nazionali ed europei; le ASL dovranno invece semplificare le modalità attraverso cui i medici segnalano i casi – via telefono, fax, e-mail- ed adeguare i protocolli di controllo a quanto previsto nel Piano, eliminando interventi inutili e passaggi burocratici di evidente inefficacia, ed invece garantire l'effettuazione di tutti gli interventi di profilassi validati.

**Il piano per la promozione della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro** definisce obiettivi ed azioni per una risposta efficace al problema della salute e della sicurezza sui luoghi di lavoro, che resta uno degli obiettivi prioritari della Giunta Regionale (DGR 18344 del 23.7.04).

Dal punto di vista delle modalità di intervento, viene esplicitata la convinzione che oggettivi e concreti risultati si possono ottenere con l'abbandono della settorialità negli interventi dei vari soggetti interessati e, al contrario, sulla costruzione di una rete della prevenzione in cui tutti i soggetti pubblici e privati (Enti Locali, ASL, INAIL, Direzioni del Lavoro, Associazioni dei datori di lavoro e Sindacati dei lavoratori, ecc.) svolgano il proprio ruolo nella integrazione e nel coordinamento delle rispettive competenze.

In questo quadro viene descritto il ruolo delle ASL, che oltre ad incrementare il tradizionale intervento di vigilanza e controllo negli ambienti di lavoro, devono svolgere una funzione di assistenza, di informazione e di formazione perché datori di lavoro e lavoratori si responsabilizzino direttamente rispetto agli obiettivi comuni di sicurezza sul lavoro.

Sono individuati i seguenti settori prioritari: Costruzioni, Agricoltura, Sanità, Tumori professionali, Stress e Lavoro, Linee ferroviarie grande velocità e grandi opere, Lavori temporanei.

Sono anche stabiliti precisi finanziamenti erogati alle Aziende Sanitarie al raggiungimento dei risultati previsti.

### **Obiettivi Prioritari di PSN**

Per l'anno 2005 sono confermati nell'ambito delle cinque linee prioritarie individuate dall'Accordo Stato-Regioni del 24.7.2003 e gli indirizzi progettuali specificati nell'Accordo Stato Regioni del 29.7.2004, ai fini dell'assegnazione delle risorse vincolate ai sensi della medesima legge n. 662/96, **gli obiettivi prioritari stabiliti dal Piano Sanitario Nazionale 2003 – 2005** e in particolare:

- Sviluppo della politica dei Livelli Essenziali di Assistenza
- Cure Primarie
- Rete Integrata dei servizi sanitari e sociali per la non autosufficienza
- Centri di Eccellenza
- Comunicazione istituzionale

Le risorse a disposizione, stimate in 191 milioni di euro, saranno destinate alla prosecuzione, per annualità 2005, dei progetti già individuati con dgr. VII/19193 del 29.10.04 "Utilizzo delle quote vincolate del fondo sanitario nazionale per la realizzazione di obiettivi prioritari di rilievo nazionale".

Si riporta l'elenco dei progetti:

- 1) Piano Oncologico Regionale (POR)
- 2) Piano Cardio Cerebrovascolare (PCCV) interventi di prevenzione, diagnosi e cura delle malattie cardiovascolari in attuazione del PSSR 2002-2004
- 3) Sistema Informativo Socio Sanitario CRS (carta regionale dei servizi) – SISS
- 4) Polo Organizzativo degli ICP
- 5) Piano regionale triennale per la Salute Mentale
- 6) Programma di implementazione del sistema di valutazione delle aziende sanitarie accreditate e del management delle aziende sanitarie pubbliche.
- 7) Progetti regionali, nazionali e internazionali di ricerca: verso l'eccellenza del SSR.
- 8) Interventi operativi per la promozione della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro in lombardia per il triennio 2004-2006
- 9) Indicazioni in tema di liste d'attesa e priorità d'accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di diagnostica ambulatoriale in regione Lombardia. e accordo regionale sul "governo clinico"
- 10) Incremento del livello di qualità del servizio sanitario regionale
- 11) Prevenzione attiva

Nel 2005 sono inoltre sviluppate le modalità di lavoro dei network di patologia che sviluppano un modello organizzativo, su scala regionale, di assistenza sanitaria che segue criteri di "messa in rete" di servizi/strutture che erogano prestazioni per una particolare patologia o tipologia di pazienti. Sulla scorta di specifici criteri di accesso al network, le strutture, che aderiscono su base volontaria, sono classificate secondo i diversi livelli assistenziali offerti. Fra gli obiettivi qualificanti: l'attuarsi delle raccomandazioni cliniche condivise che facilitino l'accesso, il percorso e la conoscenza del paziente che è trattato per quella patologia, l'individuazione di un percorso di formazione per gli attori che fanno parte del processo assistenziale, lo sviluppo di progetti orientati a problematiche specifiche.

## **Il quadro economico finanziario di riferimento dell'anno 2005**

L'anno 2005 si configura come il primo anno di una nuova fase nei rapporti tra Stato e Regioni in materia di sanità.

Con l'anno 2004 si è infatti concluso il periodo di vigenza dell'accordo 8 agosto 2001 seguito all'accordo 3 agosto 2000. Tali accordi erano stati sottoscritti in un contesto normativo, e soprattutto di rapporti Stato Regioni, sensibilmente differente rispetto a quello attuale caratterizzato da norme costituzionali già in vigore (nuovo testo del Titolo V della Costituzione della Repubblica) e da norme sempre costituzionali in corso di approvazione da parte del Parlamento. In queste norme la materia di maggiore rilevanza dal punto di vista dell'impatto sulla vita dei cittadini e da quello strettamente economico è certamente la sanità.

Il disegno di legge della Finanziaria 2005 delinea una sorta di rinnovo dell'accordo 8 agosto 2001 fissando le risorse disponibili nel prossimo triennio e definendo alcune ulteriori regole per l'accesso alle risorse disponibili.

Sulla base di quanto contenuto nel disegno di legge in corso di approvazione, di alcuni elementi del dibattito in corso tra Governo e Regioni, facendo riserva di poter procedere, nel caso sia valutato necessario, a riconsiderare il contenuto del presente atto in relazione al testo definitivo della legge finanziaria 2005, si può prevedere che le risorse disponibili, a livello nazionale, siano fissate in 88.250 milioni di Euro per l'anno 2005, in 90.014 milioni di Euro per il 2006 e 91.813 milioni di Euro per il 2007.

Come sopra ricordato l'accesso a tali risorse da parte della Regione Lombardia, come delle altre Regioni, è condizionato al rispetto di molteplici adempimenti definiti nella normativa vigente e implementati dalla Legge finanziaria in discussione. In relazione al presente atto è opportuno evidenziare gli attuali adempimenti, in estrema sintesi, in quanto coinvolgono tutti gli attori del Servizio Sanitario Regionale:

- Mantenere la stabilità e l'equilibrio di gestione del servizio sanitario regionale, tramite misure di contenimento della spesa;
- Adempiere alle disposizioni in materia di acquisto di beni e servizi;
- Adempiere agli obblighi informativi sul monitoraggio della spesa relativi all'invio al Sistema Informativo Sanitario dei modelli CE, SP, CP ed LA;
- Adeguarsi alle prescrizioni del patto di stabilità interno;
- Mantenere l'erogazione delle prestazioni ricomprese nei L.E.A.;
- Adottare lo standard di dotazione media di 5 posti letto per mille abitanti di cui l'1 per mille riservato alla riabilitazione ed alla lungodegenza post-acuzie;
- Adottare i criteri e le modalità per l'erogazione delle prestazioni che non soddisfano il principio di appropriatezza organizzativa e di economicità nella utilizzazione delle risorse;
- Attuare le adeguate iniziative per il contenimento delle liste di attesa, dirette a favorire lo svolgimento, presso gli ospedali pubblici, di accertamenti diagnostici in maniera continuativa;
- Adottare i provvedimenti diretti a prevedere la decadenza automatica dei direttori generali nell'ipotesi di mancato raggiungimento dell'equilibrio economico delle aziende sanitarie ed ospedaliere;

- Attivare sul proprio territorio il monitoraggio delle prescrizioni mediche, farmaceutiche, specialistiche ed ospedaliere nonché la trasmissione telematica al Ministero dell'economia e delle finanze di copia dei dati;
- Adottare tutti i provvedimenti affinché le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico comunichino immediatamente al Ministero dell'economia e delle finanze i dati relativi alla consegna dei ricettari;
- Ripianare il 40 % del superamento del tetto per la spesa farmaceutica, attraverso l'adozione di specifiche misure in materia farmaceutica;

Nel corso dell'anno 2004 sono entrate in vigore diverse normative che produrranno effetti anche per l'anno 2005. In particolare si richiamano il DL n. 168/2004 "Interventi urgenti per il contenimento della spesa pubblica", che è stato convertito con modificazioni dalla Legge 30 luglio 2004 n. 191, che prevede rilevanti azioni per la programmazione e il contenimento della spesa sanitaria e il DL n. 156/2004 "Interventi urgenti per il ripiano della spesa farmaceutica" convertito nella L. n. 202 del 2 agosto 2004.

Con il presente atto si ritiene, altresì, di fornire alle Aziende sanitarie pubbliche e a tutti gli operatori del settore un quadro di riferimento utile all'attuazione di tutte le azioni di contenimento dei costi al fine di consentire al Sistema Sanitario Regionale di mantenere e migliorare l'equilibrio economico tra ricavi e costi, perseguendo obiettivi di miglioramento della qualità assistenziale .

Le risorse nazionali del 2005 non sono state ancora oggetto di riparto fra le regioni e nel presente atto si ritiene di procedere ad una stima delle risorse complessive disponibili applicando l'incremento desumibile dal disegno di legge finanziaria attualmente in discussione alle risorse definite per l'anno 2004; con tale processo di stima le risorse complessive disponibili sono ad oggi stimabili in 13.511 milioni di euro, oltre le entrate proprie delle aziende, con riserva di procedere a eventuali integrazioni quando sarà approvato il definitivo riparto tra le regioni.

Tenendo conto di queste premesse, le risorse sopra definite e destinate al finanziamento del servizio sanitario regionale sono riferite per 13.261 milioni di Euro al finanziamento indistinto comprensivo delle risorse destinate al riconoscimento delle prestazioni per cittadini di altre regioni e per 250 milioni di Euro, quale stima sulla base dei dati storici, al finanziamento per obiettivi del Piano sanitario e per spese vincolate.

Le risorse sopra definite saranno utilizzate dal Servizio Sanitario Regionale per soddisfare i bisogni sanitari dei cittadini lombardi che necessitano di assistenza nel territorio della Regione, nelle altre regioni italiane e all'estero sulla base delle normative regionali, nazionali, dell'Unione europea e internazionali vigenti.

Pertanto la Regione Lombardia, sulla base dei dati disponibili riferiti all'anno 2004 ancora in corso, ripartisce le risorse sopra definite, al netto del finanziamento necessario a garantire alle strutture erogatrici di servizi le risorse finanziarie per l'assistenza ai cittadini italiani di altre regioni pari a 433 milioni di euro, e comprensive di quelle relative agli stranieri dell'Unione europea e agli altri cittadini stranieri che possono usufruire dei servizi sanitari ai sensi delle normative vigenti, nei tre livelli di assistenza individuati dal Piano Sanitario Nazionale come segue:

<b>livello essenziale di assistenza</b>	<b>Risorse disponibili</b>	<b>Incidenza programmata</b>
<b>1 - Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro</b>	<b>654</b>	<b>5,00%</b>
<b>2 - Assistenza distrettuale</b>	<b>6.539</b>	<b>50,00%</b>
<b>3 - Assistenza ospedaliera</b>	<b>5.885</b>	<b>45,00%</b>
<b>TOTALE</b>	<b>13.078</b>	<b>100,00%</b>
Saldo di mobilità attiva per cittadini fuori regione	<b>433</b>	
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>	<b>13.511</b>	

Nell'ambito di tale schema sintetico di programmazione la Regione procede al finanziamento delle ASL attraverso la definizione di una quota capitaria da ripartire con criteri di seguito descritti. Con tali risorse le ASL sono tenute a garantire l'assistenza sanitaria dei cittadini residenti nel territorio di competenza.

Per la definizione della quota capitaria la Regione procede ad accantonare le risorse da destinare con successivi provvedimenti al finanziamento di spese accentrate regionali e di altre voci di spesa specifiche che non attengono al finanziamento per quota capitaria :

- a) fino a 121 milioni di Euro per far fronte alle spese dirette regionali sostenute per conto del SSR;
- b) fino a 540 milioni di Euro per remunerare le funzioni sanitarie non tariffabili, rinviando a successivo provvedimento l'assegnazione alle aziende ed enti sanitari;
- c) fino a 75 milioni di Euro per remunerare le funzioni di qualità avanzata delle strutture sanitarie lombarde, rinviando a successivo provvedimento l'assegnazione alle aziende ed enti sanitari;
- d) fino a 80 milioni di Euro per la remunerazione delle prestazioni sanitarie a favore dei dimessi dagli ex OP;
- e) fino a 25 milioni di Euro per il fondo da destinare, in continuità con gli anni precedenti, all'altitudine ripartito tra le Aziende Sanitarie Locali sulla base della popolazione residente oltre i 1000 metri di altezza s.l.m.;
- f) 433 milioni di Euro per il pagamento dei ricoveri attivi, per cittadini non lombardi, agli erogatori situati sul territorio della Lombardia; tale importo rappresenta il saldo rispetto ai ricoveri e alle altre prestazioni passive a carico delle rispettive ASL di cittadini lombardi che usufruiscono di prestazioni al di fuori della Regione Lombardia;
- g) 1.128 milioni di Euro da destinare all'Assistenza socio-sanitaria integrata;
- h) fino a 191 milioni di Euro da destinare a progetti obiettivo di interesse nazionale e regionale, in relazione al contenuto dell'accordo Stato Regioni del 1 luglio 2004, rinviando a successivi provvedimenti l'assegnazione alle aziende sanitarie;
- i) 1.065 milioni di Euro quale fondo regionale per dare attuazione alle misure previste dal PSSR in materia di revisione della rete ospedaliera e dei poliambulatori, di progetti innovativi e di psichiatria, per ulteriori progetti obiettivo di interesse nazionale e regionale, per l'estensione del SISS sul territorio regionale e per l'assistenza sanitaria ai cittadini stranieri che possono usufruirne ai sensi delle normative vigenti;

- j) fino a 59 milioni di euro quale fondo regionale, stimato sulla base dei dati storici in attesa degli specifici provvedimenti ministeriali di assegnazione, relativo alle quote di EX FSN definite vincolate; tale fondo sarà poi assegnato alle singole aziende sanitarie attraverso specifici provvedimenti regionali;
- k) fino a 40 milioni di euro quale accantonamento teso a sviluppare e coordinare a livello regionale le campagne di screening sulla popolazione lombarda promosse dalle singole ASL della Regione;
- l) 52 milioni di Euro quale fondo da destinare all'ARPA (Agenzia Regionale per la Protezione dell'Ambiente);
- m) fino a 28 milioni di Euro per remunerare i costi di interessi passivi in caso di accesso al mercato del credito per far fronte alle carenze di liquidità delle aziende sanitarie anche ai sensi dell'art.6 comma 8 della L.R. 16 del 14 agosto 2003;
- n) fino a 9.674 milioni di Euro ripartiti fra le ASL in relazione ai 3 livelli essenziali di assistenza utilizzando per ogni livello i seguenti criteri allineati a quelli utilizzati per il riparto in sede nazionale:
  - 1° livello: assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro (5%): quota capitaria per popolazione assistita ponderata con radice cubica del tasso standardizzato di mortalità;
  - 2° livello: assistenza distrettuale (50%): questo livello è stato separato in quattro sotto livelli:
    - a) medicina generale e pediatria, guardia medica e altra assistenza: quota capitaria per popolazione assistita (50%) e quota capitaria per popolazione ponderata con l'indice di densità abitativa (50%);
    - b) assistenza farmaceutica territoriale: per definire questa quota saranno definiti tetti obiettivo per ASL sulla base dei consumi complessivi e pro-capite registrati nel corso dell'anno 2004;
    - c) assistenza specialistica ambulatoriale: per definire questa quota saranno utilizzati i dati relativi ai contratti stipulati in materia tra le ASL e i soggetti erogatori;
    - d) assistenza socio sanitaria integrata: sono state accantonate le risorse necessarie da assegnare con provvedimento della Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale;
  - 3° livello: assistenza ospedaliera (45%): per definire questa quota saranno utilizzati i dati relativi ai contratti stipulati in materia tra le ASL e i soggetti erogatori;

La quota capitaria sarà assegnata ad ogni singola ASL con il Decreto interdirezionale di definizione degli obiettivi economici in coerenza con i criteri sopradescritti tenendo conto della necessità di garantire l'equilibrio economico di sistema per l'esercizio 2005.

Si stabilisce inoltre:

- le risorse regionali disponibili per la contrattazione delle prestazioni di ricovero, in 4.687 milioni di Euro, così ripartiti in modo vincolante:
  1. 4.260 milioni per ricoveri per acuzie;
  2. 427 milioni per ricoveri per riabilitazione.
- le risorse regionali disponibili per la contrattazione dell'attività ambulatoriale e di diagnostica strumentale, in 1.323 milioni di Euro. Le risorse regionali, come sopra definite, non comprendono le attività di screening e di neuropsichiatria infantile che dovranno essere documentate attraverso i flussi informativi in essere.
- Il tetto della spesa farmaceutica territoriale, in applicazione della L. n. 405/2001 e L.n. 326/2003, è sottoposto a monitoraggio da parte dell'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco) nella misura del 13% della spesa sanitaria; tale vincolo normativo, ripreso anche dalla legge finanziaria in corso di approvazione, viene valutato al lordo degli effetti del D.L. n. 156/04 convertito in L. n. 202/04 e della compartecipazione dei cittadini definita a livello regionale ed è collegato con gli adempimenti connessi all'erogazione delle risorse stanziare per l'anno 2005; ai sensi del disposto della L. n. 326/2003 per il 2005 è stabilito un tetto del 16% tendenziale per

la spesa farmaceutica complessiva; in tale tetto sono altresì compresi, in aggiunta alla farmaceutica territoriale, i costi relativi ai farmaci erogati dalle Aziende Ospedaliere e dalle ASL in regime di assistenza distrettuale, residenziale e di ricovero ospedaliero; si precisa che gli obiettivi specifici alle singole ASL e alle Aziende Ospedaliere saranno forniti con i Decreti interdirezionali di determinazione degli obiettivi economici.; il tetto regionale per la spesa farmaceutica, come sopra definita viene determinato in 2.246 milioni di Euro.

