

## **DELIBERAZIONE N. VIII/3776 DEL 13.12.2006**

Oggetto: **DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLA GESTIONE DEL SERVIZIO SOCIO SANITARIO REGIONALE PER L'ESERCIZIO 2007 - (DI CONCERTO CON L'ASSESSORE ABELLI)**

### **LA GIUNTA REGIONALE**

**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 s.m.i.;

**VISTA** la legge 23 dicembre 2005, n. 266 “*Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2006)*”;

**VISTI** i documenti di programmazione regionale, con particolare riferimento alla programmazione sanitaria:

- Piano Regionale di Sviluppo e Documento di Programmazione Economico - Finanziaria Regionale 2006-2008 approvati dal Consiglio Regionale in data 26 ottobre 2005;
- Risoluzione concernente il Documento di Programmazione Economico - Finanziaria Regionale 2007 – 2009 approvata con DCR n. VIII/188 del 26 luglio 2006;
- Piano Socio Sanitario Regionale approvato con DCR n. VIII/257 del 26 ottobre 2006;

**PRESO ATTO** che, ai sensi dell’articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 e in attuazione dell’articolo 1, comma 173, della legge finanziaria 2005 n. 311/2004, in data 23 marzo 2005 in sede di Conferenza Stato-Regioni è stato sottoscritto l’atto di intesa tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano col quale sono stati individuati i nuovi adempimenti a carico delle Regioni per l’accesso al maggior finanziamento delle risorse destinate al Servizio Sanitario Nazionale per gli anni 2005, 2006 e 2007;

**PRESO ATTO**, altresì, che l’impegno assunto tra Stato e Regioni ha come premessa la garanzia del rispetto del principio della uniforme erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in condizioni di appropriatezza, di adeguato livello qualitativo e di efficienza, coerentemente con le risorse programmate;

**RICHIAMATA** la DGR del 14 dicembre 2005 n. VIII/1375 ad oggetto : “*Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l’esercizio 2006*” con la quale sono state stabilite le “Regole” per la gestione del sistema socio sanitario regionale per l’anno 2006 nel rispetto della normativa nazionale e regionale e dei provvedimenti nazionali e regionali richiamati nella deliberazione stessa;

**RITENUTO** per l’anno 2007 di confermare sostanzialmente gli attuali principi di carattere generale, salvo alcuni interventi prioritari di sistema ritenuti fondamentali per la tutela della salute e l’organizzazione sanitaria e sociosanitaria lombarda che vedranno coinvolte le aziende sanitarie locali e le aziende ospedaliere lombarde, ciascuna per la propria competenza, così come indicato nell’Allegato 1 “**Indirizzi di programmazione**”, parte integrante del presente provvedimento;

#### **RICHIAMATI:**

- il Protocollo di intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul Patto per la Salute condiviso dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e di Bolzano in data 28 settembre 2006;
- il DDL riguardante disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge finanziaria 2007);

**RICHIAMATA** la DGR del 6 luglio 2006 n. VIII/2890 ad oggetto: “Aggiornamento dell’elenco degli idonei alla nomina di direttore generale delle aziende sanitarie pubbliche lombarde – anno 2006 -”, in particolare l’Allegato 6 con cui sono state definite 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 l.r. 31/1997 come modificata dalla l.r. 3/2003;

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

**CONSIDERATO** che le risorse nazionali del 2007 sono già state oggetto di accordo tra le Regioni, in attesa di definitiva formalizzazione delle competenti Amministrazioni centrali, in occasione della Conferenza dei Presidenti delle Regioni in data 10 novembre 2006, e che è in corso di approvazione la Legge Finanziaria 2007, che prevede che le risorse disponibili, a livello nazionale, siano fissate in 96 miliardi di Euro, cui si dovrebbero aggiungere 2 miliardi di Euro a titolo di maggiore finanziamento per l’anno 2006;

**CONSIDERATO** che l’allegato n. 2 “**Il quadro del sistema per l’anno 2007**”, parte integrante del presente provvedimento, definisce l’ammontare e l’allocazione, ancorché in attesa dell’approvazione della Legge Finanziaria 2007, 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;

**STABILITO** che il Bilancio preventivo economico 2007 delle aziende ed enti sanitari operanti nel SSR dovrà essere presentato entro il 5 febbraio 2007, in linea con le indicazioni contenute nel predetto allegato n. 2 ed in coerenza con gli obiettivi economici assegnati;

**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;

**DATO ATTO** che le “Regole 2007”, 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 Servizio Socio Sanitario Regionale per l’anno 2007 e di approvare a tal fine i seguenti allegati, parti integranti del presente provvedimento:

- Allegato 1 “**Indirizzi di programmazione**”
- Allegato 2 “**Il quadro del sistema per l’anno 2007**”
- Allegato 3 “**Gli acquisti delle Aziende Sanitarie: linee di indirizzo**”
- Allegato 4 “**Le attività di Prevenzione Medica Veterinaria**”
- Allegato 5 “**Tempi di attesa e accessibilità**”
- Allegato 6 “**Farmaceutica e Protesica**”
- Allegato 7 “**Piani regionali di settore e di sviluppo – Progetti e Ricerche**”
- Allegato 8 “**Tariffe delle prestazioni di ricovero e cura e di diagnostica e specialistica ambulatoriale**”
- Allegato 9 “**Indici di offerta – Negoziazione**”
- Allegato 10 “**Piano dei controlli, Banca Dati Assistito, qualità ed appropriatezza**”
- Allegato 11 “**Progetto CRS-SISS**”
- Allegato 12 “**Area organizzazione e personale**”

- Allegato 13 “**Linee guida regionali per l’adozione del codice etico e dei modelli di organizzazione e controllo delle Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliere**”
- Allegato 14 “**Medicina Convenzionata: MMG, PLS e Continuità Assistenziale**”
- Allegato 15 “**Documenti dei Tavoli di lavoro della Psichiatria, Neuropsichiatria Infantile e Assistenza Pediatrica**”
- Allegato 16 “**Linee di programmazione e di indirizzo dei servizi socio-sanitari e di riabilitazione afferenti alla competenza della Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale**”

**RITENUTO** di prevedere, in conformità a quanto già disposto per l’anno 2006, la predisposizione da parte di ciascuna ASL, anche per l’anno 2007, di un documento programmatico denominato “**Programmazione e coordinamento dei servizi sanitari e socio sanitari**”, nel quale saranno indicate le politiche adottate dalle aziende sanitarie in campo ospedaliero, ambulatoriale, dei servizi territoriali, dei servizi sociosanitari e le correlate risorse disponibili, secondo i criteri indicati nell’allegato 1, precisando che tale documento non è soggetto ad approvazione regionale e che entro il 31 gennaio 2007 andrà trasmesso alle direzioni generali regionali competenti un documento di sintesi, sulla base del quale le stesse direzioni potranno disporre eventuali ed ulteriori approfondimenti, in ragione dei contenuti e degli obiettivi di cui agli allegati alla presente deliberazione;

**VALUTATE** ed assunte come proprie le predette determinazioni;

**A VOTI UNANIMI**, espressi nelle forme di legge;

### **DELIBERA**

Per le motivazioni indicate in premessa e qui integralmente richiamate:

1. di definire le “Regole di gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l’anno 2007” e di approvare a tal fine i seguenti allegati, parti integranti del presente provvedimento:
  - Allegato 1 “**Indirizzi di programmazione**”
  - Allegato 2 “**Il quadro del sistema per l’anno 2007**”
  - Allegato 3 “**Gli acquisti delle Aziende Sanitarie: linee di indirizzo**”
  - Allegato 4 “**Le attività di Prevenzione Medica Veterinaria**”
  - Allegato 5 “**Tempi di attesa e accessibilità**”
  - Allegato 6 “**Farmaceutica e Protesica**”
  - Allegato 7 “**Piani regionali di settore e di sviluppo – Progetti e Ricerche**”
  - Allegato 8 “**Tariffe delle prestazioni di ricovero e cura e di diagnostica e specialistica ambulatoriale**”
  - Allegato 9 “**Indici di offerta – Negoziazione**”
  - Allegato 10 “**Piano dei controlli, Banca Dati Assistito, qualità ed appropriatezza**”
  - Allegato 11 “**Progetto CRS-SISS**”
  - Allegato 12 “**Area organizzazione e personale**”
  - Allegato 13 “**Linee guida regionali per l’adozione del codice etico e dei modelli di organizzazione e controllo delle Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliere**”
  - Allegato 14 “**Medicina Convenzionata: MMG, PLS e Continuità Assistenziale**”
  - Allegato 15 “**Documenti dei Tavoli di lavoro della Psichiatria, Neuropsichiatria Infantile e Assistenza Pediatrica**”

- Allegato 16 “**Linee di programmazione e di indirizzo dei servizi socio-sanitari e di riabilitazione afferenti alla competenza della Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale**”
2. di disporre, in conformità a quanto già disposto per l’anno 2006, la predisposizione da parte di ciascuna ASL, anche per l'anno 2007, di un documento programmatico denominato "*Programmazione e coordinamento dei servizi sanitari e socio sanitari*", nel quale saranno indicate le politiche adottate dalle aziende sanitarie in campo ospedaliero, ambulatoriale, dei servizi territoriali, dei servizi sociosanitari e le correlate risorse disponibili, secondo i criteri indicati nell'allegato 1, precisando che tale documento non è soggetto ad approvazione regionale e che entro il 31 gennaio 2007 andrà trasmesso alle direzioni generali regionali competenti un documento di sintesi, sulla base del quale le stesse direzioni potranno disporre eventuali ed ulteriori approfondimenti, in ragione dei contenuti e degli obiettivi di cui agli allegati alla presente deliberazione;
  3. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul B.U.R.L. e sui siti internet delle Direzioni Generali Sanità e Famiglia e Solidarietà Sociale.

IL SEGRETARIO

## Allegato 1

### Indirizzi di programmazione

Per l'anno 2007 si proseguirà nel percorso individuato nell'anno 2006 con l'intento di rafforzare le attività di coordinamento, indirizzo e controllo delle ASL rispetto agli interventi sanitari, sociosanitari e all'integrazione con il sociale, e le attività di presidio sanitario specialistico territoriale delle AO e degli erogatori privati accreditati, confermando i principi di carattere generale che sono alla base della politica sanitaria lombarda.

#### RUOLO DELLE ASL NEI CONFRONTI DEL TERRITORIO COME SOGGETTI DI COORDINAMENTO DEI SERVIZI SANITARI E SOCIO-SANITARI

Le ASL devono proseguire nello sviluppo del coinvolgimento responsabile dei soggetti presenti nel territorio relativamente alle scelte programmatiche connesse ai bisogni assistenziali attraverso la valorizzazione del ruolo degli organismi per la partecipazione.

Analogamente, è importante proseguire il percorso di coinvolgimento delle istituzioni territoriali, in particolare dei Comuni, che hanno tra le proprie funzioni il compito di interpretare i bisogni di assistenza della propria collettività; il loro ruolo deve essere "responsabilizzato" in funzione delle risorse a disposizione delle aziende sanitarie, fatta salva la facoltà degli stessi di intervenire con risorse proprie.

A tale proposito ciascuna ASL anche nell'anno 2007 dovrà predisporre un documento programmatico denominato "**Programmazione e coordinamento dei servizi sanitari e socio sanitari**" nel quale saranno indicate le politiche adottate dalla ASL stessa in campo ospedaliero, ambulatoriale, dei servizi territoriali, dei servizi socio sanitari e le correlate risorse disponibili.

Per la definizione degli interventi programmatici e gestionali predisposti in ambito territoriale, da ciascuna ASL per la parte sanitaria, si individuano momenti di coordinamento quale livello di confronto sulle scelte e sulle attività di competenza delle Aziende Sanitarie Locali, Ospedaliere ed erogatori privati in settori strategici del Servizio Sanitario Regionale, tra cui, in particolare, quelli dell'alta specialità, della ricerca biomedica e della tecnologia sanitaria, della formazione universitaria, dell'emergenza urgenza, della psichiatria e neuropsichiatria infantile, del fabbisogno di personale, di tematiche connesse con la contiguità territoriale, di aspetti collaborativi utili sia nell'ambito della gestione che della erogazione dei servizi, della programmazione di nuove attività afferenti ai servizi specialistici e all'alta tecnologia.

Per il perseguimento degli obiettivi di cui al comma precedente, l'Assessorato alla Sanità promuove la realizzazione di "Tavoli di Confronto" per specifici settori funzionali di intervento, ove sono concordati gli indicatori ed i criteri epidemiologici sulla cui base verranno individuate aree di coordinamento che coinvolgeranno in modo articolato dal punto di vista geografico le varie ASL.

Le valutazioni espresse in questi Tavoli di Confronto serviranno a promuovere una migliore erogazione delle prestazioni sotto il profilo della qualità, dell'efficacia e dell'efficienza dei servizi e quindi dell'appropriatezza. A tal fine utilizzando anche le valutazioni emerse dai Tavoli di Confronto, l'Assessorato alla Sanità procederà alla elaborazione di apposite indicazioni per le ASL.

La programmazione delle ASL dovrà altresì tener conto dei livelli di partecipazione ai Piani di Zona, ai fini dell'integrazione degli interventi di carattere sanitario con gli interventi di natura sociale la cui titolarità è dei Comuni, prevedendo quale momento di confronto, l'Assemblea dei Sindaci; ulteriori momenti di confronto sono previsti dai Tavoli del Terzo Settore istituiti dalle ASL. L'Assessorato alla Famiglia procederà a tal fine alla elaborazione di apposita indicazione per le ASL.

Le ASL, sulla base anche degli indirizzi ricevuti ed in particolare delle indicazioni di carattere sistemico, di area territoriale e di ambito di specifica competenza, previa consultazione della Conferenza dei Sindaci e dei soggetti rappresentativi degli attori di sistema pubblici e privati, presenteranno agli stessi una prima bozza del documento di "Programmazione e coordinamento dei servizi sanitari e socio sanitari" entro il 15 gennaio 2007. Ciò per permettere che gli stessi possano disporre del tempo sufficiente per approfondire il documento e per formulare eventuali ulteriori suggerimenti/proposte. Il documento, nella sua versione conclusiva, dovrà essere predisposto entro il 31 gennaio 2007.

Tale documento programmatico, oltre a dare evidenza della reale dimensione complessiva dell'azienda, dovrà essere articolato per distretti in modo che siano esplicitati per ciascun distretto:

- Il livello di servizio programmato e il servizio storicamente determinato;
- Le innovazioni di servizio proposte che saranno implementate nell'anno;
- Il ruolo degli erogatori pubblici e privati;
- Il collegamento tra i servizi al fine della continuità assistenziale;

- Le priorità di intervento;
- L'analisi dell'equilibrio territoriale domanda/offerta.
- Il contesto geografico di riferimento
- Elementi valutativi emersi dai Tavoli di Confronto

La programmazione e l'attivazione delle azioni previste nel documento programmatico resta vincolata alle risorse disponibili e alla loro destinazione così come formalizzata nel bilancio aziendale 2007 approvato dalla Giunta.

#### SVILUPPO DEI RAPPORTI TRA ASL ED EROGATORI

Le ASL saranno chiamate a rafforzare il proprio ruolo attraverso politiche in grado di migliorare il collegamento del bisogno di salute con l'offerta di servizi sanitari, concretizzando gli interventi di Programmazione, Acquisto e Controllo nel rispetto di quanto stabilito dalla l.r. 31/97 e s.m.i. con particolare attenzione a:

- analisi dei bisogni;
- definizione delle aree problematiche di intervento;
- individuazione dei livelli di attività programmata per i servizi sanitari;
- contrattazione con gli erogatori pubblici e privati del livello di attività specialistica ambulatoriale atteso e il relativo finanziamento;
- governo clinico con i MMG e PLS;
- messa in campo di progetti e programmi di coordinamento tra gli erogatori;
- finanziamento di progetti e programmi di coordinamento in attuazione degli specifici piani di settore.

Le ASL, inoltre, indirizzeranno l'attività programmatoria locale tenendo conto delle indicazioni elaborate dagli Assessorati competenti sulla base delle valutazioni emerse dai Tavoli di Confronto (per la parte sanitaria), da quelli già attivati dalle ASL, soprattutto in materia di integrazione tra sociosanitario e sociale e dai documenti condivisi dai Tavoli di Lavoro (allegato 15) che assumono il valore di linee di indirizzo delle attività specifiche.

AZIENDE SANITARIE LOCALI - COINVOLGIMENTO MEDICI DI MEDICINA GENERALE, MEDICI  
SPECIALISTI E OPERATORI SANITARI - APPROPRIATEZZA DEL SISTEMA EROGATIVO

Nel 2007 proseguirà l'attività, già avviata negli anni scorsi con i medici di medicina generale, i medici specialisti (oncologi, fisiatri, cardiologi, riabilitatori, ecc..) e gli altri operatori sanitari locali del sistema, tesa ad avere un contributo propositivo e organizzativo nell'attività di governo del sistema locale.

I documenti di riferimento per queste attività di programmazione locale saranno l'accordo di sistema stipulato tra l'Assessore alla Sanità, i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta (allegato 14) e i documenti condivisi dai Tavoli di Lavoro attivati in questi mesi dall'Assessore alla Sanità (allegato 15).

In particolare assume carattere di indirizzo complessivo di sistema il documento di seguito riportato.

**Accordo sugli indirizzi di programmazione per l'attuazione di attività di "governo clinico"  
tra l'Assessore alla Sanità e il tavolo congiunto  
Ospedale/Territorio comprendente i rappresentanti del mondo sanitario della  
Regione Lombardia**

Si condivide la necessità e l'utilità di sviluppare le azioni programmatiche di seguito sintetizzate, in coerenza con le indicazioni della L.R. 31/97 ed in particolare nel rispetto del principio di libertà di scelta del cittadino.

I previsti indirizzi di programmazione sono orientati, all'interno delle previsioni del PSSR 2007/2009, recentemente approvato, che pongono al centro il soddisfacimento dei bisogni sanitari del cittadino, al consolidamento e allo sviluppo di una rete di servizi organizzati sia dalle strutture accreditate pubbliche sia dai soggetti accreditati privati in grado di assicurare risposte complete ed appropriate ai bisogni di salute ed equità nella distribuzione delle risorse.

Queste le aree di intervento e le azioni prioritarie:

Sviluppo degli strumenti di analisi dei bisogni, della domanda e dell'offerta.

L'analisi dei bisogni utilizza metodi epidemiologici, qualitativi e comparativi, allo scopo di descrivere lo stato di salute della popolazione e di identificare disomogenei accessi ai servizi al fine di poter determinare le priorità e utilizzare più efficacemente le risorse. I bisogni sanitari possono essere distinti in espressi o inespressi. Questa classificazione deve considerare che una

quota della domanda espressa deriva da atteggiamenti di tipo precauzionale (“medicina difensiva”).

La lettura dei bisogni e quindi della reale domanda di salute della collettività, è essenziale per garantire una corretta allocazione delle risorse disponibili e quindi assicurare ai cittadini le prestazioni diagnostico-terapeutiche più appropriate attraverso la rete dei servizi presente nel territorio.

Occorre quindi: valorizzare i flussi informativi e gli strumenti di analisi già disponibili in Regione Lombardia; promuovere l'utilizzo di criteri ed indicatori condivisi; implementare la funzione PAC delle ASL finalizzata alla lettura dei bisogni, alla programmazione in funzione delle specificità locali, alla valutazione degli esiti intesi come obiettivi di salute raggiunti (outcome).

A tal fine dovrà essere garantita una lettura integrata e globale dei bisogni garantendo il raccordo tra le aree della Specialistica, delle Cure Primarie e delle Attività Socio-Sanitarie Integrate. Il lavoro di analisi potrà avere, in funzione dei diversi livelli assistenziali, dimensione locale (ASL), sovrazonale tra aree territoriali contigue (ASL limitrofe), Regionale (coordinamento di sistema) e dovrà prevedere la collaborazione attiva di tutti i soggetti operanti in ambito sanitario sia pubblici sia privati accreditati.

In particolare dovranno essere considerati gli indicatori relativi a:

- 1) Caratteristiche socio-demografiche ed epidemiologiche della popolazione (invecchiamento, contesto sociale, incidenza e prevalenza delle patologie cronico-degenerative, sopravvivenza e disabilità, mortalità, ...);
- 2) Consumi (indicatori di domanda): tassi di ricovero, valorizzazione pro-capite, tempi d'attesa, mobilità passiva, consumi per percorsi (diabete, BPCO, artroprotesi, ...);
- 3) Struttura dell'offerta in termini quali-quantitativi (presidi, posti letto, ambulatori, branche specialistiche, dotazioni tecnologiche...) relativa a presidi di ricovero, ambulatori extraospedalieri, strutture riabilitative, assistenza residenziale, cure domiciliari, ...;
- 4) Produzione di prestazioni (indicatori di offerta): valutazione quali-quantitativa delle potenzialità “produttive” delle strutture presenti nel territorio (volumi e valorizzazione, saturazione, attrazione, case-mix, ...).

Le banche dati (Banca Dati Assistiti e Flussi Informativi) e gli strumenti telematici ed informatici (SISS, Anagrafe Assistiti, ...) già attivati in Regione dovranno essere utilizzati e valorizzati per le finalità sopradescritte.

#### Elaborazione di PDT sulla base delle evidenze scientifiche e delle specificità territoriali.

La centralità del malato rispetto all'organizzazione sanitaria è la caratteristica qualificante del PDT che va pensato essenzialmente come strumento finalizzato ad accompagnare il malato verso il soddisfacimento ottimale di bisogni complessi e costruire processi assistenziali razionali e coordinati in grado di:

- assicurare agli assistiti i percorsi sanitari in grado di garantire il soddisfacimento del “bisogno” (globalità e continuità dell'assistenza)
- assicurare prestazioni appropriate
- promuovere stili di vita di provata efficacia preventivo/terapeutica
- assicurare il principio di “Responsabilità Professionale” del medico

I PDT, per le patologie e bisogni prevalenti, saranno quindi:

- definiti sulla base delle Linee Guida e indirizzi di riferimento elaborati a livello regionale attraverso un percorso condiviso con le Società scientifiche, con gli Specialisti di riferimento, con le ASL e con i medici del territorio.
- attuati a livello locale, attraverso lo sviluppo della rete di servizi tra ASL / Medici di Medicina Generale / Aziende Ospedaliere / Erogatori privati in coerenza con la programmazione di sistema.

Il PDT rappresenta lo strumento finalizzato a garantire le prestazioni diagnostiche terapeutiche di provata efficacia nel contesto della rete di offerta presente nel territorio.

Per la definizione delle Linee Guida regionali si prevede la costituzione di Gruppi di Lavoro (Network regionali) che forniranno supporto scientifico e professionale per lo sviluppo e l'attuazione dei PDT aziendali o interaziendali a livello locale.

I network saranno costituiti o riattivati, nel caso fossero già esistenti, attraverso una ricognizione sistematica delle esperienze di eccellenza e delle competenze professionali, scientifiche e gestionali presenti in ambito regionale lombardo, di riconosciuta validità in termini metodologici, applicativi e di risultati raggiunti.

Con apposito atto deliberativo saranno stabiliti i criteri, coerenti con le indicazioni contenute nel presente accordo, per la composizione dei network regionali.

Vengono prioritariamente individuate o confermate le seguenti aree di intervento:

1. Oncologia
2. BPCO
3. Scompenso cardiocircolatorio
4. Diabete
5. Patologie neurologiche progressive
6. Patologie croniche osteo articolari
7. Psichiatria
8. NPI
9. Ipertensione
10. Obesità

Si prevede inoltre la costituzione di gruppi di lavoro specifici per le tematiche relative alle attività di medicina di laboratorio e di diagnostica per immagini.

#### Rete dei servizi

La rete dei servizi è lo strumento organizzativo che consente la realizzazione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali e la concreta attuazione del principio di libera scelta del cittadino. In relazione ai differenti livelli di complessità e specialità dell'assistenza sono da prevedersi reti per patologia e/o per bisogni.

Le azioni programmatiche per lo sviluppo ed il miglioramento della rete d'offerta sia pubblica sia privata promuoveranno un maggiore coordinamento e integrazione in particolare tra le Strutture dedicate alle alte specialità.

Saranno coinvolti tutti gli attori che operano nel territorio, nei servizi e nelle strutture deputate all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, nella ricerca (MMG, MCA, PLS, Operatori delle varie professioni sanitarie, Società Scientifiche, Università, Associazioni dei Medici, organizzazioni Sindacali, GCP, Erogatori pubblici e privati di cure ospedaliere, Erogatori pubblici e privati di specialistica ambulatoriale, diagnostica strumentale e medicina di laboratorio, Specialisti ambulatoriali, rete E/U, IDR, Servizi Cure Domiciliari, ...) al fine di condividere elementi utili a definire:

- Rapporto Erogatori / Territorio (comunicazione e relazione professionale, integrazione e raccordo nei processi assistenziali, sviluppo di progetti condivisi, azioni di prevenzione e promozione della salute integrata, creazione di un servizio di counselling territoriale ...);
- Percorsi di continuità assistenziale dei pazienti ospedalizzati: dimissioni protette, ospedalizzazione domiciliare, long term care, ...;
- Formazione integrata (specialisti delle strutture erogatrici e territoriali, medici di medicina generale, medici di continuità assistenziale, operatori sanitari e socio-sanitari, ...);
- Sviluppo di modelli evoluti di associazionismo dei MMG che possano garantire continuità assistenziale, diagnostica strumentale (di base e a supporto all'attività clinica), interventistica ambulatoriale, con conseguente valutazione di eventuali e specifici standard e criteri per l'accreditamento di queste attività;
- Estensione dell'utilizzo del sistema CRS/SISS, strumento tecnologico strategico individuato dalla R.L. quale supporto alle attività di governo clinico;
- Progetti innovativi nell'ambito delle tecnologie ed in particolare della telemedicina.

Il livello regionale garantisce:

- le linee guida e gli indirizzi di riferimento per le principali patologie
- gli obiettivi regionali e i relativi indicatori di risultato sui quali le ASL, le Aziende Ospedaliere, gli Erogatori privati e tutti gli attori del sistema sono chiamati a impegnarsi
- le regole condivise con cui assicurare il coinvolgimento dei diversi attori
- il monitoraggio, la valutazione e la diffusione delle esperienze in atto nei diversi ambiti territoriali

Il livello territoriale di ASL assicura:

- la condivisione dei PDT tra i diversi attori della rete dei servizi locali (ASL, Medici delle cure primarie, Aziende Ospedaliere, Erogatori privati)
- la definizione di accordi locali tra i diversi attori finalizzati all'adozione e implementazione dei PDT e il disease management delle patologie prese in considerazione
- il monitoraggio e la valutazione dei risultati in termini di qualità delle prestazioni, di impatto sulla domanda e sul sistema di offerta e di esiti (outcome) in raccordo con il livello regionale.

### Caratteristiche del modello

Il coordinamento regionale svolge essenzialmente una funzione di facilitatore della rete: i contenuti professionali, le molteplici competenze specialistiche in gioco, la conoscenza degli aspetti organizzativi e gestionali vanno ricercate nelle realtà dei servizi e dei professionisti che operano nell'assistenza ospedaliera e territoriale pubblica e privata, nella ricerca, nella programmazione, con l'obiettivo di estendere le *best practices* a tutto il Sistema sanitario regionale.

I network per patologia, per percorsi, per aree prioritarie in parte già individuati (diabete, patologie cardiocerebrovascolari, malattie neurologiche progressive, psichiatria, NPI, mielolesioni e cerebrolesioni, pediatria, oncologia, continuità assistenziale, ...); saranno costituiti da "esperti" nel settore a vari livelli (assistenza, ricerca, programmazione, gestione ...) che hanno già sperimentato soluzioni di riconosciuta validità, in grado di fornire supporto tecnico professionale alle altre realtà in ambito ospedaliero o territoriale e di promuovere il confronto scientifico e quindi la ricerca ed il miglioramento continuo.

– o – o – o –

Il documento di "Programmazione e coordinamento dei servizi sanitari e socio sanitari" conterrà non solo analisi e indirizzi generali, ma anche dati riferiti ai livelli di attività storica e programmata e progetti specifici che abbiano l'obiettivo di migliorare l'erogazione dei servizi ed il loro coordinamento alla luce degli indirizzi sopra riportati.

Inoltre nell'ambito dei servizi socio-sanitari, i rapporti di collaborazione con i soggetti del terzo settore, come meglio individuati dall'art.1, comma 5°, della legge n.328/00, assumono, per le aziende sanitarie, una particolare rilevanza.

A fronte del quadro normativo statale e regionale vigente, in relazione all'affidamento di servizi alla persona, soprattutto con riguardo alla attuazione di progetti innovativi o di riqualificazione delle unità d'offerta, le aziende sanitarie devono saper operare scelte che tengano conto della peculiarità del ruolo che la norma assegna ai soggetti del terzo settore, pur nella osservanza dei limiti derivanti dalla forma giuridica di ciascun ente e dal rispetto delle generali regole di trasparenza, di imparzialità, di concorrenzialità e di osservanza dei principi dell'ordinamento comunitario.

Andranno pertanto previsti, all'interno delle aziende sanitarie, in ragione dei rispettivi ordinamenti, percorsi rivolti a meglio definire le procedure per l'affidamento dei servizi alla persona ai soggetti del terzo settore, anche sulla base delle direttive che saranno impartite dalla DG Famiglia e Solidarietà Sociale.

#### AZIENDE OSPEDALIERE - COINVOLGIMENTO MEDICI SPECIALISTI E OPERATORI

Il coinvolgimento dei medici specialisti e degli altri operatori da parte delle Aziende Ospedaliere permetterà di misurare l'appropriatezza ed i risultati degli atti sanitari attraverso la definizione ex-ante di indicatori di processo clinico e tenendo ovviamente conto di quelli che la statistica e l'epidemiologia hanno da tempo collaudato. Il coinvolgimento degli organismi di partecipazione quali il Collegio di Direzione ed il Consiglio dei Sanitari sarà attuato mediante richiesta, da parte del Direttore Generale dell'azienda, di pareri sugli atti aziendali strategici quali: budget aziendale, bilancio, piani di organizzazione, piani di assunzione e scelte di investimento soprattutto per quanto riguarda gli aspetti di alta tecnologia e di manutenzione straordinaria.

Detto parere deve essere rilasciato dal Collegio di Direzione e dal Consiglio dei sanitari di norma entro 10 giorni lavorativi dalla richiesta da parte del Direttore Generale, fatte salve eventuali richieste di parere urgente adeguatamente motivate.

L'eventuale scostamento da parte del Direttore Generale rispetto al parere espresso dagli organismi di partecipazione, o la mancata richiesta del parere, dovranno essere adeguatamente motivati. A riguardo dei suddetti provvedimenti strategici, prima della assunzione definitiva degli stessi da parte dell'Azienda, dovrà essere acquisito il parere di coerenza con la programmazione sanitaria regionale e con le regole di sistema, fatti salvi i casi già espressamente disciplinati da norme nazionali e regionali. Le AO provvederanno all'attivazione di adeguati canali di informazione sulle attività svolte e sui costi sostenuti al fine di favorire processi di *benchmarking*

in grado di stimolare i professionisti a confrontarsi e a sviluppare metodi di miglioramento della qualità.

Per l'attuazione di quanto sopra verranno definite ulteriori specifiche indicazioni, corredate da puntuali indicatori da utilizzarsi.

#### RAZIONALIZZAZIONE DEI PROCESSI DI SPESA DELLE AZIENDE OSPEDALIERE

Nel 2007 si proseguirà nell'obiettivo di razionalizzare i costi unitari di produzione delle diverse aziende ospedaliere; tale indirizzo è congruente con le modalità aziendali di gestione delle risorse che le Aziende Ospedaliere dovranno sempre più sviluppare con la finalità di coniugare un'alta qualità dei servizi erogati con l'irrinunciabile necessità di perseguire l'equilibrio economico. Gli indicatori di base sono quelli già predisposti e aggiornati annualmente dall'ufficio controllo di gestione della Direzione Generale Sanità, oltre a quelli che considerano un livello atteso di costo e considerano i livelli attesi di produttività e di attività indispensabili per valutare il potenziale equilibrio delle attività aziendali.

#### CODICE ETICO-COMPORTAMENTALE

Con DGR dell'11 giugno 2004, n. VII/17864 si è dato avvio, in via sperimentale, al progetto riguardante l'introduzione nelle aziende sanitarie pubbliche lombarde di un codice etico comportamentale, mutuando i contenuti del D.Lgs 231/2003, per valutare la possibilità di adozione di modelli organizzativi e "comportamenti" finalizzati al miglioramento del sistema e ad un più efficace controllo del sistema stesso. La sperimentazione ha coinvolto nel 2005 e nel 2006 sei aziende sanitarie pubbliche.

A partire dal 2007 il codice etico-comportamentale dovrà essere adottato obbligatoriamente da tutte le Aziende Sanitarie Locali e le Aziende Ospedaliere secondo le linee di indirizzo declinate all'allegato n. 13.

#### ATTIVAZIONE PERCORSO EMERGENZA URGENZA

A seguito dell'approvazione da parte del consiglio regionale del Piano Socio Sanitario Regionale 2007/2009 è in corso la proposta di adeguamento della L.R. 31/97 che prevede l'istituzione dell'Azienda Regionale dell'Emergenza Urgenza secondo le seguenti linee programmatiche:

- struttura dotata di personalità giuridica con autonomia patrimoniale, organizzativa, gestionale e contabile;
- svolgimento di compiti relativi all'emergenza-urgenza;
- modello gestionale snello che si avvarrà delle risorse e delle reti organizzative già oggi presenti per tale attività nelle aziende sanitarie regionali.

## **Allegato 2**

### **Il quadro del sistema per l'anno 2007**

Nel 2007 proseguirà e si svilupperà quel rapporto, già iniziato nel 2006, e confermato dal recente “Patto sulla Salute”, fra Stato e Regioni in materia di sanità basato sulla necessità dell’equilibrio nella programmazione economico/finanziaria della spesa sanitaria per garantire il raggiungimento degli obiettivi di finanza pubblica.

Il disegno di legge della Finanziaria 2007, attualmente in discussione in Parlamento, darà valenza normativa alla maggior parte dei contenuti del “Patto sulla Salute” confermando le risorse disponibili per l’anno 2007 in 96 miliardi di euro e definendo alcune ulteriori regole per l’accesso alle risorse stesse che in parte innovano il contenuto dell’Intesa del 23 marzo 2005.

Come sopra ricordato l’accesso a tali risorse da parte della Regione Lombardia, come delle altre Regioni, è condizionato al rispetto perentorio di molteplici adempimenti definiti nella normativa vigente e ulteriormente implementati dalla Legge finanziaria in discussione. In particolare il disposto della legge n. 311/2004, alla luce di quanto previsto dal Patto per la Salute del 28 settembre 2006, prevede che, in caso di mancato adempimento da parte delle Regioni degli obblighi previsti è, precluso l’accesso alla quota di finanziamento assegnata con conseguente immediato recupero delle somme eventualmente erogate; la quota di finanziamento sottoposta alla suddetta verifica è decisamente significativa in quanto è relativa a circa il 5% del finanziamento complessivo.