Con appositi Decreti interdirezionali a firma dei Direttori Generali Sanità, Famiglia e solidarietà sociale e Risorse e bilancio per le Aziende sanitarie Locali e a firma dei Direttori Generali Sanità e Risorse e bilancio per le Aziende Ospedaliere saranno definiti gli specifici obiettivi economici, coerenti con quanto disposto dalla presente deliberazione.

Entro il 31 gennaio 2005 le Aziende sanitarie procederanno alla presentazione dei Bilanci di previsione per l'anno 2005, coerenti con gli obiettivi economici assegnati.

Nel quadro di risorse e regole definite nel presente provvedimento saranno definiti, alle aziende pubbliche, obiettivi economici compatibili con una crescita pari allo 0,8% - 1% tendenziale media di sistema rispetto agli obiettivi assegnati per l'esercizio 2004 relativamente ai soli costi direttamente gestibili da parte delle aziende e non sottoposti a regolamentazione a livello di sistema.

Ai fini della definizione degli obiettivi economici saranno utilizzati i dati dell'anno 2004 con particolare riferimento alle rendicontazioni trimestrali e alle relative prechiusure, oltre evidentemente alle serie storiche di dati degli anni precedenti.

Gli obiettivi economici saranno definiti al netto dei costi relativi alla Libera Professione. In particolare in occasione della presentazione del Bilancio preventivo 2005 sarà richiesto il bilancio separato per l'attività libero professionale ai sensi della normativa vigente.

Per l'anno 2005 relativamente all'assistenza territoriale psichiatrica e all'assistenza riferita alla neuropsichiatria infantile, sarà riproposta, con il coordinamento della Direzione Generale Sanità, la contrattazione tra le ASL e i soggetti erogatori.

I Direttori Generali delle Aziende sanitarie, in occasione delle certificazioni trimestrali ai sensi della L.R. n. 26/01, sono tenuti a rispettare puntualmente i tempi di invio e ad attenersi scrupolosamente alle linee guida in materia contabile emanate dalla Direzione Generale Sanità, prefigurando in ogni trimestre il reale andamento gestionale a fine anno, al fine di consentire un preciso monitoraggio dell'andamento della spesa sanitaria regionale;

Si ritiene di confermare, per quanto compatibile con il presente provvedimento, ciò che è stabilito nelle determinazioni in merito al finanziamento degli anni precedenti;

In relazione al contenuto della L.R. n. 16 del 14 agosto 2003 in materia di anticipazioni finanziarie si precisa che le ASL nell'anno 2005 saranno tenute a concordare con la Direzione Generale Sanità specifici programmi trimestrali di cassa (budget di cassa) compatibili con le disponibilità finanziarie regionali e quindi definendo anche l'eventuale accesso alle anticipazioni di tesoreria;

Si precisa che, in continuità con gli indirizzi già emanati per l'anno 2004, in relazione alla necessità di un puntuale coordinamento regionale nella gestione dei costi sottoposti a "tetto" quali ricoveri, ambulatoriale e farmaceutica e di quelli regolamentati a livello di sistema come la spesa per assistenza

psichiatrica, neuropsichiatrica e per assistenza di base le Aziende dovranno ritenere eventuali risparmi per tali voci di costo indisponibili per la copertura di altre voci di spesa.

Al fine di garantire l'equilibrio economico-finanziario del Sistema Sanitario Regionale della Lombardia il contenuto del presente provvedimento potrà essere riconsiderato, anche nel corso dell'esercizio 2005, in relazione alle verifiche degli andamenti della spesa in occasione delle chiusure trimestrali, agli esiti del riparto definitivo e agli esiti dei tavoli di monitoraggio nazionali sui Livelli Essenziali di Assistenza.

Nell'ambito della definizione degli obiettivi economici delle Aziende Sanitarie saranno considerate gli effetti di eventuali nuovi assetti organizzativi.

L'attivazione delle sperimentazioni gestionali ai sensi della DGR n. 18575 del 5 agosto 2004 sarà coordinata dalla Direzione Generale Sanità attraverso l'emanazione di linee guida sugli aspetti giuridico contabili utili a definire modalità omogenee per la rappresentazione degli impatti economici e la valutazione dei risultati di tali sperimentazioni.

Le Aziende Ospedaliere pubbliche che incrementeranno il fatturato per prestazioni sanitarie rese a cittadini di altre regioni, rispetto all'anno 2004, potranno beneficiare del riconoscimento di un incremento percentuale del livello obiettivo costi, in accordo con la DG Sanità e sulla base di specifici indirizzi che verranno successivamente emanati.

Le Aziende sanitarie pubbliche che intendono attivare, rispetto all'anno 2004, nuovi/maggiori servizi finanziati da terze economie (privati paganti), che si configurano quali maggiori entrate proprie di sistema, potranno beneficiare del riconoscimento di un incremento percentuale del livello obiettivo costi, previo accordo con la Direzione Generale Sanità e sulla base di specifici indirizzi che verranno successivamente emanati.

Nelle risorse destinate ai contratti per le attività di ricovero e ambulatoriali dell'anno 2005 non sono ricomprese a differenza dell'anno 2004 alcune attività indicate in modo puntuale nella scheda relativa alla Negoziazione. In relazione a tale innovazione si precisa che, dal punto di vista economico e di rispetto degli obiettivi assegnati, eventuali variazioni in diminuzione dell'attività rispetto all'anno precedente dovranno necessariamente comportare una revisione in diminuzione del livello obiettivo costi assegnato.



All. 4 Tab. 1 - Schema di sintesi della ripartizione del F.S.R. (classificazione economica)

VOCI	IMPORTI EURO 2005
Quota capitaria	9.674,00
Funzioni non tariffate	540,00
Funzioni di eccellenza delle aziende sanitarie	75,00
Fondo regionale per attività di PSSR, SISS e progetti innovativi	1.065,00
Spese vincolate da finanziamento FSR	59,00
Fondo altitudine	25,00
Oneri per assistenza ai pazienti dimessi dagli ex O.P.	80,00
Obiettivi di Piano Sanitario Nazionale	191,00
Fondo sviluppo e coordinamento campagne di screening	40,00
Spese dirette regionali	121,00
Fondo LR n. 16/2003 per anticipazioni finanziarie	28,00
Accantonamento per finanziamento ARPA	52,00
<b>TOTALE</b>	<b>11.950,00</b>
ASSI	1.128,00
Saldo mobilità interregionale	433,00
<b>TOTALE A PAREGGIO CON LE DISPONIBILITA'</b>	<b>13.511,00</b>
Nota: milioni di euro	

**Farmaceutica e Protesica:**

- 1) Il tetto della spesa farmaceutica territoriale, in applicazione della L. n. 405/2001 e L.n. 326/2003, è sottoposto a monitoraggio da parte dell'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco) nella misura del 13% della spesa sanitaria; tale vincolo normativo, ripreso anche dalla legge finanziaria in corso di approvazione, viene valutato al lordo degli effetti del D.L. n. 156/04 convertito in L. n. 202/04 e della compartecipazione dei cittadini definita a livello regionale ed è collegato con gli adempimenti connessi all'erogazione delle risorse stanziare per l'anno 2005; ai sensi del disposto della L. n. 326/2003 per il 2005 è stabilito un tetto del 16% tendenziale per la spesa farmaceutica complessiva; in tale tetto sono altresì compresi, in aggiunta alla farmaceutica territoriale, i costi relativi ai farmaci erogati dalle Aziende Ospedaliere e dalle ASL in regime di assistenza distrettuale, residenziale e di ricovero ospedaliero; gli obiettivi specifici alle singole ASL e alle Aziende Ospedaliere saranno forniti con i Decreti interdirezionali di determinazione degli obiettivi economici.

In attuazione di quanto previsto dal citato art.48 l. n. 326/03, è obiettivo prioritario l'attivazione di specifico flusso informativo sull'assistenza farmaceutica relativa ai farmaci a distribuzione diretta, a quelli impiegati nelle varie forme di assistenza distrettuale e residenziale nonché a quelli utilizzati nel corso di ricoveri ospedalieri.

- 2) Doppio canale e/o distribuzione diretta – In riferimento alle nuove note AIFA è stato pubblicato il Prontuario di Continuità Territorio Ospedale (PHT) che aggiorna l'elenco dei farmaci ex Nota 37 a partire da novembre 2004. Alla luce di ciò si ribadisce la necessità di attivare le azioni di responsabilizzazione e di verifica per il rispetto dell'obiettivo economico fissato per l'assistenza farmaceutica, in linea con gli indirizzi regionali già emanati. Per quanto attiene in particolare la distribuzione diretta di farmaci, anche in relazione alla dinamicità dello strumento (PHT) indicato dall'AIFA si ritiene che tale modalità possa crescere in funzione della complessiva compatibilità di sistema.
- 3) Farmaci a somministrazione diretta (File F) - La spesa per farmaci a somministrazione diretta ospedaliera si ritiene possa crescere nei limiti della complessiva compatibilità di sistema, determinata in un incremento medio regionale fino al 12% rispetto al 2004. E' confermata la priorità dell'avvio di azioni di responsabilizzazione e di verifica sull'appropriatezza tese a razionalizzare le risorse relative a tale spesa.

**Protesica:**

Con riferimento alla spesa relativa all'assistenza protesica le ASL, in sede di bilancio preventivo 2005, dovranno indicare le azioni prioritarie da attivare al fine dell'appropriatezza delle prestazioni erogate. Dovrà essere effettuata la divisione tra Protesica maggiore (elenco 1 e 3 del nomenclatore allegato al DM 332/99) e Protesica minore (elenco 2); dovrà essere attivato il flusso informativo mensile della Protesica maggiore e della Protesica minore per governare in modo efficace l'andamento dei costi e superare le criticità del 2004.

**Flusso Ricettari – art. 50 l. n. 326/03:**

Le aziende sanitarie locali e le aziende ospedaliere devono adottare tutti i provvedimenti necessari per la consegna dei ricettari ai medici del SSN di cui al comma 2, dell' art. 50 del decreto-legge 30 settembre 2003 n.269 convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, in numero definito, secondo le loro necessità, avendo come obiettivo l'istituzione del flusso informativo relativo al nome, cognome, codice fiscale dei medici ai quali è effettuata la consegna, l'indirizzo dello studio, del laboratorio ovvero l'identificativo della struttura sanitaria nei quali gli stessi operano, nonché la data della consegna e i numeri progressivi regionali delle ricette consegnate.

## **Psichiatria e Neuropsichiatria Infantile**

All'interno delle indicazioni generali del Piano Regionale per la Salute Mentale e delle precedenti determinazioni, si conferma anche per l'anno 2005, per l'assistenza territoriale psichiatrica e di neuropsichiatria infantile, fermo restando quanto già definito per le prestazioni di ricovero e ambulatoriali, la contrattazione tra le ASL e i soggetti erogatori pubblici e privati accreditati relativamente ai volumi di attività, con il coordinamento della Direzione Generale Sanità,

In particolare diventa prioritaria la riqualificazione delle strutture residenziali psichiatriche sulla base del principio che la residenzialità psichiatrica deve essere intesa come processo e la risposta terapeutico assistenziale può essere modulata attraverso una pluralità di possibili risposte con caratteristiche di flessibilità e integrazione. La riclassificazione delle strutture residenziali, pur coerente a quanto attualmente previsto in materia di autorizzazione e di accreditamento, vedrà una ridefinizione delle tariffe in base all'impegno riabilitativo e assistenziale assolto in coerenza con le indicazioni del Piano Regionale per la Salute mentale.

La progressione temporale degli interventi di riqualificazione terrà conto dei riasseti funzionali conseguenti all'interno della rete di offerta dei soggetti erogatori.

I criteri di sviluppo del Piano sono di norma collegati ai programmi innovativi in coerenza con le disponibilità finanziarie di sistema.

## **Indici di offerta - Negoziazione**

In relazione all'indice di posti letto per acuti a contratto, richiamate le indicazioni del PSSR 2002-2004, in accordo con quanto previsto a livello nazionale, si conferma che quanto comunicato dall'Assessore alla Sanità Carlo Borsani con DGR n. VII/14750 del 24 ottobre 2003 circa l'avvenuto raggiungimento a livello regionale dell'indice di 4 posti letto per mille abitanti, è stato mantenuto nel corso dell'anno 2004.

Si conferma, inoltre, che nel 2004 l'indice dei posti letto per la riabilitazione e la lungodegenza post acuta ospedaliera a contratto si è mantenuto entro il valore di un posto letto per mille abitanti.

Per quanto riguarda l'indice di posti letto per acuti si conferma per l'anno 2005, nelle more dell'approvazione di un nuovo Piano Socio Sanitario Regionale, l'indice previsto dalla DCR VII/0462 del 13 marzo 2002 "Piano Socio Sanitario Regionale 2002 - 2004" di 4 posti letto per mille abitanti.

Si da atto che la legge 31/97 all'art. 12 (la programmazione delle attività sanitarie ed il riordino della rete ospedaliera) prevede al comma 5bis che "la Giunta regionale verifica annualmente, sulla base dei rapporti instaurati ai sensi del comma 5 (ovvero della negoziazione), il mantenimento degli indici programmatori di fabbisogno sanitario". Si ritiene pertanto che per l'anno 2005 debba permanere la sospensione della messa a contratto di nuove attività di specialistica ambulatoriale. Tanto anche in considerazione della necessità di attendere l'esito del monitoraggio nazionale dei livelli essenziali di assistenza, dei loro aspetti quali/quantitativi, sia in termini di prestazioni che dei relativi costi, che nel corso dell'anno 2005 potranno produrre maggiori informazioni a riguardo del fabbisogno atteso di prestazioni ambulatoriali sulla base di riferimenti statistici nazionali e del progetto "Mattoni del SSN" "standard minimi di quantità di prestazioni" che ha tra i suoi principali obiettivi quello di "definire standard di sistema per le prestazioni ambulatoriali" entro il 2005.

Si ritiene inoltre di prevedere che per le attività di dialisi e di radioterapia sia necessario subordinare la definizione di ulteriori sviluppi di tipo quali - quantitativo dell'offerta attualmente presente alla verifica, da effettuarsi entro il 31 luglio 2005, dell'impatto sull'equilibrio domanda offerta della scelta di finanziare queste tipologie di prestazioni in aggiunta alle quote di risorse disponibili definite nei contratti.

Le attività negoziali che avverranno tra le ASL ed i soggetti erogatori accreditati saranno effettuate congruentemente all'equilibrio del sistema così come individuato dalla Giunta e con il fabbisogno di servizi sanitari espresso dai cittadini lombardi. Le suddette attività ed il loro relativo monitoraggio periodico, già intrapreso nel corso dell'esercizio 2003 e continuato nel 2004, rappresentano, in modo adeguato alle diversificate necessità territoriali, la programmazione annuale delle attività di ricovero e cura e di specialistica ambulatoriale, così come previsto all'art. 13, comma 13, della Legge regionale 31/97.

Confermando quanto già previsto dalla DGR VII/15324 del 28.11.2003 ed attuato nel corso dello stesso 2004 si prevede che, per l'anno 2005, il contenuto del contratto oggi in essere tra le ASL ed i soggetti erogatori sia determinato attraverso la negoziazione delle valorizzazioni per le attività di ricovero e cura e di specialistica ambulatoriale, ivi comprese le attività di medicina dello sport. Per le attività di specialistica ambulatoriale sono definite le condizioni di regressione tariffaria, che indicano ai soggetti erogatori la soglia, oltre la quota di risorse pre - assegnata, fino

alla quale si impegneranno ad erogare prestazioni a carico del servizio sanitario regionale. Al raggiungimento delle predette soglie di attività le strutture erogatrici accreditate, in assenza di previo accordo, non saranno autorizzate ad erogare prestazioni per conto del servizio sanitario regionale, neppure in regime di franchigia.

Al riguardo le ASL dovranno attivare, di concerto con la Direzione Generale Sanità, una puntuale attività di monitoraggio delle attività e delle valutazioni a riguardo dell'equilibrio domanda – offerta all'interno del territorio di propria competenza. L'eventuale integrazione di risorse, nel caso si rendano disponibili a livello di sistema, 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, per una verifica di congruenza complessiva, e ad un valore economico non superiore comunque al 30% della fatturazione relativa alle prestazioni validate e sempre nel rispetto del complessivo equilibrio del sistema.

Per gli erogatori che non sottoscriveranno il contratto integrativo riportante le nuove condizioni discendenti dalla presente delibera e da eventuali successive indicazioni della Direzione Generale Sanità, che non si saranno avvalsi della facoltà di recesso di cui all'ultimo comma dell'art. 11 del contratto tipo, si verrà a determinare l'impossibilità giuridica di erogare l'assistenza ospedaliera e di specialistica ambulatoriale a carico del servizio sanitario regionale.

Per ogni ASL, la contrattazione riguarderà tutta la produzione erogata a favore di pazienti lombardi dalle strutture ubicate nel territorio di propria competenza, e non solo, quindi, la quota relativa ai consumi dei propri residenti. Le tariffe da utilizzare per valorizzare le prestazioni e misurare quindi il progressivo raggiungimento dei livelli economici contrattati saranno quelle in vigore al momento della dimissione per le attività di ricovero e della erogazione delle prestazioni per le attività di specialistica ambulatoriale, considerando per i cicli la prestazione di chiusura degli stessi.