Si ricordano di seguito gli attuali adempimenti che coinvolgono tutti gli attori del Servizio Sanitario Regionale:

- Mantenere la stabilità e l’equilibrio di gestione del servizio sanitario regionale, tramite misure di governo e 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 i criteri e le modalità di erogazione delle prestazioni che soddisfino il principio di appropriatezza organizzativa e di economicità nella utilizzazione delle risorse;
- Attuare le adeguate iniziative per il contenimento delle liste di attesa definendo, sulla base dei reali bisogni e con la collaborazione degli attori di sistema, i percorsi diagnostici più adeguati e gestire correttamente la domanda di prestazioni sanitarie;
- 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 ai ricettari consegnati ai loro specialisti;
- Ripianare il 40 % del superamento del tetto per la spesa farmaceutica, attraverso l'adozione di specifiche misure in materia farmaceutica e alla predisposizione di piani di contenimento con particolare riferimento alla spesa farmaceutica ospedaliera (compresa la compartecipazione al costo da parte dei cittadini);
- Adottare una contabilità analitica per centri di costo e responsabilità che consenta analisi comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati delle aziende sanitarie;
- Adottare provvedimenti in base agli indicatori di utilizzo delle strutture sanitarie, che prevedano uno standard di posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale non superiore al 4,5 per mille abitanti comprensivi della riabilitazione e della lungodegenza post-acuzie, standard da raggiungere entro il 2007;
- Adottare provvedimenti che promuovano il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno ed il potenziamento di forme alternative al ricovero al fine di ottenere, entro il 2007, il tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari e diurni entro il 180 per mille abitanti residenti rispettando, nella composizione del predetto indice di ricovero, le incidenze previste per le due ricordate modalità di ricovero.
- Adottare il Piano regionale sulla Prevenzione in raccordo con le linee di indirizzo nazionali in materia e con le attività sperimentali sin qui attivate e validate dalla Regione Lombardia.

Gli adempimenti sopra illustrati, tratti dall'Intesa del 23 marzo 2005, sono poi da integrare con quanto previsto dalla Legge Finanziaria per il 2006, dal Patto della Salute e dalla Legge Finanziaria 2007 che ad oggi ha in corso l'iter parlamentare di approvazione. Ovviamente continueranno ad applicarsi le disposizioni nazionali vigenti sul contenimento della spesa sanitaria e farmaceutica.

Nel corso degli anni 2004 e 2005 sono entrate in vigore diverse normative che continuano a produrre effetti anche per l'anno 2007. In particolare si richiamano il D.L. 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 D.L. n. 156/2004 "Interventi urgenti per il ripiano della spesa farmaceutica" convertito nella L. n. 202 del 2 agosto 2004 e la L. n. 248 del 2 dicembre 2005 relativa alla contabilizzazione delle applicazioni contrattuali.

Con il presente atto si ritiene, altresì, di fornire alle Aziende sanitarie pubbliche, alle Fondazioni IRCCS di diritto pubblico e a tutti gli operatori del settore un quadro di riferimento utile all'attuazione di tutte le azioni di governo 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 2007 sono state recentemente ripartite fra le regioni e quindi il presente atto programma gli interventi sulla base di quanto reso disponibile secondo gli indirizzi del Patto per la Salute del 28 settembre 2006.

Tenendo conto di queste premesse, le risorse sopra definite e destinate al finanziamento del servizio sanitario regionale sono riferite per 15.203 milioni di Euro circa al finanziamento indistinto comprensivo delle risorse destinate al riconoscimento delle prestazioni per cittadini di altre regioni e di 450 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 tenendo altresì conto delle prestazioni ai cittadini non residenti che vengono rimborsate dalle regioni competenti.

Nella seguente tabella sono individuati i finanziamenti per i diversi livelli di assistenza che per i punti 1, 2 e 3 devono essere rispettivamente del 5,5%, almeno del 51% e fino al 43,5%.

<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>808</b>	<b>5,50%</b>
<b>2 – Assistenza distrettuale</b>	<b>7.488</b>	<b>almeno del 51,00%</b>
<b>3 – Assistenza ospedaliera</b>	<b>6.387</b>	<b>fino al 43,50%</b>
<b>TOTALE</b>	<b>14.683</b>	<b>100,00%</b>
Saldo di mobilità attiva per cittadini fuori regione	<b>520</b>	
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>	<b>15.203</b>	

Sulla base di questo ammontare complessivo di risorse la Regione procede al finanziamento delle ASL attraverso la definizione di una quota capitaria da ripartire con i criteri di seguito descritti.

Con tali risorse le ASL sono tenute a garantire l'assistenza sanitaria ai propri cittadini residenti. Nella considerazione che il Sistema Sanitario regionale lombardo ha negli ultimi anni raggiunto e mantenuto un equilibrio strutturale, per il 2007 si ritiene opportuno proseguire il percorso teso a consolidare una maggiore responsabilizzazione di tutti gli attori del sistema. Ciò avverrà, in particolare, aumentando i livelli di responsabilità a livello locale dando alle ASL, nel rispetto dei principi già definiti dalla L.R, n. 31/97, un ruolo sempre più incisivo nella programmazione territoriale, nella negoziazione e nel controllo ed alle AO e Fondazioni un obiettivo di equilibrio economico basato sui ricavi e con particolare attenzione al governo delle entrate proprie e al controllo dei costi.

#### AZIENDE SANITARIE LOCALI

Le ASL, ai sensi delle norme vigenti e nell'ambito del quadro di risorse delineato con il presente provvedimento e con gli atti applicativi conseguenti, sono tenute a garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza per i propri cittadini e saranno finanziate con l'assegnazione della quota capitaria pro-capite/assistibile.

Per assistibili si intendono quei cittadini che, secondo i criteri concordati fra la Direzione Generale Sanità e i responsabili delle ASL stesse, alla data del 15 novembre 2006 sono risultati in carico alla ASL di competenza. Per rispettare la coerenza e la competenza dei costi le ASL

disporranno precisi indirizzi agli erogatori, pubblici e privati, per la verifica, sulle documentazioni di ricovero e/o delle altre prestazioni, della situazione degli assistiti segnalando separatamente i cittadini residenti e quelli domiciliati nonché quelli stranieri appartenenti alla UE o extracomunitari, al fine di individuare correttamente quali di questi ultimi rientrano nella casistica prevista dalle norme vigenti ai fini del rimborso da parte delle Prefetture.

Nell'anno 2007 si continuerà il percorso di razionalizzazione iniziato nel 2006 realizzando una riduzione progressiva degli scostamenti tra i costi storici, la media regionale di consumi e la quota capitaria in modo da raggiungere l'equilibrio in un triennio.

Si procederà inoltre a ricondurre nel finanziamento per quota capitaria le risorse per attività sanitarie che, basandosi sulle valutazioni delle attività svolte negli ultimi anni, si possono considerare ormai "attività di sistema" (es. vaccinazioni, screening) da garantire in modo omogeneo su tutto il territorio regionale.

Per l'anno 2007 i contratti relativi alle prestazioni di ricovero, in relazione alle interconnessioni territoriali della molteplicità degli erogatori, saranno ancora coordinati dalle linee di indirizzo della presente deliberazione, fatto salvo quanto riferito al successivo allegato 9.

Il governo della specialistica, invece, sarà sostanzialmente affidato alle ASL.

In proposito si richiama anticipatamente il contenuto dell'allegato n. 9, del presente provvedimento, precisando che le ASL non potranno ridurre l'ammontare di tali risorse (ricoveri e specialistica) se non a fronte di documentata e manifesta inappropriata delle prestazioni erogate o di documentata riduzione della domanda espressa di prestazioni e nel rispetto del mantenimento degli obiettivi in tema di tempi di attesa sia sulle prestazioni di ricovero che di specialistica.

#### AZIENDE OSPEDALIERE

Anche per l'anno 2007 l'obiettivo economico delle AO e Fondazioni consiste nel mantenimento/miglioramento dell'equilibrio economico finanziario basato sulla valutazione delle attività rese e sulla puntuale quantificazione dei ricavi aziendali. In tal modo si sottolinea la responsabilità gestionale affidata ai Direttori Generali che sono tenuti a perseguire obiettivi di equilibrio, non solo di breve periodo, ma anche strutturale delle loro aziende. Tale nuovo contesto valorizzerà, evidentemente, le politiche di razionalizzazione dei costi (si veda in

proposito l'allegato 3 sugli acquisti) determinando situazioni virtuose che porteranno stimoli al miglioramento in tutte le strutture ospedaliere pubbliche, tese ad aumentare il grado di autonomia economico-finanziaria del Bilancio aziendale.

Il sistema di regole consente alle AO e Fondazioni IRCCS di definire a preventivo le risorse soggette a contratto le voci di ricavo delle AO (ricoveri, specialistica, psichiatria, file F ecc.) che, sommate alle ulteriori quote di contributo finanziate dal sistema e vincolate a specifiche attività (funzioni per servizi non tariffati), e le entrate proprie, rappresentano il monte di risorse disponibili per il funzionamento delle attività.

Lo sviluppo dei costi conseguenti, nel rispetto delle normative vigenti e delle linee guida in materia contabile che qui si richiamano integralmente e in particolare nel rispetto del principio della competenza economica e patrimoniale, resta affidato all'autonomia aziendale, ovviamente nell'ambito dell'equilibrio fra le varie voci (personale, beni e servizi, ecc.) che necessitano di verifica e confronto a livello di sistema attraverso l'attivazione di attività di *benchmarking*, ivi compreso l'obbligo di prevedere i necessari accantonamenti, ai sensi della L. 248/2005, per il rinnovo dei contratti. Nel quadro sopradescritto la responsabilità gestionale diretta dei Direttori Generali sulla crescita dei costi assume, quindi, una sempre maggiore rilevanza.

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:

- fino a 70 milioni di Euro per far fronte alle spese dirette regionali sostenute per conto del SSR;
- fino a 80 milioni di Euro per la remunerazione delle prestazioni sanitarie a favore dei dimessi dagli ex OP;
- 520 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;
- 1.296 milioni di Euro da destinare all'Assistenza socio-sanitaria integrata;
- fino a 300 milioni di Euro da destinare a progetti obiettivo di reale interesse nazionale e regionale, in relazione al contenuto dell'accordo Stato Regioni del 1 luglio 2004 e Intesa Stato Regioni 23 marzo 2005;

- fino a 150 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 (veterinaria, legge 210/92); tale fondo sarà poi assegnato alle singole aziende sanitarie attraverso specifici provvedimenti regionali;
- 58 milioni di Euro quale fondo da destinare all'ARPA (Agenzia Regionale per la Protezione dell'Ambiente);
- fino a 662 milioni di Euro per funzioni non tariffate ripartiti fra le ASL, secondo la competenza territoriale degli erogatori;
- fino a 12.067 milioni di euro ripartiti fra le ASL, quale quota capitaria, anche tenendo conto dei livelli diretti di spesa e di quelli di competenza degli erogatori, della necessità di garantire l'equilibrio economico di sistema per l'esercizio 2007, in relazione ai 3 livelli essenziali di assistenza confermando anche per il 2007 che la Q.C. è comprensiva dei costi di sistema e delle voci relative a:
  1. funzioni non tariffate per presidio servizi territoriali, oltre alla quota per funzioni non tariffate sopradescritte, fino a 270 milioni di euro e fino a 40 milioni di euro per riorganizzazione strutturale;
  2. Concorso regionale ai progetti di governo clinico anche con il coinvolgimento degli operatori del sistema fino a 140 milioni di euro;
  3. informatizzazione sistema sanitario fino a 163 milioni di euro;
  4. implementazione dei piani regionali, ricerca, ECM, formazione, prevenzione fino a 155 milioni di euro;
  5. per dare attuazione agli obiettivi PSSR fino a 240 milioni di euro;
  6. per screening fino a 80 milioni di euro;
  7. Fondo di riserva per esigenze di sistema fino a 45 milioni di euro.

Alla definizione della quota capitaria per ASL concorrono tre criteri:

- Criterio storico.** Viene assegnato per questa voce il 75% delle risorse di sistema.  
Per l'attribuzione alle ASL di tale quota viene utilizzata la struttura della spesa storica con i suoi criteri consolidati di pesatura (mortalità, consumi per fasce di età, ecc);
- Criterio demografico.** Viene assegnato per questa voce il 16% delle risorse di sistema disponibili. Per l'attribuzione alle ASL di tale quota sono utilizzati due criteri:

per l'8% la popolazione residente con età superiore ai 65 anni – (la media è quella che risulta dalle valutazioni) ;  
per l'8% la frequenza di popolazione residente con problemi sanitari cronici.

Per ciascuno dei due criteri la popolazione pesata viene calcolata utilizzando gli scostamenti tra il valore ASL e quello medio regionale;

### **Criterio geografico.**

Viene assegnato per questa voce il 9% delle risorse di sistema disponibili. Per l'attribuzione alle ASL di tale quota sono utilizzati due criteri:

la densità abitativa; la percentuale è del 2%;

la distribuzione della popolazione in funzione dell'altimetria, la percentuale è del 7%.

Per ciascuno dei due criteri viene utilizzato lo scostamento rispetto ai valori medi regionali secondo il principio di pesare maggiormente i territori con maggiore altitudine e con minore densità abitativa.

Per la percentuale del criterio demografico e geografico i dati sono considerati all'interno di una soglia non superiore e non inferiore allo 0,4% del valore medio di incremento della quota capitaria riferito al 2006.

L'obiettivo di legislatura deve portare alla determinazione della quota capitaria per costo medio regionale delle grandi categorie epidemiologiche e dovrà anche tenere conto della parametrizzazione sui livelli di appropriatezza e sui livelli quali-quantitativi di soddisfacimento dei bisogni sanitari.

Il progetto dovrà avere il contributo di tutte le rappresentanze del mondo sanitario (società scientifiche, Università, forze sociali ecc.).

La quota capitaria sarà assegnata ad ogni singola ASL con atto del Direttore Generale Sanità, sentiti il Direttore Generale Famiglia e Solidarietà Sociale e il Direttore Centrale Programmazione Integrata, tenuto fermo, anche per le ASL, l'obiettivo dell'equilibrio economico finanziario sulla base delle risorse assegnate dalla Regione e delle altre entrate aziendali.

Si stabilisce inoltre (tenendo conto delle manovre tariffarie che trasferiscono attività di ricovero ad attività ambulatoriali):

- le risorse regionali disponibili per la contrattazione delle prestazioni di ricovero, fino a 4.939 milioni di Euro;
- le risorse regionali disponibili per la contrattazione dell'attività ambulatoriale e di diagnostica strumentale, fino a 1.516 milioni di Euro.

Le risorse regionali, come sopra definite, non comprendono le attività 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 viene valutato al lordo degli effetti del D.L. n. 156/04 convertito in L. n. 202/04 e al netto della compartecipazione dei cittadini definita a livello regionale ed è collegato con gli adempimenti connessi all'erogazione delle risorse stanziare per l'anno 2007; ai sensi del disposto della L. n. 326/2003 per il 2007 è stabilito un tetto del 16% 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 contestualmente agli obiettivi economici; il tetto regionale per la spesa farmaceutica, come sopra definita viene determinato fino a 2.399 milioni di Euro.

Con appositi atti a firma del Direttore Generale Sanità, acquisito il parere del Direttore Generale Famiglia e Solidarietà Sociale e del Direttore Centrale Programmazione Integrata, saranno definiti gli specifici obiettivi, coerenti con quanto disposto dalla presente deliberazione per le ASL, le AO e le Fondazioni.

Le scelte strategiche delle aziende AO e ASL che impegnano il sistema a lungo termine e/o che hanno valenza trasversale sui punti di erogazione (ad esempio costruzioni nuovi ospedali o ristrutturazioni significative e il lay-out dei nuovi ospedali, servizi interaziendali - 118 -) devono essere preventivamente validate dall'Assessorato rispetto alla programmazione di sistema, indipendentemente dagli adempimenti procedurali connessi all'approvazione dei progetti e dei decreti di finanziamento, nell'ottica di un governo delle decisioni strutturali che interessano il sistema sanitario lombardo.

I Direttori Generali delle Aziende sanitarie, in occasione delle certificazioni trimestrali ai sensi della L.R. n. 26/01, nonché dell'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005, 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 e di consentire, ove necessario, interventi correttivi da parte della Regione.

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 alla necessità di un puntuale coordinamento regionale nella gestione dell'erogazione delle prestazioni soggette a contrattazione tra le ASL e gli erogatori pubblici e privati quali ricoveri e ambulatoriale, le ASL dovranno ritenere eventuali risparmi per tali voci di costo indisponibili per la copertura di altre voci di spesa, salvo quanto precisato precedentemente (ASL) e fatte salve le compatibilità di sistema.

Anche per l'anno 2007 per la spesa farmaceutica si ribadisce che eventuali risparmi dovuti ad effetti di norme nazionali o regionali sono da considerare indisponibili; mentre i risparmi derivanti dalle azioni di governo poste in essere dalle ASL potranno essere utilizzati con diversa finalità.

L'entrata in vigore dei nuovi flussi economici CE, SP ed LA con maggiori livelli di dettaglio, renderà più trasparenti le rilevazioni economico finanziarie delle aziende.

I nuovi flussi informativi nazionali non comportano per la Regione Lombardia cambiamenti sostanziali dal punto di vista della mera impostazione tecnica e pertanto si proseguirà sostanzialmente con le medesime modalità di lavoro già avviate negli scorsi anni.

Nell'anno 2007 l'obiettivo che si intende perseguire per una lettura più approfondita delle situazioni economico patrimoniali e finanziarie delle aziende lombarde è l'introduzione di flussi di supporto con particolare riferimento al Rendiconto Finanziario.

Per la redazione di tale documento che fornirà la lettura delle variazioni di liquidità intervenute nei sistemi aziendali e regionale è presupposto fondamentale che nel corso del 2007 siano riconsiderate diverse procedure, quali:

- Ridefinire puntuali linee guida in materia di modalità di fatturazione e pagamento delle prestazioni, con particolare riferimento alle partite di mobilità infraregionale e interregionale;
- Ridefinire puntuali percorsi in materia di "autofinanziamento" degli investimenti;
- Ridefinire puntuali linee guida in materia di corretta rilevazione/allocazione a bilancio di crediti e debiti e delle voci di stato patrimoniale in genere.

A corollario di quanto sopra si ritiene indispensabile ridisegnare anche le procedure interne in materia di pagamenti alle aziende, tenendo conto della sperimentazione da avviarsi nel 2007 e alla messa a regime dall'anno 2008 del sistema di codifica dei pagamenti e degli incassi delle aziende sanitarie denominato SIOPE.

### **Gestione finanziaria delle Aziende Sanitarie Locali**

Per l'anno 2007 in aggiunta a tutti gli strumenti già attivati negli anni precedenti si ritiene necessario procedere alla centralizzazione della gestione finanziaria delle ASL.

Pertanto le ASL dovranno considerare i seguenti indirizzi :

- La quota capitaria che sarà assegnata non comprenderà alcun onere per il ricorso ad anticipazioni finanziarie da parte dei tesoriери;
- Le ASL mensilmente dovranno procedere a segnalare, con idoneo flusso informativo, tutti i pagamenti che intendono effettuare con le risorse disponibili e tramite eventuale accesso all'anticipazione di cassa del tesoriере, per la quale dovranno indicare anche i correlati oneri;
- La Direzione Generale Sanità, di concerto con Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale, la Direzione Centrale Programmazione Integrata e con Finlombarda S.p.A., darà un preventivo assenso all'accesso all'anticipazione suddetta ed erogherà le somme di sua spettanza con priorità al rispetto dei tempi di erogazione;
- Le ASL, nel corso del monitoraggio trimestrale, potranno iscrivere tra i costi, equilibrati da correlati contributi in c/esercizio ad hoc, gli oneri finanziari preventivamente autorizzati.

### **Limite degli investimenti autofinanziati**

Per l'anno 2007 al fine del rispetto degli equilibri complessivi del sistema regionale le Aziende Ospedaliere possono, compatibilmente con l'equilibrio economico finanziario del proprio bilancio nel breve e nel medio periodo, destinare ad investimenti in regime di autofinanziamento un ammontare di risorse complessive comunque non superiori al 2% dei ricavi per prestazioni sanitarie (ricoveri, ambulatoriale, psichiatria, file F, NPI, Screening, ecc.), dei contributi per funzioni e delle entrate proprie aziendali ed esclusa la valorizzazione della libera professione e

costi capitalizzati. Tale limite vale anche per la ASL Vallecamonica sulla base dei dati dei propri presidi ospedalieri.

Le ASL dovranno attenersi alla percentuale dello 0,15% del valore della quota capitaria.

Resta evidente che gli oneri economici devono trovare copertura all'interno dell'equilibrio economico finanziario di medio/lungo termine che l'azienda deve mantenere.

### **Prospetto obbligazioni territoriali**

Le ASL, a partire dal Bilancio preventivo economico dell'esercizio 2007, saranno tenute ad elaborare, sulla base degli indirizzi generali contenuti nella presente Deliberazione e delle linee guida specifiche che la Direzione Generale Sanità e la Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale emaneranno successivamente, un Prospetto delle obbligazioni territoriali.

Tale Prospetto dovrà consentire alla Regione Lombardia e alle ASL di semplificare e rendere più rapido il controllo dell'effettivo andamento dei costi del sistema sanitario e sociosanitario regionale e la coerenza del comportamento del Direttore Generale della ASL rispetto agli obiettivi di sistema.

Tale Prospetto avrà la sezione contenente i costi e quella contenente i ricavi a diretta gestione; sarà elaborato a partire dalle obbligazioni di costo per il sistema che le ASL, sulla base di quanto disposto dalla presente deliberazione, sono tenute a contrattare con tutti gli erogatori di prestazioni sanitarie (ricoveri, ambulatoriale, psichiatria, file F, NPI, Screening) del proprio territorio.

Anche per quanto riguarda le altre prestazioni sanitarie (farmaceutica, doppio canale e primo ciclo) la ASL dovrà indicare in questo Prospetto le obbligazioni di costo per il sistema relative alle farmacie e agli altri erogatori del proprio territorio.

Infine troveranno collocazione in questo Prospetto anche tutti gli altri costi di diretta gestione aziendale (personale, ammortamenti, servizi sanitari di base, beni e servizi e altri oneri diversi).

E' di tutta evidenza che il Prospetto delle obbligazioni territoriali dovrà essere direttamente connesso con il Bilancio economico preventivo aziendale, da redigere secondo le linee guida già in uso negli anni precedenti e conseguentemente rappresentante documento di vincolo per il rispetto dell'equilibrio economico-finanziario in carico ai Direttori Generali delle ASL.

In allegato a tale Prospetto dovrà essere predisposto idoneo schema di dettaglio degli importi dei singoli contratti stipulati con gli erogatori nonché il riparto effettuato sui contributi per funzioni e per PSSR.

La valutazione degli effetti avverrà attraverso una metodologia uniforme che la Direzione Generale Sanità comunicherà alle ASL nel corso del primo trimestre dell'anno 2007.

### **Indicazioni generali per i Bilanci preventivi**

Le linee operative per il finanziamento delle aziende sanitarie per l'anno 2007 e le conseguenti previsioni economiche per la redazione del bilancio preventivo delle singole ASL, nel rispetto degli indirizzi del presente atto, saranno declinate nei successivi atti della Direzione Generale Sanità. In questa sede si definiscono i principi base ai quali si dovranno attenere tutte le aziende sanitarie pubbliche. In tema di ricavi da inserire nel Bilancio preventivo 2007 le aziende sanitarie dovranno porre la massima attenzione alla precisa distinzione nella classificazione delle poste di bilancio distinguendo in particolare la natura pubblico/privato delle stesse e, all'interno della natura pubblico, differenziare precisamente le poste provenienti da enti pubblici diversi dalla Regione Lombardia.

Pari attenzione andrà posta nell'imputazione e nella descrizione in nota integrativa descrittiva delle eventuali poste di ricavi legati a fatti/accadimenti a carattere straordinario (una tantum): sopravvenienze attive ordinarie e straordinarie, rimborsi assicurativi etc.

A tali poste di ricavo potranno eventualmente essere correlati costi di tipo non strutturale ovvero una tantum, nell'ottica di un necessario e costante miglioramento degli indici di Bilancio delle aziende.

Le aziende che chiudono l'esercizio in utile possono destinare tali risorse nel rispetto di quanto previsto dalla L.R. n. 31/1997 e successive integrazioni e modifiche. Nel caso di prestazioni/servizi tra aziende sanitarie pubbliche occorre che venga garantita la piena corrispondenza di importo e di competenza con i costi delle aziende interessate.

Tale presupposto è infatti essenziale per la garanzia di mantenimento dell'equilibrio economico finanziario del Sistema Sanitario Regionale.

Le funzioni per servizi non tariffati delle AO e degli erogatori privati accreditati per il 2007 sono aggiornate con cinque nuove tipologie per il riconoscimento di specifiche attività territoriali:

- a) Funzione di complessità di erogazione delle attività di ricovero per enti gestori unici con la situazione consolidata al 30.06.2006 distribuita su più presidi nel territorio di una medesima ASL;
- b) Molteplicità di presidi di erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale ad esclusione di quelli presenti all'interno della struttura di ricovero e cura;
- c) Molteplicità e complessità di livelli di erogazione nel territorio, al di fuori della struttura di ricovero, relativamente ai servizi di UONPIA e di Psichiatria;
- d) Prestazioni odontoiatriche per pazienti affetti da handicap grave;
- e) Distribuzione dello stabilimento di ricovero su più padiglioni con vincolo architettonico, anche parziale, e quindi con un maggior onere di gestione storicizzato.

Di seguito vengono elencate nel dettaglio le tipologie di funzioni che saranno finanziate nel 2007 con i corrispettivi valori economici che, in considerazione del fatto che per quasi tutte le funzioni i costi possono essere definiti solo a consuntivo (vedi tabella seguente), sono da ritenersi solo come indicazioni di massima formulate a partire dalle funzioni stanziare per l'anno 2005. Le funzioni riferite alle attività di trapianto, di neuropsichiatria, di terapia intensiva e trasporto neonatale e di formazione universitaria del personale non medico saranno nel 2007 da considerarsi a destinazione vincolata. Per quanto riguarda le funzioni di PS si rileva che il 10% dei fondi saranno destinati sulla base della riduzione dei ricoveri urgenti con un giorno di degenza nel corso del 2007 rispetto a quelli rilevati nel 2006, con la finalità di incentivare la gestione dei pazienti in fase di diagnostica differenziale in una modalità alternativa alla degenza.

descrizione della funzione	importo stimato	definizione finanziamento
FINANZIAMENTO PER INTERVENTI DI BONIFICA SANITARIA NEGLI ALLEVAMENTI	14.500.000	Consuntivo
RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI DEFINITI DALLA DG SANITA' - ERADICAZIONE BSE ED ALTRI	4.000.000	Consuntivo
GUARDIA TURISTICA STAGIONALE	700.000	Consuntivo
CENTRO PER LA SICUREZZA DEGLI ANTIPARASSITARI	1.500.000	Consuntivo
SOCCORSO SANITARIO URGENZA EMERGENZA "118"	125.000.000	Consuntivo
TRASPORTO NEONATALE	2.000.000	Preventivo
STRUTTURE DI RICOVERO DOTATE DI PRONTO SOCCORSO	132.000.000	Preventivo
INCENTIVO PER RIDUZIONE RICOVERI MEDICI URGENTI DI 1 DIE	17.500.000	Consuntivo
PRESIDIO EE.UU. OSPEDALI MONTANI	8.000.000	Consuntivo
ASSISTENZA IN TERAPIA INTENSIVA DI NEONATI CON PESO < 1500 GR.	12.000.000	Consuntivo
ALTRE ATTIVITA' CONNESSE ALL'EMERGENZA-URGENZA	3.000.000	Consuntivo
PRELIEVO ORGANI E TESSUTI	2.800.000	Consuntivo
ATTIVITA' CONNESSE AL TRAPIANTO D'ORGANI CENTRI TRAPIANTO DI ORGANI	8.500.000	Consuntivo
ALTRE ATTIVITA' CONNESSE AL TRAPIANTO D'ORGANI	10.500.000	Consuntivo

ATTIVITA' DI RICERCA DEGLI I.R.C.C.S	14.000.000	Consuntivo
DIDATTICA FACOLTA' MEDICINA	52.750.000	Consuntivo
FORMAZIONE DEL PERSONALE INFERMIERISTICO, DELLA RIABILITAZIONE E TECNICO SANITARIO	30.000.000	Consuntivo
METODICA N.A.T. ED INTEGRAZIONE PER PRODUZIONE UNITA' DI SANGUE INTERO	15.000.000	Consuntivo
INTEGRAZIONE TARIFFARIA PER CASI DI AIDS TRATTATI IN REGIME AMBULATORIALE PER TERAPIA ANTIRETROVIRALE	13.000.000	Consuntivo
AMPIEZZA CASE-MIX	65.000.000	Consuntivo
ALTRE ATTIVITA' DI RILIEVO REGIONALE	20.250.000	Consuntivo
UNITA' OPERATIVE OSPEDALIERE DI MEDICINA DEL LAVORO (U.O.O.M.L.)	4.000.000	Consuntivo
SERVIZIO DI NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA (U.O.N.P.I.A.)	21.500.000	Consuntivo
FUNZIONE PER CASISTICA EXTRAREGIONALE IN % DOPPIA RISPETTO ALLA MEDIA REGIONALE PARI AL 9,5%	9.500.000	Consuntivo
ECCELLENZA (QUALITA' RIABILITAZIONE - COMPLESSITA' RIABILITAZIONE - QUALITA' AVANZATA)	75.000.000	Consuntivo
FUNZIONE DI COMPLESSITA' DI EROGAZIONE DELLE ATTIVITA' DI RICOVERO PER ENTI GESTORI UNICI CON LA SITUAZIONE CONSOLIDATA AL 30.06.2006 DISTRIBUITA SU PIU' PRESIDI NEL TERRITORIO DI UNA MEDESIMA ASL	145.000.000	Consuntivo
MOLTEPLICITA' DI PRESIDI DI EROGAZIONE DI PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE AD ESCLUSIONE DI QUELLI PRESENTI ALL'INTERNO DELLA STRUTTURA DI RICOVERO E CURA	60.000.000	Consuntivo
MOLTEPLICITA' E COMPLESSITA' DI LIVELLI DI EROGAZIONE NEL TERRITORIO, AL DI FUORI DELLA STRUTTURA DI RICOVERO, RELATIVAMENTE AI SERVIZI DI UONPIA E DI PSICHIATRIA	30.000.000	Consuntivo
PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PER PAZIENTI AFFETTI DA HANDICAP GRAVE	5.000.000	Consuntivo
DISTRIBUZIONE DELLO STABILIMENTO DI RICOVERO SU PIU' PADIGLIONI CON VINCOLO ARCHITETTONICO, ANCHE PARZIALE, E QUINDI CON UN MAGGIOR ONERE DI GESTIONE STORICIZZATO	30.000.000	Consuntivo
<b>TOTALE</b>	<b>932.000.000</b>	

Per quanto riguarda i contributi vincolati da Regione e da Altri Enti Pubblici si precisa che tali contributi dovranno essere documentati con i relativi provvedimenti formali di assegnazione, anche in questo caso facendo attenzione nella corretta classificazione delle poste di bilancio distinguendo la natura pubblico/privato.

Relativamente al versante costi, nel ricordare alle aziende il rispetto di tutte le normative vigenti e dei principi contabili, anche in relazione al contenuto della L. n. 248/2005 si fa presente che tutti i costi dovranno essere rilevati secondo il criterio di competenza economica con particolare riferimento agli oneri relativi alle applicazioni contrattuali e convenzionali del biennio 2006/2007.

Anche alla luce del quadro innovato di regole sopra definito diviene fase particolarmente rilevante nel processo di programmazione regionale l'approvazione dei Bilanci preventivi delle

aziende sanitarie in tempi congrui a fornire un quadro di equilibrio certo a tutto il sistema sanitario regionale.

I Bilanci preventivi economici anno 2007 dovranno essere approvati, in relazione ai contenuti del presente atto e delle linee di indirizzo operative conseguenti nonché degli obiettivi economici assegnati, entro il 5 febbraio 2007. La data di approvazione è necessariamente coerente con gli impegni previsti dalle intese nazionali. Considerato che la modifica del tariffario regionale delle prestazioni di ricovero e specialistica rende necessario il ricalcolo delle prestazioni del 2006 secondo le nuove valorizzazioni, il bilancio avrà le sue caratteristiche formalmente definitive entro il 31 marzo 2007. Con apposita circolare verranno disciplinati gli adempimenti operativi.

I Bilanci inviati al controllo della Giunta regionale dovranno contenere una specifica relazione accompagnatoria che in modo analitico e puntuale riporti la dinamica dei costi, ivi compresi quelli del personale e ne commenti puntualmente le metodologie e i criteri di formazione.

Tale relazione, che quindi rivestirà fondamentale importanza nell'atto di approvazione del Bilancio Preventivo 2007, dovrà essere inoltre accompagnata da specifico parere a seguito di formale valutazione preventiva delle Direzioni Generali regionali competenti previa trasmissione, ove previsto, dei pareri delle ASL di riferimento.

I ricavi di tutte le prestazioni sanitarie saranno formalmente validati dalla ASL di riferimento territoriale, mentre per i costi del personale, della spesa farmaceutica, della spesa protesica, file F, psichiatria, costi per assistenza di base (MMG, PLS, MCA ecc.) gli uffici regionali verificheranno la coerenza di sistema.

Ai sensi della normativa vigente il bilancio preventivo deve garantire l'equilibrio economico finanziario. Il Bilancio preventivo 2007, esecutivo, diviene l'obiettivo aziendale da perseguire sia in termini di risultato economico che per l'aspetto programmatico, in quanto attuativo delle linee di indirizzo definite.

Al fine di garantire l'equilibrio economico-finanziario del Sistema Sanitario Regionale il contenuto del presente provvedimento potrà essere riconsiderato, anche nel corso dell'esercizio 2007, in relazione alla verifica degli andamenti della spesa in occasione delle chiusure trimestrali e agli esiti dei tavoli di monitoraggio nazionali sui Livelli Essenziali di Assistenza sulla spesa sanitaria.

## **Allegato 3**

### **Gli acquisti delle Aziende Sanitarie: linee di indirizzo**

#### **PREMESSA**

Il mercato sanitario risente dei fenomeni connessi alla globalizzazione: progressivamente si è formata un'offerta selezionata a fronte di una domanda ancora fortemente frazionata.

Si considera questo assunto come il punto di partenza per individuare le strategie più adatte nel settore acquisti, concentrando gli sforzi dove l'aspettativa di un risultato è giustificata.

Pertanto, con le seguenti indicazioni operative, si intende favorire le sinergie tra le Aziende Sanitarie e la diffusione delle pratiche migliori per procedere, ove necessario, ad una riorganizzazione diffusa del settore acquisti caratterizzata da:

- capacità di rispondere in maniera adeguata e tempestiva alle esigenze del SSR,
- utilizzo razionale delle risorse economiche disponibili,
- costante controllo dei processi,
- capacità di adeguarsi al mutevole contesto ambientale,
- capacità di sviluppare innovazione.

Per l'anno 2007, le Aziende Sanitarie dovranno dare applicazione alle presenti linee di indirizzo e saranno valutate con idonei strumenti condivisi di verifica sulle attività conseguenti poste in essere.

#### **PARTE I - LA FUNZIONE ACQUISTI DELLE AZIENDE SANITARIE**

Il processo di aziendalizzazione ha indotto un profondo mutamento del ruolo di tutti gli operatori della Sanità: la necessità di contenere i costi, con l'abbattimento delle diseconomie e un miglioramento della qualità delle prestazioni, determina funzioni e responsabilità sempre più complesse e diversificate.

Il "Responsabile degli acquisti" si caratterizza sempre più secondo i canoni di una cultura manageriale che coinvolge tutti gli operatori in un processo di gestione del cambiamento e valorizzazione dell'esperienza, con una forte spinta all'innovazione, nell'ambito della qualificazione della propria professionalità e dell'esercizio della responsabilità indicata dalle norme.

#### **CODICE DEI CONTRATTI PUBBLICI**

Il 1° luglio 2006 è entrato in vigore il Codice dei contratti pubblici relativo a lavori, servizi e forniture.

Nel complesso di tutte le norme in materia, alcuni elementi risaltano per l'impatto sull'attività degli acquisti delle Aziende Sanitarie:

- il Codice regola anche i contratti sotto soglia comunitaria;
- individua nuove funzioni e responsabilità che comportano una revisione delle strutture incaricate degli acquisti.