Per quanto riguarda il livello economico, i pazienti extra – regionali verranno remunerati a produzione effettiva applicando alle prestazioni loro effettuate le medesime tariffe applicate per i pazienti lombardi.

Tenuto conto che le risorse assegnate alle ASL riguardano le quote relative ai consumi sanitari dei propri residenti anche per le prestazioni usufruite extra-regione, mentre le risorse assegnate alle strutture erogatrici lombarde riguardano le prestazioni erogate per i cittadini lombardi, ciascuna ASL dovrà monitorare trimestralmente la quota necessaria al pagamento delle prestazioni erogate extra-regione. Nel caso in cui tale quota registri una verificabile diminuzione, le ASL, di concerto con la DG Sanità, già nel corso del 2005 potranno provvedere a distribuire le risorse aggiuntive, rese disponibili sul territorio regionale, agli attori che avranno contribuito a raggiungere il suddetto risultato.

Per le strutture che potranno essere messe a contratto nel corso del 2005, hanno iniziato le attività nel corso del 2004 o potranno riattivare nel corso del 2005 attività già accreditate e a contratto sospese temporaneamente, ad esempio per lavori di adeguamento strutturale, verrà considerato il rateo mensile di attività e, in seconda istanza, applicato il valore standard regionale rilevato per le attività, di ricovero piuttosto che di specialistica ambulatoriale, erogate nel corso dell'ultimo anno la cui base dati informatizzata sia completamente disponibile presso la Direzione Generale Sanità che fino al mese di Marzo 2005 sarà quella relativa all'esercizio 2003.

Non saranno comprese nella quota di risorse assegnata alle strutture erogatrici in quanto saranno remunerate a consuntivo sulla base di quanto effettivamente erogato:

- in regime di specialistica ambulatoriale: le prestazioni di dialisi e di radioterapia, di seguito allegate;
- in regime di ricovero e cura:
  - le prestazioni relative ai DRG chirurgici con diagnosi principale di Neoplasia Maligna
  - i parti (DRG dal 370 al 375)
  - le prestazioni relative ai dimessi da strutture con Pronto Soccorso, DEA o EAS con diagnosi principale di cui all'allegato alla DGR n. VII/16827 del 19.03.2004
  - le prestazioni relative a pazienti dimessi da Unità Operative di riabilitazione specialistica che abbiamo avuto in atto nel giorno della loro accettazione una sindrome post-comatosa caratterizzata da un punteggio Glasgow Coma Scale < 13, documentato dal punteggio delle singole voci, e supportata da adeguata documentazione di valutazione clinica e strumentale. Al momento della dimissione la struttura di riabilitazione, secondo le modalità che saranno indicate con apposita circolare dalla Direzione Generale Sanità entro il 31 dicembre 2004, segnalerà sulla SDO con un codice particolare l'evidenza della condizione clinica di sindrome post – comatosa;
  - le prestazioni relative a pazienti dimessi da Unità Operative di riabilitazione specialistica che abbiamo avuto in atto nel giorno della loro accettazione postumi di mielolesione traumatica, vascolare, infettiva, infiammatoria e post – chirurgica. I postumi di mielolesione devono essere caratterizzati da un livello su scala ASIA (american spinal injury association) compreso tra A e C ed il quadro clinico deve essere supportato da adeguata documentazione di valutazione clinica e strumentale. Al momento della dimissione la struttura di riabilitazione, secondo le modalità che saranno indicate con apposita circolare dalla Direzione Generale Sanità entro il 31 dicembre 2004, segnalerà sulla SDO con un codice particolare l'evidenza della condizione clinica di postumi di mielolesione traumatica, vascolare, infettiva, infiammatoria e post – chirurgica;

Le ASL nei loro Piani dei Controlli dovranno prevedere delle azioni specifiche di monitoraggio e di controllo sulle modalità di corretta codifica delle predette tipologie di prestazioni, nonché valutazioni sull'andamento quantitativo nel corso dell'anno delle attività, della loro sostenibilità organizzativa e della loro plausibilità epidemiologica. Queste attività di valutazione e controllo saranno oggetto di confronto con gli erogatori durante i periodici incontri trimestrali di monitoraggio della negoziazione. Entro il 31 luglio 2005 la Direzione Generale Sanità effettuerà una valutazione di sistema delle predette attività, sia dal punto di vista epidemiologico che del loro impatto sull'organizzazione delle strutture, con la finalità di verificare lo svolgimento di queste attività secondo corretti criteri dal punto di vista clinico ed organizzativo.

Al fine di garantire continuità ai servizi resi ai cittadini e di dare certezze contrattuali ai soggetti che attualmente erogano servizi per conto del servizio sanitario regionale (si ricorda che le condizioni negoziate per il 2004 terminano con la fine dell'esercizio stesso) si danno le seguenti indicazioni:

- Siglare entro il **31.12.2004** i contratti per l'esercizio 2005 secondo lo schema allegato alla presente DGR e: nell'articolo dove si individua la valorizzazione relativa alle attività di ricovero e cura indicare un valore pari ai 3/12 di quanto negoziato tra ASL ed Erogatore

per l'anno 2004, incrementato del 2,5%; nell'articolo dove si individua la valorizzazione relativa alle attività di specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale indicare un valore pari ai 3/12 di quanto negoziato tra ASL ed Erogatore per l'anno 2004, incrementato del 2%.

- Entro il 31 Marzo 2005 definire l'esatta valorizzazione delle risorse disponibili su base annua, al netto delle attività extra quota definita di risorse, e definire la modalità di attribuzione dell'eventuale quota aggiuntiva destinata alle attività di specialistica ambulatoriale per progetti specifici.

Ciò in quanto la chiusura entro il 28 febbraio 2005 dell'esercizio 2004 permetterà:

- per le attività ambulatoriali di calcolare per ogni struttura il finanziamento 2004 totale comprensivo della quota, oltre la quota di risorse pre-assegnata, calcolata applicando le regressioni tariffarie. Lo stesso finanziamento, al netto del valore delle attività di dialisi e di radioterapia (al quale verrà applicato al massimo il livello medio di regressione tariffaria rilevato su tutta la produzione erogata in Regione Lombardia) e portato al 98% costituirà la quota di risorse minima pre-assegnata per il 2005. Tra il 98% ed il 103% sarà applicato alle valorizzazioni prodotte un abbattimento fino al 40% e tra il 103% ed il 108% un abbattimento fino all' 80%. L'impegno ad erogare prestazioni a carico del servizio sanitario regionale vale fino al 108%. La modifica delle soglie di attività massima e dei coefficienti di regressione tariffaria è dovuta al fatto che un 2% di incremento di risorse viene attribuito in modo omogeneo ed indistinto a tutto il sistema. Si ricorda infatti che un ulteriore 2% di incremento sarà attribuito sulla base di specifici progetti definiti dalle singole ASL e finalizzati a risolvere squilibri domanda offerta e criticità di durata dei tempi d'attesa. I predetti progetti dovranno essere presentati e condivisi dalle ASL con gli erogatori in sede di conferenza dei Direttori Generali della ASL, delle Aziende Ospedaliere e dei rappresentanti legali delle strutture erogatrici di cui alla DGR VI/40903 del 29.12.98. Le risorse assegnate ai singoli erogatori sulla base di questi specifici progetti saranno esplicitate nel contratto integrativo di cui si allega di seguito uno schema. La data ultima di destinazione di queste risorse dovrà essere, come già detto, il **31 marzo 2005**.
- per le attività di ricovero e cura, per ciascuna struttura, alla quota finanziata per l'anno 2004 sarà sottratto il valore delle prestazioni relative ai DRG chirurgici con diagnosi principale di Neoplasia Maligna, ai parti (DRG dal 370 al 375), ai dimessi da strutture con Pronto Soccorso, DEA o EAS con diagnosi principale di cui all'allegato alla DGR n. 16827 del 19.03.2004, ai dimessi da reparti riabilitativi con postumi di mielolesione e con sindrome post comatosa, che saranno individuati secondo le modalità definite con apposita circolare dalla DG Sanità entro il 31 dicembre 2004, a cui sarà stato applicato al massimo il coefficiente medio che per il 2004 permetterà di riconciliare il valore dei ricoveri complessivamente erogati in Regione con la quota di risorse stanziata dalla Giunta per lo stesso anno. Il valore così ottenuto, incrementato del 2,5 %, costituirà, per ogni struttura, la quota di risorse disponibili per l'anno 2005.

Al di sopra dei valori soglia di attività sopra definiti, sia per attività di ricovero e cura sia per prestazioni ambulatoriali, si ritiene assolto l'impegno contrattuale di erogare prestazioni per conto del servizio sanitario regionale, e vale la procedura di valutazione da effettuarsi da parte delle ASL territorialmente competenti già prevista nel testo del presente allegato



Le quote di risorse indicate nei contratti saranno disponibili per i soggetti erogatori nella misura in cui gli stessi effettueranno prestazioni di valore corrispondente. Le regole 2005 prevedono che per le attività di ricovero il non raggiungimento od il superamento da parte degli erogatori della quota di risorse ad essi destinata non influenzi nel complesso l'equilibrio del sistema. Per le attività ambulatoriali, invece, parte del finanziamento, ovvero quello corrisposto al di sopra del 98%, è legato, per quanto riguarda l'incidenza delle regressioni tariffarie, all'andamento complessivo del sistema, entro il limite massimo di risorse destinate dalla presente DGR a queste attività. Pertanto per i soggetti iscritti al registro delle strutture accreditate come unico ente e che erogano sia prestazioni di ricovero e cura, sia ambulatoriali, è possibile prevedere uno spostamento di quote di risorse relative all'attività di ricovero e cura a favore delle attività ambulatoriali, nel caso in cui la struttura non raggiunga la soglia di risorse negoziata, a causa di eventi oggettivabili. La quota trasferita dovrà essere concordata con la ASL di riferimento che verificherà con la DG Sanità la compatibilità di sistema. La citata variazione non potrà costituire elemento di consolidamento delle risorse assegnate per gli esercizi successivi.

Non è invece possibile uno spostamento di risorse dall'attività ambulatoriale a quella di ricovero e cura, in quanto ciò, come già detto, penalizzerebbe tutti gli erogatori creando un incremento delle regressioni tariffarie e modificherebbe le previsioni di allocazione di risorse effettuate dalla Giunta.

**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. – facsimile**

**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 con la Deliberazione n. .... 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 al punto ..... del medesimo provvedimento e che qui si intendono integralmente richiamate;

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;

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 tra le stesse parti in data \_\_\_\_\_ le cui disposizioni rimangono in vigore tra le parti stesse, per quanto 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 le tariffe vigenti in Lombardia nel periodo di erogazione delle prestazioni. 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 01.01.05 e per quanto attiene le prestazioni ambulatoriali sono conteggiabili esclusivamente quelle erogate a far tempo dalla data dell'01.01.05.*

## 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 2004 relativamente alle attività di ricovero e cura e di quelle di specialistica ambulatoriale individuata come segue ..... Ciò in quanto in quanto la chiusura entro il 28 febbraio 2005 dell'esercizio 2004 permetterà:*

- *per le attività ambulatoriali di calcolare per ogni struttura il finanziamento 2004 totale comprensivo della quota, oltre la quota di risorse pre-assegnata, calcolata applicando le regressioni tariffarie. Lo stesso finanziamento, al netto del valore delle attività di dialisi e di radioterapia (al quale verrà applicato al massimo il livello medio di regressione tariffaria rilevato su tutta la produzione erogata in Regione Lombardia) e portato al 98% costituirà la quota di risorse minima pre-assegnata per il 2005. Tra il 98% ed il 103% sarà applicato alle valorizzazioni prodotte un abbattimento fino al 40% e tra il 103% ed il 108% un abbattimento fino all' 80%. L'impegno ad erogare prestazioni a carico del servizio sanitario regionale vale fino al 108%. La modifica delle soglie di attività massima e dei coefficienti di regressione tariffaria è dovuta al fatto che un 2% di incremento di risorse viene attribuito in modo omogeneo ed indistinto a tutto il sistema. Si ricorda infatti che un ulteriore 2% di incremento sarà attribuito sulla base di specifici progetti definiti dalle singole ASL e finalizzati a risolvere squilibri domanda offerta e criticità di durata dei tempi d'attesa. I predetti progetti dovranno essere presentati e condivisi dalle ASL con gli erogatori in sede di conferenza dei Direttori Generali della ASL, delle Aziende Ospedaliere e dei rappresentanti legali delle strutture erogatrici di cui alla DGR VI/40903 del 29.12.98. Le risorse assegnate ai singoli erogatori sulla base di questi specifici progetti saranno esplicitate nel contratto integrativo di cui si allega di seguito uno schema. La data ultima di destinazione di queste risorse dovrà essere, come già detto, il 31 marzo 2005.*
- *per le attività di ricovero e cura, per ciascuna struttura, alla quota finanziata per l'anno 2004 sarà sottratto il valore delle prestazioni relative ai DRG chirurgici con diagnosi principale di Neoplasia Maligna, ai parti (DRG dal 370 al 375), ai dimessi da strutture con Pronto Soccorso, DEA o EAS con diagnosi principale di cui all'allegato alla DGR n. 16827 del 19.03.2004, ai dimessi da reparti riabilitativi con postumi di mielolesione e con sindrome post comatosa, che saranno individuati secondo le modalità definite con apposita circolare dalla DG Sanità entro il 31 dicembre 2004, a cui sarà stato applicato al massimo il coefficiente medio che per il 2004 permetterà di riconciliare il valore dei ricoveri complessivamente erogati in Regione con la quota di risorse stanziata dalla Giunta per lo stesso anno. Il valore così ottenuto, incrementato del 2,5 %, costituirà, per ogni struttura, la quota di risorse disponibili per l'anno 2005.*

*(per l'intera annualità – da definire entro il mese di marzo 2005) Per le attività di ricovero e cura la valorizzazione relativa alle attività garantite a cittadini residenti in Lombardia viene individuata nella quota di ..... € ed è calcolata effettuando un incremento del 2,5% del valore finanziato per l'anno 2004, al netto delle prestazioni relative ai pazienti chirurgici dimessi con diagnosi principale di Neoplasia Maligna, alle pazienti dimesse in seguito a parto (DRG dal 370 al 375), ai pazienti dimessi da strutture con Pronto Soccorso, DEA o EAS con diagnosi principale di cui all'allegato alla DGR n. VII/16827 del 19.03.2004, ai pazienti dimessi da reparti riabilitativi con postumi di mielolesione e con sindrome post comatosa, individuati secondo le modalità definite con apposita circolare dalla DG Sanità e calcolati secondo le modalità previste dalla DGR VII/ del , relativa alle regole per l'esercizio 2005. 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.*

*Per le attività di specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale, comprensive delle attività di Pronto Soccorso non seguite da ricovero, la quota minima di risorse preassegnata di finanziamento corrisponderà alla quota di ..... € pari al finanziato 2004, al netto delle attività di radioterapia e di dialisi calcolati secondo le modalità previste dalla DGR VII/ del , relativa alle regole per l'esercizio 2005, portata al 98%. Questa base sarà considerata e di seguito individuata come 98%. Tra il 98% ed il 103% sarà applicato alle valorizzazioni prodotte un abbattimento fino al 40% e tra il 103% ed il 108% un abbattimento fino al 80%. Al raggiungimento della predetta soglia del 108% 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. L'impegno ad erogare prestazioni a carico del servizio sanitario regionale vale fino al 108%.*

#### *Art.4*

*Alla struttura è destinata una quota di risorse di ..... € relative alle attività di specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale assegnate sulla base di specifici progetti (allegati al presente contratto) sviluppati con la finalità di risolvere criticità sui tempi di attesa e/o su situazioni di squilibrio territoriale tra domanda ed offerta di prestazioni. La predetta quota sarà riconosciuta previa valutazione del raggiungimento degli obiettivi definiti dal progetto di cui all'allegato del presente contratto*

#### *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 2005 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.*

#### *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 considerato .*

*Art. 7*

*Autoprescrizione delle prestazioni*

*I soggetti che ne hanno la facoltà, dovranno esplicitare le azioni che intendono intraprendere per promuovere al loro interno un utilizzo appropriato della possibilità di autoprescrivere prestazioni di ricovero, di specialistica e di diagnostica strumentale.*

*Art.8*

*Validità e durata*

*Le presenti disposizioni integrative hanno validità per l'intero esercizio 2005, 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*

	PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE
branca	RADIOTERAPIA
38.99.1	INIEZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO PER SIMULAZIONE RADIOTERAPICA TC
92.23.1	TELECOBALTOTERAPIA
	CON CAMPO FISSO O DUE CAMPI CONTRAPPOSTI
	Per seduta e per focolaio trattato
92.23.2	TELECOBALTOTERAPIA
	CON CAMPI MULTIPLI, DI MOVIMENTO
	Per seduta e per focolaio trattato
92.23.3	TELECOBALTOTERAPIA
	CON TECNICA FLASH
	Per seduta e per focolaio trattato
92.24.1	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE
	CON CAMPO FISSO O DUE CAMPI CONTRAPPOSTI
	Per seduta e per focolaio trattato
92.24.2	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE
	CON CAMPI MULTIPLI, DI MOVIMENTO
	Per seduta e per focolaio trattato
92.24.3	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE
	CON TECNICA FLASH
	Per seduta e per focolaio trattato
* 92.24.4	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA
92.25.1	TELETERAPIA CON ELETTRONI A UNO O PIU' CAMPI FISSI
	Per seduta e per focolaio trattato
* 92.25.2	IRRADIAZIONE CUTANEA TOTALE CON ELETTRONI (TSEI/TSEBI)
92.27.1	BRACHITERAPIA ENDOCAVITARIA
	CON CARICAMENTO REMOTO (HDR)
	Per seduta e per focolaio trattato
92.27.2	BRACHITERAPIA INTERSTIZIALE
92.27.2	BRACHITERAPIA INTERSTIZIALE
	CON IMPIANTO PERMANENTE
92.27.3	BRACHITERAPIA DI SUPERFICIE (HDR)
	Per seduta e per focolaio trattato
92.27.4	BRACHITERAPIA INTERSTIZIALE
	CON CARICAMENTO REMOTO (HDR)
	Per seduta e per focolaio trattato
92.27.5	BETATERAPIA DI CONTATTO
	Per seduta e per focolaio trattato
92.28.1	TERAPIA DEGLI IPERTIROIDISMI
	Fino a 370 MBq
92.28.2	TERAPIA DEGLI IPERTIROIDISMI
	Per ogni 370 MBq successivi
92.28.3	TERAPIA ENDOCAVITARIA
92.28.4	TERAPIA CON ANTICORPI MONOCLONALI
	Fino a 185 MBq
92.28.5	TERAPIA CON ANTICORPI MONOCLONALI
	Per ogni 185 MBq successivi
* 92.28.6	TERAPIA PALLIATIVA DEL DOLORE DA METASTASI OSSEE
92.29.1	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE
	Con simulatore radiologico (intero trattamento)
92.29.2	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE
	Con TC simulatore o TC In caso di iniezione di mezzo di contrasto codificare anche (38.99.1) (intero trattamento)
92.29.3	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE
	Con RM In caso di iniezione di mezzo di contrasto codificare anche (38.99.2)

		PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE
		(intero trattamento)
92.29.4		STUDIO FISICO-DOSIMETRICO
		Calcolo della dose in punti
92.29.5		STUDIO FISICO-DOSIMETRICO CON ELABORATORE SU SCANSIONI TC
		In caso di ricostruzione 3D codificare anche (88.90.2)
92.29.6		DOSIMETRIA IN VIVO
		Controllo fisico della ripetibilita' del trattamento
		Controllo fisico per radioprotezione
92.29.7		SCHERMATURA PERSONALIZZATA
		(intero trattamento)
92.29.8		SISTEMA DI IMMOBILIZZAZIONE PERSONALIZZATO
		(intero trattamento)
92.29.9		PREPARAZIONE DI COMPENSATORI SAGOMATI
		(intero trattamento)
99.85		IPERTERMIA PER IL TRATTAMENTO DI TUMORE
		Ipertermia [terapia aggiuntiva] indotta da microonde ultrasuoni,
		radiofrequenza a bassa energia, sonde intestinali,
		o altri mezzi per trattamento di tumore
	branca	NEFROLOGIA-DIALISI
H	39.95.1	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO
	39.95.2	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO, AD ASSISTENZA LIMITATA
	39.95.3	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO, DOMICILIARE
H	39.95.4	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE MOLTO BIOCOMPATIBILI
H	39.95.5	EMODIAFILTRAZIONE
		Biofiltrazione senza acetato
		Biofiltrazione
		Emodiafiltrazione con membrane a permeabilita' elevata
	39.95.6	EMODIAFILTRAZIONE AD ASSISTENZA LIMITATA
		Biofiltrazione senza acetato
		Biofiltrazione
		Emodiafiltrazione con membrane a permeabilita' elevata
H	39.95.7	ALTRA EMODIAFILTRAZIONE
		Con membrane a permeabilita' elevata e molto biocompatibili
H	39.95.8	EMOFILTRAZIONE
H	39.95.9	EMODIALISI - EMOFILTRAZIONE
		Tecnica mista
	54.98.1	DIALISI PERITONEALE AUTOMATIZZATA (CCPD)
	54.98.2	DIALISI PERITONEALE CONTINUA (CAPD)

## **Politiche del personale**

### **Finanziamento del costo del lavoro**

Nell'ambito delle risorse assegnate alle Aziende come budget-obiettivo economico sono compresi tutti i costi del lavoro per remunerare sia il personale dipendente che le prestazioni di servizi forniti tramite rapporti di lavoro non subordinato.

#### *Personale dipendente*

In proporzione alla consistenza del personale in servizio a tempo determinato e indeterminato, sono assegnate - nell'obiettivo economico di ciascuna Azienda – le risorse necessarie a far fronte ai costi derivanti dai rinnovi contrattuali e agli importi aggiuntivi derivanti da accordi regionali sottoscritti con le rappresentanze sindacali dei lavoratori.

#### *Assunzioni di personale a tempo determinato e indeterminato*

Le assunzioni di personale a tempo indeterminato e determinato dovranno essere programmate in ragione dei servizi e delle attività essenziali da garantire, con particolare attenzione ai profili critici del comparto sanitario e in misura compatibile con le risorse economiche assegnate con il budget - obiettivo economico complessivo.

Salvo casi eccezionali e motivati non sarà consentita l'assunzione a tempo indeterminato di personale dei ruoli amministrativo e tecnico.

Nella definizione delle unità di personale da assumere a tempo indeterminato si dovrà tener conto delle cessazioni avvenute nel 2004 nonché delle disposizioni finanziarie nazionali al riguardo e dovrà essere privilegiata la stabilizzazione delle posizioni funzionali indispensabili coperte tramite personale in servizio con rapporto di lavoro subordinato a tempo determinato e tramite incarichi temporanei.

I piani di assunzione del personale a tempo indeterminato e determinato dovranno essere presentati unitamente ai bilanci di previsione in modo che vi sia una congruenza tra i contingenti numerici proposti e la copertura finanziaria degli stessi.

Per poter operare una corretta programmazione verranno definite dalla Direzione Sanità linee guida specifiche per la presentazione dei Piani in termini utili per garantire la presentazione e l'approvazione degli stessi in concomitanza con i bilanci di previsione.

Particolare attenzione dovrà essere riservata al conferimento degli incarichi di Direttore di Struttura complessa, dei quali dovrà essere indicata e approvata nell'ambito dei Piani la relativa disciplina di riferimento.

L'espletamento delle procedure concorsuali dovrà avvenire- salvo comprovate criticità debitamente segnalate – entro quattro mesi.

#### *Contratti di lavoro "atipici"*

I contratti di lavoro cosiddetti atipici devono essere attivati a fronte di adeguate motivazioni e per situazioni eccezionali e temporanee.

A tale proposito sarà valutata la coerenza tra gli obiettivi di razionalizzazione delle collaborazioni e consulenze non sanitarie introdotti negli anni 2003 e 2004 e i risultati raggiunti da ogni singola Azienda e saranno conseguentemente concordati specifici obiettivi di contenimento.



## **Monitoraggio del costo del lavoro**

Nel corso del 2005 sarà ulteriormente implementato il sistema di monitoraggio sull'andamento degli organici e sui relativi costi.

A tal fine la Direzione Generale Sanità, in un costante confronto con le Aziende e tenendo conto delle specificità organizzative, funzionali e logistiche delle stesse, elaborerà indicatori numerici ed economici di performance delle risorse umane, con particolare attenzione:

- al rapporto tra i costi del personale e i ricavi lordi della produzione;
- al rapporto tra i costi del personale e i costi totali;
- al rapporto tra i costi per prestazioni di servizi e i costi del personale dipendente;
- al rapporto tra il personale dipendente e la popolazione residente per ASL, tenendo conto delle specificità territoriali;
- alla distribuzione del personale tra le diverse aree contrattuali, con particolare riferimento al rapporto tra dirigenza e personale del comparto;
- al rapporto, in termini di efficienza ed efficacia, delle prestazioni erogate dal personale medico e dagli altri operatori sanitari.

Le risultanze di tale sistema di monitoraggio saranno periodicamente portate a conoscenza di tutte le Aziende, in modo tale che il confronto tra i vari indicatori costituisca il punto di riferimento per le decisioni da assumere a livello aziendale in termini di politica e gestione del personale.

## **Formazione**

Il sistema formativo rivolto al personale delle Aziende Sanitarie sarà incentrato sulla predisposizione e attuazione di piani di formazione aziendali comprendenti le iniziative rivolte a tutto il personale dell'Azienda; per il personale sanitario la formazione dovrà essere organizzata secondo i criteri previsti dalla d.g.r. n. 18576 del 5.08.2004 "Linee di indirizzo per l'attivazione del sistema ECM in Lombardia", tenendo conto degli obiettivi formativi di interesse regionale individuati dalla Commissione regionale per l'ECM.

I Piani aziendali dovranno essere definiti con apposito atto formale, indicante le risorse economiche investite, avendo riguardo a quanto disposto dai CCNL e dalla Direttiva n. 14 del 24.04.1995 della Funzione Pubblica in ordine agli impegni da assumere per il finanziamento della formazione del personale dipendente.

Nell'ambito dei Piani di formazione aziendale una quota di risorse dovrà essere riservata a iniziative generali e settoriali di presentazione delle regole del SSR per l'anno 2005 e di illustrazione, verifica intermedia e finale degli obiettivi strategici regionali e aziendali, ivi compresi quelli specificamente attribuiti ai Direttori Generali.

La realizzazione di tali iniziative troverà uno spazio adeguato nell'ambito del programma di formazione manageriale coordinato dalla Scuola di Direzione in Sanità (S.D.S.), rivolto in particolare ai Direttori di Struttura Complessa dei diversi ruoli della Dirigenza, la partecipazione dei quali dovrà essere oggetto di specifica attenzione da parte del management aziendale.

## **Allegato 9**

### **Medicina convenzionata: MMG, PLS e Continuità Assistenziale**

Nell'ambito delle risorse assegnate alle Aziende come budget – obiettivo economico saranno compresi i costi relativi ai rinnovi delle convenzioni per i Medici di Medicina Generale, per i Pediatri di libera scelta e per i Medici della continuità assistenziale e dei servizi e per gli Specialisti ambulatoriali, sia per quanto riguarda le voci di competenza nazionale che per gli importi aggiuntivi definiti a livello regionale in accordo con le rappresentanze sindacali di categoria.

### **Negoziazione con le Aziende per valutazioni progetti e criteri di ripartizione delle risorse aggiuntive per la medicina convenzionata**

Le cure primarie sono state caratterizzate dalla presenza di una progettualità per la quale sono previsti degli incentivi. Pur nel rispetto delle valutazioni aziendali del contesto e della relativa formulazione di obiettivi possibili, occorre monitorare al meglio la progettualità aziendale, in modo tale da creare la possibilità di sperimentazioni di differenti modalità di erogazione delle cure primarie, di ricavare delle informazioni utili per la Regione e di verificare i contenuti anche rispetto alle aree di risultato attese.

La progettualità dovrà essere annuale; nell'ambito del coordinamento regionale verranno individuate le tematiche più rilevanti e i criteri di massima per la ripartizione delle risorse aggiuntive.

La negoziazione preventiva dei progetti aziendali consentirà di avere:

- una distribuzione governata delle risorse aggiuntive evitando che costituiscano solo integrazioni alla quota capitarla;
- la possibilità di conoscere ed eventualmente interloquire preventivamente rispetto ai progetti previsti verificando la sintonia con gli orientamenti regionali e lasciando alle ASL la modulazione degli aspetti operativi.

### Tariffe delle prestazioni di ricovero e cura e di diagnostica e specialistica ambulatoriale

Nel corso dell'ultimo quadrimestre del 2004 è stato attivato, nel contesto del progetto triennale di valutazione qualitativa delle strutture sanitarie accreditate in collaborazione con l'Ente Joint Commission, un gruppo di lavoro per la rilevazione dei costi sostenuti dalle strutture di ricovero e cura pubbliche e private accreditate. La finalità è stata quella di valutare la congruità del valore del punto DRG e di sviluppare degli appositi indicatori di bilancio finalizzati a valutare le "performances" qualitative delle strutture. I dati dei bilanci e della contabilità analitica per centri di costo sono stati valutati secondo le previsioni del DM Sanità 15 Aprile 1994 "Determinazione dei criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa ed ospedaliera" che all'art. 3, commi 5 – 6, statuisce i criteri di determinazione delle tariffe e del DM Sanità 30 giugno 1997 "aggiornamento delle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera di cui al DM 14 dicembre 1994", in particolare gli articoli 2,3,4.

Sono state inoltre considerate le istanze dei rappresentanti della SIOT (società italiana di ortopedia e di traumatologia), del GIR (gruppo italiano ri protesizzazione) e della Società Italiana dell'Anca, che hanno evidenziato la necessità di dettagliare, secondo livelli crescenti di complessità, le attività di revisione di protesica ortopedica all'anca e di rimozione di mezzi di sintesi in seguito ad interventi chirurgici ortopedici.

E' stata infine effettuata un'analisi dei dati epidemiologici relativi ai ricoveri ostetrici degli anni 2002-2003 ed in collaborazione con le Società Scientifiche e dei gruppi di lavoro istituiti dalla Direzione Generale Sanità si è convenuto di equiparare il valore dei DRG 373, 374 e 375 al valore del DRG 371 "Parto cesareo senza CC". La differenza rispetto alla tariffa precedente e la nuova è finalizzata a finanziare l'analgia in travaglio di parto.

In caso di effettuazione di analgesia in travaglio di parto dovrà essere inserito il codice 0391 "Iniezione di anestetico nel canale vertebrale per analgesia" nei campi della SDO "Altri interventi o procedure", al fine di ottenere dati epidemiologici sulla frequenza dell'analgia nel parto.

Visti i bilanci di esercizio 2003, disponibili presso la Direzione Generale Sanità, delle strutture pubbliche e private accreditate e delle proposte effettuate dai rappresentanti delle società scientifiche sopra menzionate si stabilisce che a decorrere dai pazienti dimessi dal 1° gennaio 2005:

- il valore del costo per punto DRG venga incrementato dello 0,881% e corrisponda quindi ad Euro 2.697,00= venendo così ad incrementare del 3% il valore del punto rispetto a quello precedente l'ultima variazione stabilita con la DGR N. VII/18585 del 5 agosto 2004;
- venga equiparato il valore del DRG 373, 374 e 375 al valore del DRG 371 "Parto cesareo senza CC". La differenza rispetto alla tariffa precedente è finalizzata a finanziare l'analgia in travaglio di parto;
- in caso di effettuazione di analgesia in travaglio di parto dovrà essere inserito il codice 0391 "Iniezione di anestetico nel canale vertebrale per analgesia" nei campi della SDO "Altri interventi o procedure", al fine di ottenere dati epidemiologici sulla frequenza dell'analgia nel parto;
- i DRG 209 e 471, in caso di revisione di protesi di anca, siano classificati per livelli crescenti di complessità e di impegno di risorse mediante la compilazione di un apposito campo della SDO secondo le modalità che saranno indicate con un'apposita circolare dalla Direzione Generale Sanità entro il 31 dicembre 2004;
- per le classi III e IV di revisione di protesi di anca sia previsto il pagamento, senza integrazioni della quota di finanziamento 2005 disponibile per le strutture, del valore intero della protesi impiantata e dichiarato dalla struttura mediante l'apposito flusso informativo già in vigore;
- il valore del DRG 231 sia differenziato, mediante la compilazione di un apposito campo della SDO secondo le modalità che saranno indicate con un'apposita circolare dalla Direzione Generale Sanità entro il 31 dicembre 2004, in base alla localizzazione dell'intervento; le procedure su mano e piede (compresi polso e caviglia) avranno un valore inferiore del 35% rispetto a quello base del DRG 231;
- in considerazione dell'istituzione del Registro Ortopedico Protesico Lombardo (ROLP) con DGR VII/14255 del 15/09/2003, saranno sviluppati entro il 31 dicembre 2004 degli indicatori di qualità della compilazione del flusso informativo delle protesi che saranno resi noti con specifica circolare. Se i predetti indicatori di qualità della compilazione non saranno raggiunti dalle strutture le stesse dovranno correggere i dati, pena il non pagamento della quota aggiuntiva prevista per le endoprotesi;
- per quanto riguarda gli interventi di revisione sopra esposti sarà prevista l'effettuazione di verifiche campionarie sulla corretta classificazione dei ricoveri nelle 4 categorie di complessità. Ciò avverrà a cura di professionisti esperti nel settore;
- A seguito delle risultanze delle verifiche effettuate in diverse Strutture di Ricovero e Cura della Regione Lombardia, riguardanti le Schede di Dimissioni Ospedaliere (SDO) relative ai DRG 14 "Malattie cerebrovascolari specifiche eccetto TIA" e 15 "TIA e occlusioni precerebrali", si è constatato, in alcuni casi, la codifica riportata sulla Scheda di Dimissioni Ospedaliere (SDO) non risultava congruente con le notizie riportate nella cartella clinica. In particolare è risultata l'attribuzione al DRG 14, oltre che di codici rappresentativi di emorragia cerebrale,

di codici rappresentativi di incidenti cerebrovascolari acuti con presenza di infarto cerebrale anche in assenza di menzione, in cartella, dell'infarto medesimo. Per una corretta codifica si rimanda alla deliberazione 25 luglio 2003 n. VII/13796 Modifiche della classificazione, delle tariffe e della erogabilità a carico del servizio sanitario regionale di alcune prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale, tra cui quelle indicate agli allegati 2B e 2C del d.p.c.m. 29 novembre 2001 "definizione dei livelli essenziali di assistenza", ed aggiornamento delle linee guida per la codifica delle diagnosi e degli interventi chirurgici e procedure diagnostiche e terapeutiche – revisione 2003". In particolare si rammenta che l'infarto cerebrale, se presente, deve essere chiaramente documentato in cartella clinica e che quando non è possibile definire con certezza la natura emorragica o infartuate di un accidente cerebrovascolare si deve utilizzare il codice 436 "Vasculopatie cerebrali acute, mal definite". La presente problematica è già stata risolta negli USA con il rilascio della versione 20.0 del Grouper - CMS. In similitudine a quanto previsto da questa versione del Grouper si ritiene di differenziare le tariffe dei DRG 014 "Malattie cerebrovascolari specifiche eccetto TIA" e 015 "TIA e occlusioni precerebrali, sulla base della tipologia della diagnosi principale codificata sulla scheda di dimissione ospedaliera così come segue

o **DRG 014:**

o cod 430, 431, 432.0, 432.1, 432.9, 433.01, 433.11, 433.21, 433.31, 433.81, 433.91, 434.01, 434.11, 434.91, **€3.279,50**

o cod. 436, 437.3, 784.3 **€2295,65**

o **DRG 015:**

o Cod cod. 433.00, 433.10, 433.20, 433.30, 433.80, 433.90, 434.00, 434.10, 434.90 **€2295,65**

o Cod 435.0, 435.1, 435.2, 435.3, 435.8, 435.9 **€1923,00**

- per quanto riguarda gli indicatori da utilizzarsi per la valutazione della qualità avanzata si conferma per l'esercizio 2005 quanto stabilito dalla DGR n. VII/16827 del 19.03.2004;
- il nomenclatore tariffario delle prestazioni di diagnostica strumentale e di specialistica ambulatoriale rimanga invariato;
- le tariffe relative alle attività di riabilitazione erogate in regime di ricovero saranno definite dopo l'approvazione della DGR di riordino della rete delle attività di riabilitazione.