### **RESPONSABILE UNICO DEL PROCEDIMENTO PER ACQUISTI DI BENI E SERVIZI E RESPONSABILE DEGLI ACQUISTI**

Il Codice prevede, dal 1° luglio 2007, un Responsabile unico del procedimento per l'acquisizione di beni e servizi che svolga tutti i compiti relativi alle procedure di progettazione, affidamento ed esecuzione per ogni singolo intervento da realizzarsi mediante un contratto pubblico, compresi gli affidamenti in economia.

Tale ruolo, per il livello di professionalità richiesto, i profili di responsabilità cui è soggetto e la collocazione a livello strategico delle singole Aziende, è riconducibile alla figura del Responsabile degli acquisti.

Dotato di autorità basata sulle specifiche competenze, il Responsabile unico del procedimento dovrà avere il pieno controllo delle procedure direttamente a lui riferibili, ma, soprattutto, dovrà avere il pieno controllo dell'intero processo di acquisto, compresa la vigilanza sulla corretta esecuzione dei contratti.

Qualora fosse necessario individuare un direttore dell'esecuzione del contratto, quest'ultimo dovrà dipendere dal Responsabile degli acquisti.

I Direttori Generali, entro il termine previsto dal Codice, 1 luglio 2007, assumeranno tutte le iniziative necessarie affinché sia adeguatamente supportato da tutte le funzioni aziendali coinvolte nel processo d'acquisto, in modo che possa svolgere le proprie funzioni coerentemente con gli obiettivi aziendali e nel rispetto della normativa vigente.

Di tali iniziative i Direttori Generali daranno comunicazione all'interno della relazione di monitoraggio prevista nel capo III delle presenti linee di indirizzo.

### **APPALTI DI BENI E SERVIZI, APPALTI DI LAVORI, STRUTTURE OPERATIVE**

Il Codice propone procedure omogenee per tutti i contratti.

Tuttavia, è necessario che le Aziende Sanitarie pongano la massima attenzione sulla specificità degli appalti di:

- forniture,
- servizi,
- lavori.

Le Aziende Sanitarie non dovranno trascurare la “specificità soggettiva” delle diverse tipologie di appalto, come peraltro, lo stesso codice evidenzia in particolare per i lavori pubblici.

## **PROGRAMMAZIONE DEGLI ACQUISTI DELLE AZIENDE SANITARIE**

### **1. La programmazione degli acquisti consiste nella predisposizione e nell’attuazione di un complesso di misure intese ad inquadrare l’attività in un programma che:**

- sia funzionale alla missione delle Aziende Sanitarie e agli obiettivi del SSR, che rientrano a pieno titolo negli obiettivi di finanza pubblica delineati dalle leggi finanziarie nazionali;
- consideri ambiente, caratteristiche della produzione, possibilità d’approvvigionamento, mezzi a disposizione;
- sia in grado di fronteggiare gli imprevisti.

Le funzioni di programmazione degli acquisti dovranno rispondere ad un modello organizzativo in grado di assicurare la programmazione integrata all’interno della stessa ASL, prevedendo uno stretto raccordo delle funzioni strategiche trasversali legate alla programmazione, acquisto e controllo.

#### **Piano acquisti annuale**

E’ l’elemento più significativo della programmazione: il responsabile degli acquisti, direttamente responsabile della sua realizzazione relativamente ai fattori di produzione da acquistare, assumerà tutti gli elementi necessari alla sua stesura, coinvolgendo tutti i soggetti aziendali interessati.

Con la direzione economico-finanziaria fornirà alla direzione generale gli elementi per fissare gli obiettivi aziendali e, in quest’ottica, dovrà armonizzare gli obiettivi settoriali che acquisti, produzione, distribuzione e gestione delle scorte dovranno a loro volta porsi.

Nel Piano si dovrà tenere conto di :

- valutazione della disponibilità di risorse e dei problemi che l’azione solleverà in relazione ai fattori esterni,
- definizione di attività e modalità esecutive;
- indicazione delle informazioni indispensabili per una valutazione economica dei risultati.

#### **Piano investimenti pluriennale**

Articolato in piani annuali, comprende tutte le spese in conto capitale che le Aziende Sanitarie dovranno sostenere, coerentemente con le strategie aziendali, con le disponibilità di bilancio nel rispetto dell'equilibrio economico finanziario aziendale e delle specifiche linee guida regionali in materia.

Il responsabile degli acquisti sarà responsabile dell'attuazione del piano definito dalla Direzione aziendale.

Nella fase di programmazione le Aziende Sanitarie dovranno anche tenere in considerazione i seguenti punti:

- **Integrazione della funzione acquisti nell'organizzazione aziendale**

La programmazione degli acquisti deve essere fortemente integrata con le decisioni aziendali e deve, in particolare, essere direttamente collegata con interventi di razionalizzazione della spesa trasversali perché hanno come campo di azione:

- sia il versante dei costi d'acquisto e d'utilizzo, determinati dall'attivazione di un marketing d'acquisto, fondato sull'analisi comparata dei bisogni in rapporto alle opportunità offerte dal mercato;
- sia un puntuale monitoraggio dei consumi e un'attenta valutazione delle richieste formulate dalle strutture aziendali di produzione di servizi, in stretta connessione con il Controllo di Gestione, l'area economico finanziaria e la Direzione Generale Aziendale.

Il Responsabile degli acquisti fornirà il suo contributo alla direzione generale per la definizione degli obiettivi strategici, mentre sarà diretto responsabile del conseguimento degli obiettivi settoriali sviluppando una costante analisi di mercato funzionale alle esigenze aziendali. Un efficace controllo di gestione deve fornire un supporto conoscitivo alle modalità d'impiego dei fattori produttivi e al rapporto tra risorse impiegate e risultati ottenuti.

- **Organizzazione strutturale della funzione acquisti**

La funzione acquisti delle Aziende Sanitarie riveste carattere strategico: l'importanza economica e l'incidenza della spesa sul bilancio delle Aziende Sanitarie comportano necessariamente che detta funzione debba collocarsi al massimo livello organizzativo.

La trasversalità dei processi e le implicazioni a tutti i livelli aziendali devono indurre le Aziende Sanitarie ad una riflessione su ruolo, processi, profili di responsabilità, anche in funzione di quanto previsto dal Codice dei contratti. La struttura dovrà essere quindi articolata in modo funzionale agli obiettivi e flessibile rispetto ai cambiamenti del mercati di riferimento.

Per le risorse umane dedicate alla funzione acquisti le Aziende Sanitarie dovranno favorire la crescita professionale degli operatori mediante un'attività di formazione specifica, affinché, oltre all'approfondimento della normativa, acquisiscano le conoscenze tecniche necessarie per operare con efficacia, efficienza ed economicità sul mercato.

- **Rapporti interni all'azienda**

Sia l'organizzazione strutturale che la definizione di obiettivi coerenti da parte della Direzione aziendale dovranno garantire una ben definita attribuzione di responsabilità fra le varie funzioni aziendali.

Il responsabile degli acquisti individuerà, secondo gli indirizzi della Direzione Generale, le procedure più adatte per coinvolgere tutti i soggetti aziendali interessati, affinché la struttura generi valore attraverso i processi di propria competenza (marketing d'acquisto, negoziazione, sottoscrizione contratti, verifica andamento dei contratti....).

- **Qualità**

Il responsabile degli acquisti, in stretta connessione con gli utilizzatori dei beni e servizi acquistati e compatibilmente con le risorse che l'Azienda potrà mettere a disposizione, dovrà farsi carico di riuscire a garantire standard di qualità sempre migliori.

In tema di qualità le Aziende Sanitarie dovranno concorrere, anche con appositi strumenti di confronto con le altre Aziende Sanitarie, allo sviluppo di metodi e prassi di customer satisfaction per valutare la qualità del servizio reso al cliente interno (Servizi sanitari) e al cliente esterno (Fornitori).

## **PARTE II - IL SISTEMA DEGLI ACQUISTI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE**

Le aggregazioni strategiche della domanda devono essere necessariamente realizzate attraverso una puntuale e condivisa analisi dei mercati di riferimento, promossa dalle aziende sanitarie, che tenga in considerazione la struttura del sistema di offerta.

Solo attraverso tali valutazioni è possibile perseguire l'obiettivo della razionalizzazione della spesa cogliendo le opportunità offerte dal mercato di riferimento.

L'aggregazione strategica delle Aziende Sanitarie, nel rispetto di quanto disposto dalla normativa vigente, deve basarsi su un costante confronto tecnico della domanda da parte degli ordinatori di

spesa e sullo sviluppo di un'intensa attività di marketing d'acquisto finalizzata a cogliere le opportunità del mercato.

Coerentemente con tale impostazione, le Aziende Sanitarie potranno ricercare anche livelli di collaborazione con Consip.

Si richiama l'attenzione alla possibilità di forme d'aggregazione volontaria tra le Aziende Sanitarie per l'acquisizione, lo stoccaggio e la distribuzione dei beni e l'erogazione dei servizi, inquadrando le iniziative in un contesto sistematico e organico.

La ricerca delle migliori soluzioni si deve esplicitare anche nell'individuazione delle strutture più funzionali alle esigenze delle Aziende Sanitarie e del SSR.

Pertanto, saranno definite linee di indirizzo applicative cui le aziende sanitarie devono attenersi per attivare le collaborazioni.

Le principali modalità sono le seguenti:

- nuovi modelli organizzativi supportati da analisi approfondita anche a livello di controllo di gestione;
- gestione servizi in comune con utilizzo sinergico delle risorse umane e strumentali delle singole Aziende Sanitarie;
- forme d'aggregazione degli acquisti:
  - gare associate promosse da gruppi di Aziende Sanitarie, eventualmente raggruppate in consorzi;
  - gare aggregate attuate da aziende capofila;
  - gare aziendali aperte ad adesioni successive;
  - varie combinazioni tra questi modelli;
  - sviluppo dell'informazione e dell'innovazione.

## **CONSORZI E ALTRE RIUNIONI FORMALIZZATE**

Le aziende sanitarie potranno valutare la formazione di Consorzi d'acquisti o altre unioni formalizzate a livello provinciale e/o di macro aree finalizzata alla razionalizzazione della spesa per beni e servizi.

## **SVILUPPO DI INIZIATIVE TECNOLOGICHE**

Nel processo di razionalizzazione degli acquisti delle Aziende Sanitarie Pubbliche lombarde, un ruolo sempre più rilevante andrà rivestito dalle iniziative in ambito informatico.

Fatto salvo quanto previsto dal Codice dei contratti pubblici, le Aziende Sanitarie devono assumere le opportune iniziative al fine di modificare progressivamente le proprie procedure concorsuali mediante l'utilizzo degli strumenti informatici, con l'obiettivo di attivare, entro l'anno 2009, almeno il 70% delle procedure di gara on-line.

## **E-PROCUREMENT**

In tale prospettiva e nell'ottica della semplificazione delle procedure di acquisto, sarà messo a disposizione delle Aziende Sanitarie il sistema di intermediazione telematica denominato SInTel. La piattaforma SinTel, grazie ad un portale internet dedicato alla comunicazione ed integrazione, non solo fra le Aziende del SSR, consentirà agli utenti di accedere alle procedure telematiche di acquisto, all'albo fornitori dell'intero servizio sanitario lombardo, nonché a servizi informativi, utili ad una migliore introspezione del mercato e alla diffusione, tramite il benchmarking, dei comportamenti virtuosi. A tale riguardo si può da subito fare riferimento alle esperienze dell'AO San Gerardo di Monza, dell'AO Ospedali Riuniti di Bergamo, dell'AO Niguarda Cà Granda di Milano, della ASL della Provincia di Varese e della Fondazioni IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia.

## **OSSERVATORIO ACQUISTI E TECNOLOGIE**

Nel corso degli ultimi anni è stato attivato un sistema regionale di Osservatori sia dei prezzi di beni e servizi (Osservatorio Acquisti) che dei prezzi delle apparecchiature biomediche (Osservatorio Regionale Prezzi Tecnologie).

L'Osservatorio Acquisti è uno strumento di supporto all'attività decisionale delle Aziende Sanitarie, in particolare per quanto riguarda l'acquisto di beni e servizi.

L'ORPT è pienamente operativo dal 1 luglio 2001, dapprima finanziato all'interno di un progetto di ricerca dal Ministero della Salute e, dalla fine del 2003, tramite convenzione tra Regione Lombardia e IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia.

Sono oggetto del monitoraggio dell'ORPT le principali classi tecnologiche di apparecchiature biomediche, nonché parte del materiale di consumo e dispositivi connessi al loro uso:

<b>Tipologia</b>	<b>Categorie Merceologiche Rilevate</b>
Apparecchiature	41
Pacemakers	6
Pellicole Radiografiche	229
Cateteri Angiografici	9
Filtri Emodialisi	10
Protesi	38
Reagenti	120
Service Dialisi	1
Service Laboratorio	232

Le finalità del sistema degli Osservatori spaziano dal controllo della spesa all'attività di benchmarking e sempre di più dovranno costituire strumento conoscitivo e di scambio utile a perseguire un'appropriata e consapevole domanda di tecnologie basata su evidenze scientifiche e su standard quali-quantitativi omogenei sul territorio regionale.

In tale ottica, attraverso l'osservatorio regionale delle tecnologie riconfermato e implementato nelle proprie attività dal PSSR 2007-2009 si procederà alla rimodulazione degli obiettivi informativi attraverso l'emanazione di specifiche linee di indirizzo al fine di supportare le Aziende Sanitarie negli eventi di acquisto di prodotti e servizi di particolare rilievo e quindi realizzare le necessarie sinergie.

Gli obiettivi da perseguire, fatto salvo il rispetto della normativa sulla privacy, le regole di mercato, le specificità aziendali e le diverse forme di aggregazione individuate dalle Aziende dovranno essere i seguenti:

- individuazione delle aree di priorità;
- definizione delle metodologie e protocolli di utilizzo e gestione appropriata delle tecnologie biomediche;
- definizione degli standard di efficacia e sicurezza a livello diagnostico e terapeutico;
- definizione dei criteri di analisi costo-beneficio e modalità di redazione dei piani di ammortamento;
- definizione/consolidamento dei criteri di inventariazione, acquisizione, selezione e controllo.

La Direzione Generale Sanità collaborerà con le Associazioni di Professionisti per definire tipologia e modalità di raccolta dati, nonché la necessaria attività d'analisi e feedback.

## **LE AZIONI DELLE AZIENDE OSPEDALIERE**

### **Livelli d'aggregazione:**

In coerenza con le esigenze del SSR e con le caratteristiche ambientali e di mercato le aziende ospedaliere attiveranno forme d'aggregazione della domanda di beni e servizi flessibili e quindi non definite in maniera geograficamente rigida.

Pertanto le aggregazioni si devono sviluppare, a partire dalle valutazioni delle esigenze aziendali, a livello:

- Provinciale;
- di macro aree.

Quale base di partenza per l'anno 2007 si ritiene essenziale che le aziende diano conto delle azioni poste in essere e dei risultati raggiunti a partire dai prodotti e servizi di seguito elencati.

### **Prodotti di riferimento**

- Tecnico – economici.

Sono presumibilmente i prodotti, per la tipologia d'utilizzo e la scarsa valenza clinica, che si ritengono più adatti per l'acquisizione in forma aggregata.

- Farmaci, presidi medicali.
- Apparecchiature elettromedicali.

Si tratta di beni ad alto impatto clinico che, per l'elevata componente tecnologica, sono soggetti ad un'obsolescenza sempre più precoce.

Le aziende dovranno valutare, per alcune tipologie, acquisti collettivi di apparecchiature che, grazie alla composizione modulare, possano rispondere alle diverse esigenze delle Aziende Sanitarie e, nel contempo, garantire condizioni d'acquisto e d'assistenza post vendita favorevoli.

### **Logistica ospedaliera e Appalti di servizi**

Un'efficiente logistica deve consentire l'ottimizzazione dei flussi di merci, persone, informazioni. Poiché le attività logistiche consentono di acquisire valore aggiunto, sia a livello macroeconomico, sia a livello aziendale, impegnano sempre più la ricerca gestionale e tecnologica

richiedendo risorse crescenti: una logistica efficiente garantisce un vantaggio competitivo che ricopre un ruolo decisivo nei sistemi d'impresa.

Per quanto concerne le iniziative d'outsourcing di servizi le Aziende Sanitarie dovranno porsi tra gli obiettivi la definizione di idonee modalità di controllo al fine di garantire il livello qualitativo più elevato possibile.

Nella definizione di una strategia d'outsourcing, le Aziende Sanitarie dovranno, tuttavia, considerare che l'outsourcing deve essere funzionale alla performance economica complessiva dell'azienda e del sistema sanitario regionale di cui essa è parte.

Grado e modalità d'outsourcing devono essere conseguenza di un'accurata analisi dei reali bisogni e di verifica dell'applicabilità delle soluzioni alla realtà locale.

Le aziende sanitarie dovranno ricercare forme d'integrazione di servizi con altre aziende con ambiti territoriali e/o esigenze comparabili, previa un'approfondita analisi del mercato di riferimento e un'attenta valutazione del rapporto costi-benefici.

### **Appalti di servizi alberghieri e servizi di supporto e generali**

Anche in questo settore le Aziende Ospedaliere verificheranno l'opportunità di iniziative comuni, considerando con attenzione le capacità del mercato di fornire risposte per macroaree. Infatti forme d'aggregazione per l'aggiudicazione di questi appalti potrebbero garantire migliori condizioni economiche alle Aziende Ospedaliere.

Tuttavia, come per tutte le aggregazioni, dovrà essere prestata particolare attenzione ad alcuni elementi:

- esigenze coerenti tra le Aziende Ospedaliere;
- capacità del mercato di dare risposte adeguate;
- livello qualitativo del servizio reso alle singole Aziende Ospedaliere.

### **LE AZIONI DELLE AZIENDE SANITARIE LOCALI**

La tipologia di servizi erogati dalle Aziende Sanitarie Locali è sostanzialmente differente da quella delle Aziende ospedaliere.

In linea di massima, i prodotti utilizzati, materiale sanitario (aghi, siringhe, materiale di medicazione), materiale di funzionamento (materiale d'ufficio) comportano in generale scarsi consumi.

Diverso invece è il discorso per i servizi, (ossigeno, nutrizione centrale, ecc), generalmente di rilevanti importi e che necessitano di un elevato controllo sull'esecuzione del servizio stesso.

Per tali motivi, le Aziende Sanitarie Locali sono tenute a conformare la propria funzione acquisti secondo le seguenti direttive:

1. Appalti di servizi tipici:

Le ASL dovranno confrontare le proprie esigenze con le altre ASL, a partire da quelle confinanti, al fine di sviluppare iniziative comuni nei seguenti settori:

- Ossigenoterapia;
- Presidi e altri ausili, compresa l'assistenza protesica, con igienizzazione, stoccaggio e distribuzione, oltre alla riparazione degli stessi.

Le procedure di gara potranno prevedere lotti diversi in funzione delle esigenze, del contesto locale, del mercato di riferimento, ma lo studio di procedure uniche consentirà una logica di sviluppo coerente tra le diverse ASL.

2. Appalti di servizi alberghieri:

Anche in questo settore le ASL verificheranno l'opportunità d'iniziativa comuni, considerando, tuttavia, con attenzione le capacità del mercato di fornire risposte per macroaree.

3. Prodotti tipici delle ASL: ad esempio vaccini ; si ritiene si possa procedere come per i servizi tipici di cui sopra.

4. Prodotti necessari al funzionamento della "struttura ASL": per tali tipologie di prodotti (es. materiale di medicazione, prodotti per ufficio e cancelleria, prodotti economici,...), le ASL ricorreranno di norma, mediante convenzioni o gli istituti che riterranno più adatti, alle opportunità offerte dai contratti delle Aziende Ospedaliere.

## **LOGISTICA: I MAGAZZINI**

Le Aziende Sanitarie dovranno valutare l'opportunità di una gestione integrata dei magazzini con le Aziende Sanitarie dalle caratteristiche ambientali tali da rendere il processo d'integrazione funzionale, razionale, economico.

Dovranno, pertanto,

- sviluppare un'analisi territoriale/aziendale per definire le condizioni operative per le eventuali aggregazioni,
- considerare le risorse strumentali ed umane interne alle Aziende Sanitarie stesse, per evitare modelli che, a fronte di una riorganizzazione funzionale, provochino situazioni di conflitto e una duplicazione di costi.

In tale prospettiva, le Aziende Sanitarie potranno considerare la gestione di tutti i prodotti o solo di alcune categorie di scarso valore economico e clinico, ma con elevate implicazioni gestionali (es. distribuzione).

Particolare attenzione sarà dedicata alla gestione delle Risorse Umane, alle modalità d'approvvigionamento, alla standardizzazione e codifica dei prodotti, all'implementazione del sistema informatico, alla gestione dei trasporti.

### **PARTE III - SISTEMI DI VERIFICA E CONCLUSIONI**

#### **SISTEMI DI VERIFICA E DI MONITORAGGIO**

Sarà sviluppato il monitoraggio delle attività d'approvvigionamento, favorendo il confronto tra le prestazioni delle diverse Aziende Sanitarie, anche al fine dell'individuazione e diffusione di comportamenti virtuosi.

Trimestralmente sarà richiesta ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie una relazione puntuale che evidenzi:

- azioni intraprese in ordine al raggiungimento di obiettivi economici o utilizzo di modalità d'acquisto secondo gli indirizzi delle presenti linee guida;
- iniziative d'aggregazione tra le diverse Aziende Sanitarie che puntino ad un rafforzamento della domanda e alla razionalizzazione delle strutture degli acquisti, sia in forma singola, sia in forma associata;
- Iniziative per la gestione di servizi in comune con utilizzo sinergico delle risorse umane e strumentali delle singole Aziende Sanitarie;

In quest'ottica, previa idonea valutazione del contesto ambientale, si richiede di privilegiare la formazione di Consorzi d'acquisti o di altre riunioni formalizzate a livello sovraziendale.

#### **TAVOLI PERMANENTI REGIONALI**

La Direzione Generale Sanità attiverà con le Aziende e i loro professionisti nella materia tavoli permanenti che consentano un confronto serrato con la Aziende per:

- attuare le linee di indirizzo del presente documento di programmazione;
- approfondire le problematiche connesse al settore acquisti in sanità, con particolare riferimento alle soluzioni d'aggregazione della domanda;
- condivisione di obiettivi e soluzioni;
- sviluppo dell'innovazione;
- diffusione di pratiche virtuose;

- monitoraggio delle iniziative avviate dalle Aziende Sanitarie e valutazione del raggiungimento degli obiettivi indicati nelle presenti linee guida.

Quale esito di tale monitoraggio potranno essere emanate ulteriori linee di indirizzo regionali e potranno essere chiesti approfondimenti alle singole aziende sull'effettiva partecipazione alle iniziative individuate nelle presenti linee guida.

I modelli organizzativi contenuti nel presente allegato dovranno essere coordinati con le disposizioni della legge finanziaria nazionale 2007 per quanto riguarda le connessioni regionali relative alla razionalizzazione dei processi di acquisto.

## **Allegato 4**

### **Le attività di Prevenzione Medica e Veterinaria**

L'adozione, nel corso dell'ultimo quinquennio, di provvedimenti che hanno dato nuovo impulso alle attività di prevenzione, supportandole anche con contributi vincolati aggiuntivi, ha consentito il raggiungimento di alcuni importanti obiettivi e, complessivamente, una revisione, in buona parte ispirata alla metodologia evidence-based, di molte attività del settore della prevenzione.

Unitamente a ciò, va considerato il percorso di riorganizzazione delle ASL, avviato con la DGR VII/14049/2003, caratterizzato dall'implementazione del modello di Programmazione-Acquisto e Controllo e, per quanto più specificamente attiene i servizi della prevenzione, improntato alla dipartimentalizzazione e, quindi, ad una auspicata integrazione tra le diverse articolazioni organizzative delle ASL.

Si tratta ora da una parte di proseguire il percorso di rivalutazione delle attività di prevenzione alla luce della loro efficacia, prevedendo ulteriori evoluzioni, e, dall'altra, di consolidare i progetti innovativi avviati, con una maggior attenzione a soluzioni organizzative razionali ed efficienti.

In tal senso va ribadito il ruolo di governo esercitato a livello regionale, volto a definire sempre più obiettivi di risultato e sempre meno percorsi operativi per il loro raggiungimento, lasciando all'autonomia, anche in campo organizzativo, delle Aziende Sanitarie la scelta delle soluzioni più adeguate ma obbligatoriamente nel rispetto del vincolo della destinazione delle risorse che il sistema assegna alle attività di prevenzione.

Analogamente, per quanto riguarda la valutazione, il punto di vista regionale si sposta dall'analisi delle attività effettuate e delle modalità di utilizzo delle risorse, all'esame di indicatori di risultato o, in carenza, di processo, e alla loro correlazione con le risorse complessivamente utilizzate; in caso di non rispetto degli obiettivi le risorse dovranno essere rimodulate sui livelli parziali raggiunti. In caso di criticità di risultati l'Assessorato alla Sanità può predisporre un piano di affiancamento.

In tale quadro prospettico si prevede uno specifico finanziamento aggiuntivo alle ASL per nuove attività, previste da provvedimenti regionali.

PIANO/PROVVEDIMENTO/OBIETTIVO	ATTIVITA' DA SVOLGERE/ MODALITA' DI VERIFICA
Delibera N. VII/18344 Interventi operativi per la promozione della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro in Lombardia per il triennio 2004-2006	Raggiungimento obiettivi di PAL
Delibera N. VII/18224 Interventi attuativi per la promozione delle vaccinazioni e l'eliminazione di morbillo e rosolia congenita	Vaccini antimeningite per popolazione esente compartecipazione
Determinazioni inerenti il Piano regionale della prevenzione attiva, ai sensi dell'intesa fra il governo, le regioni e le province autonome del 23.3.2005. (1° e 2° provvedimento)	Prevenzione incidenti domestici e stradali
	Promozione sani stili di vita
Circolare 8/SAN/2006 – Programmazione e coordinamento degli interventi in materia di controllo dei prodotti alimentare di origine non animale	Effettuazione analisi di piani mirati (su indicazioni ministeriali)
Delibera N. VIII/1526 Approvazione del «Piano Regionale Amianto Lombardia» (PRAL) di cui alla legge regionale 29 settembre 2003 n. 17.	Formazione e sistema informativo
Obiettivi di Governo Regionale per l'anno 2006: 5.1.6.1.P04 Predisposizione del documento tecnico relativo alla definizione dei criteri e delle metodologie per la revisione e la riorganizzazione dei controlli ufficiali svolti dalle ASL sulla base della valutazione del rischio, a tutela della salute del consumatore	Aggiornamento ed estensione sistema informativo per la sicurezza alimentare e sanità animale
Deliberazione Consiglio regionale n. VIII/216 del 2.10.2006: "Piano Pandemico Regionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale secondo le direttive del Ministero della Salute." – vincolato al finanziamento nazionale	Pandemia Influenzale

Nell'ambito della quota capitaria sono previsti per screening, vaccinazione antinfluenzale MMG, piano radon-ARPA, ulteriori risorse vincolate.

Prima di esplicitare gli obiettivi per il 2007, si rammenta che l'attività delle ASL è basata sul D.P.C.M. 29 novembre 2001 "Definizione dei Livelli essenziali di assistenza" che elenca, negli allegati, le attività e le prestazioni incluse nei Livelli, le prestazioni escluse, le prestazioni che possono essere fornite dal Servizio sanitario nazionale solo a particolari condizioni. Per quanto riguarda in particolare le attività di prevenzione, si fa riferimento all'allegato 1 del suddetto DPCM, area di offerta della "Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro".

Ciò premesso, gli obiettivi del 2007, relativi all'intera attività in ambito preventivo, per le ASL sono i seguenti.

### 1. Profilassi delle malattie infettive

Le ASL svolgono attività di sorveglianza epidemiologica e di controllo delle malattie infettive ed attuano piani e campagne di vaccinazioni sulla base degli indirizzi regionali nonché verifiche delle relative coperture vaccinali; si occupano anche di prevenzione dell'AIDS e delle malattie sessualmente trasmesse, di lotta alle infezioni ospedaliere e di interventi di prevenzione sanitaria negli Istituti Penali. Negli ultimi anni è stata condotta una importante azione di revisione delle attività sulla base dell'evidenza scientifica. Gli indicatori individuati sono:

- a. Coperture vaccinali: raggiungimento degli indici di cui alla Circolare 11/SAN/2006 (da documentarsi, per l'infanzia, con estrapolazione da banche dati informatizzati);
- b. Predisposizione piano locale pandemia influenzale, con realizzazione degli interventi secondo il cronoprogramma del PPR;
- c. Assolvimento debito informativo sistema MAINF (verifica a cura della Direzione Generale Sanità, secondo criteri ed indicatori di qualità).

### 2. Gestione situazioni emergenziali

Le ASL garantiscono il servizio di guardia igienica permanente; negli ultimi anni sono stati messi a punto anche strumenti per affrontare eventi di tipo terroristico, definendo forme di collaborazione e di interazione funzionale fra le diverse strutture sanitarie e della pubblica amministrazione coinvolte nell'attività di prevenzione, previsione e gestione dei rischi, ad esempio Prefetture, AO, ARPA e altri enti locali. Gli indicatori individuati sono:

- a. Capacità di risposta ad emergenze di tipo sanitario, secondo requisiti di tempestività, qualità, standardizzazione (verifica a cura della DGS con monitoraggio in continuo);
- b. Stesura (di concerto con il Dipartimento di Prevenzione Medico) del Piano di intervento del Dipartimento di Prevenzione Veterinario in caso di emergenze epidemiche e non epidemiche veterinarie.

### 3. Sicurezza alimentare

Le ASL svolgono attività di vigilanza e controllo sui prodotti alimentari (compresi la presenza di OGM e di residui di prodotti fitosanitari), individuando ogni anno le priorità (strutture, settori, tipologia prodotti) sulla base di indirizzi regionali. L'entrata in vigore dei regolamenti comunitari in materia di sicurezza alimentare e l'attivazione del sistema di allerta hanno determinato la

revisione di attività consolidate e l'implementazione di nuove procedure. Gli indicatori individuati sono:

- a. Implementazione del sistema informatizzato di anagrafe degli impianti del settore alimentare e dei mangimi soggetti a controllo;
- b. Predisposizione di procedure uniformi per la gestione del sistema d'allerta da parte del Dipartimento Prevenzione Medico e del Dipartimento Prevenzione Veterinario;
- c. Ridefinizione delle modalità di realizzazione degli interventi di vigilanza ed ispezione relativi al Piano alimenti secondo criteri di efficacia ed efficienza.

#### 4. Sanità animale

Le ASL svolgono attività di vigilanza e controllo sugli allevamenti e sulle strutture produttive e sanitarie di interesse veterinario individuando le priorità sulla base degli indirizzi regionali.

La prevenzione delle malattie infettive degli animali con particolare riferimento alle zoonosi, la riproduzione animale, la gestione delle anagrafi zootecniche, la prevenzione del randagismo e la tutela animali d'affezione sono i settori principali in cui si esplicano le attività di vigilanza e controllo. Gli indicatori individuati sono:

- a. Realizzazione di un sistema di integrazione degli applicativi informatici veterinari (anagrafi zootecniche – anagrafi degli stabilimenti – attività di controllo);
- b. Implementazione dell'anagrafe equina;
- c. Linee guida per i dipartimenti di prevenzione Veterinari delle ASL per l'applicazione della legge regionale per la prevenzione del randagismo;
- d. Implementazione delle anagrafi degli allevamenti e degli animali delle specie ovi-caprina e suina.

#### 5. Educazione sanitaria e promozione stili di vita.

Le ASL, anche in collaborazione con le Scuole, i Comuni, le Associazioni, promuovono iniziative per sensibilizzare la popolazione sull'adozione di stili di vita e comportamenti sani. Le principali attività, secondo le indicazioni regionali, sono rivolte alla corretta alimentazione, alla promozione dell'attività motoria, alla prevenzione del tabagismo, alla prevenzione degli infortuni domestici e alla prevenzione degli incidenti stradali; ciò anche in collegamento con il Piano oncologico e con il Piano per la prevenzione delle patologie cardiocerebrovascolari, nonchè in attuazione del Piano di prevenzione attiva promosso dal CCM. L'indicatore individuato è:

- a. Programma integrato di promozione della salute, con evidenza di analisi di contesto, servizi e dipartimenti coinvolti, valutazione di priorità, metodologie e indicatori di risultato/processo.

#### 6. Attività di prevenzione secondaria

Le ASL dal 2005 gestiscono in maniera sistematica le attività di screening di alcuni tumori, in coerenza con il Piano oncologico e con obiettivi quali l'aumento delle adesioni e la garanzia di qualità delle prestazioni diagnostiche. Gli indicatori individuati sono:

- a. screening per il carcinoma mammario con l'orientamento di intercettare la fascia di età a partire dai 45 anni: adesione = o > 60% e rispetto scadenze di round;
- b. screening per il carcinoma del colon-retto: estensione ad almeno il 70% della popolazione target, con rispetto delle scadenze di round.

#### 7. Attività di prevenzione e controllo delle acque potabili e degli ambienti di vita

Le ASL svolgono attività e controlli nel campo dell'igiene delle acque potabili e delle acque destinate alla balneazione, dell'igiene edilizia e dell'abitato, delle attività funebri e cimiteriali, della tutela della salute dagli inquinanti di natura biologica, chimica e fisica (amianto, radiazioni ionizzanti e non ionizzanti, PCB, inquinanti indoor tra cui il radon) in coordinamento con ARPA, della prevenzione della esposizione ad agenti allergizzanti e ad infestanti. Gli indicatori individuati sono:

- a. Attuazione dei piani di controllo secondo normativa (acque destinate al consumo umano, acque di balneazione);
- b. Ridefinizione dell'attività di controllo su strutture abitative e di vita collettiva, alla luce della valutazione sull'evidenza di efficacia degli interventi in atto.

#### 8. Prevenzione e sicurezza in ambiente di lavoro

Le ASL attuano interventi di prevenzione e promozione della salute e della sicurezza negli ambienti di lavoro e svolgono attività di vigilanza e controllo sulla attuazione del D. Lgs. 626/94 e delle normative specifiche per la sicurezza di macchine ed impianti; si occupano inoltre di sorveglianza sanitaria nei luoghi di lavoro e di attività di formazione ed informazione dei lavoratori. Con il Piano regionale di interventi in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro, approvato con DGR 18344 del 23 luglio 2004, sono state previste azioni, anche da parte delle UO Ospedaliere di Medicina del Lavoro, nei settori ritenuti prioritari: edilizia (compresi i cantieri per le grandi opere), agricoltura, sanità, tumori professionali, stress. Gli indicatori individuati sono:

- a. Piano per la prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro 2005 – 2007, nei comparti e per i rischi previsti nella DGR n. VII/18344 del 23.7.2004: adesione a sistemi di valutazione dei risultati conseguiti ed interventi di riprogettazione attuati;
- b. Potenziamento del Sistema Informativo dell'area (Nuovi Flussi Informativi Inail – Ispesl - Regioni, analisi infortuni mortali e gravi, Registro malattie professionali), con riferimento ai dati sui rischi lavorativi, danni prodotti e efficienza/efficacia delle attività svolte dai Servizi territoriali;
- c. Implementazione di sistemi di valutazione su:
  - i. inchieste per infortunio sul lavoro, onde valutare la percentuale con definizione d'imputazione e di prescrizioni (non connesse all'evento);
  - ii. attività di vigilanza ed ispezione ordinaria, onde valutare la percentuale di aziende per cui, a seguito di ispezione, sia verificabile un miglioramento di alcuni indici di sicurezza nelle aziende.

Per quanto attiene all'esame della compatibilità e coerenza delle risorse utilizzate, derivanti da contributi vincolati, quota capitaria ed entrate proprie, dovranno essere valutate le assegnazioni/budget riconducibili ai centri di responsabilità e di costo dell'area di prevenzione, relative a :

- accertamenti (screening, esami malattie infettive e tbc...);
- farmaci (vaccini, chemioprolifassi);
- attività di promozione della salute (materiali, comunicazioni, progetti...);
- formazione (spese dirette);
- prestazioni rese da MMG/PLS (vaccinazioni, carta del rischio, educazione sanitaria...);
- attrezzature, ammortamenti ecc...;
- spese di gestione generali (stabili, utenze, servizi comuni..);
- personale, indipendentemente dall'assegnazione, comunque coinvolto in attività di prevenzione (ore lavorate per qualifica, spese per formazione, incentivi).

Nell'ottica dipartimentale, il bilancio di compatibilità tra risorse assegnate ed obiettivi conseguiti sarà effettuato su entrambi i Dipartimenti di Prevenzione e con il dipartimento Cure Primarie e PAC, con ciò non volendo tuttavia ignorare le interrelazioni, necessarie ed auspiccate, con gli altri Dipartimenti e Distretti.

Verranno a tal fine considerate le macroaree di attività assegnate o svolte da questi ultimi (servizi alla persona per i Distretti, promozione della salute con Dipartimento ASSI e Cure primarie, ecc.), di cui sarà data evidenza nei rendiconti annuali di attività.

## **Allegato 5**

### **Tempi di attesa e Accessibilità**

#### TEMPI DI ATTESA

Il Servizio Sanitario Nazionale assicura i Livelli Essenziali di Assistenza nel rispetto “dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell’equità nell’accesso all’assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell’economicità nell’impiego delle risorse” (D.Lgs. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni).

A livello regionale, la recente DGR VIII/2828 del 27/6/2006 ha introdotto significative novità, tra cui si sottolineano la valutazione complessiva della conformazione e delle esigenze del territorio e non più la singola struttura e la definizione di tempistiche particolari per aree tipiche della cronicità quali quelle oncologica e cardiovascolare e riguardanti periodi della vita degni di particolare attenzione sanitaria quali quello materno infantile e geriatrico. Si ricorda inoltre che già nel corso del 2° semestre del 2006 le ASL e le AO hanno predisposto, come da regole 2006, dei progetti semestrali di governo dei tempi di attesa che già hanno definito attenzioni particolari per le citate categorie di cittadini anche in attuazione del Piano Nazionale delle liste d’attesa previsto dalla finanziaria nazionale 2006.

In ogni caso, l’erogazione delle prestazioni entro tempi appropriati alle necessità di cura degli assistiti rappresenta una componente strutturale dei livelli essenziali di assistenza (DPCM 16 aprile 2002, "Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa"). I piani aziendali di governo relativi al 1° semestre 2007, che dovranno essere predisposti entro il 31 dicembre 2006, dovranno recepire ed attuare le previsioni della citata DGR VIII/2828 del 27/6/2006 che risulta coerente con il Piano Nazionale.

Dall’analisi della letteratura e dall’esperienza acquisita, è importante rilevare che le liste di attesa sono un problema complesso, non sempre definibile con analisi “macro” e difficile da risolvere con interventi a breve termine.

Certamente le lunghe liste di attesa non sono solo un problema organizzativo, ma diventano anche un problema etico, se si considera che per il cittadino svantaggiato è più difficile trovare

altri canali per la risposta al proprio bisogno (problema di equità) e che conseguentemente tempi troppo lunghi di erogazione di una prestazione possono costituire di fatto un forte ostacolo per l'accesso ai servizi.

La conoscenza dei tempi di attesa e l'individuazione e l'adozione di misure idonee rappresenta inoltre un indispensabile strumento di programmazione sanitaria nell'ambito dell'ASL e dell'intero territorio regionale.

Diventa quindi indispensabile affrontare congiuntamente il problema della regolazione dell'offerta e quello del controllo della domanda sia attraverso la definizione di strumenti di natura professionale condivisi (linee guida, protocolli, raccomandazioni basate sull'evidenza), sia attraverso la ricerca di soluzioni organizzative che assicurino l'applicabilità pratica delle evidenze scientifiche (indirizzi diagnostico-terapeutici, differenziazione delle modalità di accesso, comunicazione).

Per una migliore qualità, e soprattutto per una migliore fruibilità dei dati, è necessario il maggior ricorso possibile alla informatizzazione e centralizzazione delle agende a CUP in collegamento con il SISS, per evitare la dispersione di informazioni strutturate.

Sarà cura delle ASL l'elaborazione e l'analisi periodica dei dati derivanti dal flusso informativo e dalle rilevazioni di prevalenza sui tempi d'attesa al fine di consentire la valutazione del quadro della domanda/offerta nell'ambito degli organismi di coordinamento istituzionali oltre che nei confronti dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta.

Sarà invece compito della Direzione Generale Sanità l'elaborazione e la restituzione dei dati a livello di macro-sistema per favorire la visibilità delle best practices.

Si rileva inoltre la necessità di potenziare l'attività di verifica e monitoraggio dei tempi di attesa per i principali interventi chirurgici erogati in regime di ricovero. Per tale motivo sarà ritenuta parte integrante del debito informativo e come tale oggetto di valutazione delle direzioni aziendali la compilazione del campo della SDO che indica la data di prenotazione dell'intervento chirurgico.

In particolare il monitoraggio dei tempi di attesa per gli interventi chirurgici oggetto di controllo sono protesi d'anca, cataratta, chirurgia oncologica all'addome e mastectomia, e sarà basato

sull'aggiornamento costante da parte delle Direzioni Sanitarie Aziendali pubbliche e private accreditate inteso a determinare la numerosità dei pazienti in lista.

Si prevede di proseguire l'utilizzo e lo sviluppo degli strumenti già individuati quali l'adozione di una negoziazione mirata alla riduzione di squilibri locali dell'equilibrio domanda-offerta e a semplificare l'accesso ai servizi dei cittadini.

E' importante attribuire una giusta gradazione di priorità per gestire le liste di attesa sulla base di Gravità (intesa come intervento indifferibile), Urgenza (potenziale danno d'organo) e Appropriatezza (grado di utilità della prestazione) attraverso la ricerca di accordi professionali sui criteri di prioritarizzazione delle prestazioni proseguendo ed estendendo il lavoro sin qui intrapreso alla luce del documento condiviso dal gruppo regionale di lavoro circa la definizione primo accesso/controllo.

A questo scopo potrebbe essere utile il coinvolgimento attivo delle società scientifiche e gruppi di lavoro per patologia, in coerenza con il documento/accordo sul governo clinico di cui all'allegato 1, che si impegnino in tempi certi a definire i criteri di priorità per le patologie di specifica competenza. E' comunque necessario un lavoro di formazione/audit con tutti i professionisti coinvolti per aumentare le probabilità di successo nell'applicazione delle linee guida ed in questo senso idonee attività formative saranno previste nei Piani aziendali di Formazione 2007.

La comunicazione a tutti i livelli (utente, prescrittore, erogatore, programmatore) é l'elemento fondamentale per il successo nella gestione delle liste di attesa.

In particolare deve essere garantita al cittadino, da parte delle ASL e delle Aziende erogatrici, un'informazione chiara e accurata su:

- disponibilità di offerta presente nel territorio: rete delle strutture accreditate;
- modalità di prenotazione delle prestazioni;
- criteri di accesso ai servizi: priorità cliniche, procedure sollecite, primi accessi controlli;
- effettivo coinvolgimento dei MMG/PLS nelle attività di accompagnamento/informazione dei propri assistiti.

#### LA GESTIONE DELLE LISTE DI ATTESA

La buona gestione delle liste di attesa dipende da elementi non solo organizzativi ed economici, ma soprattutto clinici, etici e deontologici, ed ha la finalità di trovare le soluzioni più adeguate

per permettere al malato di ottenere le prestazioni appropriate in tempi congrui con il suo specifico problema.

Sarà prevista una specifica sperimentazione di attivazione del Codice etico nel campo della gestione delle Liste d'attesa oltre alla puntuale realizzazione della Carta dei Servizi degli erogatori che impegna circa gli standard da assicurare all'utente.

La rilevazione prospettica nel corso del 2007, per quanto riguarda le prestazioni di specialistica ambulatoriale, avrà cadenza mensile e sarà effettuata con le stesse metodologie e modalità utilizzate nel corso del 2006. Anche le prestazioni oggetto della rilevazione verranno implementate rispetto al 2006 con particolare attenzione ai ricoveri. La Regione Lombardia, a partire dal 1996, con la strutturazione del tracciato ex Circolare 28/San., aveva intrapreso una serie di analisi retrospettive che davano la dimensione dei tempi di attesa reali.

A tuttoggi il livello di qualità del dato "data di prenotazione" presente nel tracciato record della 28/San è suscettibile ancora di un ampio margine di miglioramento: la qualità della suddetta informazione sarà oggetto di valutazione dei Direttori Generali.

Si richiama sempre più la necessità di compilare adeguatamente i codici identificativi del tipo di prestazione, alla luce della definizione primo accesso/controllo già adottata:

- codice "0" = prestazioni di carattere ordinario (da utilizzare per le prestazioni prescritte come Primo Accesso)
- codice "U" = prestazioni urgenti differibili (da utilizzare per le prestazioni in "classe A");
- codice "Z" = controlli programmati e tutte le altre prestazioni da escludere dalla rilevazione dei tempi d'attesa (da utilizzare per tutte le prestazioni richieste come "Controllo").

I controlli saranno effettuati in modo incrociato tra le SDO ed i registri previsti dall'art. 3, comma 8 della legge 23 dicembre 1994 n. 724 "Misure di razionalizzazione della finanza pubblica" che 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, il registro delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e di diagnostica strumentale. Si conferma anche per il 2007 quanto già previsto dal citato obiettivo della Giunta per quanto riguarda la predisposizione da parte delle AO di due piani semestrali, uno entro gennaio e l'altro entro il mese di luglio, nei quali le aziende dovranno definire le politiche di erogazione delle prestazioni di specialistica con particolare attenzione alle problematiche riguardanti l'accessibilità ai servizi.

Al fine di semplificare i percorsi dei cittadini nelle strutture di erogazione delle prestazioni ambulatoriali si dà facoltà alle ASL di valutare la possibilità di dotare del ricettario unico anche

le strutture private accreditate, limitatamente alle patologie croniche prevalenti (ex DM 329/99 e succ. integrazioni e modifiche), qualora le stesse sottoscrivano i Protocolli Diagnostico Terapeutici predisposti dalle ASL in collaborazione con il sistema locale degli erogatori e dei prescrittori quali gli MMG ed i PLS e in coerenza con il documento/accordo sul governo clinico di cui all'allegato 1.

La sottoscrizione dei PDT da parte delle strutture private accreditate verrà formalizzata all'interno dei contratti e contestualmente dovrà essere prevista l'indicazione delle verifiche di merito.

La gestione delle necessità di accompagnamento e delle valutazioni cliniche dei cittadini, deve trovare un preciso punto di riferimento nel Medico di Medicina Generale, nonché nel Pediatra di Libera Scelta

Al fine di potenziare l'orientamento al cittadino nel soddisfacimento dei suoi bisogni sanitari, saranno messi a disposizione tutti gli strumenti che favoriscano l'accesso diretto ai servizi sanitari e l'utilizzo dei servizi di telemedicina e telediagnostica.

L'attivazione di servizi di CUP Regionali, coerenti e compatibili con il complessivo progetto SISS, eventualmente affiancato e integrato con le reti dei CUP aziendali, farmacie ecc., dovrà quindi consentire agli utenti di prenotare visite specialistiche ed esami diagnostici presso le strutture sanitarie coinvolte (sia pubbliche che private), evitando inutili e fastidiose attese/file agli sportelli aziendali, garantendo, nel contempo, l'accesso ai servizi di prenotazione tramite contatto telefonico durante un ampio arco temporale, nel corso della giornata - solitamente dalle 8.00 alle 20.00 - per sei giorni alla settimana.

Detti servizi, potranno essere realizzati per gradi e steps successivi, tali da consentire l'attivazione di un unico CUP a livello regionale - con attivazione di un unico numero telefonico regionale - con il quale poter prenotare direttamente tutte le prestazioni specialistiche di I° e II° livello e degli esami diagnostici. Le realtà oggi esistenti e funzionanti sono: il Servizio Sanità Milano (numero verde 800.638.638) - che coinvolge le sette aziende ospedaliere milanesi e dà la possibilità di effettuare prenotazioni dirette di visite specialistiche ed esami diagnostici presso le dette strutture; il Servizio Prenotazioni Sanità per Cremona - Garbagnate - Pavia (numero verde 800.448.800) - che coinvolge le Aziende Ospedaliere di Cremona, Garbagnate e Pavia, dando la possibilità di effettuare prenotazioni dirette di visite specialistiche ed esami diagnostici presso le dette strutture.

L' ampliamento della gamma di servizi offerti prevede la messa a regime del CUP di Como e Varese (numero verde 803.000) - che consentirà agli utenti delle ASL di Como e Varese di prenotare prime visite ed esami diagnostici (TAC/RMN) presso le strutture che sono state coinvolte.

I servizi già attivi, congiuntamente al graduale ampliamento degli erogatori lombardi coinvolti nonché delle prestazioni prenotabili, consentirà di valutare e correggere le soluzioni tecnologiche, organizzative approntate per l'erogazione di dette attività, in vista dell'estensione del servizio di prenotazione a tutto il territorio regionale. Nel 2007 saranno implementate il numero delle prestazioni prenotabili dal Call Center delle Province di Varese e Como.

## **Allegato 6**

### **Farmaceutica e Protesica**

Un governo perfezionato della farmaceutica può passare attraverso l'istituzione di un dipartimento funzionale interaziendale del farmaco (ASL - Azienda/e Ospedaliera/e) dove possono essere operate le scelte più appropriate della farmaceutica (prontuario ospedaliero, prontuario delle dimissioni, continuità ospedale territorio, coordinamento e armonizzazione dell'assistenza farmaceutica, File F, selezione dei farmaci in gara, ecc.) con una visione non "aziendale", ma condivisa e nell'interesse complessivo del servizio sanitario regionale.

Questa scelta organizzativa può essere sperimentata a partire dalle situazioni di bassa/media complessità per essere successivamente estesa alle realtà maggiormente complesse.

In un percorso teso all'equilibrio qualità/costi/appropriatezza le ASL in sperimentazione cureranno: l'elaborazione di prontuari ospedalieri costruiti anche su una prospettiva territoriale (partecipazione di farmacisti ASL nelle commissioni terapeutiche ospedaliere); la costruzione di "Prontuari delle dimissioni" in cui selezionare in modo condiviso i farmaci per le terapie croniche, prescritte in dimissione o a seguito di visita ambulatoriale; l'informatizzazione dei "piani terapeutici" effettuata il più possibile "alla fonte" per un più facile ed immediata verifica nei controlli della prescrizione a carico del SSR. L'utilizzo e registrazione dei codici dei medici specialisti ospedalieri o in alternativa l'utilizzo dei codici dei ricettari assegnati per ricondurre la prescrizione in modo automatico ad una specifica struttura ospedaliera e ad un prescrittore, nel rispetto della normativa della privacy.

Un ulteriore obiettivo da raggiungere è quello della diffusione dei farmaci non coperti da brevetto prevedendo, nella negoziazione con i MMG, l'impegno di comprendere nella propria prescrizione generale, una quota di almeno il 35-40% in termini di DDD di farmaci fuori brevetto. Oggi questa quota in Lombardia è mediamente del 27%.

L'accordo con le farmacie sulla distribuzione dei farmaci del PHT, in scadenza a fine anno, dovrà essere adeguato alle nuove necessità. Questi farmaci vengono acquistati dalle ASL e solamente distribuiti dai farmacisti con l'atto professionale della spedizione della ricetta: occorre trovare una condivisione su ipotesi di costo e di servizio più adeguate anche per equilibrare le condizioni operative delle farmacie urbane e quelle rurali.

A livello nazionale e pertanto regionale si prevede che :

- “per l’anno 2007 e seguenti sono confermate le misure di contenimento della spesa farmaceutica assunte dall’Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ai fini del rispetto dei tetti stabiliti dall’articolo 8, comma 1, del decreto legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, con le Deliberazioni del Consiglio di amministrazione n. 34 del 22 dicembre 2005, n. 18 dell’8 giugno 2006, n. 21 del 21 giugno 2006, n. 25 del 20 settembre 2006 e n. 26 del 27 settembre 2006, salvo rideterminazioni delle medesime da parte dell’AIFA stessa sulla base del monitoraggio degli andamenti effettivi della spesa”;
- con riferimento al superamento del tetto del 13%, per la spesa farmaceutica convenzionata, in assenza del rispetto dell’obbligo regionale di contenimento della spesa per la quota a proprio carico, con le misure di cui al decreto legge 18 settembre 2001, n. 347 convertito dalla legge 16 novembre 2001, n. 405, l’avvenuta applicazione, entro la data del 28 febbraio 2007, nell’ambito della procedura di cui all’articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, di una quota fissa per confezione di importo idoneo a garantire l’integrale contenimento del 40%.

Pertanto il tetto della spesa farmaceutica territoriale, in applicazione della L. n. 405/2001 e della L. n. 326/2003, è sottoposto a monitoraggio da parte di AIFA e del Ministero dell’Economia nella misura del 13% del fondo sanitario assegnato alle Regioni.

Inoltre al fine di sviluppare un sistema di rendicontazione mensile dei farmaci di "doppio canale distribuiti per conto" la Direzione Generale Sanità valuterà in sede tecnica con gli operatori del settore un aggiornamento della Distinta contabile mensile delle farmacie, prevedendo la possibilità di rendicontare mensilmente il valore del servizio riconosciuto alle farmacie, le ASL dovranno inviare con regolarità a Lombardia Informatica i prezzi di acquisto di tali farmaci e ogni variazione o modifica, al fine di un attento monitoraggio mensile dei dati di doppio canale.

A livello nazionale e perciò regionale è confermato il tetto del 3% per la spesa farmaceutica non convenzionata; dal 2007 si prevede che “con riferimento al superamento della soglia del 3%, per la spesa farmaceutica non convenzionata, in assenza del rispetto dell’obbligo regionale di contenimento della spesa per la quota a proprio carico, l’avvenuta presentazione, da parte della regione interessata, entro la data del 28 febbraio 2007, ai Ministeri della salute e dell’economia e delle finanze di un Piano di contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera, che contenga

interventi diretti al controllo dei farmaci innovativi, al monitoraggio dell'uso appropriato degli stessi e degli appalti per l'acquisto dei farmaci.

Per la realizzazione di tale obiettivo la DG Sanità attiverà tutte le indicazioni previste dagli accordi nazionali.

Per quanto riguarda la spesa per farmaci a somministrazione diretta ospedaliera (File F) si ritiene possa crescere nei limiti della complessiva compatibilità di sistema e del rispetto del tetto complessivo del 3%, determinata in un incremento medio regionale fino al 3 % rispetto al 2006. Per quanto riguarda i farmaci ad alto costo oncologici (tipologia 5 del File F) rimangono in vigore le modalità di rendicontazione previste nel 2006.

La Direzione Generale Sanità predisporrà, previo confronto con gli specialisti del settore, entro il 28 febbraio 2007, un valore medio tariffario per categoria terapeutica che tenga conto dell'innovatività terapeutica, della specificità della patologia trattata e dei prezzi dei farmaci della categoria stessa nell'ultimo biennio. Questo valore di riferimento sarà utilizzato nel 2007 per i rimborsi dovuti alle strutture per i farmaci rendicontati con il file F.

Premettendo che il medico, nel prescrivere una specialità medicinale o altro medicinale prodotto industrialmente, si deve attenere alle indicazioni terapeutiche, alle vie e alle modalità di somministrazione previste dall'autorizzazione all'immissione in commercio rilasciata dal Ministero della Salute e dall'Agenzia del Farmaco, il DDL finanziaria 2007 ha indicato che, quando il ricorso a terapie farmacologiche al di fuori delle condizioni di autorizzazione all'immissione in commercio (off-label), nell'ambito dei presidi ospedalieri o di altre strutture e interventi sanitari, assuma carattere diffuso e sistematico e si configuri quale alternativa terapeutica rivolta a pazienti portatori di patologie, per le quali risultino autorizzati farmaci recanti specifica indicazione al trattamento, il ricorso a tali terapie è consentito solo nell'ambito delle sperimentazioni cliniche dei medicinali.

In caso di ricorso improprio si applicano le disposizioni di cui all'articolo 3, commi 4 e 5, della legge 8 aprile 1998, n. 94 (procedimento disciplinare verso il medico, ecc). Le Regioni provvedono ad adottare entro il 28 febbraio 2007 disposizioni per le Aziende Sanitarie Locali, per le Aziende Ospedaliere e per gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico volte alla individuazione dei responsabili dei procedimenti applicativi delle presenti disposizioni, anche sotto il profilo della responsabilità amministrativa per danno erariale. Fino all'entrata in vigore delle tali disposizioni regionali, la responsabilità è attribuita al direttore sanitario delle Aziende Sanitarie Locali, delle Aziende Ospedaliere e degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico.

Di concerto con la Direzione Centrale Programmazione Integrata si dispone che le certificazioni attestanti il diritto all'esenzione sulla base del reddito, previste dalla DGR n. 15592 del 12 dicembre 2003 e prorogate fino al 31 dicembre 2006 con nota prot. n. H1.2005.43399, manterranno la loro validità fino al 31 dicembre 2007.

### **Accordo tra la Regione Lombardia e il Ministero della Giustizia in ordine all'individuazione di priorità in materia penale per adulti e minori – assistenza farmaceutica**

Ai sensi della DGR n. VII/13915 del 1 agosto 2003, "Prime determinazioni in attuazione alla DGR n. VII/11705 del 23 dicembre 2002 relativa all'accordo quadro tra la Regione Lombardia e il Ministero della Giustizia in ordine all'individuazione di priorità in materia penale per adulti e minori", si comunicano le modalità di fornitura dei farmaci per il tramite delle ASL e AO individuate fino 31 dicembre 2007 su richiesta dell'Amministrazione Penitenziaria.

Fermo restando quanto previsto nel 2005 e 2006 relativamente alle Aziende Ospedaliere individuate come riferimento per ogni Istituto penitenziario al fine di fornire i farmaci alla popolazione detenuta, si indicano di seguito gli importi massimi per ogni Istituto Penitenziario per il periodo 1 gennaio 2007 – 31 dicembre 2007

	<b>Direzioni</b>	<b>Ospedali di riferimento</b>	<b>ASL</b>	<b>Budget anno 2007</b>
1	C.C. Bergamo	AO Ospedali Riuniti - Bergamo	Bergamo	251.415
2	C.R. Bollate	AO G. Salvini - Garbagnate M.	Milano 1	196.927
3	C.C. Brescia	AO Spedali Civili - Brescia	Brescia	253.245
4	C.C. Brescia/Verziano	AO Spedali Civili - Brescia	Brescia	49.299
5	C.C. Busto Arsizio	AO Ospedale Circolo - Busto Arsizio	Varese	139.839
6	C.C. Como	AO Sant'Anna - Como	Como	197.281
7	C.C. Cremona	AO Istituti Ospitalieri - Cremona	Cremona	120.958
8	C.C. Lecco	Ospedale di Lecco	Lecco	26.976
9	C.C. Lodi	AO della Provincia di Lodi	Lodi	26.967
10	C.C.Mantova	AO C. Poma- Mantova	Mantova	63.908
11	C.C. Milano	AO L. Sacco - Milano	Milano Città	806.887
12	C.C.Monza	AO San. Gerardo dei Tintori - Monza	Milano 3	209.177
13	C.R. Opera	AO L. Sacco - Milano	Milano Città	1.085.566
14	C.C.Pavia	AO della Provincia di Pavia	Pavia	169.210
15	C.C. Sondrio	AO Valtellina e Valchiavenna - Sondrio	Sondrio	37.750
16	C.C. Varese	AO Fondazione Macchi - Varese	Varese	53.252
17	C.C. Vigevano	AO della Provincia di Pavia	Pavia	205.440
18	C.C. Voghera*	AO della Provincia di Pavia	Pavia	65.903

19	Beccaria – Istituto per minori	AO San Carlo - Milano	Milano Città	40.000
	<b>Totale</b>			<b>4.000.000</b>

### **Studio regionale di valutazione farmaco-economica**

La Direzione Generale Sanità nel corso dell'anno 2006 ha sviluppato, in collaborazione con la Facoltà di Medicina e Chirurgia - Dipartimento Farmacologia Medica – Università degli Studi di Milano, un modello di analisi farmacoeconomica utilizzando i dati della BDA e delle banche dati presenti sia a livello regionale che ASL.

La necessità è stata quella di sviluppare un modello di analisi che fosse riproducibile sia a livello regionale che provinciale e che fosse trasferibile; si è perciò partiti individuando una delle aree terapeutiche di maggiore criticità: il consumo di statine in Regione Lombardia nel periodo 2005-2006; i risultati di tale analisi saranno condivisi con le ASL.

Pertanto, avendo sperimentato che tale modello di studio permette valutazioni di tipo farmacoeconomiche sia sulla cronicità che sull'acuzia, e che è interesse della Regione Lombardia utilizzare ed ampliare i risultati raggiunti in modo tale da integrare quanto ottenuto dal citato modello, si dà mandato alla Direzione Generale Sanità di avvalersi di collaborazioni specifiche, anche per il tramite delle ASL, per affrontare problematiche derivanti da un settore che richiede alte competenze specialistiche diversificate ed una lunga esperienza.

#### ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO DELL'UFFICIO DI COORDINAMENTO DELLE ATTIVITÀ DISTRETTUALI DELLE ASL

Come previsto dai commi 4 e 5 dell'art. 25 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale, le ASL dovranno adottare forti iniziative per il monitoraggio "dell'appropriatezza prescrittiva, anche in relazione ai rapporti tra medicina generale e medicina specialistica ambulatoriale e ospedaliera, in riferimento a linee guida condivise, all'applicazione di percorsi diagnostico-terapeutici concordati, al rispetto delle note dell'AIFA, anche al fine di prevenire e rimuovere comportamenti anomali" attraverso gli Uffici di Coordinamento delle attività distrettuali. Tale attività potrà essere oggetto di verifica anche dai tavoli di monitoraggio regionali. I medici di medicina generale saranno coinvolti negli obiettivi definiti nell'ambito del budget di distretto per il contenimento della spesa farmaceutica e della spesa sanitaria complessiva utilizzando come strumento la BDA nella sua possibile applicazione relativa ai carichi assistenziali di ciascun medico.

In sede di coordinamento distrettuale le ASL possono negoziare incentivi legati ai risultati di appropriatezza e razionalizzazione della spesa. Uno degli obiettivi prioritari sarà quello di promuovere al massimo la prescrizione dei farmaci fuori brevetto e di effettuare delle valutazioni sulla reale necessità clinica del ricorso alle modalità prescrittive di cui al comma 2 dell'art.7 della legge 405/2001.

#### PROTESICA

Con riferimento alla spesa relativa all'assistenza protesica maggiore e minore ed all'assistenza integrativa (ausili per diabetici ed assistenza dietetica) le ASL, in sede di bilancio preventivo 2007, dovranno indicare le azioni prioritarie che intendono attivare nel corso del 2007 al fine di promuovere l'appropriatezza di prescrizione e di utilizzo di questi servizi. Queste azioni di miglioramento dovranno coinvolgere con azioni differenti sia la Protesica maggiore (elenco 1 e 3 del nomenclatore allegato al DM 332/99) sia la Protesica minore (elenco 2) e dovranno tenere conto delle disposizioni contenute nel presente atto connesse alla razionalizzazione degli acquisti.

Si individuano come azioni di miglioramento nel campo dell'assistenza protesica le seguenti attività:

1. Per quanto riguarda gli ausili per diabetici in età pediatrica si dà mandato alle ASL di prevedere, compatibilmente con le risorse economiche destinate a tale voce di bilancio, la possibilità di autorizzare la fornitura di presidi non ancora previsti nel tariffario regionale di cui alla DGR n. VII/8678 del 9 aprile 2002, nelle more del suo aggiornamento e revisione;
2. I presidi monouso di cui all'elenco 2 (ausili per diabete, pannoloni) del nomenclatore attuale dovranno essere gestiti considerando che l'ultima finanziaria ne ha previsto il trasferimento in parte nel livello dell'assistenza integrativa ed in parte in quello dell'assistenza farmaceutica;
3. Studiare la definizione di pacchetti di fornitura in funzione delle caratteristiche cliniche dei pazienti e delle loro necessità assistenziali;
4. Sviluppare la fornitura diretta dei presidi al domicilio o in alternativa mantenerne la distribuzione tramite le farmacie negoziando sconti sui prezzi attualmente applicati;
5. Dedicare particolare attenzione alle protesi finalizzate a sostituire una funzione corporea mancante, protesi finalizzate a sostenere o migliorare la funzionalità di una struttura corporea presente ma compromessa, ausili per le attività di vita quotidiana, ausili per l'adattamento dell'ambiente, ausili per l'assistenza personale;

6. Prevedere dei piani di formazione, promossi e realizzati tramite la collaborazione con IREF, a favore dei medici specialisti iscritti negli albi dei prescrittori ASL;
7. Implementare delle procedure pubbliche di acquisto per la fornitura dei prodotti di serie/standard e di quelli da assegnare in uso agli utenti;
8. Prevedere per i prodotti di serie delle forniture prevalentemente tramite gara e/o la definizione di sconti tariffari nell'ambito dei contratti già stipulati con i fornitori accreditati;
9. Prevedere la fornitura in service dei prodotti riutilizzabili previa manutenzione ed igienizzazione;
10. Sviluppare una classificazione dei dispositivi su misura e di serie con la specificazione per i dispositivi di serie dei nomi commerciali e dell'indicazione clinica di utilizzo, con l'obiettivo di identificare in modo inequivocabile il prodotto (e gli eventuali accessori) e di ridurre quindi il margine di discrezionalità nell'individuare l'esatto tipo di servizio richiesto che si ha da parte del fornitore in presenza di prescrizioni generiche ed incomplete;
11. Introdurre dei riferimenti precisi per quanto riguarda la definizione di criteri di riconducibilità e di assimilazione che sono utilizzati quando il nomenclatore non prevede determinati servizi.

#### FLUSSI INFORMATIVI

Al fine di garantire un uso appropriato delle risorse ed il monitoraggio del consumo di farmaci per la cui indicazione è richiesto il piano terapeutico, nel 2007 si porterà a regime il relativo flusso informatizzato.

Ciò renderà possibile verificare l'effettiva appropriatezza della indicazione terapeutica ed il rispetto delle norme vigenti.

Anche il flusso informativo esistente relativo alla ossigeno-terapia ad oggi quasi completamente compilato su supporto cartaceo dovrà essere reso informatizzato. Inoltre al fine di un attento monitoraggio anche nel 2007 dei farmaci di "doppio canale" sarà istituito un apposito flusso informativo mensile sui farmaci distribuiti. Le modalità organizzative e le specifiche tecniche per la rendicontazione dei tre flussi sopra descritti saranno rappresentate in una apposita circolare della Direzione Generale Sanità. Inoltre 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. Per

la realizzazione di tale obiettivo la DG Sanità stipulerà un accordo con una società specializzata per la gestione di tali dati. Per quanto riguarda la protesica dovrà essere mantenuto il flusso informativo trimestrale della protesica maggiore e della protesica minore per governare in modo efficace l'andamento dei costi .

#### VERIFICHE E CONTROLLI

L'attività di verifica e controllo deve continuare in modo incessante e deve essere finalizzata sia al controllo della spesa che alla verifica dell'appropriatezza delle prescrizioni. Tale attività dovrà essere programmata ad inizio anno e riportata nel Piano dei Controlli. Per rinforzare tale azione nel 2007 prosegue il lavoro del Tavolo di Monitoraggio Regionale per verificare l'andamento della spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera come pure la tempestività e la completezza dei dati relativi ai flussi informativi ivi compresi quelli di pertinenza del gestore delle ricette.

## **Allegato 7**

### **Piani regionali di settore e di sviluppo – Progetti e Ricerche**

I piani di sviluppo regionale sono parte integrante e significativa dell'accordo/documento sugli indirizzi di programmazione per l'attuazione dell'attività di governo clinico di cui all'allegato 1 e attuano contemporaneamente gli obiettivi prioritari di PSN. D'altra parte il PSSR 2007 – 2009 approvato con DCR n. VIII/0257 del 26 ottobre 2006 per quanto riguarda l'area oncologica e cardiovascolare conferma i contenuti dei Piani vigenti, così come per il piano sangue e quello della salute mentale.

#### **Il Piano Oncologico**

Il “piano” oncologico approvato con DGR 23 luglio 2004 n. VII/18346 - e la cui attuazione è confermata dal PSSR 2007-2009 - ha al suo centro il paziente oncologico, attorno a cui ruota la rete oncologica lombarda (ROL), composta da tutte le strutture e servizi sanitari e sociosanitari e da tutte le persone che svolgono la loro attività di cura ed assistenza al paziente oncologico nelle varie fasi della malattia.

L'attuazione del Piano si svolge in modo particolare con riferimento alla Rete Oncologica Lombarda, alla sua implementazione e diffusione.

Il 2007 si connota per lo sviluppo della rete e l'ampliamento delle tipologie di tumori interessati dalla Rete.

La Commissione oncologica regionale, nella riunione del 16 ottobre 2006 ha infatti convenuto sull'estensione delle linee guida relativamente ai tumori del colon, del retto e del polmone. Nell'ambito della Commissione sono stati individuati i professionisti e le strutture di coordinamento per le linee guida di che trattasi.

La Commissione ha inoltre convenuto su alcune tematiche strategiche di sviluppo progettuale per l'anno 2007 con una duplice valenza: da una parte lo sviluppo di programmi di ricerca e dall'altra lo sviluppo di progetti integrati a livello territoriale di ASL con i Dipartimenti Provinciali Oncologici.

Nel 2007 prosegue l'implementazione e diffusione della ROL confermando il coordinamento in capo alla Fondazione IRCCS Istituto dei Tumori e borse di studio, o contratti a termine per il progetto sperimentale, per i DIPO. Le attribuzioni, per lo sviluppo della ROL (linee guida) su

tumori del colon, del retto e del polmone e per il cofinanziamento di progetti ordinari relativi al bando per la ricerca oncologica. (con attenzione anche alla valutazione dei risultati e a quella traslazionale), saranno definiti con specifici decreti della Direzione Generale Sanità .

I progetti ordinari, ma di carattere innovativo, presentati vertono sulle seguenti tematiche:

- Interventi mirati a migliorare l'umanizzazione dell'assistenza oncologica nelle strutture ospedaliere e nella rete di offerta territoriale:
  - 1) Comunicazione fra sanitari e pazienti e familiari;
  - 2) Informazione-educazione sanitaria;
  - 3) Supporto psicosociale;
- Ristadiazione del paziente oncologico con PET /TC diagnostica;
- Ottimizzazione dell'impiego di ERLLOTINIB attraverso la valutazione di fattori predittivi di risposta in pazienti affetti da carcinoma polmonare avanzato;
- ROL: sviluppo di funzionalità dall'imaging radiologico, alla valutazione di trattamenti radioterapici effettuati con Tomoterapia/Cyberknife e con ipofrazionamento di dose, alla valutazione dell'appropriatezza clinica della prescrizione di farmaci in oncologia.

Per il 2007 sono inoltre individuate le seguenti tematiche a livello regionale da finanziare, dopo avere reso sistemici i risultati già attuati, e su cui chiedere la progettazione esecutiva alle ASL in accordo con i DIPO (Dipartimenti Provinciali Oncologici):

- a) integrazione BDA ROL – registro tumori Milano;
- b) coinvolgimento MMG nella ROL;
- c) sviluppo DIPO e integrazione ASL.