DRG	Tariffa Differenziata	MDC	Tipo C/M	Descrizione DRG	Acuti - Tariffa Ordinaria	Acuti - Soglia Deg	Acuti - Tariffa Oltre Soglia	Acuti - Tariffa 0-1 & DH
001		01	C	Craniotomia eta' >17 escl. per traumatismo	9.739,64	39	292,51	7.304,72
002		01	C	Craniotomia eta' >17 per traumatismo	9.931,21	26	455,26	7.447,89
003		01	C	Craniotomia eta' <18	9.396,64	60	269,86	7.047,22
004		01	C	Interventi su midollo spinale	7.489,09	21	284,28	5.616,56
005		01	C	Interventi su vasi extracranici	3.889,27	16	195,70	2.916,94
006		01	C	Decompressione tunnel carpale	903,34	4	117,42	903,34
007		01	C	Int. su nervi periferici e cranici ed altri int. su sist. nervoso con CC	6.940,11	40	228,66	5.205,59
008	N	01	C	Int. su nervi periferici e cranici ed altri int. su sist. nervoso senza CC	1.884,89	14	182,31	1.414,18
008	S	01	C	Int. su nervi periferici e cranici ed altri int. su sist. nervoso senza CC (Con cod. di interv. principale 9231 o 9232 o 9233 "Radiochirurgia ...")	6.940,11	40	228,66	5.205,59
009		01	M	Malattie e traumatismi midollo spinale	3.448,43	31	169,95	245,14
010		01	M	Neoplasie del sist. nervoso con CC	3.461,81	34	138,02	183,34
011		01	M	Neoplasie del sist. nervoso senza CC	2.075,44	26	119,48	149,35
012		01	M	Malattie degenerative del sist. nervoso	2.576,02	23	114,33	177,16
013		01	M	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	2.248,48	20	117,42	184,37
014		01	M	Malattie cerebrovascolari specifiche escl. TIA	3.279,50	30	135,96	188,49
015		01	M	TIA e occlusioni precerebrali	1.923,00	21	110,21	166,86
016		01	M	Malattie cerebrovascolari aspecifiche con CC	2.990,07	25	131,84	191,58
017		01	M	Malattie cerebrovascolari aspecifiche senza CC	1.732,45	20	88,58	136,99
018		01	M	Malattie nervi cranici e periferici con CC	2.473,02	25	114,33	154,50
019		01	M	Malattie nervi cranici e periferici senza CC	1.124,75	22	55,62	139,05
020		01	M	Infezioni del sist. nervoso escl. meningite virale	6.356,10	40	247,20	301,79
021		01	M	Meningite virale	3.912,95	20	262,65	286,34
022		01	M	Encefalopatia ipertensiva	1.958,02	27	116,39	179,22
023		01	M	Stato stuporoso e coma di origine non traumatica	2.211,40	24	112,27	124,63
024		01	M	Convulsioni e cefalea eta' >17 con CC	2.620,30	21	154,50	200,85
025		01	M	Convulsioni e cefalea eta' >17 senza CC	1.026,70	17	56,13	152,44
026		01	M	Convulsioni e cefalea eta' <18	2.496,70	11	309,00	351,23
027		01	M	Stato stuporoso e coma di origine traum., coma > 1h	3.706,95	31	143,17	215,27
028		01	M	Stato stuporoso e coma di origine traum., coma < 1h, eta' >17 con CC	3.291,87	31	218,36	224,54
029		01	M	Stato stuporoso e coma di origine traum., coma < 1h, eta' >17 senza CC	1.587,22	18	172,01	180,25
030		01	M	Stato stuporoso e coma di origine traum., coma < 1h, eta' <18	930,08	4	170,98	195,70

DRG	Tariffa Differenziata	MDC	Tipo C/M	Descrizione DRG	Acuti - Tariffa Ordinaria	Acuti - Soglia Deg	Acuti - Tariffa Oltre Soglia	Acuti - Tariffa 0-1 & DH
031		01	M	Commozione cerebrale eta' >17 con CC	2.078,53	19	184,37	204,97
032		01	M	Commozione cerebrale eta' >17 senza CC	1.153,59	10	147,29	167,89
033		01	M	Commozione cerebrale eta' <18	710,70	4	103,00	173,04
034		01	M	Altre malattie del sist. nervoso con CC	3.085,87	41	119,48	168,92
035		01	M	Altre malattie del sist. nervoso senza CC	1.507,91	20	96,82	135,96
036		02	C	Interventi su retina	1.800,43	12	119,48	1.350,32
037		02	C	Interventi su orbita	2.125,91	20	166,86	1.594,43
038		02	C	Interventi primari su iride	1.039,27	16	106,09	779,71
039		02	C	Interventi su cristallino con o senza vitrectomia	968,37	4	99,40	968,37
040		02	C	Interventi su strutture extraoculari escl. l'orbita, eta' >17	1.110,75	4	100,43	1.110,75
041		02	C	Interventi su strutture extraoculari escl. l'orbita, eta' <18	739,96	4	106,60	739,96
042		02	C	Interventi su strutture intraoculari escl. retina, iride e cristallino	1.368,40	9	64,37	1.368,40
043		02	M	Ifema	1.042,35	13	142,14	173,04
044		02	M	Infezioni acute maggiori occhio	1.726,28	26	112,27	178,19
045		02	M	Malattie neurologiche occhio	1.615,03	20	138,02	160,68
046		02	M	Altre malattie occhio, eta' >17 con CC	1.946,69	20	208,06	151,41
047		02	M	Altre malattie occhio, eta' >17 senza CC	1.194,79	15	124,63	153,47
048		02	M	Altre malattie occhio, eta' <18	1.161,84	13	135,96	166,86
049		03	C	Interventi maggiori su capo e su collo	4.582,45	46	111,24	3.437,10
050		03	C	Sialoadenectomia	1.974,50	11	119,48	1.480,11
051		03	C	Interventi su ghiandole salivari escl. sialoadenectomia	1.693,31	20	206,00	1.269,98
052		03	C	Riparazione di cheiloschisi e di palatoschisi	2.119,73	14	159,65	1.590,31
053		03	C	Interventi su seni e mastoide, eta' >17	1.951,85	9	172,01	1.463,62
054		03	C	Interventi su seni e mastoide, eta' <18	1.885,92	20	151,41	1.415,21
055		03	C	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	1.253,71	4	85,49	1.253,71
056		03	C	Rinoplastica	1.663,45	4	197,76	1.247,32
057		03	C	Interventi su tonsille e adenoidi escl. solo tonsillectomia e/o adenoidectomia, eta' >17	2.051,75	4	286,34	1.538,81
058		03	C	Interventi su tonsille e adenoidi escl. solo tonsillectomia e/o adenoidectomia, eta' <18	855,92	7	164,80	641,68
059		03	C	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, eta' >17	1.106,21	4	193,64	830,18
060		03	C	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, eta' <18	721,00	4	170,98	540,75
061		03	C	Miringotomia con inserzione di tubo, eta' >17	2.090,89	10	276,04	1.567,65
062		03	C	Miringotomia con inserzione di tubo, eta' < 18	852,84	2	148,32	639,63

DRG	Tariffa Differenziata	MDC	Tipo C/M	Descrizione DRG	Acuti - Tariffa Ordinaria	Acuti - Soglia Deg	Acuti - Tariffa Oltre Soglia	Acuti - Tariffa 0-1 & DH
063		03	C	Altri interventi su orecchio, naso, bocca e gola	2.812,92	15	203,94	2.109,43
064		03	M	Neoplasie maligne di orecchio, naso, bocca e gola	3.245,51	23	167,89	260,59
065		03	M	Alterazioni dell'equilibrio	891,87	15	50,99	143,17
066		03	M	Epistassi	1.264,84	11	147,29	194,67
067		03	M	Epiglottidite	2.272,17	13	236,90	359,47
068		03	M	Otite media e infezioni vie respiratorie sup., eta' >17 con CC	1.946,69	23	135,96	174,07
069		03	M	Otite media e infezioni vie respiratorie sup., eta' >17 senza CC	1.294,71	10	136,99	166,86
070		03	M	Otite media e infezioni vie respiratorie sup., eta' <18	1.652,11	9	220,41	318,27
071		03	M	Laringotracheite	1.860,18	5	351,23	358,44
072		03	M	Traumatismi e deformita' del naso	1.575,89	4	221,45	342,99
073		03	M	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, eta' >17	2.029,09	13	225,57	252,35
074		03	M	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, eta' <18	900,21	9	127,72	180,25
075		04	C	Interventi maggiori su torace	11.974,73	31	310,03	8.981,56
076		04	C	Altri interventi su app. respiratorio con CC	8.045,29	49	215,27	6.033,71
077		04	C	Altri interventi su app. respiratorio senza CC	2.753,17	37	129,78	2.064,11
078		04	M	Embolia polmonare	3.869,69	33	134,93	186,43
079		04	M	Infezioni e infiammazioni respiratorie, eta' >17 con CC	4.722,53	45	121,54	192,61
080		04	M	Infezioni e infiammazioni respiratorie, eta' >17 senza CC	2.593,53	42	58,71	113,30
081		04	M	Infezioni e infiammazioni respiratorie, eta' <18	3.321,74	27	139,05	237,93
082		04	M	Neoplasie app. respiratorio	3.454,60	36	168,92	202,91
083		04	M	Traumi maggiori torace con CC	2.559,54	18	214,24	213,21
084		04	M	Traumi maggiori torace senza CC	1.238,05	12	144,20	232,78
085		04	M	Versamento pleurico con CC	3.228,00	31	124,63	181,28
086		04	M	Versamento pleurico senza CC	1.809,70	28	77,25	116,39
087		04	M	Edema polmonare e insuff. respiratoria	3.116,77	27	188,49	208,06
088		04	M	Malattia polmonare cronico-ostruttiva	2.681,07	21	138,02	198,79
089		04	M	Polmonite semplice e pleurite, eta' >17 con CC	3.123,97	29	124,63	177,16
090		04	M	Polmonite semplice e pleurite, eta' >17 senza CC	1.970,38	21	91,67	133,90
091		04	M	Polmonite semplice e pleurite, eta' <18	2.240,24	15	177,16	275,01
092		04	M	Malattia polmonare interstiziale con CC	3.229,04	31	139,05	192,61
093		04	M	Malattia polmonare interstiziale senza CC	2.082,65	26	125,66	155,53
094		04	M	Pneumotorace con CC	3.445,34	26	150,38	203,94

DRG	Tariffa Differenziata	MDC	Tipo C/M	Descrizione DRG	Acuti - Tariffa Ordinaria	Acuti - Soglia Deg	Acuti - Tariffa Oltre Soglia	Acuti - Tariffa 0-1 & DH
095		04	M	Pneumotorace senza CC	1.610,91	16	126,69	180,25
096		04	M	Bronchite e asma, eta' >17 con CC	2.399,89	21	135,96	185,40
097		04	M	Bronchite e asma, eta' >17 senza CC	1.669,62	17	115,36	159,65
098		04	M	Bronchite e asma, eta' <18	2.406,07	12	250,29	329,60
099		04	M	Segni e sintomi respiratori con CC	2.055,87	29	100,94	143,17
100		04	M	Segni e sintomi respiratori senza CC	1.361,65	16	94,76	134,93
101		04	M	Altre diagnosi relative app. respiratorio con CC	2.463,75	23	117,42	163,77
102		04	M	Altre diagnosi relative app. respiratorio senza CC	1.463,62	15	113,30	143,17
103		PR	C	Trapianto cardiaco	39.825,79	73	647,87	29.869,86
104		05	C	Interventi su valvole card. e altri interv. maggiori cardiotoracici con cateterismo card.	22.374,58	30	814,73	16.780,68
105		05	C	Interventi su valvole card. e altri interv. maggiori cardiotoracici senza cateterismo card.	16.823,93	26	738,51	12.617,44
106		05	C	Bypass coronarico con PTCA	17.394,56	45	544,87	13.045,92
107		05	C	Bypass coronarico con cateterismo cardiaco	16.330,58	28	544,87	12.247,67
108		05	C	Altri interventi cardiotoracici	16.948,57	27	736,45	12.711,17
109		05	C	Bypass coronarico senza PTCA o cateterismo cardiaco	12.221,92	18	728,21	9.165,93
110		05	C	Interventi maggiori su sist. cardiovascolare con CC	12.948,07	36	400,67	9.710,79
111		05	C	Interventi maggiori su sist. cardiovascolare senza CC	7.288,25	22	257,50	5.466,19
112				Non piu' valido	-	0	-	-
113		05	C	Amputazione per mal. app. circolatorio escl. arto sup. e dita piede	7.844,45	67	176,13	5.882,30
114		05	C	Amputazione arto sup. e dita piede per mal. app. circolatorio	4.303,32	52	107,12	3.228,00
115		05	C	Impianto PM cardiaco permanente con IMA, insuff. card. o shock, o AICD o generatore impulsi	11.447,36	31	460,41	8.586,04
116		05	C	Impianto PM cardiaco permanente con altre patologie	7.803,25	19	474,83	5.853,46
117		05	C	Revisione di PM cardiaco escl. sostituzione	3.307,31	33	223,51	2.481,26
118		05	C	Sostituzione di PM cardiaco	4.276,54	4	424,36	3.207,40
119		05	C	Legatura e stripping vene	1.402,98	4	157,59	1.402,98
120		05	C	Altri interventi su app. circolatorio	6.013,11	43	216,30	4.510,35
121		05	M	Mal. cardiovascolari con IMA e complicanze maggiori, dimessi vivi	4.432,07	25	183,34	254,41
122		05	M	Mal. cardiovascolari con IMA senza complicanze maggiori, dimessi vivi	3.608,07	17	151,41	255,44
123		05	M	Mal. cardiovascolari con IMA, deceduti	4.522,71	30	463,50	431,57
124		05	M	Mal. cardiovascolari escl. IMA, con cateterismo cardiaco e dia. complicata	3.309,37	25	204,97	516,03
125		05	M	Mal. cardiovascolari escl. IMA, con cateterismo cardiaco senza dia. complicata	2.046,60	9	221,45	505,73
126		05	M	Endocardite acuta e subacuta	9.024,81	102	218,36	299,73



DRG	Tariffa Differenziata	MDC	Tipo C/M	Descrizione DRG	Acuti - Tariffa Ordinaria	Acuti - Soglia Deg	Acuti - Tariffa Oltre Soglia	Acuti - Tariffa 0-1 & DH
127		05	M	Insufficienza cardiaca e shock	2.874,72	24	140,08	193,64
128		05	M	Tromboflebite vene profonde	2.123,85	23	103,00	141,11
129		05	M	Arresto cardiaco senza causa apparente	3.460,78	39	247,20	254,41
130		05	M	Mal. vascolari periferiche con CC	2.700,64	34	115,36	174,07
131		05	M	Mal. vascolari periferiche senza CC	1.162,25	27	47,90	134,93
132		05	M	Aterosclerosi con CC	2.149,60	24	104,03	149,35
133		05	M	Aterosclerosi senza CC	885,59	17	44,80	129,78
134		05	M	Ipertensione	942,45	18	51,50	147,29
135		05	M	Mal. cardiache congenite e valvolari, eta' >17 con CC	2.325,73	21	138,02	200,85
136		05	M	Mal. cardiache congenite e valvolari, eta' >17 senza CC	1.533,66	16	101,97	147,29
137		05	M	Mal. cardiache congenite e valvolari, eta' <18	1.728,33	12	188,49	224,54
138		05	M	Aritmia e alterazioni conduzione cardiaca con CC	2.296,89	19	147,29	210,11
139		05	M	Aritmia e alterazioni conduzione cardiaca senza CC	1.461,56	14	117,42	165,83
140		05	M	Angina pectoris	1.810,73	18	107,12	165,83
141		05	M	Sincope e collasso con CC	1.886,95	23	122,57	156,56
142		05	M	Sincope e collasso senza CC	982,00	21	56,13	150,38
143		05	M	Dolore toracico	1.462,59	13	139,05	189,52
144		05	M	Altre diagnosi relative app. circolatorio con CC	3.015,83	27	133,90	219,39
145		05	M	Altre diagnosi relative app. circolatorio senza CC	1.817,95	21	114,33	169,95
146		06	C	Resezione rettale con CC	9.262,74	41	162,74	6.946,28
147		06	C	Resezione rettale senza CC	4.947,06	35	109,18	3.711,07
148		06	C	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC	12.350,67	48	236,90	9.262,74
149		06	C	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	4.031,40	42	119,48	3.024,07
150		06	C	Lisi di aderenze peritoneali con CC	7.678,62	36	277,07	5.759,73
151		06	C	Lisi di aderenze peritoneali senza CC	3.205,34	29	172,01	2.404,00
152		06	C	Interventi minori su intestino crasso e tenue con CC	5.022,26	46	157,59	3.766,69
153		06	C	Interventi minori su intestino crasso e tenue senza CC	2.951,97	33	148,32	2.214,49
154		06	C	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, eta' >17 con CC	12.553,58	47	305,91	9.415,18
155		06	C	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, eta' >17senza CC	4.138,52	34	117,42	3.104,40
156		06	C	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, eta' <18	2.295,86	30	103,00	1.721,12
157		06	C	Interventi su ano e stoma con CC	2.582,20	19	133,90	1.936,39
158		06	C	Interventi su ano e stoma senza CC	1.094,37	4	61,29	1.094,37

DRG	Tariffa Differenziata	MDC	Tipo C/M	Descrizione DRG	Acuti - Tariffa Ordinaria	Acuti - Soglia Deg	Acuti - Tariffa Oltre Soglia	Acuti - Tariffa 0-1 & DH
159		06	C	Interventi per ernia escl. inguinale e femorale, eta' >17 con CC	3.043,64	29	115,36	2.283,50
160		06	C	Interventi per ernia escl. inguinale e femorale, eta' >17 senza CC	1.413,93	16	51,50	1.413,93
161		06	C	Interventi per ernia inguinale e femorale, eta' >17 con CC	2.109,43	13	126,69	1.582,08
162		06	C	Interventi per ernia inguinale e femorale, eta' >17 senza CC	1.023,46	4	61,80	1.023,46
163		06	C	Interventi per ernia, eta' <18	965,20	4	130,81	965,20
164		06	C	Appendicectomia con dia. principale complicata con CC	6.852,55	30	359,47	5.139,68
165		06	C	Appendicectomia con dia. principale complicata senza CC	2.605,89	10	286,34	1.954,93
166		06	C	Appendicectomia con dia. principale non complicata con CC	3.216,67	16	230,71	2.412,25
167		06	C	Appendicectomia con dia. principale non complicata senza CC	1.839,58	9	216,30	1.380,19
168		03	C	Interventi su bocca con CC	2.670,77	10	169,95	2.002,31
169		03	C	Interventi su bocca senza CC	1.561,48	9	162,74	1.171,11
170		06	C	Altri interventi su app. digerente con CC	7.535,45	53	251,31	5.651,59
171		06	C	Altri interventi su app. digerente senza CC	3.085,87	31	121,54	2.314,40
172		06	M	Neoplasie maligne app. digerente con CC	3.503,01	37	157,59	197,76
173		06	M	Neoplasie maligne app. digerente senza CC	1.847,81	26	110,21	141,11
174		06	M	Emorragia gastrointestinale con CC	2.641,94	23	133,90	186,43
175		06	M	Emorragia gastrointestinale senza CC	1.559,41	18	101,97	147,29
176		06	M	Ulcera peptica complicata	2.786,14	25	177,16	221,45
177		06	M	Ulcera peptica non complicata con CC	2.139,30	22	110,21	151,41
178		06	M	Ulcera peptica non complicata senza CC	1.542,93	18	109,18	154,50
179		06	M	Mal. infiammatorie intestino	2.978,74	26	147,29	206,00
180		06	M	Occlusione gastrointestinale con CC	2.501,86	24	140,08	182,31
181		06	M	Occlusione gastrointestinale senza CC	1.418,31	17	103,00	140,08
182		06	M	Esofagite, gastroenterite e miscellanea mal. app. digerente, eta' >17 con CC	2.082,65	23	125,66	178,19
183		06	M	Esofagite, gastroenterite e miscellanea mal. app. digerente, eta' >17 senza CC	930,08	18	59,74	146,26
184		06	M	Esofagite, gastroenterite e miscellanea mal. app. digerente, eta' <18	987,77	4	108,67	287,37
185		03	M	Mal. denti e cavo orale escl. estrazione e riparazione, eta' >17	2.118,70	15	212,18	258,53
186		03	M	Mal. denti e cavo orale escl. estrazione e riparazione, eta' <18	1.188,61	9	147,29	188,49
187		03	M	Estrazioni e riparazioni dentali	914,64	4	134,41	407,88
188		06	M	Altre diagnosi app. digerente, eta' >17 con CC	2.689,32	28	152,44	198,79
189		06	M	Altre diagnosi app. digerente, eta' >17 senza CC	1.243,21	15	112,27	132,87
190		06	M	Altre diagnosi app. digerente, eta' <18	1.833,39	9	231,75	356,38

DRG	Tariffa Differenziata	MDC	Tipo C/M	Descrizione DRG	Acuti - Tariffa Ordinaria	Acuti - Soglia Deg	Acuti - Tariffa Oltre Soglia	Acuti - Tariffa 0-1 & DH
191		07	C	Interventi su pancreas, fegato e di shunt con CC	17.101,00	59	302,81	12.825,50
192		07	C	Interventi su pancreas, fegato e di shunt senza CC	5.287,99	48	120,51	3.966,51
193		07	C	Interventi su vie biliari escl. solo colecistectomia con o senza C.D.E. con CC	9.634,57	52	209,09	7.225,42
194		07	C	Interventi su vie biliari escl. solo colecistectomia con o senza C.D.E. senza CC	4.625,71	51	117,42	3.469,03
195		07	C	Colecistectomia con C.D.E. con CC	7.214,08	49	207,03	5.410,56
196		07	C	Colecistectomia con C.D.E. senza CC	3.786,27	46	138,02	2.839,70
197		07	C	Colecistectomia escl. quella laparoscopica senza C.D.E. con CC	4.789,48	36	166,86	3.592,62
198		07	C	Colecistectomia escl. quella laparoscopica senza C.D.E. senza CC	2.480,23	19	160,68	1.860,18
199		07	C	Procedure diagnostiche epatobiliari per neoplasie maligne	7.413,91	60	213,21	5.560,94
200		07	C	Procedure diagnostiche epatobiliari non per neoplasie maligne	8.628,27	53	245,14	6.471,46
201		07	C	Altri interventi epatobiliari o su pancreas	7.998,95	72	228,66	5.999,73
202		07	M	Cirrosi ed epatite alcoolica	3.224,91	29	161,71	195,70
203	N	07	M	Neoplasie maligne app. epatobiliare o pancreas	3.442,24	34	160,68	218,36
203	S	07	C	Neoplasie maligne app. epatobiliare o pancreas (con Cod. Interv. 9985 "ipertermia per il trattamento di tumore")	4.987,23	34	160,68	3.740,94
204		07	M	Mal. pancreas escl. neoplasie maligne	3.009,64	26	143,17	194,67
205		07	M	Mal. fegato escl. neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcoolica con CC	3.105,44	26	155,53	196,73
206		07	M	Mal. fegato escl. neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcoolica senza CC	1.746,88	29	119,48	139,05
207		07	M	Mal. vie biliari con CC	2.647,09	28	125,66	175,10
208		07	M	Mal. vie biliari senza CC	1.050,49	19	50,47	136,99
209		08	C	Interventi su articolazioni magg. e reimpianti arti inf.	7.430,38	26	229,69	5.573,30
210		08	C	Interventi su anca e femore escl. articolazioni magg., eta' >17 con CC	5.762,83	36	152,44	4.321,86
211		08	C	Interventi su anca e femore escl. articolazioni magg., eta' >17 senza CC	3.589,54	34	123,60	2.691,37
212		08	C	Interventi su anca e femore escl. articolazioni magg., eta' <18	3.126,04	30	124,63	2.344,27
213		08	C	Amputazioni per mal. sist. muscoloscheletrico e tessuto connettivo	4.769,91	103	141,11	3.577,17
214				Non piu' valido	-	0	-	-
215				Non piu' valido	-	0	-	-
216		08	C	Biopsie sist. muscoloscheletrico e tessuto connettivo	5.506,36	34	359,47	4.130,28
217		08	C	Sbrigiam. ferita e trapianto cutaneo escl. mano, per mal. sist. muscoloschel. e tess. connettivo	7.667,28	24	347,11	5.750,46
218		08	C	Interventi arto inf. ed omero escl. anca, piede e femore, eta' >17 con CC	4.520,65	32	125,66	3.390,74
219		08	C	Interventi arto inf. ed omero escl. anca, piede e femore, eta' >17 senza CC	2.807,77	22	123,60	2.105,31
220		08	C	Interventi arto inf. ed omero escl. anca, piede e femore, eta' >18	2.530,70	13	187,46	1.898,28

DRG	Tariffa Differenziata	MDC	Tipo C/M	Descrizione DRG	Acuti - Tariffa Ordinaria	Acuti - Soglia Deg	Acuti - Tariffa Oltre Soglia	Acuti - Tariffa 0-1 & DH
221				Non piu' valido	-	0	-	-
222				Non piu' valido	-	0	-	-
223		08	C	Interventi maggiori su spalla, gomito o altri interv. su arto sup. con CC	2.254,66	4	155,53	1.691,25
224		08	C	Interventi su spalla, gomito escl. interv. maggiori su articolaz. senza CC	1.917,85	12	133,90	1.437,88
225		08	C	Interventi su piede	2.181,53	8	185,40	1.635,63
226		08	C	Interventi su tessuti molli con CC	3.387,65	36	148,32	2.541,00
227		08	C	Interventi su tessuti molli senza CC	1.621,21	9	182,31	1.216,42
228		08	C	Interventi maggiori su pollice o articolaz., o altri interventi su mano o polso con CC	2.035,27	12	185,40	1.526,45
229		08	C	Interventi su mano o polso escl. interv. maggiori su articolaz. senza CC	1.417,28	4	189,52	1.062,95
230		08	C	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissaggio int. di anca e femore	2.476,10	12	194,67	1.857,08
231	N	08	C	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissaggio int. escl. anca e femore	2.383,40	4	293,55	1.787,05
231	S	08	C	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissaggio int. escl. anca e femore (solo mano e piede, polso e caviglia compresi)	1.549,21	4	190,81	1.161,58
232		08	C	Artroscopia	1.268,95	4	118,97	1.268,95
233		08	C	Altri interventi sist. muscoloscheletrico e tessuto connettivo con CC	5.488,84	39	162,74	4.116,89
234		08	C	Altri interventi sist. muscoloscheletrico e tessuto connettivo senza CC	2.411,22	12	147,29	1.807,65
235		08	M	Fratture femore	2.753,17	56	157,59	211,15
236		08	M	Fratture anca e pelvi	2.630,60	31	124,63	210,11
237		08	M	Distorsioni, stiramenti e lussaz. anca, pelvi e coscia	1.482,16	30	89,61	111,24
238		08	M	Osteomielite	4.163,24	55	160,68	220,41
239		08	M	Fratture patologiche e neoplasie maligne sist. muscoloschel. e tessuto connettivo	3.595,71	33	142,14	210,11
240		08	M	Mal. tessuto connettivo con CC	3.402,07	29	129,78	200,85
241		08	M	Mal. tessuto connettivo senza CC	1.714,95	22	77,25	123,60
242		08	M	Artrite settica	3.199,17	50	133,90	166,86
243		08	M	Affezioni mediche del dorso	1.290,58	22	60,77	172,01
244		08	M	Mal. osso ed artropatie specifiche con CC	1.982,75	24	98,88	152,44
245		08	M	Mal. osso ed artropatie specifiche senza CC	1.360,62	24	90,64	119,48
246		08	M	Artropatie non specifiche	1.538,81	24	107,12	126,69
247		08	M	Segni e sintomi sist. muscoloscheletrico e tessuto connettivo	1.532,63	20	119,48	147,29
248		08	M	Tendinite, miosite e borsite	1.820,00	23	145,23	180,25
249		08	M	Ricoveri successivi per mal. sist. muscoloschel. e tessuto connettivo	1.878,71	19	194,67	194,67
250		08	M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussaz. avambraccio, mano e piede, eta' >17 con CC	1.900,35	16	165,83	176,13

DRG	Tariffa Differenziata	MDC	Tipo C/M	Descrizione DRG	Acuti - Tariffa Ordinaria	Acuti - Soglia Deg	Acuti - Tariffa Oltre Soglia	Acuti - Tariffa 0-1 & DH
251		08	M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussaz. avambraccio, mano e piede, eta' >17 senza CC	1.138,15	9	172,01	233,81
252		08	M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussaz. avambraccio, mano e piede, eta' <18	918,75	7	181,28	277,07
253		08	M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussaz. braccio, gamba escl. piede, eta' >17 con CC	2.096,04	25	142,14	183,34
254		08	M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussaz. braccio, gamba escl. piede, eta' >17 senza CC	1.094,88	12	125,66	140,08
255		08	M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussaz. braccio, gamba escl. piede, eta' <18	1.219,51	4	174,07	249,26
256		08	M	Altre diagnosi sist. muscoloscheletrico e tessuto connettivo	1.754,08	13	153,47	208,06
257		09	C	Mastectomia totale per neoplasie maligne con CC	3.999,93	20	98,88	2.999,95
258		09	C	Mastectomia totale per neoplasie maligne senza CC	2.864,01	16	94,76	2.148,01
259		09	C	Mastectomia subtotale per neoplasie maligne con CC	3.940,41	15	107,12	2.955,31
260		09	C	Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC	2.294,03	13	98,88	1.720,53
261		09	C	Interventi mammella non per neoplasie maligne escl. biopsia ed escissione locale	1.937,42	9	185,40	1.453,32
262		09	C	Biopsia mammella ed escissione locale non per neoplasie maligne	1.153,59	4	105,57	1.153,59
263		09	C	Trapianti pelle e/o sbrigliam. per ulcere pelle o cellulite con CC	8.056,62	50	164,80	6.042,98
264		09	C	Trapianti pelle e/o sbrigliam. per ulcere pelle o cellulite senza CC	3.415,47	35	109,18	2.561,60
265		09	C	Trapianti pelle e/o sbrigliam. escl. per ulcere pelle o cellulite con CC	3.759,48	23	175,10	2.819,10
266		09	C	Trapianti pelle e/o sbrigliam. escl. per ulcere pelle o cellulite senza CC	1.881,80	12	185,40	1.412,12
267		09	C	Interventi perianali e pilonidali	1.253,30	4	89,61	1.253,30
268		09	C	Chirurgia plastica su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella	2.028,06	10	196,73	1.521,31
269		09	C	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella con CC	4.573,18	39	196,73	3.429,88
270		09	C	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	1.317,33	13	100,94	1.317,33
271		09	M	Ulcere della pelle	3.228,00	36	101,97	155,53
272		09	M	Mal. maggiori della pelle con CC	2.825,27	37	105,06	145,23
273		09	M	Mal. maggiori della pelle senza CC	1.775,71	30	80,34	100,94
274		09	M	Neoplasie maligne mammella con CC	3.557,60	40	175,10	239,99
275		09	M	Neoplasie maligne mammella senza CC	1.719,06	28	145,23	152,44
276		09	M	Patologie non maligne della mammella	984,47	13	86,00	223,51
277		09	M	Cellulite, eta' >17 con CC	2.436,97	30	100,94	149,35
278		09	M	Cellulite, eta' >17 senza CC	1.602,68	22	111,24	149,35
279		09	M	Cellulite, eta' <18	2.016,73	16	229,69	282,21
280		09	M	Traumi pelle, tessuto sottocutaneo e mammella, eta' >17 con CC	1.835,45	15	163,77	202,91
281		09	M	Traumi pelle, tessuto sottocutaneo e mammella, eta' >17 senza CC	663,11	9	72,10	174,07
282		09	M	Traumi pelle, tessuto sottocutaneo e mammella, eta' <18	540,13	4	86,52	261,61

DRG	Tariffa Differenziata	MDC	Tipo C/M	Descrizione DRG	Acuti - Tariffa Ordinaria	Acuti - Soglia Deg	Acuti - Tariffa Oltre Soglia	Acuti - Tariffa 0-1 & DH
283		09	M	Mal. minori della pelle con CC	1.426,85	24	54,07	148,32
284		09	M	Mal. minori della pelle senza CC	691,54	19	51,50	118,45
285		10	C	Amputazione arto inf. per mal.endocrine, nutrizionali e metaboliche	8.728,17	84	151,41	6.546,65
286		10	C	Interventi su surrene ed ipofisi	7.214,08	24	296,64	5.411,59
287		10	C	Trapianti cutanei e sbrigliam. ferite per mal. endocrine, nutrizionali e metaboliche	6.206,75	42	299,73	4.655,58
288		10	C	Interventi per obesita'	5.170,57	16	333,71	3.877,94
289		10	C	Interventi su paratiroidi	2.765,54	27	146,26	2.074,41
290		10	C	Interventi su tiroide	2.228,91	10	140,08	1.672,71
291		10	C	Interventi su dotto tireoglosso	1.331,78	11	148,32	998,07
292		10	C	Altri interventi per mal. endocrine, nutrizionali e metaboliche con CC	9.016,57	78	320,33	6.762,95
293	N	10	C	Altri interventi per mal. endocrine, nutrizionali e metaboliche senza CC	3.043,64	38	188,49	2.282,47
293	S	10	C	Altri interventi per mal. endocrine, nutrizionali e metaboliche senza CC (con Cod. Interv. 9231, 9232, 9233 "radioch. stereotassica ...")	6.940,11	40	228,66	5.205,59
294		10	M	Diabete, eta' >35	1.212,51	20	57,17	159,65
295		10	M	Diabete, eta' <35	2.082,65	20	155,53	211,15
296		10	M	Disturbi nutrizione e metabolismo, eta' >17 con CC	2.537,90	23	136,99	176,13
297		10	M	Disturbi nutrizione e metabolismo, eta' >17senza CC	1.421,39	20	96,82	131,84
298		10	M	Disturbi nutrizione e metabolismo, eta' <18	1.237,02	10	126,69	166,86
299		10	M	Difetti congeniti del metabolismo	1.810,73	17	148,32	136,99
300		10	M	Mal. endocrine con CC	3.034,37	24	140,08	195,70
301		10	M	Mal. endocrine senza CC	939,97	21	58,20	143,17
302		11	C	Trapianto renale	18.498,71	43	341,96	13.874,03
303		11	C	Interventi su rene, uretere ed interv. maggiori su vescica, per neoplasia	10.160,91	39	225,57	7.620,93
304		11	C	Interventi su rene, uretere ed interv. maggiori su vescica, non per neoplasia con CC	6.956,58	36	267,80	5.216,93
305		11	C	Interventi su rene, uretere ed interv. maggiori su vescica, non per neoplasia senza CC	3.114,70	21	142,14	2.336,03
306		11	C	Prostatectomia con CC	3.437,10	56	149,35	2.578,07
307		11	C	Prostatectomia senza CC	2.080,59	14	112,27	1.560,45
308		11	C	Interventi minori su vescica con CC	3.474,17	28	160,68	2.606,92
309		11	C	Interventi minori su vescica senza CC	1.965,23	16	98,88	1.473,92
310		11	C	Interventi per via transuretrale con CC	2.394,74	20	130,81	1.796,31
311		11	C	Interventi per via transuretrale senza CC	1.557,35	12	114,33	1.166,98
312		11	C	Interventi su uretra, eta' >17 con CC	2.441,09	30	108,15	1.832,36