Le ASL presenteranno progetti congiuntamente al/ai DIPO sui seguenti temi:

#### **Sistema informativo**

Integrazione BDA\_ROL Registro tumori provincia di Milano.

#### **Medicina Generale**

Integrazione dei MMG nel follow-up del paziente oncologico.

#### **Organizzazione**

Sviluppo dei DIPO per il consolidamento della ROL, formazione, valutazione dell'offerta, con particolare riferimento agli investimenti per apparecchiature.

Sono premiate partnership/aggregazioni tra ASL sullo stesso progetto, in particolare tra ASL simili per caratteristiche socio-demografiche, geografiche, epidemiologiche, ecc.

I progetti potranno essere presentati dalle ASL, congiuntamente al DIPO, entro il 28 febbraio 2007.

Relativamente agli obiettivi di prevenzione del Piano Oncologico, resta ferma l'effettuazione da parte delle ASL delle seguenti azioni:

- l'avvio o il completamento, a livello di ASL, di specifici progetti di educazione sanitaria, rivolti a target di popolazione predefiniti, per la lotta al tabagismo e l'educazione alimentare;
- lo svolgimento dello screening per il tumore della mammella secondo quanto previsto dalle linee-guida regionali, con particolare riguardo al rispetto delle scadenze di round ed alle percentuali di adesione.

Per quanto riguarda la prevenzione secondaria nel 2007 si prosegue con il finanziamento vincolato delle campagne di screening (colon retto e mammella).

I programmi di screening seguono regole e modalità di cui al piano di prevenzione attiva. Sono individuate modalità di verifica e controllo sull'utilizzo effettivo di risorse con meccanismi sanzionatori sia verso ASL che verso gli erogatori.

Il Piano trova attuazione, nel 2007, anche attraverso le seguenti azioni:

- le regole di pagamento delle prestazioni così come definite nell'allegato 2 "Il quadro di sistema per l'anno 2007";
- il potenziamento del ruolo delle ASL nell'ambito della Commissione Oncologica Regionale e dello sviluppo della rete oncologica attraverso la gestione dello strumento della banca dati assistito (BDA) per la programmazione, verifica e controllo;
- La prosecuzione del programma di formazione per i DIPO.

### **Il Piano Cardio Cerebrovascolare**

Avviato con DGR 11 febbraio 2005, n. VII/20592, il piano cardiocerebrovascolare pone in evidenza gli interventi di prevenzione delle patologie cardiocerebrovascolari tramite la partecipazione attiva del cittadino, attraverso sia la promozione dei corretti stili di vita, sia la rilevazione del rischio cardiocerebrovascolare. Questi interventi di tipo preventivo primario costituiscono la premessa per ulteriori interventi sul lato sia farmacologico, sia

dell'organizzazione dei servizi sanitari ai vari livelli di cura. Risulta pertanto di importanza prioritaria la prosecuzione su tutto il territorio regionale dei citati interventi preventivi, che vedono in primo piano sia i Medici di Medicina Generale, sia le Aziende Sanitarie Locali nel loro ruolo di garanti della salute dei propri assistiti.

Relativamente agli aspetti di prevenzione primaria e secondaria, le azioni prioritarie finanziate dal Piano, da realizzarsi nel 2007, riguarderanno :

- 1) l'ulteriore implementazione e diffusione dei network di patologia in particolare:
  - scompenso (il network è formato dalle strutture che stanno sperimentando la telesorveglianza)
  - ipertensione
  - diabete
- 2) l'attuazione delle campagne di promozione di corretti stili di vita (vedi allegato 4)
- 3) la somministrazione della carta del rischio fino ad un max di 1/3 della popolazione target, secondo la quantificazione che verrà data con la circolare ;
- 4) finanziamento di progetti, che possono incidere sui comportamenti prescrittivi del MMG relativamente a farmaci per la cura della patologia cardiovascolare con particolare attenzione alla loro appropriatezza. Saranno favorite le partnership/aggregazioni tra ASL sullo stesso progetto, in particolare tra ASL simili per caratteristiche socio-demografiche, geografiche, epidemiologiche, ecc.

Oltre agli interventi preventivi citati, anche sulla scorta degli esiti del censimento effettuato nel 2006 saranno dati gli indirizzi per la messa a regime della rete regionale delle stroke unit.

Attraverso la Commissione regionale cardiocerebrovascolare saranno proposti programmi formativi rivolti agli operatori sanitari coinvolti. Per quanto riguarda la prevenzione diagnosi e cura della patologia diabetica il 2007 dovrà connotarsi per:

- completa attuazione, da parte delle ASL, della gestione integrata del paziente diabetico con l'utilizzo di specifici indicatori individuati di concerto con il gruppo di lavoro regionale;
- raccolta dei dati relativi alla gestione del paziente diabetico di tipo 2 non complicato anche attraverso l'evoluzione della BDA (Banca Dati Assistiti);
- consolidamento della messa in rete delle informazioni tramite il network di patologia supportato dal CRS SISS;
- attuazione, in via sperimentale in alcune ASL, dell'autorizzazione all'esenzione per patologia diabetica da parte del MMG.

5) le strutture che intendono presentare proposte di innovazioni diagnostiche – terapeutiche nel settore cardiocerebrovascolare dovranno formalizzare la richiesta alla segreteria della Commissione regionale Cardio Cerebrovascolare che istruirà la proposta avvalendosi dello Steering Committee di detta commissione. L'esito della valutazione costituirà proposta formale per la Direzione Generale Sanità che concluderà l'istruttoria con le valutazioni di coerenza programmatico – economico gestionale di propria competenza.

6) per l'anno 2007 è confermata la sperimentazione dei percorsi di tele sorveglianza e ospedalizzazione domiciliare di cui alla dgr 2471 dell'11 maggio 2006. Nel corso del 2007 il termine di scadenza della presentazione delle domande per le strutture che intendono sperimentare i percorsi, secondo i requisiti indicati nella dgr citata è fissato al 28 febbraio.

Nel 2007 si prevede, oltre al riconoscimento delle risorse impiegate su base storica per gli interventi attuativi del Piano anno 2006, un incremento di risorse destinate a perfezionare i progetti sperimentali.

Il Piano nel 2007 conferma la sua attuazione, anche attraverso le seguenti azioni:

- le regole di pagamento delle prestazioni così come definite nell'allegato 2 "Il quadro del sistema per l'anno 2007";
- il riconoscimento del ruolo delle ASL nell'ambito della Commissione Regionale per le patologie cardiocerebrovascolari e nello sviluppo delle reti di patologia e della gestione dei pazienti cronici (diabete, scompenso...) attraverso la gestione dello strumento della banca dati assistito (BDA) per la programmazione, verifica e controllo.

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

Per il 2007 prosegue l'attuazione dei progetti innovativi del Piano approvati nel 2005.

#### **Percorsi sperimentali di integrazione fra livelli di assistenza**

Nel 2007 prosegue l'esperienza del ricovero convalescenziario e di sollievo attivata in alcune realtà ospedaliere lombarde. Entro il 31 ottobre 2007 verranno definite le caratteristiche del servizio, i requisiti assistenziali e le modalità di tariffazione a regime tenendo conto dei primi risultati del monitoraggio dell'attuazione del piano della riabilitazione con particolare riguardo alle patologie complesse.

## **Progetti e Ricerche**

Oltre alla conferma delle progettualità e dei programmi di ricerca avviati e già cofinanziati, per il 2007 particolare attenzione verrà posta ai:

- programmi di ricerca ex art. 12 D.Lgs. 502/92 bando 2006 – attuazione 2007 e 2008;
- bando per la ricerca indipendente sull'area oncologica e cardiovascolare (1 milione di euro)
- piano delle ricerche 2007 – IRER – Direzione Generale Sanità.

## **Il Piano Regionale Sangue**

Avviato con legge regionale n. 5 dell'8 febbraio 2005, il piano definisce obiettivi ed azioni per una risposta efficace ad una organizzazione del sistema trasfusionale lombardo in grado di mantenere, in primis, l'obiettivo dell'autosufficienza regionale del sangue e dei suoi componenti.

La legge 05/05, in perfetta sintonia con i recenti provvedimenti nazionali, il Decreto Legislativo 19 agosto 2005, n. 191, recante "Attuazione della direttiva 2002/98/CE che stabilisce norme di qualità e di sicurezza per la raccolta, il controllo, la lavorazione, la conservazione e la distribuzione del sangue umano e dei suoi componenti" e la legge 21 ottobre 2005, n. 219 "Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale degli emoderivati", con la metodologia di progetto e processo, si propone altresì i seguenti obiettivi:

- programmare, sulla base dei consumi storici, l'attività di raccolta del sangue e degli emocomponenti, per concorrere all'appropriatezza della raccolta ed anche al raggiungimento dell'autosufficienza regionale, nazionale e degli obiettivi strategici extranazionali di sangue ed emocomponenti;
- programmare l'adeguata produzione di emocomponenti destinati alla produzione di plasmaderivati per tendere alla completa autosufficienza regionale, in modo particolare per i plasmaderivati originati da plasma iperimmune;
- stabilire i criteri del finanziamento regionale delle attività trasfusionali mediante la previsione di specifiche quote di bilancio, definite dalla Regione per la realizzazione degli obiettivi del presente piano sangue;
- definire un modello organizzativo trasfusionale che, in un'ottica di razionalizzazione di risorse e in linea con quanto previsto dalla normativa nazionale, preveda la separazione tra le attività di produzione e le attività di servizio;
- mantenere e aumentare i livelli di sicurezza produttiva del Sistema Sangue con strumenti e metodologie necessari al controllo della qualità del processo trasfusionale, dalla promozione dell'associazionismo volontario, periodico, anonimo e non remunerato, alla standardizzazione

di tutte le procedure trasfusionali attraverso protocolli operativi, alla informatizzazione delle strutture trasfusionali;

- definire i criteri dell'accreditamento per le strutture trasfusionali;
- sostenere le Associazioni e le Federazioni di donatori di sangue e le Associazioni dei Pazienti, nella promozione e nello sviluppo della donazione, nel miglioramento degli stili di vita e nella promozione alla salute secondo le necessità indicate dalla programmazione regionale in sinergia operativa.

Le Aziende sede di strutture trasfusionali, alla luce delle recenti disposizioni nazionali che individuano nei servizi trasfusionali i soggetti responsabili della qualità e sicurezza di tutto il processo trasfusionale, dalla donazione alla trasfusione, sono tenute ad adottare e mantenere tale ruolo di garanzia dei servizi trasfusionali, anche in un'ottica di riorganizzazione delle attività a livello interaziendale, con il coinvolgimento del Dipartimento di Medicina Trasfusionale ed Ematologia (DMTE).

Il fondo regionale per le attività progettuali previste dalla legge regionale e di importo equivalente a quello del 2006, verrà destinato a progetti presentati entro il 31 marzo 2007 secondo ulteriori e specifiche indicazioni definite in apposita nota esplicativa.

### **Internazionalizzazione del servizio sanitario lombardo favorendo confronti, scambi e gemellaggi fra i diversi sistemi sanitari**

Le azioni per l'anno 2007, così come previsto dal DPEFR e dal PRS in merito all'internazionalizzazione del servizio sanitario lombardo, dovranno innanzitutto consolidare quanto avviato nel 2006.

In particolare:

#### **1. Attuazione iniziativa gemellaggi tra strutture ospedaliere.**

Si può affermare che, terminata la fase sperimentale, l'esperienza dei gemellaggi si è mostrata positiva ed ha raccolto grande interesse anche presso strutture accreditate private. Nel prossimo anno, quindi, l'iniziativa tenderà a consolidarsi, aprendosi però ad un'ottica improntata alla creazione di poli di interesse sui quali coagulare soggetti diversi su tematiche specifiche e nell'ottica di rafforzamento di sistemi sanitari di paesi.

2. **Assistenza sanitaria a favore di cittadini stranieri, ai sensi e per gli effetti dell'art. 32, comma 15 della l. 449/97.**

Questa attività necessita di essere sempre più agganciata, nei limiti del possibile, a progettualità più ampie che mirino a favorire interventi strutturali all'interno dei paesi di origine dei beneficiari o all'interno di accordi diretti con organizzazioni internazionali quali la Croce Rossa (es. Medevac con l'Iraq) o ancora all'interno di progetti mirati a particolari esigenze sanitarie quali l'affronto della cardiopatie congenite o la cura delle leucemie infantili. In tal senso l'iniziativa del corso di cardiocirurgia pediatrica per operatori di paesi in via di sviluppo in collaborazione con IREF va proseguita ed allargata anche ad altri settori.

3. **Collaborazioni con altri enti e istituti**

Si conferma, per il 2007, un consolidamento della collaborazione con l'OMS sul tema della lotta alla Tuberculosis anche attraverso la creazione di un soggetto giuridico nuovo che possa interloquire con l'OMS sulle tematiche di formazione ed di attività di laboratorio per la lotta alla TB. La linea di intervento prevede l'individuazione di enti ed istituti con i quali collaborare nel sostegno a progetti di collaborazione che impattino grandi temi sanitari quali la lotta alla tubercolosi/ AIDS o l'empowerment di sistemi sanitari emergenti.

4. **Emergenze sanitarie internazionali**

Nel 2007 si prevede l'avvio di un progetto per la costituzione di un'Unità Emergenze Sanitarie Internazionali.

Il progetto nasce dall'evidenza che sempre più frequentemente a Regione Lombardia ed alla Direzione Generale Sanità giungono richieste di sostegno per emergenze sanitarie internazionali e che ha visto coinvolti diversi soggetti del SSR.

Obiettivo principale del progetto è quello di costituire una unità stabile di persone/enti/istituzioni che, nel caso, siano in grado di attivare una serie di percorsi atti a rispondere prontamente a richieste di assistenza sanitaria nel mondo.

Di questa unità faranno parte inizialmente:

Dirigenti della DG Sanità a cui verrà dato anche il compito di coordinamento;

Dirigenti della Struttura relazioni internazionali della Presidenza;

Dirigenti della DG Famiglia e Politiche Sociali;

I Direttori Sanitari delle seguenti AO:

Niguarda Ca' Granda di Milano;

Ospedali Riuniti di Bergamo;

Istituti Clinici di Perfezionamento di Milano;

Sacco di Milano;

Rappresentanti della CRI di Milano e Bergamo.

Compiti dell'UESI:

- Elaborare una lista di farmaci di emergenza da rendere disponibile in 6-12 ore secondo le modalità già più volte sperimentate;
- Elaborare percorsi di responsabilità ed azioni nell'accoglienza e nella gestione di pazienti provenienti dalle zone oggetto dell'emergenza sanitaria;
- Elaborare percorsi di responsabilità ed azioni nell'accoglienza e nella gestione degli accompagnatori dei pazienti;
- Individuare percorsi e riferimenti istituzionali quali il coordinamento della regioni per le attività di sanità internazionale, il MAE, la CRI, la PC....
- Elaborare una lista di operatori sanitari disponibili a partire per brevi missioni nei luoghi oggetto di emergenza;
- Elaborare un percorso formativo su temi di emergenza sanitaria internazionale ( sia dal punto di vista clinico che gestionale)

Tempi di realizzazione: 1 anno

### **Finanziamento**

Lo stanziamento complessivo per i vari piani e/o progetti è pari a 2 milioni di Euro; la assegnazione dei fondi per i singoli piani e/o Progetti sarà definita attraverso specifici decreti della Direzione Generale Sanità.

## Allegato 8

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

Nel corso del 2006 sono state effettuate delle puntuali rilevazioni e valutazioni sui bilanci di esercizio e sulla contabilità analitica, relativi all'esercizio 2005, forniti alla DG Sanità dalle strutture di ricovero e da quelle di specialistica ambulatoriale. Le valutazioni effettuate permettono, per le attività di ricovero, di:

- Rimodulare i pesi relativi dei DRG sia sulla base dei costi di produzione sia di valutazioni effettuate a riguardo della appropriatezza di erogazione delle prestazioni riscontrata dalle ASL durante lo svolgimento delle attività di controllo e dell'andamento dei volumi erogati nel corso degli anni.
- Stabilire un incremento medio del valore del punto DRG pari al 3% che tiene conto dell'aggiornamento del livello dei costi e da calcolarsi sui valori delle prestazioni riclassificati con le modifiche in allegato
- Integrare di una quota pari a 400 euro il DRG 257 nel caso di posizionamento della protesi ad espansione contestuale a intervento chirurgico demolitivo della mammella che trova la sua indicazione nel caso di pazienti candidate a mastectomia totale o radicale non radiotrattate sulla mammella che deve essere asportata. Tale intervento risponde infatti al duplice obiettivo della radicalità oncologica e del ripristino di un risultato estetico soddisfacente per la donna. Le controindicazioni alla ricostruzione con protesi ad espansione sono le seguenti:
  - Carcinoma localmente avanzato della mammella con infiltrazione del piano muscolare.
  - Pazienti già sottoposte a chirurgia conservativa della mammella e radioterapia, affette da recidiva o seconda neoplasia mammaria nella sede della pregressa malattia.
  - Pazienti con malattie cardiovascolari, deficit respiratorio di grado medio-elevato, malattie che compromettono il performance status elevando il rischio operatorio e la frequenza di gravi complicanze post-operatorie.
  - Tale intervento comporta dei costi maggiori in quanto necessita di equipe operatoria combinata (senologi e plastici), aumento della durata dei tempi operatori di circa 60-100 minuti totali (riposizionamento della paziente sul letto operatorio, ridisinfezione del campo, intervento di posizionamento della protesi), prolungata degenza post-operatoria tot. 4-6 gg (senza dissezione ascellare, con d.a.) e medicazioni più numerose e frequenti.
- Integrare di una quota pari a 2.000 euro il DRG 257 nel caso in cui avvenga la ricostruzione della mammella mediante lembi muscolari delle pazienti stesse. I lembi utilizzati nella

ricostruzione delle pazienti sottoposte a mastectomia radicale o totale che non possono essere candidate al posizionamento di expander sono principalmente due:

- Lembo di m.retto addominale (durata complessiva dell'intervento fino a sei ore)
  - Meno frequentemente il lembo di m.dorsale, in cui il tempo complessivo dell'intervento è leggermente inferiore rispetto all'intervento precedente.
- Ridurre del 20% le tariffe dei DRG 006 (decompressione tunnel carpale) e 039 (interventi sul cristallino con o senza vitrectomia) con la finalità di incentivarne l'effettuazione in regime ambulatoriale.
  - Differenziare la valorizzazione del DRG 483 (Tracheostomia escl. per disturbi orali, laringei o faringei) in funzione della durata della degenza. Per degenze maggiori di un giorno e inferiori/uguali a 30 giorni la tariffa sarà pari al 50% della tariffa di cui all'elenco parte del presente allegato.

Per le attività di specialistica ambulatoriale si determina quanto segue:

- Per le attività di specialistica ambulatoriale a maggiore impatto tecnologico e che negli ultimi anni hanno registrato i maggiori incrementi di volumi entro il 31 marzo 2007 la Direzione Generale Sanità definirà, in collaborazione con le società professionali interessate, dei criteri di corretta accessibilità clinica ai servizi e di buon utilizzo delle apparecchiature.
- Per le branche radioterapia e di dermatologia vengono introdotte le modifiche e le integrazioni tariffarie così come ad oggi possono essere ricavate dal lavoro svolto del gruppo di lavoro ministero salute/regioni relativo al mattone per la specialistica ambulatoriale. Le nuove prestazioni e quelle modificate sono state verificate per la radioterapia con i rappresentanti regionali di AIRO e dei primari ospedalieri, per la dermatologia con i rappresentanti regionali dei primari ospedalieri.
- Per la radiologia diagnostica vengono introdotte le prestazioni di biopsia miniinvasiva "vacuum assisted" con sistema di guida ecografico, e di biopsia miniinvasiva "vacuum assisted" con sistema di guida stereotassico.
- Vengono incrementate le tariffe relative alla visita generale (codice 897 corrispondente alla prima visita) ed alla visita di controllo (codice 8901) portandole rispettivamente a 23 euro e 19 euro.
- Si introducono nel nomenclatore tariffario ambulatoriale sotto la branca di oculistica la prestazione di Int. su cristallino con o senza vitrectomia e, per quanto si evince da un'analisi effettuata sulle attività 2006 dei reparti che prevalentemente erogano il DRG 006, sotto le branche di ortopedia, chirurgia plastica e neurochirurgia la prestazione di Decompressione

del tunnel carpale. Questa scelta è giustificata dal fatto che per entrambe le procedure chirurgiche interessate nel 2006 quasi il 99% degli interventi vengono effettuati o in day surgery o in un giornata di ricovero ordinario. Si ritiene quindi che la previsione di raggiungere, come previsto dall'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005, entro il 31 dicembre 2007 il tasso di ospedalizzazione di 180 ricoveri per 1000 abitanti, possa essere perseguita anche mediante questa soluzione di razionalizzazione della modalità di erogazione di queste prestazioni senza compromettere la qualità delle stesse.

In allegato si trovano le tabelle di dettaglio relative sia ai DRG sia alle prestazioni di specialistica ambulatoriale che saranno in vigore per i ricoveri per i dimessi dal 1° gennaio 2007 e per l'ambulatoriale per le prestazioni non cicliche erogate dal 1° gennaio 2007 e per quelle a cicli che iniziano dal 1° gennaio 2007.

## **Allegato 9**

### **Indici di offerta – Negoziazione**

Rispetto all'indice di 4,5 posti letto per mille abitanti a carico del SSR, compresa la riabilitazione, fissato dall'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005, si dà atto che lo stesso è stato già raggiunto nel corso del 2006 e che l'obiettivo viene confermato prioritario anche per l'anno 2007.

Si dà atto che la legge 31/97 all'art. 12 (la programmazione delle attività sanitarie ed il riordino della rete ospedaliera) prevede al comma 5 bis 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 2007 debba permanere la sospensione della messa a contratto di nuove attività di specialistica ambulatoriale fatto salvo motivate e comprovate attivazioni di contratti derivanti da necessità emergenti per prestazioni "salva vita" quali radioterapia e dialisi.

Sempre nel corso del 2006 le attività di dialisi e di radioterapia, pur essendo finanziate a reale produzione e quindi non comprese nelle risorse assegnate tramite i contratti alle singole strutture, hanno mantenuto i livelli quantitativi raggiunti nel corso del 2005. Si conferma quindi di prevedere che per le attività di dialisi e di radioterapia sia necessario subordinare la definizione di eventuali ulteriori sviluppi di tipo quali - quantitativo dell'offerta attualmente presente alla verifica del quadro clinico epidemiologico di riferimento.

Per quanto riguarda, inoltre, le attività di psichiatria e di neuropsichiatria si ritiene che, di fronte a documentate esigenze di tipo clinico epidemiologico, verificate a livello di sistema, le ASL potranno essere autorizzate ad attuare delle sperimentazioni specifiche di durata prevista non superiore ai due anni.

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 2004-2005-2006 e che continuerà nel 2007, 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/19688 del 03.12.2004 ed attuato nel corso del 2005-2006 si prevede che, per l'anno 2007, 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, secondo quanto effettuato nel 2006 con il limite non superabile dell'importo a contratto sottoscritto - fatte salve le ridefinizioni su base annua delle attività iniziate o sospese nel 2006 derivanti da nuove branche specialistiche e/o ristrutturazioni attivate anche in anni precedenti - e della specialistica ambulatoriale, ivi comprese situazioni eccezionali validate dalla ASL in base ad indicatori epidemiologici per le attività di odontostomatologia e oculistica.

Le ASL, al fine di assolvere i relativi obblighi di legge riguardanti la certificazione dell'idoneità a svolgere attività sportiva agonistica da parte di minori e di soggetti disabili, possono valutare, nel contesto delle risorse disponibili, la possibilità di assegnare con specifici progetti maggiori risorse, non storicizzabili, alle attività di medicina sportiva.

Per le attività di specialistica ambulatoriale sono definiti:

- le condizioni di regressione tariffaria ivi compresa la soglia, oltre la quota di risorse pre – assegnata, fino alla quale gli erogatori si impegneranno ad erogare prestazioni a carico del servizio sanitario regionale. Al raggiungimento della predetta soglia 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. 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;
- i progetti finalizzati ad incentivare l'erogazione di prestazioni per cui a livello locale si rilevano delle criticità relative ai tempi di attesa e/o la necessità clinico/epidemiologica di organizzare un'offerta quantitativamente maggiore rispetto alle restanti prestazioni; questi progetti andranno ad indirizzare l'erogazione delle prestazioni garantite nella fascia di produzione tra il 90% ed il 98% di cui ai punti seguenti.

Gli eventuali accordi, allegati al presente contratto, ASL/erogatori pubblici e privati accreditati, saranno sottoscritti in condizioni assolutamente paritarie fra gli stessi e finalizzati a garantire la fornitura delle prestazioni di cui al punto precedente, anche attraverso valutazioni comparative della qualità, dei costi e delle tariffe come previsto all'articolo 8-quinquies comma 2 del decreto

legislativo 502/92. Le ASL privilegeranno l'erogabilità complessiva della gamma di prestazioni, per cui si rilevano delle criticità relative ai tempi di attesa e la necessità clinico/epidemiologica di organizzare un'offerta quantitativamente maggiore e non ciascuna di esse in modo disgiunto, sempre ai fini di migliorare e razionalizzare accessibilità e offerta.

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 e in ambito di coordinamento inter aziendali.

Per gli erogatori che non sottoscriveranno il contratto integrativo, riportante le nuove condizioni discendenti dalla presente delibera e successive indicazioni della Direzione Generale Sanità e 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 deliberate dalla Giunta con la possibilità, limitatamente ai sopra menzionati progetti relativi alle prestazioni che evidenziano criticità relative ai tempi di attesa e/o la necessità clinico/epidemiologiche, di superare (al massimo del 20%), nei limiti delle risorse disponibili e degli equilibri tariffari, le limitazioni tariffarie 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 prestazioni di chiusura degli stessi), a fronte di documentata programmazione e senza predeterminazione alcuna per i futuri negoziati.

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 e comunicarla immediatamente alla Direzione Generale Sanità.

Nel caso in cui tale quota registri una verificabile diminuzione, le ASL, di concerto con la DG Sanità, già in corso d'anno potranno provvedere a distribuire le risorse aggiuntive, resesi 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 2007, hanno iniziato le attività nel corso del 2006 o potranno riattivare nel corso del 2007 attività già accreditate e a contratto sospese temporaneamente, ad esempio per lavori di adeguamento strutturale, le ASL terranno in considerazione la media delle prestazioni trimestrali e, in seconda istanza, applicheranno 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 a tutto il mese di Marzo 2007 sarà quella relativa all'esercizio 2005.

Non saranno comprese nella quota di risorse assegnata alle strutture erogatrici, in quanto saranno remunerate a consuntivo sulla base di quanto effettivamente erogato, fatte salve le valutazioni di tipo clinico epidemiologico e di appropriatezza che dovranno essere effettuate entro il 31 luglio 2007:

1. in regime di specialistica ambulatoriale: le prestazioni di dialisi e di radioterapia già individuate con la DGR VII/19688 del 3 dicembre 2004;
2. in regime di ricovero e cura:
  - le prestazioni relative ai DRG chirurgici con diagnosi principale di Neoplasia Maligna già individuate con la DGR VII/19688 del 3 dicembre 2004;
  - le attività di chemioterapia effettuate in day hospital che prevederanno l'utilizzo di farmaci antineoplastici ad alto costo, così come da indicazioni regionali, avranno la remunerazione composta come segue: un rimborso di 40 euro per accesso finalizzato a finanziare i soli costi assistenziali, ancillari e generali di struttura, ed il rimborso del costo del farmaco che sarà rendicontato attraverso il File F. Per queste tipologie di prestazioni dovrà essere effettuata, in collaborazione con le farmacie ospedaliere e con gli oncologi medici, una stima di previsione dei consumi 2007 al fine di avere un riferimento rispetto al quale effettuare le opportune verifiche anche procedendo, se necessario, all'effettuazione di attività di audit clinico finalizzate a valutare l'appropriatezza nell'utilizzo di questi farmaci;
  - 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'elenco di seguito allegato. Per quanto riguarda la problematica relativa alle sindromi coronariche acute (SCA) – già evidenziata nella DGR VIII 404 del 26 luglio 2005 – si rileva che per le SCA NSTEMI (senza sovrastressamento del tratto ST) sulla scheda di dimissione ospedaliera dovrà sempre essere utilizzata la codifica 4107x e che le stesse saranno considerate al di fuori dei contratti solo se entro le 24 ore dal ricovero effettueranno una procedura invasiva di angioplastica percutanea o di by-pass aorto – coronarico, ovvero se, così come evidenziato da ANMCO, si tratta di casi con grave instabilità clinica, elettrica ed emodinamica per i quali il tempo di intervento è indicato in poche ore. Al fine di favorire una corretta e moderna gestione dei casi appropriati si prevede l'esecuzione di audit clinici randomizzati per tutte le strutture coinvolte; audit supplementari saranno previsti nelle strutture in cui vi sarà uno scostamento rispetto al 2006 delle diagnosi di IMA NSTEMI maggiore del 10% ed un ricorso a procedure invasive maggiore del 15%;
- 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 indicate con la circolare della Direzione Generale Sanità 45/SAN del 23.12.2004, segnalerà sulla SDO 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 indicate con la circolare della Direzione Generale Sanità 45/SAN del 23.12.2004, segnalerà sulla SDO l'evidenza della condizione clinica di postumi di mielolesione traumatica, vascolare, infettiva, infiammatoria e post – chirurgica.

Al fine di semplificare i percorsi dei cittadini nelle strutture di erogazione delle prestazioni ambulatoriali si da facoltà alle ASL di valutare la possibilità di dotare del ricettario unico anche le strutture private accreditate, qualora le stesse sottoscrivano i Protocolli Diagnostico Terapeutici predisposti dalle ASL in collaborazione con il sistema locale degli erogatori e dei prescrittori quali gli MMG ed i PLS.

Le ASL cureranno altresì la predisposizione di appositi protocolli operativi con gli erogatori al fine di facilitare e semplificare i percorsi diagnostici che fino al primo semestre del 2006 rientravano nel day hospital diagnostico.

La sottoscrizione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici da parte delle strutture private accreditate verrà formalizzata all'interno dei contratti e contestualmente dovrà essere prevista l'indicazione delle verifiche di merito. 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 2007 l'Assessorato alla 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 2006 terminano con la fine dell'esercizio stesso) si danno le seguenti indicazioni:

- Siglare entro il 31-12-2006 i contratti per l'esercizio 2007 dove si individua la valorizzazione relativa alle attività di ricovero e cura indicando un valore pari ai 2,5/12 di quanto negoziato tra ASL ed Erogatore per l'anno 2006; nell'articolo dove si individua la valorizzazione relativa alle attività di specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale, di psichiatria e di ricovero e cura indicare un valore pari ai 2,5/12 di quanto negoziato tra ASL ed Erogatore per l'anno 2006.

Resta inteso che gli organismi di controllo delle ASL garantiranno un costante monitoraggio delle erogazioni delle prestazioni di ricovero e cura e specialistiche ambulatoriali erogate. Questo al

fine di evitare una eventuale erogazione disomogenea nell'arco temporale interessato, che si rifletta negativamente sui bisogni dei cittadini.

- Definire entro il 31.03.2007 l'esatta valorizzazione delle risorse disponibili su base annua, quota definita di risorse, e definire la modalità di attribuzione dell'eventuale quota aggiuntiva destinata alle attività di ricovero e di specialistica ambulatoriale definita dalle ASL sulla base dei criteri di seguito individuati.

Ciò in quanto la chiusura entro il 28 febbraio 2007 dell'esercizio 2006 permetterà:

- per le attività ambulatoriali di applicare ai finanziamenti 2006 di ogni singola struttura l'impatto del nuovo tariffario in vigore dal 1° gennaio 2007. Lo stesso finanziamento così rimodulato (al netto del valore delle attività di dialisi e di radioterapia, le quali saranno scorporate dalla produzione 2006 delle strutture applicando alla loro valorizzazione al massimo il livello medio di regressione tariffaria 2006 rilevato su tutta la produzione erogata in Regione Lombardia) e portato al 90% costituirà la quota di risorse minima pre - assegnata per il 2007. Tra il 90% ed il 98% le risorse saranno assegnate sulla base di progetti finalizzati ad incentivare l'erogazione di prestazioni per cui a livello locale si rilevano delle criticità relative ai tempi di attesa e/o la necessità clinico/epidemiologica di organizzare un'offerta quantitativamente maggiore rispetto alle restanti prestazioni. Tra il 98% ed il 103% sarà applicato alle valorizzazioni prodotte un abbattimento fino al 60%. L'impegno ad erogare prestazioni a carico del servizio sanitario regionale vale fino al 103%. Le ASL, come già detto, potranno quindi finalizzare l'utilizzo di 8 punti percentuali delle risorse 2006, (dal 90% al 98%) per individuare degli specifici progetti finalizzati a risolvere squilibri domanda offerta e criticità di durata dei tempi d'attesa. Questi 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. La data ultima di definizione dei criteri e delle modalità di destinazione di queste risorse dovrà essere, come già detto, il 31 marzo 2007;
- per le attività di ricovero e cura di applicare ai finanziamenti 2006 di ogni singola struttura l'impatto delle nuove tariffe in vigore dal 1° gennaio 2007. Alla quota finanziata per l'anno 2006, così rimodulata, sarà sottratto il valore delle prestazioni, sopra elencate, che saranno finanziate a reale produzione, fatta salva la verifica della loro appropriata erogazione, le quali saranno scorporate dalla produzione 2006 delle strutture applicando alla loro valorizzazione al massimo il coefficiente medio che per il 2006

permetterà di riconciliare il valore dei ricoveri complessivamente erogati in Regione con la quota di risorse stanziata dalla Giunta per lo stesso anno.

Entro il 1° giugno del 2007, sulla base delle valutazioni effettuate a riguardo dell'impatto sull'erogazione delle prestazioni di day hospital diagnostico delle nuove regole di appropriatezza approvate dalla Giunta regionale con la DGR VIII/3111 del 1° agosto 2006, la Direzione Generale Sanità darà delle indicazioni per ridefinire, adeguatamente alle nuove modalità di erogazione, le risorse individuate con i contratti sia per le attività di specialistica ambulatoriale sia per le attività di ricovero e cura.

La data ultima di definizione dei criteri e delle modalità di destinazione di queste risorse dovrà essere, come già detto, il 31 marzo 2007.

Il 97,5% della quota di risorse massima ipotizzabile per le attività di ricovero e cura sarà assegnata secondo la produzione su base "storica" e sempre tenendo conto della valutazione dell'impatto delle nuove tariffe e del trasferimento di attività di ricovero e ambulatoriale.

Le ASL avranno quindi a disposizione, per le attività di ricovero, 2,5 punti percentuali delle risorse 2006 che saranno attribuiti sulla base di specifiche valutazioni di tipo clinico epidemiologico e per risolvere eventuali criticità relative ai tempi di attesa o questioni problematiche poste dai Tavoli di Confronto di cui all'allegato 1 soprattutto finalizzate ad individuare una migliore distribuzione dell'offerta ospedaliera di 3° Livello, tenendo conto della necessità di tendere al riequilibrio del costo dei ricoveri/residente rispetto alla media regionale.

Al di sopra dei valori soglia di attività contrattualmente definiti per attività di ricovero e cura, di specialistica ambulatoriale e di psichiatria, 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. 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.

Le quote di risorse indicate nei contratti saranno disponibili per i soggetti erogatori nella misura in cui gli stessi effettueranno prestazioni di valore corrispondente.

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 e domiciliari (all'interno di specifici progetti), nel caso in cui la struttura non raggiunga la soglia di risorse negoziata, a causa di eventi oggettivabili, e comunque riconducibili a situazioni all'interno della stessa patologia e branca specialistica nonché a seguito di specifici progetti concordati con le ASL.

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, non è compatibile con gli indirizzi programmatori della presente deliberazione.

Entro il 15 gennaio 2007 ciascuna ASL dovrà indicare alla DG Sanità quale sarà lo schema di contratto che intenderà utilizzare per negoziare le prestazioni di specialistica ambulatoriale, di psichiatria e di ricovero e cura.

*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;*
- 4. che ai sensi dell'art. 14, comma 9bis della legge regionale n. 31/1997 gli erogatori aderiscono al Sistema Informativo Socio Sanitario regionale (SISS) secondo le modalità definite dalla Giunta regionale nell'ambito del progetto CRS-SISS.*

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

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

*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, che si ritengono adeguate complessivamente ai costi. Le prestazioni relative ai pazienti provenienti da altre regioni non sono definite nel loro valore in quanto la funzione di tutela dei cittadini spetta alle relative regioni ed ASL di residenza che sono tenutarie della quota capitaria, della regolamentazione dell'accesso ai servizi e della erogazione degli stessi. Ciò non significa altresì che queste prestazioni non debbano essere prestate secondo gli stessi criteri di appropriatezza e di reale necessità che guidano l'erogazione dei servizi per i residenti lombardi e che le attività di controllo svolte dalle ASL sui propri erogatori riguardino anche l'appropriatezza e la correttezza delle prestazioni garantite a cittadini non residenti in Regione Lombardia. Quanto appena detto vale sia per le prestazioni di ricovero che per quelle di specialistica ambulatoriale ed una particolare attenzione sarà posta nel valutare le prestazioni di ricovero a basso peso di cui all'allegato 2C del DPCM LEA e le prestazioni ambulatoriali per cui, sempre sulla base del citato DPCM, sono previste delle limitazioni di accesso. In relazione ai criteri temporali relativi all'ambito di applicazione delle norme contenute nella presente integrazione contrattuale, si precisa che per quanto attiene le attività di ricovero sono conteggiabili esclusivamente quelli con data di dimissione a decorrere dal 01.01.07 e per quanto attiene le prestazioni ambulatoriali sono conteggiabili esclusivamente quelle erogate a far tempo dalla data dell'01.01.07.

*Art. 3*

Valorizzazione per le attività di ricovero e di specialistica

Per il primo trimestre si individua una quota pari ai 2,5/12 di quanto negoziato per l'anno 2006 relativamente alle attività di ricovero e cura e di quelle di specialistica ambulatoriale individuata come segue ..... Ciò in quanto la chiusura entro il 28 febbraio 2007 dell'esercizio 2006 permetterà:

- *per le attività ambulatoriali di calcolare per ogni struttura il finanziamento 2006 totale comprensivo della quota, per la specialistica ambulatoriale, calcolata applicando le regressioni tariffarie e della quota relativa alle prestazioni di ricovero che nel 2006 sono state finanziate a produzione ed il cui valore non era previsto nei contratti valevoli per il 2006. 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 90% costituirà la quota di risorse minima pre-assegnata per il 2007. I restanti 8 punti percentuali di risorse stanziati dalla Giunta Regionale per l'anno 2007 sono attribuiti sulla base di specifici progetti definiti dalle singole ASL e finalizzati principalmente a risolvere squilibri domanda offerta, criticità di durata dei tempi d'attesa e maggiori esigenze di tipo clinico / epidemiologico individuate localmente. 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. La data ultima di definizione dei progetti e delle modalità di distribuzione delle risorse ai diversi erogatori accreditati e a contratto dovrà essere, come già detto, il 31 marzo 2007.*
- *per le attività di ricovero e cura, per ciascuna struttura, alla quota finanziata per l'anno 2006 viene sottratto il valore delle prestazioni che nel corso del 2007, secondo le specifiche stabilite dalla DGR VIII ....., saranno finanziate in aggiunta rispetto alle attività contrattate a cui viene applicato, al massimo, il coefficiente medio che per il 2006 ha permesso 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 ..... %, costituirà, per ogni struttura, la quota di risorse disponibili per l'anno 2007.*

*L'intera annualità sarà definita entro marzo 2007. 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 sulla base del 97,5% del contratto 2006 incrementato del ....., al netto delle prestazioni individuate secondo le specifiche e le modalità previste dalla DGR VIII ... che nel 2007 saranno finanziate in aggiunta alle attività contrattate. Al raggiungimento della predetta quota 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.*

*Entro il 1° giugno del 2007, sulla base delle valutazioni effettuate a riguardo dell'impatto sull'erogazione delle prestazioni di day hospital diagnostico delle nuove regole di appropriatezza approvate dalla Giunta regionale con la DGR VIII/3111 del 1° agosto 2006, la Direzione Generale Sanità darà delle indicazioni per ridefinire adeguatamente alle nuove modalità di erogazione le risorse definite con il presente contratto sia per le attività di specialistica ambulatoriale sia per le attività di ricovero e cura.*

*Per le attività di specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale, comprensive delle attività di Pronto Soccorso non seguite da ricovero, la quota di risorse corrisponde a ..... € pari al finanziato 2006, al netto delle attività di radioterapia e di dialisi calcolati secondo le modalità previste dalla DGR VII/ del , relativa alle regole per l'esercizio 2007, portato al 90% a cui sono da aggiungersi .... Euro che corrispondono al valore dal 90% al 98% di quanto finanziato per il 2006, che è attribuito sulla base di specifici progetti di cui all'art. 4. Tra il 98% ed il 103% sarà applicato alle valorizzazioni prodotte un abbattimento fino al 60%. L'impegno ad erogare prestazioni a carico del servizio sanitario regionale vale fino al 103%. 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.*

#### *Art.4*

*Alla struttura è destinata una quota di risorse di ..... € relative alle attività di specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale e di ..... € relative alle attività di ricovero assegnate sulla base di specifici progetti (allegati al presente contratto) sviluppati con la finalità di risolvere criticità sui tempi di attesa o sulla base di precise valutazioni di tipo clinico epidemiologico e di particolari specificità territoriali anche in termini di squilibrio 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 2007 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 2007, 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*

## Allegato 10

### Piano dei controlli, Banca Dati Assistito, qualità ed appropriatezza

Anche nelle Regole 2007 le attività di controllo rimangono una priorità fondamentale da perseguire per il mantenimento dell'equilibrio di sistema.

Tra l'altro l'efficacia dei controlli garantisce trasparenza e imparzialità alla azione della ASL ed assicura sicurezza e tutela al cittadino consumatore di servizi sanitari.

Il Piano dei controlli previsto dalla DGR VII/15324 del 2003 è lo strumento principale di cui le ASL dispongono per evidenziare ed integrare tra loro le varie linee di intervento previste ad inizio anno per tutte le aree oggetto di controllo.

Nell'attuale contesto la funzione di controllo, nella sua accezione più ampia, è probabilmente la parte preponderante del compito istituzionale della ASL.

Atteso che la Legge Regionale 31/1997 attribuisce alle ASL, ai sensi dell'art. 2, i compiti di controllo e vigilanza, si precisa come le indicazioni formulate dalla Giunta Regionale e dalla Direzione Generale Sanità, riguardo alla corretta codifica e modalità di erogazione delle prestazioni, siano da intendersi quali suggerimenti operativi, in ordine a situazioni di particolare complessità, emersi dalla collaborazione e dal confronto tra Direzione Generale Sanità ed Operatori NOC delle medesime ASL. Pertanto la diffusione di tali indicazioni risulta finalizzata a fornire un ausilio ulteriore alle ASL, rispetto agli strumenti ed alle regole, anche di esperienza, già note ed applicate, nello svolgimento della loro opera di controllo.

E' evidente come tale scelta non possa in nessun caso essere intesa quale sovrapposizione o sostituzione della Direzione Generale Sanità alla responsabilità e all'autonomia di ciascuna ASL che, come previsto dalle fonti vigenti, è il soggetto titolare dell'attività di controllo, nel cui espletamento i funzionari delle stesse ASL, rivestono la qualifica di Pubblici Ufficiali.

In tale ottica il piano dei controlli può essere considerato parte integrante del piano di programmazione annuale della ASL.

E' utile sottolineare che, *in primis*, il piano dei controlli deve rappresentare un vero e proprio strumento operativo in grado di evidenziare le criticità del sistema locale ed approntare le contromisure per limitarle.

Per sostenere tale azione è oggi pienamente disponibile anche la BDA.

Quasi 9 milioni di cittadini lombardi sugli oltre 9.400.000 sono stati "mappati" attraverso i consumi sanitari dell'anno 2005.

Tale mappatura è stata resa possibile con la messa a punto di uno strumento unico in Italia la c.d. Banca Dati Assistito (BDA). L'integrazione delle banche dati di interesse sanitario attraverso una

chiave univoca di interazione (codice fiscale, ad esempio) consente di monitorare tutti i contatti dei malati con i servizi sanitari e di disegnare il caso clinico.

L'inclusione degli assistiti in categorie in base a criteri di individuazione della patologia consente di effettuare la mappatura epidemiologica delle principali patologie.

La mappatura della popolazione assistita dà la possibilità di valutare la distribuzione della patologia sul territorio e fare confronti spazio-temporali al fine di evidenziare scostamenti significativi meritevoli di approfondimenti sulle possibili cause e favorire l'introduzione di eventuali rimedi.

E' un modo nuovo di "leggere" la realtà che pone realmente il paziente al centro del sistema.

Nel corso del 2007, con il coordinamento della Direzione Generale Sanità, la ASL deve utilizzare tale strumento per sviluppare: politiche e azioni di programmazione e valutazione, percorsi diagnostico terapeutico assistenziali per le principali patologie croniche, valutazione delle attività dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta.

Uno strumento idoneo, ai fini del presente allegato, passa attraverso la definizione dei carichi assistenziali e le conseguenti valorizzazioni delle risorse specifiche in ambito distrettuale di team e di singolo MMG.

#### Attività dei Nuclei Operativi di Controllo

Deve essere rivolta, come sempre, alla verifica della congruenza e della appropriatezza delle prestazioni erogate, sia in regime di ricovero che ambulatoriale. Tale verifica potrà essere di tipo mirato o di tipo casuale. Fatto salvo il numero di ricoveri oggetto di controllo quantificabile almeno nel 5% della casistica posta a carico del SSR dai soggetti erogatori, ogni ASL avrà la possibilità di intervenire dove maggiori sono le criticità.

Nel corso del 2007 continuerà la sperimentazione di una diversa modalità organizzativa nella attività di controllo. In particolare gli operatori NOC effettueranno dei controlli in ASL vicini con gli stessi obiettivi di maggiore equilibrio negli interventi e di ulteriore arricchimento professionale degli operatori NOC, già evidenziati nel corso del 2006. Le modalità per l'esecuzione dei controlli fuori sede sono regolate dal decreto della Direzione Generale Sanità n. 1656 del 15.02.2006. Tali indirizzi potranno essere modificati in funzione delle decisioni del Consiglio Regionale connesse all'esame del Progetto di Legge sulla semplificazione di procedure sanitarie.

Al fine di monitorare le attività di controllo, anche in forma incrociata e sistemica fra operatori di ASL diverse (come da progetto di legge in corso di discussione in Consiglio Regionale), con

cadenza almeno trimestrale, le ASL dovranno provvedere a trasmettere agli Assessorati regionali competenti, relazioni di sintesi sull'attività svolta dalle unità di offerta sanitarie e socio sanitarie.

#### Attività di audit clinico

Il coinvolgimento della comunità professionale iniziato con la condivisione delle regole di sistema deve ricevere un ulteriore e decisivo impulso proprio in relazione alle attività di verifica e controllo.

Per fare questo è necessario avviare un progetto per sperimentare le migliori modalità operative che consentano la valutazione delle principali attività. La suddetta attività di verifica deve avere una forte connotazione tecnica e professionale ed essere rivolta a specifici problemi clinici e assistenziali e focalizzata su criticità già evidenziate in sede di proposizione delle nuove regole di sistema.

In questa fase di sperimentazione si ritiene utile la verifica, tra pari struttura, dei ricoveri che usufruiscono della regola dell'extra-budget (cardiologia, oncologia, etc.) al fine di verificare e ridurre la variabilità dei comportamenti professionali e consentire eventuali aggiustamenti di "rotta". Giova integrare queste attività con la creazione dei registri di patologia già citati negli allegati precedenti.

#### Cartella clinica

L'importanza della corretta compilazione della cartella clinica è stata ribadita da tempo eppure numerosi processi civili e penali nonché procedimenti deontologici denotano la difficoltà dei medici ad utilizzare in modo adatto gli strumenti che raccolgono e trasmettono informazioni. In questo caso poi, non si tratta di tutelare un importante diritto dei pazienti.

Il miglioramento della qualità della compilazione della cartella clinica rappresenta un importante obiettivo da perseguire nel corso del 2007. A tal fine proseguiranno le attività del Gruppo di Lavoro composto oltre che dalla componente clinica anche da esperti del settore penale e civile e dai rappresentanti dei pazienti, con il compito di rivedere le linee guida e verificare la corretta applicazione delle stesse. Il gruppo di lavoro dovrà completare la propria attività entro il 30 giugno 2007 in modo da formalizzare le linee di indirizzo.

#### Risk Management / Patient Safety

Le azioni da intraprendere per l'anno 2007 sul tema della corretta gestione del rischio clinico e dalla sicurezza del paziente vedranno la prosecuzione di quanto già avviato nel corso del 2006, secondo i tre assi fondamentali:

- Continuo monitoraggio dei rischi RCT/O e relativa mappatura del contenzioso;

- Organizzazione aziendale: gestione continuativa del Gruppo di Coordinamento per la gestione del rischio e Comitato Valutazione Sinistri (CVS);
- Implementazione dei progetti operativi per l'anno di riferimento sulla base della strategia aziendale definita sul piano annuale, in armonia con i progetti di sistema.

Al fine di perseguire il miglioramento della gestione del rischio in sanità, sempre maggior rilievo rivestiranno i momenti formativi e di incontro e di scambio (Network) che coinvolgeranno i Risk Managers ed i responsabili del CVS delle Aziende Sanitarie.

Verrà dato maggiore impulso al dialogo aperto con il mercato assicurativo prevedendo periodiche Tavole Rotonde e l'istituzione di tavoli tecnici finalizzati alla condivisione di Linee Guida sui principi essenziali di bandi e capitolati di gara.

La piena valorizzazione delle azioni intraprese sarà ricercata attraverso l'armonizzazione a livello nazionale delle politiche regionali, l'integrazione degli altri progetti di promozione e di valutazione della qualità in atto secondo gli standard Joint Commission, il progetto in collaborazione con il CRISP, il costante coinvolgimento delle comunità professionali e dei cittadini nella consapevolezza che la valutazione, la prevenzione e la corretta gestione del rischio clinico e della sicurezza del paziente sono aspetti decisivi del sistema qualità delle strutture sanitarie.

## **Allegato 11**

### **Progetto CRS-SISS**

Il progetto avviato con DGR 46380/1999 ha visto l'estensione con la DGR 8379/2002 ed in questi anni ha completato la distribuzione delle CRS-SISS a tutti i cittadini lombardi, sono stati attivati i servizi iniziali SISS a Lecco, Cremona, Pavia, Milano1, Lodi, Mantova, Bergamo, Brescia, Varese, Como, Milano 3 Sondrio Valcamonica e Milano città ed i medici aderenti al progetto hanno ormai superato il 60% ed è in costante aumento la loro attività di prescrizione ambulatoriale e farmaceutica con il SISS.

La carta CRS-SISS è anche Tessera Europea di Assicurazione Malattia e Carta Nazionale dei Servizi e con decreto del Ministero dell'Economia è stata riconosciuta anche come sostitutiva della Tessera Sanitaria nazionale.

Il sistema sta diventando attivo in tutta la Lombardia consentendo il collegamento telematico flessibile e sicuro tra tutti gli operatori del mondo sanitario e sociale anche con vantaggi nella loro attività professionale.

L'obiettivo per il 2007, in linea con quello del 2006, è quello di migliorare ulteriormente la qualità e l'efficienza nell'erogazione dell'assistenza socio-sanitaria, di incrementare i servizi resi ai cittadini e per gli operatori della socio sanità e di ottimizzare l'uso delle risorse disponibili.

Verrà quindi attuato un piano di realizzazioni di nuovi servizi che hanno quali elementi essenziali: il fascicolo sanitario elettronico (referti on line) del cittadino ed i servizi fruibili direttamente dai cittadini via Web o altri mezzi (call center, digitale terrestre...);

Questo porta ad un miglioramento della qualità del processo di prescrizione, diagnosi e cura; la riduzione dei tempi di latenza nel percorso delle informazioni; un maggior governo della spesa; la semplificazione dei processi per gli operatori della socio-sanità.

Nell'ambito di tale ottica di sviluppo, per potenziare l'effettiva integrazione del SISS con le procedure aziendali, l'utilizzo del SISS soprattutto presso le Aziende Ospedaliere, deve essere individuato con indicatori precisi e misurabili/oggettivi così come per quel che riguarda i MMG/PLS nel nuovo accordo regionale viene prevista una quota di incentivo legata sempre di più ad uso effettivo ed integrato del SISS.

Il progetto arriva quindi ad una fase di maturità nel 2007 tale da prospettare l'obbligatorietà del suo uso per tutti gli operatori sanitari, avviando contemporaneamente l'integrazione delle aziende accreditate.

Il livello dei costi SISS deve essere evidenziato dalle Aziende in sede di Bilancio preventivo e deve tener conto dei livelli di sviluppo e di risultato attesi, fermo restando che la gestione complessiva del progetto resta in capo a R.L.

### **Semplificazione accesso ai servizi sanitari**

Nel 2007 si consolida e si sviluppa ulteriormente il progetto call center regionale che ha l'obiettivo di semplificare e agevolare l'accesso ai servizi sanitari da parte degli utenti.

Nelle province di Varese e Como vi sarà l'estensione a tutte le prestazioni del nomenclatore prenotabili tramite call center.

Ulteriori obiettivi per il 2007 sono:

- migrazione ed estensione del servizio con utilizzo della modalità prenotazione integrata SISS per gli enti erogatori pubblici ed i grandi enti erogatori privati delle ASL di Cremona, Pavia e Milano 1;
- migrazione dall'attuale modalità di erogazione del servizio Sanità Milano al servizio con utilizzo della modalità prenotazione integrata SISS per gli 8 erogatori pubblici di Milano Città;
- attivazione del servizio nell'ASL di Lecco;
- sperimentazione delle modalità di pagamento del ticket attraverso il circuito bancario e postale.

### **Reti di patologia**

Nel 2007 verranno ulteriormente implementate le reti di patologia attive quali la ROL (Rete Oncologica Lombarda) ed Epinetwork (epilessia) in coerenza con quanto programmato nel documento/accordo sul governo clinico di cui all'allegato 1.

Il Registro regionale di dialisi e trapianto sarà parte del nucleo operativo della rete nefrologica lombarda.

Il trattamento e la gestione della patologia diabetica, al pari altre patologie croniche troverà modalità operative di gestione integrata sia attraverso lo sviluppo di protocolli comuni fra medicina generale e strutture ospedaliere, con il ruolo forte dell'ASL in termini di facilitazione, sia attraverso la messa in rete dei centri.

In ambito cardiocerebrovascolare i centri e le strutture sanitarie, con il supporto delle ASL di riferimento, svilupperanno sinergie con i progetti già avviati relativi alle reti regionali per lo scorporo, per la prevenzione trattamento e riabilitazione dell'ictus.

Il SISS supporta con la propria infrastruttura e i servizi già attivati lo sviluppo di queste reti.

## Allegato 12

### Area organizzazione e personale

Fermo restando l'obbligo da parte delle Aziende Sanitarie di ottemperare alle normative nazionali e regionali vigenti in materia di organizzazione e personale il sistema regionale ha necessità di implementare in modo determinato i criteri di efficienza ed efficacia dell'uso dei quartieri operatori, della diagnostica con l'obiettivo di ampliare le ore di utilizzo e gli orari di apertura degli ambulatori.

In tale contesto appare strategicamente importante sviluppare il sistema dipartimentale in modo da permettere anche l'organizzazione dei servizi, sempre più integrata rispetto ai servizi diversificati per livelli di intensità assistenziale, anche privilegiando la mobilità interna nel rispetto delle disposizioni contrattuali e, ovviamente, compatibilmente al quadro strutturale disponibile.

E' pertanto prioritario:

1. l'aggiornamento di indicatori numerici ed economici che consentano un confronto tra le varie realtà aziendali e comprendano i seguenti parametri:
  - Rapporto tra i costi del personale ed i costi totali e tra costi del personale e ricavi;
  - Rapporto tra contratti atipici e personale strutturato;
  - Rapporti tra le diverse macro-classi contrattuali del comparto e della dirigenza;
  - Numero prestazioni pro-capite;
  - Rapporto dipendenti (personale equivalente) popolazione assistita nelle ASL;
  - Rapporto tra numero e costo del personale veterinario e allevamenti/capi macellati nelle ASL interessate;
  - Turn-over personale comparto/Dirigenza;
  - Rapporto personale part-time/personale tempo pieno;
  - Rapporto personale a tempo determinato/personale a tempo indeterminato;
  - Ore di utilizzo per seduta delle sale operatorie/personale dedicato;
  - Ore di servizio per attività di diagnostica/dipendente;
  - Grado di attivazione della dipartimentalizzazione aziendale;
  - Organizzazione integrata per livelli di intensità assistenziale, ove possibile e compatibilmente con il quadro strutturale immobiliare disponibile, con attenzione all'esperimento di procedure di mobilità interna secondo la disciplina del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro;

- Coordinamento con il comitato di Settore Nazionale per strumenti di monitoraggio degli accordi decentrati previsti dai CCNL e dalle Convenzioni della medicina territoriale.

Tali indicatori saranno utili anche al fine dell'approvazione dei piani di assunzione 2007 e dell'individuazione delle aree professionali che risultano maggiormente carenti nel sistema sanitario regionale.

L'incrocio dei dati del personale con quelli di attività e di produzione potrà altresì fornire elementi di valutazione dell'efficienza, efficacia ed economicità delle aziende.

2. Presentazione dei Piani di assunzione 2007, nel rispetto dei vincoli posti dai provvedimenti nazionali e regionali e di bilancio aziendale e loro approvazione entro il primo semestre dell'anno; a tale proposito, prima di procedere a nuove assunzioni, è necessaria da parte delle aziende la completa attuazione dei Piani di assunzioni riferiti al 2006.

Per quanto concerne le assunzioni a tempo indeterminato (anche a tempo parziale) dovrà essere considerata prioritaria nella programmazione, in particolare con riferimento al personale non dirigenziale, la copertura delle posizioni di lavoro, ritenute non fungibili e coperte con personale a tempo determinato o con altri contratti atipici, tenuto conto delle disposizioni della Finanziaria nazionale 2006.

Sarà quindi necessario per una corretta programmazione delle risorse umane un puntuale monitoraggio ed una attenta verifica tramite i flussi informativi già attivati dei contingenti, delle ore lavorate e della relativa spesa del personale in servizio al 31.12.2006 con rapporti di lavoro a tempo determinato, con contratti di collaborazione coordinata e continuativa, o con altre forme di lavoro flessibile o convenzioni.

3. Eventuale aggiornamento dei fabbisogni triennali 2006/2007/2008 nel caso delle fattispecie previste dalla legge regionale n.14 del 14 luglio 2006.

Dovranno inoltre essere considerati prioritari:

- Le compatibilità di sistema, secondo le disposizioni finanziarie nazionali e regionali;
- La necessità di operare incrementi dei contingenti di personale ad eccezione dei casi di avvio di nuovi servizi ed attività;

4. Copertura, ai sensi dell'art. 9 della legge n. 3 del 16.1.2003, da parte delle Aziende Sanitarie dei posti disponibili ad esclusione di quelli di direzione di struttura complessa, nei limiti del

proprio fabbisogno di personale, utilizzando gli idonei delle graduatorie di concorsi pubblici approvate da altre Aziende Sanitarie pubbliche del servizio sanitario regionale.

Tale modalità di reclutamento del personale rientra nell'ambito delle scelte organizzative aziendali e risponde ad esigenze di efficienza ed economicità del sistema.

## Allegato 13

### Linee guida regionali per l'adozione del codice etico e dei modelli di organizzazione e controllo delle Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliere

#### Premessa

Con la DGR n. VII/17864 dell'11 giugno 2004, avente per oggetto: “*Introduzione in via sperimentale nelle Aziende Sanitarie pubbliche di un Codice etico–comportamentale*”, Decreto del Direttore Generale Sanità n. 22361 del 9 dicembre 2004 e DGR n. VIII/1375 del 14 dicembre 2005: “*Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario regionale per l'esercizio 2006*”, la Regione ha mutuato i principi contenuti nel Decreto Legislativo 8 giugno 2001, n. 231 ai fini dell'introduzione del Codice Etico e dell'implementazione del Modello Organizzativo nelle Aziende Sanitarie Locali ed Ospedaliere.

Il D. Lgs. 231/2001, recante la “*Disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica*” ha introdotto la responsabilità in sede penale degli enti per alcuni reati commessi nell'interesse o a vantaggio degli stessi, da persone che rivestono funzioni di rappresentanza, di amministrazione o di direzione dell'ente o di una sua unità organizzativa dotata di autonomia finanziaria e funzionale, nonché da persone che esercitano, anche di fatto, la gestione e il controllo dello stesso e, infine, da persone sottoposte alla direzione o alla vigilanza di uno dei soggetti sopra indicati. Tale responsabilità si aggiunge a quella della persona fisica che ha realizzato materialmente il fatto. La norma mira a coinvolgere, nella punizione di taluni illeciti penali, il patrimonio degli enti nel cui interesse è stato commesso il reato o che abbiano tratto un vantaggio dalla commissione dell'illecito.

Quanto ai reati cui si applica la disciplina in esame, si tratta attualmente delle seguenti sei tipologie: (a) reati commessi nei rapporti con la P.A., (b) reati in tema di falsità in monete, carte di pubblico credito e valori di bollo, (c) alcune fattispecie di reati in materia societaria, (d) reati con finalità di terrorismo o di eversione dell'ordine democratico, (e) reati contro la personalità individuale e (f) i c.d. “reati transnazionali”.

La responsabilità dell'ente/società è prevista sia per i reati commessi dai *soggetti in posizione apicale*, sia per i *soggetti in posizione subordinata*.

Ne viene esclusa la responsabilità, qualora l'ente dimostrasse:

- di avere adottato ed efficacemente attuato, *prima* della commissione del fatto, modelli di organizzazione e gestione idonei a prevenire reati della specie di quello verificatosi. In particolare, questi modelli devono:
  - individuare le attività dell'Ente nel cui ambito possono essere commessi i reati;
  - prevedere specifici protocolli diretti a programmare la formazione e l'attuazione delle decisioni dell'ente in relazione ai reati da prevenire;
  - prevedere le modalità di individuazione e gestione delle risorse finanziarie destinate all'attività nel cui ambito possono essere commessi reati;
- di vigilare sul funzionamento e sull'osservanza dei modelli di organizzazione e gestione, attraverso un organismo dell'ente dotato di autonomi poteri di iniziativa e controllo (**CdV**).

**L'applicazione sperimentale del Modello 231 alle aziende sanitarie.** In questo contesto la Regione Lombardia ha mutuato i criteri contenuti nel succitato decreto legislativo prevedendone l'applicazione in via sperimentale in una prima fase ad una Azienda Sanitaria Locale (ASL di Lecco) ed a due Aziende Ospedaliere (AO di Circolo di Busto Arsizio ed AO della Provincia di Lodi) ed in una seconda fase ad altre due Aziende Ospedaliere (AO di Desenzano del Garda, AO di Cremona) ed a una Azienda Sanitaria Locale (ASL di Mantova).

Pur *non considerando applicabile* il D. Lgs. 231/01 alle Aziende Sanitarie Pubbliche, si è ritenuto opportuno mutuarne il contenuto per introdurre, in tale contesto, la sperimentazione del suddetto regime a livello cautelativo non unicamente per la prevenzione degli eventuali illeciti, ma quale ulteriore garanzia della migliore organizzazione e trasparenza dell'operato delle Aziende.

**L'aspetto sanzionatorio.** L'aspetto sanzionatorio non è stato volutamente contemplato dalla DGR VII/17864/04, a differenza di quanto previsto nel D. Lgs. 231/01. L'obiettivo non è quello di introdurre ulteriori strutture sanzionatorie, ma di definire principi etici di comportamento, la cui comunicazione e condivisione diventa il vero scopo dell'introduzione del Codice etico-comportamentale nelle aziende sanitarie.

In questo contesto, obiettivo primario del progetto non è solo l'applicazione formale di un Modello Organizzativo, ma la dichiarazione e condivisione dei valori etici che regolano le attività delle Aziende.

**Le Linee Guida.** Al termine dei due anni di sperimentazione ed utilizzando il contributo operativo delle sei aziende sanitarie coinvolte, sono state definite le Linee Guida regionali per l'adozione del

codice etico e dei modelli di organizzazione e controllo delle aziende sanitarie locali e aziende ospedaliere.

## **LINEE GUIDA**

**Le fasi operative.** L'implementazione del Codice etico-comportamentale deve risultare come output finale di un processo organizzato. L'intero processo si riassume in otto fasi operative da affrontare in sequenza:

1. La costituzione del Gruppo di lavoro;
2. L'analisi dei rischi;
3. La definizione del Modello Organizzativo;
4. La stesura del Codice Etico;
5. La condivisione dei valori;
6. Il Comitato di Valutazione;
7. Il controllo della diffusione del Codice etico-comportamentale;
8. Raccolta e struttura delle informazioni.

L'esclusione, anche solo di una fase, comporta la stesura di documenti aziendali privi di sostanziale efficacia, nei quali l'Azienda non avrebbe modo di riconoscersi, perdendo così tutti i vantaggi derivanti dall'implementazione del modello.

### **1. La costituzione del Gruppo di lavoro.**

La prima fase consiste nell'individuazione, da parte della Direzione Generale, di un Gruppo di lavoro, interno all'Azienda, che avrà il compito di sviluppare le successive fasi operative.

Il Gruppo di lavoro risponderà direttamente alla Direzione Generale.

Sviluppare il Codice etico-comportamentale tramite un Gruppo di lavoro interno, emanazione della volontà dei vertici aziendali, permette all'Azienda di esprimere al meglio i propri valori e principi etici avendo come riferimento la propria realtà operativa. Rappresenta, inoltre, un importante primo passo verso la condivisione da parte di tutti i lavoratori dei valori etici che regolano le attività dell'Azienda.

### **2. L'analisi dei rischi.**

Questa fase si suddivide in due momenti:

- L'identificazione dei rischi;
- L'analisi dei rischi.

*2.1. L'identificazione dei rischi.* Consiste nell'individuazione dei fattori di rischio che potrebbero portare ad un'eventuale non conformità con quanto espresso nel Codice Etico.

L'output di questa sottofase sarà l'elenco dei diversi rischi etici ai quali l'Azienda si espone e dei fattori di rischio che potrebbero concretizzarsi in non conformità.

*2.2. L'analisi dei rischi.* Individuate le diverse tipologie di rischi, occorre assegnare a ciascun rischio un grado d'importanza.

L'output di questa sottofase sarà una mappatura dei rischi etici che incrociata con la mappatura delle funzioni aziendali darà la "fotografia" della situazione aziendale relativa ai rischi analizzati.

Queste due analisi finali costituiscono l'output della fase.

### **3. La definizione del Modello Organizzativo.**

La corretta analisi dei rischi consente la stesura del Modello Organizzativo, che conterrà le procedure da seguire nello svolgimento delle attività per contenere i rischi di non conformità analizzati nella fase precedente.

Il Modello Organizzativo viene deliberato dalla Direzione Generale con delibera separata da quella di approvazione del Codice Etico e del Comitato di Valutazione, affinché possa essere periodicamente e costantemente revisionato ed aggiornato al mutare/evolversi dell'assetto organizzativo/funzionale dell'Azienda.

### **4. La stesura del Codice Etico.**

Il primo compito del Gruppo di lavoro sarà quello di redigere il Codice Etico, contenente i valori ed i principi etici che dovranno essere rispettati da ogni Destinatario. Esso riflette i principi ispiratori del D. Lgs. 231/01 con riferimento ai comportamenti che i soggetti in posizione apicale e/o i loro sottoposti tengono nello svolgimento delle specifiche funzioni in Azienda.

Il Codice Etico è la parte generale del Codice etico-comportamentale, completato dal Modello Organizzativo e dall'attività del Comitato di Valutazione.

Il Codice Etico è deliberato dal Direttore Generale perché assuma validità e possa quindi entrare ufficialmente in vigore.

### **5. La condivisione dei valori.**

In questa fase vengono portati a conoscenza di tutti i Destinatari e di tutti gli interlocutori aziendali i principi enunciati nel Codice Etico. La condivisione di questi principi costituisce il valore aggiunto a ciascuna realtà aziendale.

L'obiettivo di questa fase è trasferire gli enunciati del Codice Etico per non lasciare i valori solo sui documenti aziendali, ma cercare la condivisione attiva dei valori espressi e condurre l'agire quotidiano dei Destinatari a riflettersi nei principi dell'azienda.

## **6. Il Comitato di Valutazione.**

Tale organismo (da ora CdV) ha il compito di vigilare sul funzionamento, osservanza ed aggiornamento del Modello adottato. È un organo distinto dal Collegio Sindacale, con funzioni e compiti propri, che non si sovrappongono né configgono con quelli di competenza del medesimo Collegio dei Revisori.

Due sono i tratti caratteristici essenziali:

- esistenza/costituzione;
- autonomia dei poteri.

La costituzione del CdV ed il corretto ed efficace svolgimento della sua attività sono presupposti indispensabili per l'applicazione del Codice etico-comportamentale.

Questo significa che se il CdV non viene nominato e/o non lavora di fatto, il Codice etico-comportamentale perde automaticamente di efficacia.

L'autonomia dei poteri e l'alto livello della competenza tecnico/professionale in ambito sanitario ed aziendalistico, rilevabili dal curriculum professionale, garantiscono il controllo dell'effettiva applicazione delle regole comportamentali stabilite anche sui soggetti in posizione apicale.

I tre componenti sono così individuati:

- n. 1 dalla Direzione Generale dell'azienda sanitaria individuato tra professionisti esperti con competenze legali in ambito sanitario;
- n. 1 tra professionisti esperti in materie sanitarie;
- n. 1 tra professionisti esperti in materie aziendali.

La competenza tecnico/professionale deve essere adeguatamente rilevata dal curriculum professionale.

Uno dei tre componenti dovrà assumere le funzioni di Presidente.

Il CdV si avvale di un funzionario dipendente dell'azienda sanitaria, che abbia conoscenza trasversale dell'azienda stessa, con funzioni di segretario.

Il Comitato di Valutazione viene nominato con delibera del Direttore Generale sentite le Direzioni Generali regionali competenti.

Ai componenti esterni del CdV è riconosciuto, oltre al rimborso spese, un gettone di presenza per ciascuna seduta del Comitato pari a € 300,00 fino ad un massimo pari al 40 % dell'indennità annua lorda spettante ai componenti del collegio dei revisori. Al Presidente del Comitato compete una maggiorazione del 10 % del gettone fissato per i restanti componenti.

**7. Il controllo della diffusione del Codice etico-comportamentale.** Il sistema etico deve essere diffuso in maniera capillare in tutta l'**AZIENDA**, e la Direzione Strategica (composta da Direttore Generale, Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo) supporta il Comitato di Valutazione nel verificare l'effettiva diffusione.

**8. Raccolta e struttura delle informazioni.** L'Azienda, nello svolgimento di tutte le fasi operative e anche in seguito all'implementazione del Codice etico-comportamentale, raccoglie, elabora ed archivia informazioni. È necessario che tutto ciò avvenga nel rispetto dei principi di trasparenza, verificabilità, coerenza e congruità delle informazioni.