DRG	Tariffa Differenziata	MDC	Tipo C/M	Descrizione DRG	Acuti - Tariffa Ordinaria	Acuti - Soglia Deg	Acuti - Tariffa Oltre Soglia	Acuti - Tariffa 0-1 & DH
313		11	C	Interventi su uretra, eta' >17 senza CC	1.340,02	11	99,91	1.006,31
314		11	C	Interventi su uretra, eta' <18	1.136,08	20	103,00	851,81
315		11	C	Altri interventi su rene e vie urinarie	5.295,20	40	253,38	3.971,66
316		11	M	Insufficienza renale	3.478,30	29	185,40	224,54
317		11	M	Ricovero per dialisi renale	1.368,86	30	132,87	138,02
318		11	M	Neoplasie rene e vie urinarie con CC	3.032,30	36	149,35	180,25
319		11	M	Neoplasie rene e vie urinarie senza CC	1.530,58	28	108,15	145,23
320		11	M	Infezioni rene e vie urinarie, eta' >17 con CC	2.645,03	21	142,14	214,24
321		11	M	Infezioni rene e vie urinarie, eta' >17 senza CC	1.686,10	18	123,60	163,77
322		11	M	Infezioni rene e vie urinarie, eta' <18	1.723,18	13	166,86	231,75
323	N	11	M	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia ESW	1.851,93	16	207,03	347,11
323	S	11	M	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia ESW (Con codice di intervento principale 98.51 "Litotripsia extracorporea del rene, uretere e/o vescica")	2.289,68	8	207,03	428,48
324		11	M	Calcolosi urinaria senza CC	573,20	12	49,96	109,18
325		11	M	Segni e sintomi rene e vie urinarie, eta' >17 con CC	1.766,45	21	129,78	169,95
326		11	M	Segni e sintomi rene e vie urinarie, eta' >17 senza CC	752,72	15	47,90	121,54
327		11	M	Segni e sintomi rene e vie urinarie, eta' <18	1.898,28	10	214,24	344,01
328		11	M	Stenosi uretrale, eta' >17 con CC	1.715,98	20	136,99	142,14
329		11	M	Stenosi uretrale, eta' >17 senza CC	1.065,01	18	117,42	126,69
330		11	M	Stenosi uretrale, eta' <18	733,35	18	80,34	97,85
331		11	M	Altre diagnosi rene e vie urinarie, eta' >17 con CC	2.633,70	29	147,29	181,28
332		11	M	Altre diagnosi rene e vie urinarie, eta' >17 senza CC	1.441,99	20	96,82	136,99
333		11	M	Altre diagnosi rene e vie urinarie, eta' <18	2.586,32	15	191,58	293,55
334		12	C	Interventi maggiori su pelvi maschile con CC	4.781,23	22	159,65	3.585,41
335		12	C	Interventi maggiori su pelvi maschile senza CC	3.693,57	16	154,50	2.770,69
336		12	C	Prostatectomia transuretrale con CC	2.628,55	16	107,12	1.971,41
337		12	C	Prostatectomia transuretrale senza CC	1.832,36	12	104,03	1.374,01
338		12	C	Interventi su testicolo per neoplasie maligne	2.278,35	15	163,77	1.708,76
339		12	C	Interventi su testicolo non per neoplasie maligne, eta' >17	1.838,55	4	288,40	1.378,14
340		12	C	Interventi su testicolo non per neoplasie maligne, eta' <18	1.253,51	4	215,27	940,38
341		12	C	Interventi su pene	2.219,64	15	282,21	1.664,48
342		12	C	Circoncisione, eta' >17	1.399,76	7	284,28	1.049,57

DRG	Tariffa Differenziata	MDC	Tipo C/M	Descrizione DRG	Acuti - Tariffa Ordinaria	Acuti - Soglia Deg	Acuti - Tariffa Oltre Soglia	Acuti - Tariffa 0-1 & DH
343		12	C	Circoncisione, eta' <18	994,98	4	223,51	746,75
344		12	C	Altri interventi app. riproduttivo maschile per neoplasie maligne	2.850,00	36	131,84	2.138,27
345		12	C	Altri interventi app. riproduttivo maschile escl. per neoplasie maligne	2.028,06	26	127,72	1.521,31
346		12	M	Neoplasie maligne app. riproduttivo maschile con CC	2.671,80	34	136,99	164,80
347		12	M	Neoplasie maligne app. riproduttivo maschile senza CC	1.547,05	27	108,15	163,77
348		12	M	Ipertrofia prostatica benigna con CC	1.837,51	26	116,39	181,28
349		12	M	Ipertrofia prostatica benigna senza CC	1.023,81	20	99,91	124,63
350		12	M	Infiammazioni app. riproduttivo maschile	1.808,68	16	175,10	215,27
351		12	M	Sterilizzazione maschile	788,98	3	262,65	315,18
352		12	M	Altre diagnosi app. riproduttivo maschile	1.408,01	4	213,21	298,70
353		13	C	Eviscerazione pelvica, isterectomia e vulvectomy radicali	11.010,65	26	219,39	8.258,50
354		13	C	Interventi utero ed annessi per neoplasie maligne non di ovaio/annessi con CC	5.639,23	32	96,82	4.228,13
355		13	C	Interventi utero ed annessi per neoplasie maligne non di ovaio/annessi senza CC	4.521,68	15	110,21	3.390,74
356		13	C	Interventi ricostruttivi app. riproduttivo femminile	2.587,35	14	105,06	1.940,51
357		13	C	Interventi utero ed annessi per neoplasie maligne di ovaio o annessi	8.921,81	31	241,01	6.690,85
358		13	C	Interventi utero e annessi non per neoplasie maligne con CC	3.553,48	19	138,02	2.665,63
359		13	C	Interventi utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	2.584,26	15	146,26	1.937,42
360		13	C	Interventi su vagina, cervice e vulva	1.063,98	11	260,59	798,25
361		13	C	Laparoscopia ed occlusione laparotomica tube	1.638,72	4	386,25	1.228,78
362		13	C	Occlusione endoscopica tube	1.691,25	4	289,43	1.268,95
363		13	C	D&C, conizzazione e impianto materiale radioattivo per neoplasie maligne	1.381,22	9	194,67	1.035,15
364		13	C	D&C, conizzazione escl. per neoplasie maligne	819,26	4	143,68	819,26
365		13	C	Altri interventi app. riproduttivo femminile	2.553,36	29	208,06	1.914,76
366		13	M	Neoplasie maligne app. riproduttivo femminile con CC	2.845,87	36	168,92	194,67
367		13	M	Neoplasie maligne app. riproduttivo femminile senza CC	2.042,48	18	111,24	207,03
368		13	M	Infezioni app. riproduttivo femminile	1.315,31	13	233,81	209,09
369		13	M	Disturbi mestruali ed altri disturbi app. riproduttivo femminile	798,25	9	185,40	145,23
370		14	C	Parto cesareo con CC	1.981,71	17	150,38	1.485,25
371		14	C	Parto cesareo senza CC	1.769,53	10	157,59	1.326,64
372		14	M	Parto vaginale con dia. complicanti	1.813,82	9	159,65	320,33
373		14	M	Parto vaginale senza dia. complicanti	1.769,53	4	157,59	428,48
374		14	C	Parto vaginale con sterilizzazione e/o D&C	1.769,53	10	157,59	1.326,64



DRG	Tariffa Differenziata	MDC	Tipo C/M	Descrizione DRG	Acuti - Tariffa Ordinaria	Acuti - Soglia Deg	Acuti - Tariffa Oltre Soglia	Acuti - Tariffa 0-1 & DH
375		14	C	Parto vaginale con altro intervento escl. sterilizzazione e/o D&C	1.769,53	7	157,59	1.326,64
376		14	M	Diagnosi relative a postparto e postaborto senza intervento chirurgico	840,48	7	109,18	160,68
377		14	C	Diagnosi relative a postparto e postaborto con intervento chirurgico	2.263,93	13	331,66	1.697,43
378		14	M	Gravidanza ectopica	1.995,10	10	208,06	345,05
379		14	M	Minaccia di aborto	837,38	12	83,43	155,53
380		14	M	Aborto senza D&C	1.020,72	4	130,81	282,21
381		14	C	Aborto con D&C, isterosuzione o isterotomia	1.120,64	4	231,75	840,48
382		14	M	Falso travaglio	384,19	16	39,14	45,32
383		14	M	Altre diagnosi preparto con complicazioni mediche	1.123,72	12	111,24	152,44
384		14	M	Altre diagnosi preparto senza complicazioni mediche	769,41	12	82,40	99,91
385		15	M	Neonati morti o trasferiti ad altre strutture assistenziali	3.919,14	22	202,91	190,55
386		15	M	Neonati gravemente immaturi o con sindrome da distress respiratorio	14.921,54	138	155,53	296,64
387		15	M	Prematurita' con affezioni maggiori	8.250,26	67	144,20	361,53
388		15	M	Prematurita' senza affezioni maggiori	3.168,27	26	144,20	219,39
389		15	M	Neonati a termine con affezioni maggiori	2.773,77	16	328,57	397,58
390		15	M	Neonati con altre affezioni significative	1.994,07	11	342,99	373,89
391		15	M	Neonato normale	643,75	8	-	167,89
392		16	C	Splenectomia, eta' >17	9.922,97	34	408,91	7.442,75
393		16	C	Splenectomia, eta' <18	4.163,24	22	271,91	3.122,94
394		16	C	Altri interventi su organi ematopoietici	3.832,61	23	290,46	2.873,69
395		16	M	Anomalie globuli rossi, eta' >17	1.488,14	25	53,04	147,29
396		16	M	Anomalie globuli rossi, eta' <18	1.834,42	16	147,29	203,94
397		16	M	Disturbi di coagulazione	2.889,14	24	194,67	244,11
398		16	M	Disturbi sist. reticoloendoteliale ed immunitario con CC	3.260,97	28	174,07	225,57
399		16	M	Disturbi sist. reticoloendoteliale ed immunitario senza CC	1.816,91	19	130,81	182,31
400		17	C	Linfoma e leucemia con interventi chir. maggiori	8.516,00	28	249,26	6.387,00
401		17	C	Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chir. con CC	7.453,05	60	186,43	5.589,79
402		17	C	Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chir. senza CC	2.302,04	34	100,94	1.726,28
403		17	M	Linfoma e leucemia non acuta con CC	5.218,99	43	172,01	254,41
404		17	M	Linfoma e leucemia non acuta senza CC	2.304,10	26	118,45	175,10
405		17	M	Leucemia acuta senza interventi chir. maggiori, eta' <18	3.361,90	30	164,80	235,87
406		17	C	Alteraz. mieloprolif. o neoplasie poco differenziate con interv. maggiori con CC	8.775,56	58	218,36	6.581,67

DRG	Tariffa Differenziata	MDC	Tipo C/M	Descrizione DRG	Acuti - Tariffa Ordinaria	Acuti - Soglia Deg	Acuti - Tariffa Oltre Soglia	Acuti - Tariffa 0-1 & DH
407		17	C	Alteraz. mieloprolif. o neoplasie poco differenziate con interv. maggiori senza CC	3.236,24	26	101,97	2.426,67
408		17	C	Alteraz. mieloprolif. o neoplasie poco differenziate con altri interventi	3.222,86	14	222,48	2.417,40
409		17	M	Radioterapia	3.631,77	32	162,74	375,95
410		17	M	Chemioterapia senza dia. secondaria di leucemia acuta	1.962,15	9	184,37	378,01
411		17	M	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	1.212,31	18	100,94	115,36
412		17	M	Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	1.233,94	12	120,51	127,72
413		17	M	Altre alteraz. mieloprolif. o neoplasie poco differenziate con CC	3.596,74	38	130,81	188,49
414		17	M	Altre alteraz. mieloprolif. o neoplasie poco differenziate senza CC	1.848,85	34	89,61	115,36
415		18	C	Interventi chir. per malattie infettive o parassitarie	11.151,76	73	333,71	8.363,56
416		18	M	Setticemia, eta' >17	4.105,56	41	136,99	196,73
417		18	M	Setticemia, eta' <18	2.420,49	23	162,74	175,10
418		18	M	Infezioni post-chirurgiche e post-traumatiche	2.610,00	29	134,93	190,55
419		18	M	Febbre di origine sconosciuta, eta' >17 con CC	2.562,63	25	149,35	194,67
420		18	M	Febbre di origine sconosciuta, eta' >17 senza CC	1.756,15	22	119,48	155,53
421		18	M	Mal. di origine virale, eta' >17	1.856,05	17	141,11	187,46
422		18	M	Mal. di origine virale e febbre di origine sconosciuta, eta' <18	2.057,93	10	253,38	337,84
423		18	M	Altre diagnosi di mal. infettive e parassitarie	3.834,67	34	234,84	279,13
424		19	C	Interventi chir. in pz. con dia. principale di mal. mentale	6.485,88	47	239,99	4.864,66
425		19	M	Reazione acuta di adattamento e disfunzione psicosociale	1.900,35	18	144,20	164,80
426		19	M	Nevrosi depressive	1.261,75	22	44,29	138,02
427		19	M	Nevrosi escl. quelle depressive	1.135,26	25	51,50	156,56
428		19	M	Disturbi di personalita' e controllo degli impulsi	2.638,85	34	111,24	161,71
429		19	M	Disturbi organici e ritardo mentale	1.982,02	29	58,20	175,10
430		19	M	Psicosi	3.096,17	38	91,67	148,32
431		19	M	Disturbi mentali dell'infanzia	2.048,66	23	97,85	195,70
432		19	M	Altre diagnosi di disturbi mentali	1.917,85	16	183,34	216,30
433		20	M	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci, dimesso contro il parere dei sanitari	917,72	10	115,36	165,83
434				Non piu' valido	-	0	-	-
435				Non piu' valido	-	0	-	-
436				Non piu' valido	-	0	-	-
437				Non piu' valido	-	0	-	-
438				Non piu' valido	-	0	-	-

DRG	Tariffa Differenziata	MDC	Tipo C/M	Descrizione DRG	Acuti - Tariffa Ordinaria	Acuti - Soglia Deg	Acuti - Tariffa Oltre Soglia	Acuti - Tariffa 0-1 & DH
439		21	C	Trapianti di pelle per traumatismo	3.270,24	38	162,74	2.452,42
440		21	C	Sbrigliamento di ferite per traumatismo	4.951,19	40	226,60	3.713,14
441		21	C	Interventi su mano per traumatismi	1.974,50	12	206,00	1.481,13
442		21	C	Altri interventi chir. per traumatismo con CC	5.771,06	50	199,81	4.328,04
443		21	C	Altri interventi chir. per traumatismo senza CC	2.433,88	19	99,91	1.825,15
444		21	M	Traumatismi, eta' >17 con CC	2.061,02	34	164,80	169,95
445		21	M	Traumatismi, eta' >17 senza CC	1.445,08	10	129,78	186,43
446		21	M	Traumatismi, eta' <18	1.260,71	7	211,15	298,70
447		21	M	Reazioni allergiche, eta' >17	1.273,08	14	134,93	178,19
448		21	M	Reazioni allergiche, eta' <18	912,58	7	153,47	175,10
449		21	M	Avvelenamenti ed effetti tossici da farmaci, eta' >17 con CC	2.127,97	21	159,65	156,56
450		21	M	Avvelenamenti ed effetti tossici da farmaci, eta' >17 senza CC	1.119,61	11	132,87	141,11
451		21	M	Avvelenamenti ed effetti tossici da farmaci, eta' <18	1.420,36	4	297,67	392,43
452		21	M	Complicazioni di trattamento con CC	2.306,16	26	118,45	139,05
453		21	M	Complicazioni di trattamento senza CC	1.080,47	19	85,49	105,06
454		21	M	Altre dia. di traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici con CC	2.393,70	34	202,91	172,01
455		21	M	Altre dia. di traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici senza CC	1.069,14	28	101,97	99,91
456				Non piu' valido	-	0	-	-
457				Non piu' valido	-	0	-	-
458				Non piu' valido	-	0	-	-
459				Non piu' valido	-	0	-	-
460				Non piu' valido	-	0	-	-
461		23	C	Intervento con dia. di altro contatto con servizi sanitari	2.042,48	22	127,72	1.532,63
462		23	M	Riabilitazione	2.400,92	34	95,79	170,98
463		23	M	Segni e sintomi con CC	1.962,15	27	92,70	131,84
464		23	M	Segni e sintomi senza CC	1.182,44	17	99,91	124,63
465		23	M	Ricoveri successivi con anamnesi di neoplasia maligna come dia. secondaria	914,64	10	75,19	196,73
466		23	M	Ricoveri successivi senza anamnesi di neoplasia maligna come dia. secondaria	1.436,85	9	152,44	190,55
467		23	M	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	809,68	9	56,13	196,73
468			C	Intervento chir. esteso non correlato a dia. principale	5.208,69	58	285,31	3.905,74
469				Diagnosi principale non valida come diagnosi di dimissione	372,86	16	39,14	38,11
470				Non attribuibile ad altro DRG	372,86	10	46,35	22,66