E' istituito il **Comitato di Coordinamento Regionale**, composto dai Direttori Generali Sanità e Famiglia e Solidarietà Sociale, da 1 Dirigente della DG Sanità, da 1 Dirigente della DG Famiglia e Solidarietà Sociale, da 1 Dirigente della DC Affari Istituzionali e Legislativo, da 1 Dirigente della DC Programmazione Integrata, da 1 rappresentate di IRER e da 1 rappresentante di IREF.

Il Comitato di Coordinamento Regionale costituisce canale di comunicazione tra i CdV e le Direzioni Generali regionali Sanità e Famiglia e Solidarietà Sociale.

Definisce i principi di comportamento dei CdV, richiede alle Direzioni Strategiche delle Aziende le informazioni ritenute utili al monitoraggio dell'analisi dei rischi e attraverso un pannello di controllo con indicatori significativi esprime parere sull'efficacia dell'implementazione del Codice etico-comportamentale .

Segnala alla Giunta Regionale modifiche del grado di rischio all'interno delle aziende e la sintesi delle violazioni rilevate dai singoli CdV.

## **Allegato 14**

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

#### **PREMESSA**

#### **APPLICAZIONE NUOVI ACCORDI DI SISTEMA**

Si riportano di seguito gli accordi di sistema MMG e PLS, che dovranno trovare attuazione a livello aziendale.

Nell'ambito della Q.C. assegnata alle singole ASL è riservata, quale fondo per l'attivazione di percorsi di integrazione Ospedale/Territorio, una quota della Q.C. complessiva.

L'utilizzo di detta Quota è a supporto della concreta attivazione di percorsi a favore di cittadini e prevede piani di attuazione preventivamente validati dalla Regione.

#### **ACCORDO DI SISTEMA**

#### **CON LE OO.SS. DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE**

**in attuazione dell'ACN reso esecutivo in data 23 marzo 2005, mediante intesa nella  
Conferenza Stato - Regioni, per la disciplina dei rapporti con  
i Medici di Medicina Generale**

L'accordo di sistema è stato stipulato fra l'Assessorato alla Sanità della Regione Lombardia ed i Medici di Medicina Generale per l'attuazione del diritto alla tutela della salute dei cittadini, considerando tutte le articolazioni dell'area delle cure primarie ai sensi e per gli effetti dell'ACN 23.3.2005.

L'attività della Medicina Generale deve essere espletata in linea con gli indirizzi regionali e in coerenza alle indicazioni del Piano Sanitario Nazionale e del Piano Socio Sanitario Regionale al

fine di contribuire sempre più al miglioramento complessivo del Servizio Sanitario Regionale, assicurando l' erogazione dei livelli essenziali di assistenza.

### **Durata dell'accordo regionale**

L' Accordo Regionale ha durata fino all'entrata in vigore del nuovo Accordo Regionale per l'attuazione del prossimo A.C.N. Si prevede un monitoraggio annuale dello stesso.

Considerato altresì che le disposizioni del presente documento si inseriscono in un contesto regionale caratterizzato da una continua evoluzione, è necessario prevedere le modalità per adeguare l'Accordo Regionale ad eventuali cambiamenti del SSR. Si assegna tale compito al Comitato regionale per la Medicina Generale, nell'ambito delle proprie competenze come disciplinate ex. art. 24 dell'A.C.N.

L'accordo regionale:

- fornisce indirizzi e indicazioni operative rispetto ai progetti e relative azioni di miglioramento da sviluppare nella Regione Lombardia
- assolve a quanto previsto dall'articolo 4 e dall'articolo 14, comma 2 dell'A.C.N. fornendo modalità operative sulla base dei contenuti degli articoli dell'A.C.N.

### **Sviluppo della medicina generale**

Fra tutte le azioni di miglioramento funzionali allo sviluppo del sistema delle cure primarie, l'accordo di sistema richiama in via prioritaria:

#### **1. Una migliore e più efficace presa in carico del paziente**

L'obiettivo della Regione Lombardia è quello di garantire ai cittadini i più elevati standard assistenziali richiedendo ad ogni professionista territoriale di operare attraverso definiti e specifici criteri qualitativi.

Il Medico di Medicina Generale ha un ruolo specifico ed essenziale nella rete dei Servizi Sanitari e nella conseguente capacità di prendere in carico il paziente e di affrontare e risolvere le problematiche poste dalla necessità di integrare la medicina territoriale con la rete d'offerta

ospedaliera. L'attività dei Medici di Medicina Generale, che necessita di puntuali definizioni e attribuzioni in merito alle specifiche competenze, si esplica all'interno delle compatibilità economiche di sistema, correlandosi quindi con le risorse complessive a disposizione.

Queste risorse devono essere utilizzate e finalizzate ad azioni che favoriscano la presa in carico del paziente, attraverso l'applicazione di percorsi diagnostico – terapeutici (PDTA) condivisi con l'Azienda Sanitaria Locale di riferimento, l'impiego della Banca Dati Assistito (BDA) e con finalità di governo clinico e di disease management delle patologie croniche.

Al fine di migliorare la gestione unitaria del paziente è pertanto fondamentale ricercare la maggiore integrazione fra medici che operano sul territorio, medici ospedalieri e specialisti ambulatoriali.

In relazione agli obiettivi strategici individuati dall'accordo di sistema, le indicazioni di cui al presente accordo sono funzionali allo sviluppo programmatico e organizzativo della medicina generale nel contesto del sistema di offerta locale e individuano come riferimento i seguenti obiettivi:

- garantire ai medici di medicina generale la partecipazione attiva ai processi di programmazione della rete di offerta territoriale nel governo/gestione dei principali percorsi di prevenzione, diagnosi e cura dei cittadini, avendo come riferimento le indicazioni strategiche regionali ivi compresi i piani di sviluppo (a titolo di esempio cardio cerebrovascolare, comportamenti e stili di vita, oncologico, telemedicina...); garantire altresì la partecipazione dei delegati delle OO.SS. dei medici di medicina generale alla individuazione degli indicatori per l'analisi ed il monitoraggio dei PDTA;
- valorizzazione del ruolo del medico di medicina generale sul versante degli aspetti professionali e organizzativi, attivando strumenti adeguati e soluzioni organizzative atte a facilitare lo sviluppo del governo clinico sui principali percorsi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, con particolare riferimento alle patologie croniche;
- favorire il monitoraggio e la valutazione delle risorse impegnate per gli assistiti al fine di contribuire a individuare e attivare azioni di incremento dell'appropriatezza clinica delle prestazioni rese dalla rete di offerta ed un conseguente appropriato utilizzo delle risorse del sistema.

L'erogazione delle quote dedicate al governo clinico di cui all'art. 59 A.C.N. punto B comma 15 sono vincolate alla disponibilità dei Medici di Medicina Generale ad aderire al programma annuale in sintonia con le indicazioni concordate a livello regionale: le quote non corrisposte rimangono a disposizione delle ASL per l'attività prevista in ambito di assistenza primaria in coerenza con la programmazione regionale.

## **2. Utilizzo della carta CRS/SISS.**

L'utilizzo della carta CRS/SISS è una scelta fondamentale ed irreversibile per la gestione del sistema sanitario lombardo. La Regione si impegna a garantire un uniforme sviluppo del SISS ed a verificarne, periodicamente, la funzionalità anche per superare le criticità che eventualmente dovessero emergere.

L'accesso ad una quota rilevante delle risorse incentivanti disponibili (incluse quelle regionali) comprendenti quelle finalizzate all'implementazione delle azioni di governo clinico, non può prescindere dalla adesione al SISS e dall'utilizzo della tessera sanitaria regionale. Tale adesione infatti consente una più agevole integrazione e comunicazione fra gli attori del Sistema Sanitario.

Transitoriamente una quota (minoritaria) delle risorse incentivanti disponibili sarà utilizzata anche per garantire il raggiungimento di obiettivi di governo clinico ai professionisti territoriali che, per difficoltà varie, non aderiranno al SISS. Tale situazione transitoria avrà termine con il 31 agosto 2007, data oltre la quale l'adesione al SISS è ritenuta inderogabilmente requisito indispensabile a garanzia del raggiungimento dei più elevati standards assistenziali citati al punto 1 del presente accordo.

Il riconoscimento economico legato all'utilizzo SISS sarà commisurato al raggiungimento dei risultati concordati ed attesi.

## **3. Modelli evoluti e/o integrati di associazionismo.**

La Regione Lombardia ritiene idonee al raggiungimento degli obiettivi di governo clinico di cui ai punti precedenti, le attivazioni di forme associative dell'assistenza primaria del tipo rete e gruppo (la medicina in rete e la medicina di gruppo) o forme intermedie fra le due.

Queste forme associative dell'assistenza primaria nella loro organizzazione dovranno configurarsi in relazione alle specificità territoriali e/o demografiche di riferimento, secondo standard

organizzativi e gestionali che permettano il raggiungimento degli obiettivi di salute della comunità e garantiscano facilità di accesso ai servizi minimizzando il ricorso improprio ad altri livelli di cura.

Si identificano quali requisiti minimi indispensabili:

- idonei orari dell'attività ambulatoriale;
- disponibilità telefonica;
- efficace modalità di scambio informativo tra medici;
- prestazioni sanitarie anche integrate con altri livelli di cura.

In quest'ottica perde progressivamente di efficacia la "forma semplice" dell'associazionismo e le risorse in precedenza ad essa attribuite andranno per la parte prevalente ad integrare le risorse incentivanti disponibili, incluse quelle regionali, per garantire l'attivazione delle forme individuate al comma 1.

Le risorse incentivanti disponibili (incluse quelle regionali), per le forme associative, saranno riconosciute e graduate in relazione al raggiungimento di obiettivi di interesse regionale, coerenti con le previste attività di governo clinico.

Si ritiene che anche il medico singolo, che operi in particolari condizioni geografiche/demografiche o di contesto, e sia in grado di garantire i requisiti minimi indispensabili individuati nel presente punto, possa accedere ad una quota delle risorse incentivanti disponibili.

## **TRATTAMENTO ECONOMICO**

Si ritiene che le risorse variabili previste dall'A.C.N. debbano essere finalizzate e poste in relazione con il raggiungimento dei risultati delle azioni di miglioramento previste dal presente accordo. In questo senso la Regione si impegna a integrare le risorse di cui all'A.C.N. con un ulteriore impegno economico (RAR).

Le risorse economiche complessive, comprese quelle utilizzate per il SISS, messe a disposizione dalla Regione per l'attuazione dell'ACR saranno superiori a quanto previsto per il 2006 ed adeguate alle necessità di graduale sviluppo del presente accordo, fatte salve le compatibilità economiche di sistema.

Attesa l'importanza strategica dell'associazionismo e in relazione a quanto in precedenza descritto sulle caratteristiche organizzative e funzionali delle predette forme associative, si ritiene di dar luogo comunque all'accoglimento di nuove domande (con l'eccezione della medicina in associazione) con modalità da disciplinarsi.

Le parti concordano che la completa attuazione degli obiettivi e delle azioni di miglioramento, avverrà con la necessaria gradualità.

Pertanto, si concorda di procedere ad un monitoraggio annuale del presente accordo, facendo riferimento alla parte normativa e economica. In relazione agli equilibri del sistema nel suo complesso potranno rendersi disponibili ulteriori risorse economiche il cui utilizzo costituirà elemento di valutazione congiunta.

### **1. Continuità Assistenziale.**

E' necessario ricercare un modello di Continuità Assistenziale che, mantenendo le specificità del medico di medicina generale e del medico di continuità assistenziale, crei, nell'area delle cure primarie ed in integrazione con le attività del distretto delle ASL, un efficace raccordo fra gli interventi a tutela della salute del cittadino. Considerando le varie situazioni sia geografiche che di contesto, l'articolazione del servizio, l'organizzazione, la reperibilità, il rapporto ottimale, nonché la formazione verranno definite nella parte normativa dell' ACR.

### **2. Domiciliarità**

Nel quadro di linee di indirizzo programmatico a valenza regionale, saranno analiticamente affrontati tutti gli aspetti collegati a ADP e alla domiciliarità in generale per massimizzare l'efficacia ed l'efficienza di queste modalità di assistenza domiciliare.

### **3. Medico di medicina dei servizi**

La medicina dei servizi, ove attivata, svolgerà, in stretta integrazione con l'area delle cure primarie, un ruolo di sinergia con gli indirizzi regionali. L'articolazione del servizio, l'organizzazione, nonché la formazione, verranno definite nella parte normativa dell'ACR.

#### **4. Urgenza ed emergenza territoriale**

Un apposito gruppo regionale dovrà definire il capitolo relativo all'emergenza territoriale che deve essere armonizzato con lo sviluppo complessivo regionale del S.S.U.Em. 118. Particolare attenzione sarà posta agli aspetti connessi con la formazione del personale tenendo conto di quanto previsto dall' art. 94 comma 5 dell' ACN.

### **ACCORDO DI SISTEMA CON I PEDIATRI DI FAMIGLIA**

L'accordo di sistema è stipulato fra l'Assessorato alla Sanità della Regione Lombardia ed i Pediatri di Famiglia (PDF) per l'attuazione del diritto alla tutela della salute dei bambini, considerando tutte le articolazioni dell'area dell'assistenza pediatrica territoriale ai sensi e per gli effetti dell'ACN reso esecutivo in data 15-12-2005 mediante intesa nella conferenza Stato-Regione.

L'attività della PEDIATRIA di FAMIGLIA deve essere espletata in linea con gli indirizzi regionali e in coerenza alle indicazioni del Piano Sanitario Nazionale e del Piano Socio Sanitario Regionale al fine di contribuire sempre più al miglioramento complessivo del Servizio Sanitario Regionale, assicurando l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza.

Fra tutte le azioni di miglioramento si richiamano in via prioritaria quelle individuate dall'allegato documento redatto dal "*Tavolo di lavoro della Pediatria*" (allegato 15) convocato dall'Assessore Regionale sul tema dell'Assistenza Pediatrica in Lombardia, coerenti e complementari con quelle di seguito indicate.

#### **1. UNA MIGLIORE E PIÙ EFFICACE PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE**

L'obiettivo della Regione Lombardia è quello di garantire ai cittadini in età pediatrica i più elevati standard assistenziali richiedendo ad ogni professionista territoriale di operare attraverso definiti e specifici criteri qualitativi.

Il Pediatra di Famiglia ha un ruolo specifico ed essenziale nella rete dei Servizi Sanitari e nella conseguente capacità di prendere in carico il paziente e di affrontare e risolvere le problematiche poste dalla necessità di integrare la pediatria territoriale con la rete d'offerta ospedaliera. L'attività

dei Pediatri di famiglia, in costante evoluzione sotto il profilo delle definizioni e delle attribuzioni in merito alle specifiche competenze, si esplica all'interno delle compatibilità economiche di sistema correlandosi quindi con le risorse complessive a disposizione.

Queste risorse devono essere utilizzate nel rispetto dei livelli di spesa programmati e finalizzate ad azioni che favoriscano la presa in carico del paziente, attraverso l'applicazione di percorsi di governo clinico condivisi con l'Azienda Sanitaria Locale di riferimento e l'impiego della Banca Dati Assistito (BDA).

Al fine di migliorare la gestione unitaria del bambino è pertanto fondamentale ricercare la maggiore integrazione fra pediatri che operano sul territorio e pediatri delle strutture erogatrici pubbliche e accreditate.

E' altresì importante il superamento delle rigidità connesse all'attribuzione del “*numero di scelte*” nella fascia di età di esclusiva.

In un'ottica di un più efficace perseguimento degli obiettivi connessi alla “presa in carico” dei pazienti, si terrà in considerazione ai fini dell'attribuzione di un numero superiore di pazienti anche la tipologia della forma associativa attivata e il personale di studio disponibile, prevedendo adeguate forme di riconoscimento del maggior carico assistenziale che si andrà a realizzare.

## **2. UTILIZZO DELLA CARTA CRS/SISS.**

L'utilizzo della carta CRS/SISS è una scelta fondamentale ed irreversibile per la gestione del sistema sanitario lombardo. La Regione si impegna a garantire un uniforme sviluppo del SISS ed a verificarne, periodicamente, la funzionalità anche per superare le criticità che eventualmente dovessero emergere.

L'accesso ad una quota rilevante delle risorse incentivanti disponibili comprendenti quelle finalizzate all'implementazione delle azioni di governo clinico, non può prescindere dalla adesione al SISS e dall'utilizzo della tessera sanitaria regionale. Tale adesione infatti consente una più agevole integrazione e comunicazione fra gli attori del Sistema Sanitario.

Transitoriamente una quota (minoritaria) delle risorse incentivanti disponibili sarà utilizzata anche per garantire il raggiungimento di obiettivi di governo clinico ai professionisti territoriali che, per difficoltà varie, non aderiranno, se non per causa di forza maggiore, al SISS.

Tale situazione transitoria avrà termine con il 31 agosto 2007, data oltre la quale l'adesione al SISS è ritenuta inderogabile requisito a garanzia del raggiungimento dei più elevati standard assistenziali citati al punto 1 del presente accordo (e per gli effetti del comma 1 e 2 del presente punto).

### **3. MODELLI EVOLUTI E/O INTEGRATI DI ASSOCIAZIONISMO**

La Regione Lombardia ritiene idonee al raggiungimento degli obiettivi di governo clinico di cui ai punti precedenti l'attivazione di forme associative dell'assistenza pediatrica evolute e/o integrate. Queste forme associative nella loro organizzazione dovranno configurarsi in relazione alle specificità territoriali e/o demografiche di riferimento, secondo standard organizzativi e gestionali che favoriscano il raggiungimento degli obiettivi di salute della comunità e garantiscano la facilità di accesso ai servizi riducendo il ricorso improprio ai vari livelli di cura.

Si identificano, per una efficace risposta ai bisogni degli assistiti i seguenti requisiti :

- idonei orari dell'attività ambulatoriale;
- disponibilità (mediante accesso in studio, supporti telefonici o telematici, evidenziati nella carta dei servizi predisposta dall'Associazione) tale da garantire idonee e adeguate risposte, anche dal punto di vista temporale, alla popolazione pediatrica assistita e alla necessità "comunicativa" tipica della fascia di popolazione interessata;
- efficace modalità di scambio informativo tra pediatri;
- attivazione dei percorsi di assistenza territoriale (APA, ADI, ADP) per i soggetti in età pediatrica che ne avessero necessità.

Si ritengono inoltre importanti e funzionali al raggiungimento di più elevati livelli di "assistenza pediatrica" gli ulteriori assetti organizzativi di seguito elencati:

- sede unica o sede comune (quest'ultima da intendersi come luogo di erogazione di servizi finalizzati ad una maggior presa in carico del paziente) garantendo in ogni caso un'idonea copertura dell'ambito territoriale di riferimento;
- possibilità di prestazioni e attività sanitarie anche integrate con altri livelli di cura;
- personale di studio disponibile.

Le risorse variabili (ex art. 58 – b, ACN) e quelle regionali a carattere incentivante (quota parte RAR) disponibili per le forme associative saranno riconosciute e graduate in relazione al raggiungimento di obiettivi di interesse regionale coerenti con le previste attività di governo clinico, secondo modalità concordate con le OO.SS..

La quota parte delle risorse incentivante regionali assegnate alle varie forme di “associazionismo pediatrico”, saranno orientate al raggiungimento degli obiettivi regionali in materia di “governo clinico” in ambito pediatrico e quindi verso le forme associative che garantiscano in modo più coordinato e completo i requisiti in premessa al presente paragrafo.

Le risorse si orienteranno anche verso le forme associative che possano garantire livelli assistenziali di maggiore complessità rilevabili nei modelli più evoluti e di seguito evidenziati.

Infatti, modelli evoluti e/o integrati di associazionismo oltre a garantire una efficace risposta ai bisogni degli assistiti nella fascia oraria 08.00-20.00 assolvono compiti che possono essere ricondotti all'applicazione di Percorsi diagnostico-terapeutici-riabilitativi concordati con le strutture erogatrici pubbliche ed accreditate, validati dalle Aziende Sanitarie Locali e da queste ritenuti funzionali alla risoluzione delle problematiche assistenziali locali mediante l'utilizzo degli strumenti funzionali al governo clinico.

Tale livello può garantire la massima integrazione Ospedale/territorio per la programmazione degli iter diagnostico – terapeutici, oltre ad una idonea copertura dell'ambito territoriale di riferimento.

Attesa l'importanza strategica dell'associazionismo e in relazione a quanto in precedenza descritto sulle caratteristiche organizzative e funzionali, delle predette forme associative, si ritiene di dar luogo all'accoglimento di nuove richieste costitutive con modalità da disciplinarsi a livello regionale.

Si ritiene che anche il pediatra singolo, che operi in particolari condizioni geografiche/demografiche o di contesto, possa rispettare i requisiti indispensabili sopra indicati, correlati alle condizioni di cui al presente comma, potendo accedere quindi alle — risorse incentivanti disponibili.

Si riconosce l'importanza di affrontare i passaggi previsti da quanto sopra evidenziato con attento monitoraggio e gradualità.

#### **4. CONTINUITÀ ASSISTENZIALE**

E' necessario ricercare un modello di Continuità Assistenziale che, mantenendo le specificità del pediatra di famiglia e del medico di continuità assistenziale, crei un efficace raccordo fra gli interventi a tutela della salute del bambino ivi compresi quelli relativi ad una efficace e sinergica azione d'integrazione con i servizi pediatrici di pronto soccorso.

#### **5. DISPOSIZIONI FINALI**

Nel quadro di linee di indirizzo programmatico a valenza regionale, saranno analiticamente affrontati tutti gli aspetti collegati alla territorialità.

Le risorse economiche complessive, comprese quelle previste per il SISS, messe a disposizione dalla Regione per l'attuazione dell'ACR non saranno inferiori a quanto previsto per il 2005 e saranno positivamente correlate alle necessità di sviluppo incrementale del presente accordo e alle positive evidenze che a seguito di questo accordo potranno essere documentate in termini di riequilibrio di risorse tra ospedale/territorio (anche sotto il profilo di un loro migliore utilizzo), fatte salve le compatibilità economiche di sistema.

## **Allegato 15**

### **Documenti dei Tavoli di lavoro della Psichiatria, Neuropsichiatria Infantile e Assistenza Pediatria**

I documenti riportati nel presente allegato sono da considerarsi quali indirizzi per l'attuazione delle indicazioni del PSSR 2007/2009

#### **DOCUMENTO PROPOSTO DAL TAVOLO DI LAVORO PSICHIATRIA**

##### Servizi Territoriali

Dalle osservazioni preliminari emerse dal tavolo di lavoro sui Servizi Territoriali e dalle riflessioni in corso nell'ambito della commissione ad hoc attivata dal Coordinamento Primari Psichiatri della Lombardia, si possono individuare le seguenti proposte operative:

1) Il Piano Regionale Salute Mentale approfondisce in più parti gli aspetti rilevanti della missione e dei principi operativi della psichiatria territoriale e la comunità di soggetti coinvolti nella tutela della salute mentale dovrebbe costantemente mirare alla sua piena applicazione.

E' pertanto necessario in prima istanza garantire che tali indicazioni siano applicate efficacemente, in modo diffuso ed omogeneo, su tutto il territorio regionale.

In particolare occorre favorire l'integrazione dei servizi e delle azioni a livello territoriale, sviluppando il "lavoro di rete" che si ritiene il fondamento insostituibile di ogni percorso di tutela della Salute Mentale.

2) In particolare è opportuno verificare:

- la piena operatività degli organismi preposti al coordinamento del lavoro "di rete" in un dato ambito territoriale (Organismi di Coordinamento, Tavoli tecnici, Tavoli distrettuali). Tali Organismi dovrebbero svolgere un ruolo attivo anche nel promuovere e diffondere una cultura della salute mentale capace di contrastare lo stigma ad essa connesso;
- la presenza effettiva nei servizi territoriali di operatori, di diverso profilo professionale, in numero tale da garantire le prestazioni prevedibili e da consentire di far fronte agli imprevisti;

- la messa in atto chiara da parte dei CPS dei percorsi di cura secondo i modelli della:
  - consulenza
  - assunzione in cura
  - presa in carico

così come indicato nel PRSM;

- la disponibilità nei CPS di offerte di trattamento differenziate: non solo colloqui psichiatrici ma interventi articolati multidisciplinari, gestiti secondo le modalità dell'intervento in équipe e differenziati secondo i diversi percorsi concordati;
- la presenza di protocolli d'intesa, con: i servizi delle UONPIA, al fine di garantire la continuità della cura, i servizi delle ASL (p.es. area disabilità, SeRT, NOA), i MMG, il privato accreditato, i Comuni e le associazioni di volontariato, per la gestione di patologie di confine e/o che richiedano l'attivazione di risorse multidisciplinari e "trasversali".

3) Vi è a tal fine la necessità non differibile di attribuire al territorio risorse certe ed adeguate, ridefinendo parametri operativi minimi, sia strutturali sia di personale, per garantire lo svolgimento delle attività proprie del CPS.

Si consideri al riguardo che negli ultimi anni (secondo quanto emerge dall'analisi dei dati del sistema informativo) i CPS hanno visto aumentare di oltre il 30% il numero di utenti trattati.

Da questo discende:

- a) la possibilità di garantire orari di apertura dei CPS più ampi ed omogenei su tutto il territorio regionale; al proposito è opportuno verificare la compatibilità tecnica (orari dei mezzi di trasporto) e/o la presenza e la disponibilità di supporti (familiari e sociali) che rendano effettivamente fruibile l'ampliamento dell'offerta dei servizi;
- b) la possibilità di definire i tempi massimi entro i quali il CPS debba rispondere a qualsiasi richiesta per consulenza e valutazione.

4) E' opportuno promuovere ed attuare programmi di formazione continua del personale, improntati alla medicina basata sulle evidenze, finalizzati a migliorare la comunicazione tra operatori, utenti e familiari quale obiettivo/strumento necessario per una efficace azione clinica; la formazione dovrà inoltre essere finalizzata alla gestione delle situazioni critiche con attenzione al problema della contenzione.

5) E' auspicabile promuovere iniziative di confronto e scambio di esperienze e di protocolli elaborati dai diversi DSM e/o ambiti territoriali al fine di costruire percorsi diagnostico-terapeutici condivisi e più omogenei basati sulle migliori pratiche possibili.

6) E' inoltre necessario avviare valutazioni periodiche sulla soddisfazione degli utenti, dei familiari e degli operatori, quale passaggio qualificante del percorso di miglioramento continuo di qualità dei servizi psichiatrici.

7) Per quanto riguarda in particolare i familiari, appaiono non eludibili le richieste, avanzate dalle loro associazioni, di:

a) essere destinatarie di progetti di supporto che permettano, a chi sta vicino al portatore di disagio psichico, di imparare le tecniche per relazionarsi a lui nel modo più adeguato possibile, tale da garantire, con pari dignità, il benessere del paziente e dei familiari stessi;

b) disporre di un luogo di riferimento, per esempio attraverso l'attivazione di uno "sportello", che sia in grado di accogliere le richieste e offrire risposte adeguate alla complessità dei bisogni con particolare attenzione ai soggetti che versano in situazioni di difficoltà economica (sociali, sanitari, di inserimento lavorativo, di soluzioni abitative);

c) partecipare maggiormente all'attività di programmazione e valutazione svolta dai servizi e favorire un maggior coinvolgimento nell'attuazione dei programmi riabilitativi;

d) Individuare, la residenzialità leggera e l'inserimento lavorativo, quali tematiche prioritarie per eventuali, ulteriori programmi innovativi;

8) Al fine di rappresentare l'effettiva operatività dei CPS, sarà opportuno ampliare le tipologie di intervento riconosciute dalla circolare 46/San, prevedendo, per esempio, la possibilità di valorizzare gli interventi di "rete", che coinvolgano altri enti e soggetti (enti locali, associazioni, mondo della cooperazione...) e/o siano rivolti a "soggetti collettivi" (ad esempio "prestazioni non direttamente riconducibili al paziente").

In modo più immediato sarebbe opportuno :

- verificare la possibilità che le ASL utilizzino risorse per:
  - a) incrementare le attività psichiatriche sul territorio;
  - b) promuovere esperienze qualificate di “residenzialità leggera”;
- consentire di reinvestire “sul territorio” eventuali risorse mobilitate dalla revisione e riqualificazione delle strutture residenziali psichiatriche;
- assicurare che gli introiti derivanti dal riutilizzo del patrimonio edilizio degli ex ospedali psichiatrici vengano destinati all’assistenza psichiatrica territoriale.

Fondamentale nello sviluppo di questi processi è il ruolo dell’Organismo di Coordinamento per la salute mentale (O.C.S.M.), che deve operare con l’obiettivo di integrare tutti i soggetti che concorrono alla tutela della salute mentale nel territorio e che deve fornire un apporto decisivo nelle fasi di programmazione delle attività assistenziali e di negoziazione del budget.

Il problema della “cronicità” in psichiatria riguarda pazienti con patologia grave che hanno raggiunto una certa stabilità clinica e convivono con sintomi psicotici anche gravi che però non condizionano del tutto la loro vita e che spesso consentono un livello di autonomia parziale e presente in grado diverso.

La moderna psichiatria cerca di limitare i danni (la disabilità) con la riabilitazione, intervenendo con programmi di cura individuali e personalizzati sia per recuperare abilità perse sia per insegnare abilità mai apprese in precedenza (cosa che in genere avviene a causa dell’esordio precoce della malattia), allo scopo di aiutare il paziente a raggiungere il massimo livello di autonomia possibile.

Schematicamente, alla fine del percorso riabilitativo sono di solito ipotizzabili tre situazioni, per le quali è auspicabile che la soluzione individuata sia condivisa tra l’Organismo di coordinamento e gli Uffici di Piano distrettuali:

1. pazienti molto autonomi che tornano a vivere in casa propria, da soli o con la famiglia;
2. pazienti poco autonomi che necessitano di strutture che garantiscono un’assistenza continua nelle 24 ore (per esempio RSA o simili);

3. pazienti con un grado di autonomia intermedia che potrebbero essere inseriti in piccoli nuclei comunitari siti in case o appartamenti.

Per quest'ultima tipologia di utenza in particolare, il Piano regionale per la salute mentale propone nuove forme di residenzialità e nuovi modelli di intervento, tra cui la "residenzialità leggera".

Si tratta di una risorsa avvertita come fondamentale dagli operatori dei servizi, dai familiari e dagli utenti, poiché riguarda il futuro delle persone assistite che non possono né essere abbandonate né inviate in istituzioni: la prospettiva è quella di offrire loro la possibilità di vivere in una "casa", realizzando piccole comunità nel contesto del territorio e in rapporto con tutta la rete sociale, anche attraverso i Piani di Zona Distrettuali dei Comuni. Non va dimenticato, infatti, che i portatori di disagio psichico sono soggetti con diritto di cittadinanza, ovvero con diritti in campo socio-assistenziale, con diritto alla casa e all'assistenza domiciliare, con diritto al lavoro ed al recupero della propria professionalità. Assumere questo presupposto significa, e comporta, riportare la persona al centro dell'attenzione di tutti gli attori sociali del suo ambiente e non dimenticarla nel non luogo della malattia mentale.

La caratteristica di questa forma di intervento è rappresentata da realtà intermedie tra domiciliarità e istituzione, tra territorialità e residenzialità e necessita della compresenza di competenze sanitarie (riabilitative di media e bassa intensità) e sociali (legate al diritto di cittadinanza).

Un'attenzione particolare richiede al proposito la realtà metropolitana dove una serie di fattori di criticità (mancanza o debolezza di reti familiari, carenza di alloggi, diffusione di diverse forme di disagio sociale, ecc.) rende il paziente psichiatrico più bisognoso di situazioni intermedie e protette. Ed è nella realtà metropolitana che i limiti dell'attuale sistema di residenzialità psichiatrica, la cui offerta è concentrata sulla alta e media protezione (1.000 pazienti attualmente ricoverati in strutture residenziali ad alta e media protezione e solo 13 posti accreditati e a contratto per la bassa intensità), si evidenziano con maggiore urgenza: per mancanza di posti disponibili viene infatti preclusa la possibilità di ricovero a persone che ne avrebbero bisogno e, al tempo stesso, soggetti che potrebbero beneficiare di percorsi evolutivi, trovandosi in situazione di maggiore compenso, sono costretti a rimanere in strutture ad alto costo e inappropriate dal punto di vista clinico.

La promozione e lo sviluppo di forme di residenzialità leggera, di cui si evidenzia la necessità di una collocazione nel territorio di origine del paziente, appare pertanto una priorità della programmazione psichiatrica.

Anche in questo ambito il ruolo che possono svolgere le ASL e gli Organismi di Coordinamento per la salute mentale (O.C.S.M.) in materia di analisi dei bisogni territoriali e di indirizzo circa l'allocazione delle risorse, appare fondamentale.

Come si è già detto, per esempio, l'O.C.S.M. può orientare la destinazione e l'utilizzo dei risparmi, eventualmente ottenuti grazie alla razionalizzazione della spesa derivante dalla riqualificazione dell'intero sistema di offerta residenziale, in favore dello sviluppo di attività territoriali e, in particolare, di forme 'leggere' di residenzialità, realizzando in tal modo un circolo virtuoso tra risorse e servizi erogati.

## **DOCUMENTO ELABORATO DAL TAVOLO DI LAVORO**

### **NEUROPSICHIATRIA INFANTILE**

LA COLLABORAZIONE TRA I SERVIZI, L'INTEGRAZIONE DELLE RISORSE E IL LAVORO IN RETE.

L'intervento multidisciplinare, necessario ad assicurare risposte appropriate ai complessi bisogni del minore con patologia neuropsichica e della sua famiglia, richiede la definizione di modelli organizzativi che consentano di organizzare e ottimizzare la rete dei servizi specialistici pubblici e privati a contratto presenti nel territorio delle ASL, al fine di garantire la tempestività degli interventi diagnostico terapeutici, la continuità dei trattamenti riabilitativi, il coordinamento dei diversi interventi ed il collegamento con i servizi psichiatrici e gli altri servizi per i minori e per la disabilità, siano essi sanitari, sociali o educativi.

Le UONPIA, attraverso le proprie articolazioni organizzative diffuse sul territorio, devono assicurare un'adeguata risposta ai bisogni dell'utenza anche in integrazione con le altre unità di offerta di questo ambito. Questo necessita di risorse strutturali ed umane multiprofessionali adeguate per poter far fronte ad una domanda di diagnosi e cura in costante crescita anche promuovendo, quando possibile, interventi di assistenza domiciliare.

A tal fine è essenziale l'attribuzione alla NPI di risorse adeguate e dedicate, ricomprendendo il riconoscimento delle prestazioni nonché il finanziamento per le attività attualmente non tariffate.

In analogia con quanto previsto nel Piano regionale per la Salute Mentale, si propone l'istituzione in ogni ASL di un Organismo di Coordinamento per la NPI e la definizione del relativo regolamento.

Ciascuna ASL , nell'ambito dell'Organismo di Coordinamento, attraverso un sistema di raccolta dati omogeneo definito a livello regionale, deve elaborare dati epidemiologici relativi all'incidenza e prevalenza delle patologie più rilevanti ed ai bisogni ad esse connessi.