DRG	Tariffa Differenziata	MDC	Tipo C/M	Descrizione DRG	Acuti - Tariffa Ordinaria	Acuti - Soglia Deg	Acuti - Tariffa Oltre Soglia	Acuti - Tariffa 0-1 & DH
471		08	C	Interventi magg. bilaterali o multipli su articolazioni arti inf.	9.890,01	88	236,90	7.416,99
472				Non piu' valido	-	0	-	-
473		17	M	Leucemia acuta senza interventi chir. magg., eta' >17	10.911,76	78	353,29	427,45
474				Non piu' valido	-	0	-	-
475		04	M	Diagnosi app. respiratorio con respirazione assistita	9.125,76	44	380,07	444,96
476			C	Intervento chir. prostata non correlato a dia. principale	6.981,31	30	359,47	5.236,49
477			C	Intervento chir. non esteso non correlato a dia. principale	3.866,60	48	209,09	2.900,47
478		05	C	Altri interventi vascolari con CC	6.177,91	43	248,23	4.633,95
479		05	C	Altri interventi vascolari senza CC	3.052,90	26	165,83	2.289,68
480		PR	C	Trapianto di fegato	63.945,18	90	1.017,64	47.958,63
481	A	PR	C	Trapianto di midollo osseo (con tipo tariffa = "A")	33.629,34	50	362,56	25.222,52
481	B	PR	C	Trapianto di midollo osseo (con tipo tariffa = "B")	37.688,55	30	406,85	28.266,15
481	C	PR	C	Trapianto di midollo osseo (con tipo tariffa = "C")	75.377,09	55	813,70	56.533,34
481	D	PR	C	Trapianto di midollo osseo (con tipo tariffa = "D")	86.973,81	63	939,35	65.229,58
482		PR	C	Tracheostomia per disturbi orali, laringei o faringei	12.039,61	59	222,48	9.029,97
483		PR	C	Tracheostomia escl. per disturbi orali, laringei o faringei	52.818,14	112	735,41	39.613,61
484		24	C	Craniotomia per traumatismi multipli rilevanti	20.839,89	118	940,38	15.630,18
485		24	C	Reimpianto arti inf., interv. su anca e femore per traumatismi multipli rilevanti	10.050,69	62	225,57	7.538,53
486		24	C	Altri interventi chir. per traumatismi multipli rilevanti	15.297,48	51	405,81	11.473,12
487		24	M	Altri traumatismi multipli rilevanti	5.861,70	34	397,58	375,95
488		25	C	Infezione da HIV con intervento chirurgico esteso	13.174,67	109	338,87	9.880,74
489		25	M	Infezione da HIV con patologie correlate maggiori	6.700,12	53	166,86	351,23
490		25	M	Infezione da HIV con o senza altre patologie correlate	4.003,59	29	140,08	355,35
491		08	C	Interventi su articolaz. maggiori e reimpianto di arti sup.	4.438,25	21	122,57	3.327,91
492		17	M	Chemioterapia con dia. secondaria di leucemia acuta	8.821,91	58	599,46	531,48
493		07	C	Colecistectomia laparoscopica senza C.D.E. con CC	4.926,46	33	166,86	3.695,62
494		07	C	Colecistectomia laparoscopica senza C.D.E. senza CC	2.692,40	10	160,68	2.018,79
495		PR	C	Trapianto di polmone	25.046,39	60	647,87	18.785,05
496		08	C	Artrodesi vertebrale combinata anteriore/posteriore	16.777,59	59	571,65	12.583,45
497		08	C	Artrodesi vertebrale escl. quella cervicale con CC	9.467,71	58	326,51	7.100,78
498		08	C	Artrodesi vertebrale escl. quella cervicale senza CC	6.744,41	21	351,23	5.058,30
499		08	C	Interventi su dorso e collo escl. artrodesi vertebrale con CC	4.248,73	27	211,15	3.186,80

DRG	Tariffa Differenziata	MDC	Tipo C/M	Descrizione DRG	Acuti - Tariffa Ordinaria	Acuti - Soglia Deg	Acuti - Tariffa Oltre Soglia	Acuti - Tariffa 0-1 & DH
500		08	C	Interventi su dorso e collo escl. artrodesi vertebrale senza CC	2.749,06	14	252,35	2.061,02
501		08	C	Interventi su ginocchio con dia. principale di infezione con CC	8.050,45	68	236,90	6.037,83
502		08	C	Interventi su ginocchio con dia. principale di infezione senza CC	4.552,58	42	215,27	3.414,44
503		08	C	Interventi su ginocchio senza dia. principale di infezione	1.930,47	4	311,57	1.930,47
504		22	C	Ustioni estese di 3° grado con trapianto di pelle	41.512,91	85	326,51	31.134,69
505		22	M	Ustioni estese di 3° grado senza trapianto di pelle	23.901,04	70	271,91	543,84
506		22	C	Ustione a tutto spessore con trapianto pelle o lesioni da inalaz. con CC o traumi rilevanti	15.862,95	63	506,76	11.896,44
507		22	C	Ustione a tutto spessore con trapianto pelle o lesioni da inalaz. senza CC o traumi rilevanti	12.978,97	35	415,08	9.733,45
508		22	M	Ustione a tutto spessore senza trapianto pelle o lesioni da inalaz. con CC o traumi rilevanti	4.177,66	31	307,97	559,28
509		22	M	Ustione a tutto spessore senza trapianto pelle o lesioni da inalaz. senza CC o traumi rilevanti	3.418,55	22	251,31	457,31
510		22	M	Ustioni non estese con CC o traumi rilevanti	4.408,38	35	252,35	503,67
511		22	M	Ustioni non estese senza CC o traumi rilevanti	3.607,04	18	206,00	412,00
512		PR	C	Trapianto contemporaneo di pancreas e rene	27.847,98	65	515,00	20.886,24
513		PR	C	Trapianto di pancreas	21.880,18	51	404,79	16.409,88
514		05	C	Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco	21.444,50	33	796,18	16.083,38
515		05	C	Impianto di defibrillatore cardiaco senza cateterismo cardiaco	16.079,25	51	571,65	12.059,18
516		05	C	Interventi su sist. cardiovascolare per via percutanea con IMA	6.983,37	17	420,24	5.237,53
517		05	C	Interventi su sist. cardiovasc. per via percutanea con inserz. stent in arteria coron. senza IMA	6.528,11	11	709,67	4.895,56
518	A	05	C	Interventi su sist. cardiovasc. per via percutanea senza inserz. stent in arteria coron. o IMA (con Cod. Interv. 3734)	5.252,97	7	658,17	3.939,74
518	B	05	C	Interventi su sist. cardiovasc. per via percutanea senza inserz. stent in arteria coron. o IMA	4.222,98	7	658,17	3.167,24
518	C	05	C	Interventi su sist. cardiovasc. per via percutanea senza inserz. stent in arteria coron. o IMA (con Cod. Interv. 3596 3601 3602 3605 3609)	4.975,90	7	658,17	3.731,67
519		08	C	Artrodesi vertebrale cervicale con CC	6.809,30	79	173,04	5.107,75
520		08	C	Artrodesi vertebrale cervicale senza CC	4.158,09	15	337,84	3.117,80
521		20	M	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci con CC	2.154,75	24	140,08	281,19
522		20	M	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci con terapia riabilitativa senza CC	1.830,30	25	127,72	256,47
523		20	M	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci senza terapia riabilitativa senza CC	1.171,11	22	107,12	215,27

## **Controlli e verifiche**

Le attività di controllo per il 2005 rimangono una priorità fondamentale da perseguire per il mantenimento dell'equilibrio del sistema.

Il Piano dei controlli previsto dalla DGR VII/15324 del 2003 rimane lo strumento di riferimento in cui devono essere evidenziate ed integrate tra loro le varie linee di intervento previste per le attività di controllo.

Il suddetto Piano deve essere predisposto dall'Azienda Sanitaria Locale e presentato alla Direzione Generale entro il **15 gennaio del 2005** e deve contenere in modo sintetico gli obiettivi che la direzione aziendale intende perseguire nel corso del 2005. Tali obiettivi devono essere declinati in modo tale da consentire la successiva verifica e devono essere congruenti con le analisi e le valutazioni di tipo statistico, clinico – epidemiologico territoriale e con l'analisi dei controlli effettuati nel corso dell'anno 2004. Ad ogni obiettivo indicato deve pertanto essere messo in relazione e circostanziato il motivo che ha condotto alla selezione dello stesso.

In modo particolare nei piani proposti si dovranno prevedere delle azioni specifiche di monitoraggio e di controllo sulle modalità di corretta codifica delle tipologie di prestazioni che nel 2005 (vedi allegato 7) saranno finanziate oltre la quota minima predefinita di finanziamento ed andranno indicati i momenti di valutazione per verificare la sostenibilità finanziaria ed epidemiologica.

Nel piano, oltre agli obiettivi, andrà indicata la modalità di coinvolgimento nelle suddette attività dei soggetti protagonisti del sistema sanitario quali, ad esempio, i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e soggetti erogatori che erogano prestazioni per conto del Servizio Sanitario Regionale. Infine, è possibile riportare un progetto per sperimentare la possibilità di un modello della revisione tra pari (peer review) attraverso la costituzione di gruppi di lavoro volto a verificare l'appropriatezza specifica dei processi clinici ed a valutare il rapporto costi/benefici dei servizi resi.

La Direzione Generale Sanità si riserva di condividere i contenuti del Piano in un incontro con la Direzione della Azienda Sanitaria Locale. Tali incontri avverranno entro il 15 febbraio 2005 dopo di che l'Azienda provvederà a deliberare il Piano ed a darne adeguata divulgazione alle parti interessate.

Sono confermate anche per il 2005 le tipologie di controllo oggi in uso in Regione, ma come già avvenuto nel corso del 2004, si ritiene necessario che le ASL acquisiscano una sempre maggiore responsabilizzazione ed autonomia circa le modalità attuative dei controlli stessi. La maggior libertà di azione ha per finalità la tempestività e l'efficacia dell'azione di controllo per evidenziare i comportamenti non rispondenti a quanto previsto dalle norme, regolamenti, circolari, atti di indirizzo nazionali o regionali in tema di finanziamento delle prestazioni erogate, di autorizzazione all'esercizio, di accreditamento istituzionale e di messa a contratto con il servizio sanitario regionale. La maggior libertà di azione si estrinseca inoltre nella opportunità che le tradizionali attività di controllo si integrino con le attività inerenti l'autorizzazione e l'accreditamento e trovino adeguata sinergia con le norme relative alle sanzioni amministrative di recente introduzione. La sinergia tra attività di controllo ed accreditamento si rende sempre più necessaria anche in seguito al comma 5 bis dell'art. 12 della l.r. 31/97, con cui diviene netta la separazione tra attività accreditate e quelle messe a contratto.

Le ASL dovranno inoltre attivare, di concerto con la Direzione Generale Sanità, una puntuale attività di monitoraggio delle attività negoziate con le strutture accreditate a contratto prevedendo di formalizzare con le stesse almeno quattro incontri di verifica nel corso dell'anno e delle valutazioni a riguardo dell'equilibrio domanda – offerta all'interno del territorio di propria competenza con una particolare attenzione alle tipologie di prestazioni che nel 2005 saranno finanziate oltre la quota

minima predefinita di finanziamento, seguendo nel corso dell'anno il loro andamento quantitativo, la loro sostenibilità organizzativa e la loro plausibilità epidemiologica  
Inoltre si sottolinea quanto segue.

#### 1. Attività dei Nuclei Operativi di Controllo

Deve essere rivolta alla verifica della congruenza e della appropriatezza delle prestazioni erogate, sia in regime di ricovero sia in regime ambulatoriale. Tale verifica potrà essere di tipo mirato o di tipo casuale. Fatto salvo il numero di ricoveri oggetto di controllo quantificabili tendenzialmente nel 5% della casistica posta a carico del SSR dai soggetti erogatori, ogni ASL avrà la possibilità di intervenire laddove maggiormente si manifestano le eventuali criticità. Ad esempio sarà possibile incentivare i controlli di tipo mirato rispetto a quelli casuali in questo modo sarà possibile raggiungere un miglior costo efficacia delle attività.

#### 2. Verifica dei tempi di attesa e delle attività per solventi

La legge 23/12/94 n. 724 "Misure di razionalizzazione della finanza pubblica" all'articolo 3, comma 8: ... prevede che "Ai fini del diritto di accesso garantito dalla legge 7 agosto 1990, n. 241, le Unità sanitarie locali, i presidi ospedalieri e le aziende ospedaliere devono tenere, sotto la personale responsabilità del direttore sanitario, il registro delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e di laboratorio e dei ricoveri ospedalieri ordinari. Tale registro sarà soggetto a verifiche e ispezioni da parte dei soggetti abilitati ai sensi delle vigenti disposizioni. Tutti i cittadini che vi abbiano interesse possono richiedere alle direzioni sanitarie notizie sulle prenotazioni e sui relativi tempi di attesa, con la salvaguardia della riservatezza delle persone". Si raccomanda alle ASL che, oltre alle attività di monitoraggio sui tempi di attesa attualmente in vigore, provvedano a verificare che, entro il 31 gennaio 2005, ogni struttura accreditata e a contratto con il Servizio Sanitario Regionale, a firma del proprio Legale Rappresentante, predisponga ed invii alla ASL di competenza un documento in cui siano esplicitati i criteri di gestione della lista di attesa e le eventuali priorità di tipo clinico ed organizzativo che portano a differenziare gli stessi per le diverse aree di attività.

Similmente, sempre entro la stessa data e a firma del proprio Legale Rappresentante, le strutture predisporranno e invieranno un documento nel quale espliciteranno le modalità organizzative delle attività di libera professione e/o di solvenza e descriveranno gli spazi ed i tempi ad esse dedicati.

Si ricorda che tali attività devono essere effettuate in spazi dedicati, che non può esserci commistione tra le attività istituzionali e quelle erogate per pazienti solventi e che le strutture devono dotarsi di adeguata segnaletica per indirizzare correttamente i pazienti.

#### 3. Verifica dei requisiti delle strutture autorizzate e accreditate

Si ritiene necessario che entro il 31.12.2005 venga eseguita da parte della ASL di competenza una verifica del mantenimento dei requisiti minimi da parte delle strutture sanitarie accreditate in base a perizia asseverata. Per le nuove strutture che saranno attivate in base a perizia asseverata la verifica dovrà avvenire entro 60 giorni dall'inizio delle attività.

Si ribadisce la necessità che le ASL provvedano a segnalare alla DG Sanità gli esiti delle verifiche negative riguardo al possesso dei requisiti minimi, rispettando i tempi e le modalità previste dalla circolare 37/SAN/2003.

#### 4. Verifica dei requisiti controllo di qualità negli SMEL

Per quanto riguarda i Servizi di Medicina di Laboratorio, i requisiti minimi autorizzativi inerenti il controllo di qualità (OSLAB11 - OSLAB13) dovranno essere assolti secondo le modalità di seguito descritte:

##### Controllo di Qualità Interno

In ogni Servizio di Medicina di Laboratorio (SMEL) delle Regione Lombardia, per ciascuna delle analisi eseguite, deve essere istituito un programma di Controllo di Qualità Interno (CQI). Il CQI

deve obbligatoriamente essere eseguito a prescindere dalla frequenza delle sedute analitiche e dalla numerosità dei campioni analizzati per seduta.

Per le analisi i cui risultati sono espressi in forma numerica rappresentativa di una variabile continua (misure quantitative) devono essere sempre inseriti nelle serie analitiche idonei campioni di controllo e deve essere istituito un programma di controllo di tipo statistico.

Per le analisi i cui risultati non sono espressi in forma numerica rappresentativa di una variabile continua (misure qualitative), per le quali non è possibile attivare programmi statistici, deve essere istituito un programma di CQI basato sul controllo del processo. In ogni caso, ove possibile, devono essere inseriti nelle serie analitiche idonei materiali di controllo positivi e negativi.

Tutte le operazioni attinenti il CQI (materiali di controllo utilizzati, tecniche statistiche e di registrazione dei risultati, criteri di accettabilità, interventi previsti nelle situazioni di “fuori controllo”, archiviazione dei risultati) devono essere chiaramente documentate su supporto cartaceo e/o elettronico.

Tutta la suddetta documentazione deve essere conservata per almeno un anno.

Per le indicazioni operative su come istituire programmi di Controllo di Qualità Interno nei vari settori della medicina di Laboratorio è possibile far riferimento al Decreto della Direzione Generale Sanità 19 dicembre 2000, n. 32856 “Linee guida su «Controllo di qualità interno nel servizio di medicina di laboratorio»”.

#### Controllo di Qualità Esterno

Tutti i Servizi di Medicina di Laboratorio (SMeL) della Regione Lombardia devono partecipare ai programmi di (Valutazione Esterna della Qualità) VEQ attivati in Regione, per gli esami direttamente eseguiti.

Sarà cura degli SMeL, secondo gli esami effettivamente eseguiti, richiedere l'iscrizione ad uno o più dei programmi attivati. L'introduzione o la cessata effettuazione di uno o più esami sottoposti a VEQ devono essere tempestivamente segnalate alla Direzione Generale Sanità.

Uno SMeL deve partecipare ad un programma anche se esegue un solo esame tra quelli sottoposti a controllo.

Gli SMeL devono documentare, su supporto cartaceo e/o elettronico, tutte le operazioni effettuate durante il processo di esecuzione delle VEQ: ricevimento del materiale (ad es. bolle di consegna), processazione (ad es. fogli di lavoro e/o stampata originale dello strumento), refertazione (ad es. copie dei dati inviati).

Tutta la suddetta documentazione deve essere conservata per almeno tre anni.

I risultati delle analisi effettuate sui materiali di controllo ricevuti devono essere inviati, su supporto cartaceo o elettronico, entro e non oltre le date stabilite secondo le modalità definite negli specifici Programmi.