Le attività dell'Organismo di coordinamento devono essere finalizzate a perseguire prioritariamente alcuni obiettivi:

- assicurare la presa in carico precoce del minore attraverso la definizione di priorità cliniche e di percorsi condivisi con le strutture a contratto per diagnosi, interventi terapeutici tempestivi e di prevenzione secondaria (con particolare attenzione alle patologie ad alto impatto sociale e ad alta complessità clinico organizzativa) tenendo conto degli specifici bisogni del territorio; definire, in particolare per le patologie congenite, percorsi di continuità nell'ambito del processo di presa in carico precoce;
- fornire tempestivamente sostegno alla genitorialità;
- definire percorsi di continuità del processo di presa in carico del paziente tra età evolutiva ed età adulta in raccordo con gli Organismi di coordinamento per la salute mentale;
- promuovere una progettualità, condivisa con gli Uffici di Piano dei Comuni partecipanti all'Organismo di coordinamento, tra la programmazione degli interventi socio-educativi e di sostegno alle famiglie e ai minori ed i progetti di trattamento specialistici degli Erogatori;
- garantire e coordinare l'attuazione di nuove modalità di accertamento collegiale degli alunni disabili secondo il DPCM 185/2006 e le attività di valutazione e consulenza previste dalla L. 104/92 per l'integrazione scolastica;
- definire un modello organizzativo che consenta di affrontare efficacemente gli interventi di emergenza e urgenza e le necessità di ricovero, anche attraverso la partecipazione alla programmazione regionale di un'apposita rete assistenziale in cui i Poli Ospedalieri NPI, adeguatamente attrezzati e collegati con altri servizi ospedalieri ad alta specializzazione, siano in grado di far fronte alle specifiche emergenze-urgenze del territorio attraverso protocolli operativi;

- analizzare la rete dei servizi attualmente disponibili sul territorio ed i bisogni emergenti (quali ad es. i disturbi del comportamento alimentare) al fine di sviluppare l'offerta anche di residenzialità terapeutica e definire percorsi d'accesso condivisi.

## **DOCUMENTO DEL TAVOLO SULL'ASSISTENZA PEDIATRICA**

L'assistenza pediatrica in Italia è efficace (vedi indici di mortalità e morbilità), presenta però la peculiarità di un numero di pediatri pari in media al doppio degli altri paesi europei e indici di possibili utilizzi impropri dei servizi pediatrici.

Già il PSSR 2002 – 2004 poneva attenzione alla assistenza pediatrica nell'ambito dell'area materno infantile. Il PSSR 2007 – 2009 recentemente approvato punta in particolare l'accento sulla necessità di maggiore integrazione fra l'assistenza pediatrica territoriale e quella ospedaliera.

Sulla scorta di tali considerazioni l'Assessore alla Sanità ha voluto convocare il “Tavolo di lavoro della pediatria”: gli specialisti pediatri ospedalieri, universitari e territoriali partecipanti al tavolo di lavoro hanno elaborato una prima proposta con il presente documento.

In tale contesto, tenuto conto delle indicazioni programmatiche, si assume che centrale è la considerazione / obiettivo:

- Il bambino ha diritto ad una risposta assistenziale con competenze pediatriche durante l'arco delle 24 ore, sette giorni su sette.

Allo scopo si individuano le seguenti aree di intervento:

- Ottimizzazione della presenza del PDF durante le ore diurne;
- garanzia di livelli di servizio adeguati per una effettiva continuità assistenziale;
- riqualificazione della rete ospedaliera pediatrica;
- individuazione dei Tavoli di Coordinamento Provinciale che si fanno carico dell'assistenza pediatrica nel suo complesso.

Individuate queste aree di intervento, la disanima e le conseguenti proposte progettuali sono articolate secondo i livelli di assistenza delle cure primarie, delle cure specialistiche di secondo livello, della continuità assistenziale.

**Cure primarie – Il tavolo di lavoro conviene che:**

- a. debba essere incentivata l'integrazione funzionale e operativa tra i Pediatri di Famiglia promuovendo il lavoro in forma associata che dovrà avere caratteristiche che tengano conto delle peculiarità demografiche e territoriali; l'apertura dello studio e/o degli studi dovrà garantire, sul territorio, una copertura più efficiente e fruibile nella fascia oraria compresa tra le ore 8.00 e le ore 20.00 dei giorni feriali. Si concorda inoltre sulla sperimentazione della copertura della giornata di sabato, da parte dei pediatri di libera scelta, previe indicazioni regionali, sulla base di specifici progetti ASL;
- ~~b.~~ b. debba essere incentivato, in relazione al raggiungimento di obiettivi di governo clinico concordati con le ASL, l'utilizzo di personale di supporto di studio sia di tipo infermieristico che amministrativo in modo da agevolare il PDF nell'esecuzione delle proprie mansioni individuando modalità di lavoro pluriprofessionale che consentano una adeguata risposta ai diversi bisogni del paziente (assistenza infermieristica, conoscenza di procedure pratiche amministrative, socio sanitarie, attività di prevenzione);
- c. debba essere incentivata, in relazione al raggiungimento di obiettivi di governo clinico concordati con le ASL, la diffusione della carta CRS SISS e del relativo sistema informativo che deve essere utilizzato dai PDF in modo da consentire il passaggio in tempo reale delle informazioni cliniche riguardanti ogni singolo paziente, anche attraverso una costante partecipazione alle attività dei network di patologia;
- d. debba essere sperimentata la realizzazione di modelli assistenziali che prevedano la collaborazione con specialisti di altre branche anche con l'ausilio di strumenti di telemedicina (esempio: teleconsulto di second opinion);
- e. debba essere incentivata, con l'individuazione dei livelli di servizio, degli indicatori di valutazione e del relativo budget, la possibilità di realizzare perifericamente, anche negli

studi del Pdf piccola diagnostica di laboratorio, in analogia con le regole di sistema in tema di accreditamento;

- f. debbano essere garantiti i percorsi di assistenza territoriale (APA, ADI, ADP) per i soggetti in età pediatrica che ne avessero necessità.

Tutte queste caratteristiche organizzative e strutturali dovranno essere dimensionate in modo da risultare funzionali al raggiungimento dei bisogni di salute, secondo i livelli essenziali di assistenza.

In tale contesto spetta alle ASL farsi promotrici, nell'ambito della programmazione annuale, di iniziative progettuali di integrazione.

L'iniziativa progettuale, oltre ad individuare le specifiche azioni e tematiche dovrà individuare le modalità di utilizzo delle risorse e i livelli di servizio integrati.

E' necessario che dette progettualità mantengano un alto grado di duttilità e flessibilità per potersi adattare velocemente al mutare dei bisogni assistenziali e organizzativi, permeando il più possibile il territorio di riferimento.

Il raggiungimento degli obiettivi dovrà essere monitorato attraverso l'utilizzo di indicatori concordati e validati che consentano un monitoraggio costante dello stato e della qualità dell'assistenza erogata (valutazione outcomes).

La Formazione Continua post specializzazione deve prevedere momenti comuni con i Pediatri degli ospedali di riferimento e, su aspetti specifici, con le altre figure professionali dell'area delle cure primarie. Tale Formazione Continua deve essere coordinata e programmata dai pediatri ospedalieri e dai PDF e dovrà avere tra gli obiettivi specifici anche la produzione di PDT condivisi.

In tal senso si raccomanda che nei piani formativi dei provider regionali sia contenuta almeno una iniziativa di formazione sul campo che preveda attività integrata di condivisione di modalità di assistenza in ambito pediatrico, con il coinvolgimento sia dei professionisti del territorio (non solo medici) sia di quelli ospedalieri.

#### Continuità dell'assistenza

La continuità dell'assistenza durante la notte ed i giorni prefestivi e festivi sarà assicurata da forme integrate pediatriche (già sperimentate o in fase di sperimentazione) tra ospedale e territorio

(ciascuno per le parti di propria competenza) con la collaborazione dei medici del servizio di continuità assistenziale.

Rapporti fra pediatria di libera scelta, continuità assistenziale e strutture erogatrici di Pronto Soccorso.

Un sostanziale miglioramento dovrebbe derivare dalla minore richiesta di prestazioni con caratteristiche riconducibili ai cosiddetti codici bianchi (prestazioni differibili) qualora efficacemente filtrati dal sistema assistenziale diurno, articolato al meglio nella sua capacità organizzativa di intercettazione delle richieste di una utenza che dovrebbe essere educata ad un migliore utilizzo del SSN, anche attraverso puntuali e precise comunicazioni da parte degli operatori sanitari coinvolti.

Le ipotesi di risposta “organizzata” ai bisogni assistenziali pediatrici nei giorni festivi e prefestivi possono diversificarsi in base alle differenti realtà locali e si elaborano meglio utilizzando gli elementi emersi da esperienze sperimentate o facendo riferimento alle potenzialità espresse dagli accordi nazionali, regionali e/o aziendali con la pediatria di famiglia. E’ probabile che solo un dispositivo combinato ed una sinergia fra il P.S., il servizio di continuità assistenziale e il 118 possano permettere, in tempi relativamente brevi, risultati misurabili.

Si riportano alcuni elementi che possono costituire indicazione per lo sviluppo delle progettualità :

- 1) Pediatri di famiglia riuniti in gruppo in una struttura distrettuale o ospedaliera distinta dal PS;
- 2) PDF e Pediatra Ospedaliero (P.O.) integrati. Questo progetto sperimentale ipotizza l’utilizzo di strutture distrettuali (dove i distretti sono luoghi di cura) o ospedaliere (funzioni di rete degli ospedali sia di 2° che di 3° livello) nelle quali prevedere l’attività in gruppo di pediatri di libera scelta ed ospedalieri, coadiuvati da personale infermieristico ed eventualmente la possibilità di attivare l’*“osservazione breve”*.
- 3) Medici di continuità assistenziale (quando possibile, anche adeguatamente dotati in termini di dotazione strumentale: dotazione mini lab), per dare risposte ai codici bianchi dopo triage pediatrico in PS selezionando i casi da inviare al P.O.

Ai medici di continuità assistenziale, nel rispetto dell’ACN vigente, sarà garantita una formazione continua per affrontare con competenza il compito loro assegnato e dovranno essere

in comunicazione (audit clinico, rete informatica ) con i PDF e con il P.S. pediatrico di riferimento.

Tale formazione deve avvenire presso gli ambulatori dei PDF e presso le U.O pediatriche ospedaliere. Il percorso formativo (teorico / pratico) deve prevedere un numero di ore adeguato per l'area pediatrica. Allo scopo di validare e certificare tale attività di formazione deve essere previsto che un pediatra (PDF o ospedaliero ) coordini la formazione pediatrica del medico di continuità assistenziale, con attività di tutoraggio assegnata a formatori della continuità assistenziale, indirizzandola ai bisogni assistenziali del territorio di riferimento.

### Cure di secondo livello

Una possibile definizione di cure di secondo livello è la seguente: “Cure indirizzate a patologie a media ed elevata difficoltà diagnostico-assistenziale, da effettuarsi ovunque le problematiche cliniche poste possano essere affrontate in sicurezza, oggi prevalentemente in ambito ospedaliero”.

Appare ormai chiaro a tutti che i confini tra i diversi livelli assistenziali non sono assolutamente ben definibili, in quanto ciò che può essere considerato di secondo livello in un determinato contesto socio-geografico, può essere considerato di primo in un contesto meglio organizzato e strutturato.

E' opportuno considerare i seguenti punti:

1. Le situazioni di accesso al P.S. che esitano in “codici bianchi” devono essere riconducibili ad un trattamento al di fuori dell'ambito ospedaliero con modalità che possono essere anche diverse, a seconda delle peculiarità locali. Soltanto in orario notturno e nelle giornate festive, è giustificabile il coinvolgimento del Pronto Soccorso ospedaliero. In tale maniera non verrebbero sottratte risorse ospedaliere che saranno disponibili per i pazienti ricoverati. In una prima fase questo obiettivo va perseguito con una puntuale ed efficace comunicazione alle famiglie e con una compiuta attività di ritorno informativo (con caratteristiche bidirezionali) tra P.S. e Pediatri di Famiglia tramite il SISS, che ovviamente sarà monitorata e controllata dall' ASL competente per territorio.

2. E' indispensabile procedere nella politica di riqualificazione della rete pediatrica ospedaliera.
3. Le Società scientifiche di Pediatria e le società professionali pediatriche potranno proporre requisiti e standard assistenziali per le cure primarie e di secondo livello che poi potranno essere adottati a livello istituzionale, previa verifica di compatibilità di sistema.
4. Istituzione di reti di assistenza tra i vari ospedali; il ricovero nei vari presidi ospedalieri avviene sulla base del livello di assistenza necessario per il paziente, secondo protocolli comuni e linee guida condivise.

E' necessario garantire agli ospedali con guardia attiva organici adeguati, in grado di affrontare i carichi di lavoro richiesti, (disponendo anche del tempo necessario per l'approfondimento dei casi clinici di maggior rilevanza) e l'aggiornamento continuo, diritto – dovere di ogni medico.

#### Dove deve avvenire l'integrazione ospedale territorio

Il tavolo di lavoro propone l'istituzione, nelle diverse ASL, del tavolo di Coordinamento Provinciale Pediatrico fondamentale per creare sinergia reale e per le risposte complessivamente necessarie in ambito pediatrico (coinvolgimento, comunicazione, formazione, partnership, sussidiarietà etc.)

Può essere utile e facilitante il “percorso”, la riproposizione dell'esperienza maturata in ambito psichiatrico con l'organismo di coordinamento per la salute mentale, tenendo presente l'importanza di coordinamenti di sistema e la valutazione dei percorsi nell'ambito territoriale di riferimento.

In particolare si ritiene che il tavolo di coordinamento provinciale debba, nel valutare complessivamente le tematiche connesse con l'assistenza pediatrica del territorio di competenza, operare sicuramente su:

- ***Formazione e aggiornamento comuni.***

E' opportuno individuare aree comuni di formazione e aggiornamento, al fine del raggiungimento e della condivisione delle specifiche problematiche assistenziali e di un linguaggio comune.

- ***Linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici.***

Appare necessario produrre e soprattutto condividere, percorsi diagnostico-terapeutici al fine di definire gli opportuni ambiti di cura per le specifiche patologie, omogeneizzare i sistemi di diagnosi e cura, garantire la migliore continuità assistenziale e il miglior rapporto tra efficacia ed efficienza.

- Linee guida e percorsi di prevenzione che vedono nell'età pediatrica il periodo di migliore divulgazione/comprendimento degli elementi fondanti i "corretti stili di vita", in stretta collaborazione con la famiglia.

Nell'organizzazione del Tavolo di Coordinamento Provinciale è necessario tenere in considerazione la particolarità e specificità del territorio regionale, a partire dalla città di Milano . L'ambito di applicazione delle modalità di assistenza condivise nel Tavolo di Coordinamento Provinciale può essere il Distretto che a sua volta può prevedere un tavolo di concertazione tra assistenza territoriale ed ospedaliera.

## Allegato 16

### **Linee di programmazione e di indirizzo dei servizi socio- sanitari e di riabilitazione Afferenti alla competenza della Direzione Generale Famiglia e solidarietà sociale**

#### **Servizi socio sanitari**

Coerentemente alla linea programmatico-finanziaria avviata lo scorso anno con la d.g.r. 12 dicembre 2005, n. 1375, relativa alle “Regole” per la gestione del sistema socio sanitario regionale per l’anno 2006, nel rispetto della vigente normativa nazionale e regionale, nonché dei correlati provvedimenti nazionali e regionali, si prosegue nel 2007, con decorrenza 01/01/2007, il blocco di nuovi accreditamenti nonché dell’ampliamento di accreditamenti relativamente alle seguenti unità d’offerta/tipologie d’intervento e fatti salvi i casi definiti ai punti successivi:

- Strutture per la riabilitazione nelle aree specialistica, generale e geriatrica, di mantenimento
- Residenze Sanitario Assistenziali per anziani (R.S.A.)
- Centri Diurni Integrati per anziani (C.D.I.)
- Residenze Sanitario Assistenziali per disabili (R.S.D.)
- Centri Diurni per Disabili (C.D.D.)
- Comunità Socio Sanitarie per disabili (C.S.S.)
- Hospice
- Servizi per le Dipendenze
- Assistenza domiciliare integrata/Voucher socio-sanitario (A.D.I./V.S.S.).

Nel corso del 2007 saranno accreditabili i Consultori familiari e le unità d’offerta R.S.A., R.S.D., Hospice, C.D.I., C.D.D., C.S.S. e Servizi Dipendenze realizzate con finanziamenti statali o regionali, nonché relative ai seguenti casi per le motivazioni specificamente indicate:

- **Residenze Sanitario Assistenziali per anziani:**
  - posti letto realizzati o che verranno realizzati sul territorio della sola ASL Città di Milano, per i quali sia giunta comunicazione del permesso di costruire alla competente Direzione Generale Famiglia e solidarietà sociale entro lo scorso 30 settembre 2005, qualunque fosse lo stato di avanzamento dei lavori di edificazione a quella data, così come previsto dalla d.g.r. 16 dicembre 2004, n.19688 e dalla d.g.r. 12 dicembre 2005, n. 1375

- **Residenze Sanitario Assistenziali per disabili:**
  - posti letto derivanti dal compimento del processo di riconversione dei Centri residenziali e degli Istituti educativo assistenziali per handicappati
  - posti letto autorizzati e operanti con utenza effettiva al 31 ottobre 2006, nei limiti stabiliti con successivo provvedimento
  
- **Centri Diurni per Disabili:**
  - posti per i quali era stata presentata domanda di riconversione da parte dei gestori di Centri socio educativi il 31 maggio 2005, ferma restando la necessità del parere favorevole dell'A.S.L. o della perizia asseverata
  
- **Hospice**
  - posti letto autorizzati e operanti con utenza effettiva al 31 ottobre 2006, nei limiti stabiliti con successivo provvedimento
  
- **Servizi per le dipendenze**

Il processo di accreditamento stabilito con la d.g.r. 7 aprile 2003, n. 12621, che ha introdotto elementi di flessibilità e specializzazione nell'organizzazione dei servizi delle dipendenze, ha portato ad un sistema di intervento diffuso su tutto il territorio regionale e articolato nelle varie tipologie.

In questi ultimi anni, a partire dall'iniziale riorganizzazione, la rete dei servizi si è sostanzialmente stabilizzata, confermando in ogni A.S.L. il volume accreditato seppur con articolazioni e modulazioni interne.

A fronte dei rapidi cambiamenti legati all'evoluzione del fenomeno delle dipendenze è opportuno prevedere un'eventuale e ulteriore modulazione dell'offerta e disporre per il 2007 l'accREDITamento di:

- **servizi multidisciplinari integrati,**
- **servizi residenziali e semiresidenziali** autorizzati e operanti con utenza effettiva al 31 ottobre 2006, nei limiti stabiliti con successivo provvedimento
- **trasformazioni in moduli** (posti di accoglienza e di trattamento specialistico) all'interno di servizi residenziali e semiresidenziali già accreditati, a condizione di non ampliare la capacità complessivamente accreditata.

### *Attività socio- sanitarie a budget*

Anche nel 2007, per le attività dei Centri Diurni Integrati per anziani, dei Centri Diurni per disabili e dell'Assistenza Domiciliare Integrata/Voucher socio-sanitario ogni A.S.L. dovrà negoziare il relativo *budget* con gli Enti gestori.

### **Strutture riabilitative**

Per quanto riguarda le attività di riabilitazione, nel 2007:

- si continua l'attività di accreditamento in conformità con quanto disposto con il Decreto del Direttore generale Famiglia e solidarietà sociale n. 11250 del 18 luglio 2005, con il quale è stato approvato l'assetto dei volumi di attività autorizzabili ed accreditabili per ogni struttura sulla base delle proposte rassegnate dagli Enti gestori;
- eventuali riclassificazioni delle attività degli istituti di riabilitazione extraospedaliera già accreditati ai sensi della dgr 16 dicembre 2004, n. 19883 potranno essere consentite nel limite dei budget già definiti.

Le tipologie di riabilitazione extraospedaliera devono considerarsi superate così come è stato stabilito con il provvedimento di riordino delle attività riabilitative, d.g.r. n. 19883/2004, che analogamente ha disposto per le tipologie previste dalla d.g.r. 6 agosto 1998, n. 38133, proprio per superare la distinzione, all'interno della rete delle strutture riabilitative, tra assistenza ospedaliera ed extraospedaliera.

Per la remunerazione delle attività riabilitative riclassificate sono applicate le tariffe definite con d.g.r. 16 febbraio 2005, n. 20774: la decorrenza è dalla data di stipula del contratto tra gestore della struttura riclassificata e la ASL competente. Viene riconfermato per il 2007 quanto è stato stabilito con d.g.r. 27 giugno 2006, n. 2819 per quegli Istituti di riabilitazione extraospedaliera ex art. 26 che non concludono il percorso di riordino entro il 2007 stesso: sino a che non sarà concluso l'iter di accreditamento, e fino alla data di stipula del nuovo contratto con la ASL competente, saranno applicate le tariffe per loro definite con d.g.r. 7 aprile 2003, n. 12622, attribuendo quale budget provvisorio 2007 quanto remunerato nel 2005, rapportato al periodo intercorrente tra il 1° gennaio 2007 e la data di stipula del contratto.

L'attività di monitoraggio ha evidenziato fortemente che l'opera di "accompagnamento" per favorire il processo di riordino deve essere molto attenta a quelle strutture IDR che tradizionalmente si sono fatte carico di situazioni complesse, o per il grado della disabilità o per l'esordio precoce o per la totale mancanza di relazioni sociali, per le quali non si può in breve tempo provvedere ad una adeguata ricollocazione delle persone. Proprio perché questo processo deve altresì tenere conto di situazioni che per età e durata di permanenza nella struttura comportano una diversa adattabilità al modello assistenziale proprio della struttura, evidenziando un livello di fragilità che può essere efficacemente gestito con lo standard praticato sino a quel momento, si ritiene di stabilire per le persone così caratterizzate presenti su posti sia riclassificati nel nuovo sistema riabilitativo sia accreditati su altre unità d'offerta socio sanitaria:

- il mantenimento degli standard che erano previsti per gli IDR
- la remunerazione delle prestazioni applicando le tariffe IDR definite con d.g.r. n. 12622/2003.

Ovviamente, per ogni nuova ammissione in quella tipologia d'offerta, deve essere garantita l'appropriatezza delle prestazioni e gli standard stabiliti dal nuovo regime d'accredimento.

Si ritiene inoltre opportuno estendere "...la compartecipazione dell'utente nella misura corrispondente all'ammontare dell'assegno di accompagnamento, se percepito...", come previsto dalla d.g.r. 23 gennaio 2004, n. 16076, anche agli ospiti IDR presenti alla data di pubblicazione del presente provvedimento che verranno accolti più appropriatamente in Comunità socio sanitaria per persone disabili (CSS).

### **Altre disposizioni per le strutture di riabilitazione**

Le strutture di riabilitazione dovranno attenersi alle seguenti ulteriori disposizioni:

- gli esami strumentali e di laboratorio specifici eventualmente necessari per la realizzazione del Piano Riabilitativo Individuale e del Programma Riabilitativo Individuale sono a carico dell'Ente gestore della Struttura riabilitativa riclassificata o IDR (se non ancora accreditata ai sensi della d.g.r. n. 19883/2004)
- con riferimento alle sole prestazioni ambulatoriali in area Generale e geriatrica viene applicato il ticket, a far tempo dal 1° aprile 2007 con le modalità e negli stessi termini previsti per le prestazioni ambulatoriali in area Specialistica e la remunerazione è quella riportata nel Nomenclatore tariffario.

- con riferimento al budget che viene definito ed assegnato ad ogni Struttura riabilitativa riclassificata si stabilisce quanto segue:
  - ogni ASL deve negoziare in maniera distinta le quote di budget rispettivamente per le prestazioni in regime di ricovero (regimi di ricovero ordinario e di day hospital) e per le prestazioni nei regimi diurno continuo, ambulatoriale e domiciliare. Non è possibile trasferire volumi di prestazioni e/o di budget tra questi due ambiti
  - la remunerazione di una quota di prestazioni deve essere subordinata al raggiungimento di ulteriori obiettivi negoziati tra Aziende Sanitarie Locali e soggetti gestori: Tale quota di prestazioni è pari alla somma del 4% del budget per i ricoveri e del 14% del budget per le prestazioni nei regimi diurno continuo, ambulatoriale e domiciliare.

allegato tariffe DRG

DRG	TIPTAR	TIPO	DESDRG	TARORD	TARUNO	VALSOA	TARSOA	TARDHC	TARDHM	TARRIA	VALSOR	TARSOR	TARDHR
001		C	Craniotomia eta' >17 escl. per traumatismo	10.488,00	7.865,00	39,00	315,00	7.865,00	0,00	228,00	40,00	136,00	172,00
002		C	Craniotomia eta' >17 per traumatismo	10.693,00	8.020,00	26,00	490,00	8.020,00	0,00	228,00	40,00	136,00	172,00
003		C	Craniotomia eta' < 18	10.118,00	7.589,00	60,00	290,00	7.589,00	0,00	228,00	40,00	136,00	172,00
004		C	Int. su midollo spinale	7.594,00	5.695,00	21,00	288,00	5.695,00	0,00	261,00	60,00	156,00	196,00
005		C	Int. su vasi extracranici	4.187,00	3.141,00	16,00	211,00	3.141,00	0,00	228,00	40,00	136,00	172,00
006		C	Decompressione tunnel carpale	743,00	743,00	4,00	96,00	743,00	0,00	228,00	40,00	136,00	172,00
007		C	Int. su nervi e altri int. sist. nervoso con CC	7.255,00	5.442,00	40,00	238,00	5.442,00	0,00	228,00	40,00	136,00	172,00
008	N	C	Int. su nervi periferici e cranici ed altri int. su sist. nervoso senza CC	1.970,00	1.478,00	14,00	190,00	1.478,00	0,00	228,00	40,00	136,00	172,00
008	S	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 ...")	7.037,00	5.278,00	40,00	231,00	5.278,00	0,00	228,00	40,00	136,00	172,00
009		M	Mal. e traumatismi midollo spinale	3.713,00	263,00	31,00	182,00	0,00	263,00	354,00	180,00	212,00	265,00
010		M	Neoplasie sist. nervoso con CC	3.727,00	197,00	34,00	148,00	0,00	197,00	228,00	40,00	136,00	172,00
011		M	Neoplasie sist. nervoso senza CC	2.299,00	165,00	26,00	131,00	0,00	165,00	228,00	40,00	136,00	172,00
012		M	Mal. degenerative sist. nervoso	2.773,00	190,00	23,00	122,00	0,00	190,00	337,00	60,00	202,00	253,00
013		M	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	2.350,00	192,00	20,00	122,00	0,00	192,00	337,00	60,00	202,00	253,00
014	N	M	Malattie cerebrovascolari specifiche escl. TIA (Con altra diagnosi principale)	2.544,00	146,00	30,00	106,00	0,00	146,00	337,00	80,00	202,00	253,00
014	S	M	Malattie cerebrovascolari specifiche escl. TIA (Con diagnosi principale: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)	3.531,00	202,00	30,00	146,00	0,00	202,00	337,00	80,00	202,00	253,00
015	N	M	TIA e occlusioni precerebrali (Con altra diagnosi principale)	2.071,00	142,00	21,00	103,00	0,00	142,00	283,00	50,00	169,00	212,00
015	S	M	TIA e occlusioni precerebrali (Con diagnosi principale:433.00, 433.10, 433.20, 433.30, 433.80, 433.90, 434.00, 434.10, 434.90)	2.472,00	142,00	21,00	103,00	0,00	142,00	283,00	50,00	169,00	212,00
016		M	Mal. cerebrovascolari aspecifiche con CC	3.126,00	199,00	25,00	138,00	0,00	199,00	283,00	50,00	169,00	212,00
017		M	Mal. cerebrovascolari aspecifiche senza CC	1.918,00	151,00	20,00	97,00	0,00	151,00	283,00	50,00	169,00	212,00
018		M	Mal. nervi cranici e periferici con CC	2.662,00	166,00	25,00	122,00	0,00	166,00	283,00	50,00	169,00	212,00
019		M	Mal. nervi cranici e periferici senza CC	1.158,00	143,00	22,00	57,00	0,00	143,00	283,00	40,00	169,00	212,00
020		M	Infesz. sist. nervoso escl. meningite virale	6.644,00	315,00	40,00	258,00	0,00	315,00	228,00	40,00	136,00	172,00
021		M	Meningite virale	4.091,00	299,00	20,00	275,00	0,00	299,00	228,00	40,00	136,00	172,00
022		M	Encefalopatia ipertensiva	2.108,00	192,00	27,00	125,00	0,00	192,00	299,00	60,00	180,00	224,00
023		M	Stupore e coma non traumatico	2.451,00	138,00	24,00	124,00	0,00	138,00	354,00	180,00	212,00	265,00
024		M	Convulsioni e cefalea, eta' > 17 con CC	2.739,00	210,00	21,00	161,00	0,00	210,00	228,00	40,00	136,00	172,00
025		M	Convulsioni e cefalea, eta' > 17 senza CC	1.057,00	156,00	17,00	57,00	0,00	156,00	228,00	40,00	136,00	172,00
026		M	Convulsioni e cefalea, eta' < 18	2.610,00	366,00	11,00	323,00	0,00	366,00	228,00	40,00	136,00	172,00
027		M	Stupore e coma traumat.coma > 1 h	4.108,00	237,00	31,00	158,00	0,00	237,00	354,00	180,00	212,00	265,00
028		M	Stupore e coma traumat.coma <1 h,eta'>17 con CC	3.544,00	242,00	31,00	235,00	0,00	242,00	354,00	180,00	212,00	265,00
029		M	Stupore e coma traumat.coma <1 h,eta'>17 senza CC	1.759,00	199,00	18,00	191,00	0,00	199,00	354,00	180,00	212,00	265,00
030		M	Stupore e coma traumat.coma <1 h, eta' < 18	1.031,00	217,00	4,00	189,00	0,00	217,00	354,00	180,00	212,00	265,00
031		M	Commozione cerebrale, eta' > 17 con CC	2.173,00	214,00	19,00	192,00	0,00	214,00	228,00	40,00	136,00	172,00
032		M	Commozione cerebrale, eta' > 17 senza CC	1.278,00	185,00	10,00	162,00	0,00	185,00	228,00	40,00	136,00	172,00
033		M	Commozione cerebrale, eta' < 18	786,00	192,00	4,00	114,00	0,00	192,00	228,00	40,00	136,00	172,00
034		M	Altre mal. sist. nervoso con CC	3.322,00	181,00	41,00	128,00	0,00	181,00	228,00	40,00	136,00	172,00
035		M	Altre mal. sist. nervoso senza CC	1.624,00	146,00	20,00	104,00	0,00	146,00	283,00	40,00	169,00	212,00
036		C	Int. su retina	1.995,00	1.496,00	12,00	131,00	1.496,00	0,00	163,00	30,00	97,00	122,00
037		C	Int. su orbita	2.355,00	1.766,00	20,00	184,00	1.766,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
038		C	Int. primari su iride	1.151,00	863,00	16,00	117,00	863,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
039		C	Int. su cristallino con o senza vitrectomia	797,00	797,00	4,00	81,00	797,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
040		C	Int. extraoculari escl. orbita, eta' > 17	1.144,00	1.144,00	4,00	103,00	1.144,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
041		C	Int. extraoculari escl. orbita, eta' < 18	762,00	762,00	4,00	110,00	762,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
042		C	Int. intraoculari escl. retina,iride e cristallino	1.409,00	1.409,00	9,00	65,00	1.409,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
043		M	Ifema	1.154,00	192,00	13,00	157,00	0,00	192,00	163,00	20,00	97,00	122,00
044		M	Infesz. acute maggiori occhio	1.912,00	197,00	26,00	124,00	0,00	197,00	163,00	20,00	97,00	122,00
045		M	Mal. neurologiche occhio	1.688,00	167,00	20,00	144,00	0,00	167,00	163,00	20,00	97,00	122,00
046		M	Altre mal. occhio, eta' > 17 con CC	2.157,00	167,00	20,00	230,00	0,00	167,00	163,00	20,00	97,00	122,00
047		M	Altre mal. occhio, eta' > 17 senza CC	1.324,00	169,00	15,00	138,00	0,00	169,00	163,00	20,00	97,00	122,00
048		M	Altre mal. occhio, eta' < 18	1.287,00	184,00	13,00	150,00	0,00	184,00	163,00	20,00	97,00	122,00
049		C	Int. maggiori su capo e su collo	4.790,00	3.593,00	46,00	116,00	3.593,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
050		C	Sialoadenectomia	2.125,00	1.593,00	11,00	128,00	1.593,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
051		C	Int. su ghiandole salivari escl. sialoadenectomia	1.717,00	1.287,00	20,00	209,00	1.287,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
052		C	Riparazione di cheiloschisi e di palatoschisi	2.283,00	1.711,00	14,00	172,00	1.711,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
053		C	Int. su seni e mastoide, eta' > 17	2.101,00	1.576,00	9,00	185,00	1.576,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
054		C	Int. su seni e mastoide, eta' < 18	2.030,00	1.523,00	20,00	163,00	1.523,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
055		C	Miscellanea int. su orecchio, naso, bocca e gola	1.291,00	1.291,00	4,00	87,00	1.291,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
056		C	Rinoplastica	1.738,00	1.303,00	4,00	207,00	1.303,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
057		C	Int. su tonsille e adenoidi, eta' > 17	2.081,00	1.560,00	4,00	290,00	1.560,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
058		C	Int. su tonsille e adenoidi, eta' < 18	921,00	691,00	7,00	177,00	691,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
059		C	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, eta' > 17	1.156,00	868,00	4,00	202,00	868,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
060		C	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, eta' < 18	753,00	565,00	4,00	179,00	565,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
061		C	Miringotomia con inserzione di tubo, eta' > 17	2.119,00	1.589,00	10,00	280,00	1.589,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
062		C	Miringotomia con inserzione di tubo, eta' < 18	891,00	668,00	2,00	155,00	668,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
063		C	Altri int. su orecchio, naso, bocca e gola	2.940,00	2.205,00	15,00	213,00	2.205,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
064		M	T.M. orecchio, naso, bocca e gola	3.392,00	271,00	23,00	175,00	0,00	271,00	163,00	20,00	97,00	122,00
065		M	Alterazioni dell'equilibrio	918,00	147,00	15,00	52,00	0,00	147,00	163,00	20,00	97,00	122,00
066		M	Epistassi	1.401,00	216,00	11,00	162,00	0,00	216,00	163,00	20,00	97,00	122,00
067		M	Epiglottidite	2.375,00	375,00	13,00	247,00	0,00	375,00	163,00	20,00	97,00	122,00
068		M	Otite m.,infesz. vie respir. sup.,eta' >17 con CC	2.096,00	187,00	23,00	146,00	0,00	187,00	163,00	20,00	97,00	122,00

allegato tariffe DRG

DRG	TIPTAR	TIPO	DESDRG	TARORD	TARUNO	VALSOA	TARSOA	TARDHC	TARDHM	TARRIA	VALSOR	TARSOR	TARDHR
069		M	Otite m.,infez. vie respir. sup.,eta' >17 senza CC	1.434,00	184,00	10,00	151,00	0,00	184,00	163,00	20,00	97,00	122,00
070		M	Otite m.,infez. vie respir. sup.,eta' < 18	1.727,00	332,00	9,00	230,00	0,00	332,00	163,00	20,00	97,00	122,00
071		M	Laringotracheite	1.944,00	374,00	5,00	366,00	0,00	374,00	163,00	20,00	97,00	122,00
072		M	Traumatismi e deformita' naso	1.648,00	358,00	4,00	231,00	0,00	358,00	163,00	20,00	97,00	122,00
073		M	Altre dia. orecchio, naso, bocca, gola, eta' > 17	2.121,00	263,00	13,00	235,00	0,00	263,00	163,00	20,00	97,00	122,00
074		M	Altre dia. orecchio, naso, bocca, gola, eta' < 18	998,00	199,00	9,00	142,00	0,00	199,00	163,00	20,00	97,00	122,00
075		C	Int. maggiori sul torace	11.517,00	8.638,00	31,00	298,00	8.638,00	0,00	218,00	15,00	130,00	163,00
076		C	Altri int. su app. respiratorio con CC	8.410,00	6.307,00	49,00	224,00	6.307,00	0,00	218,00	15,00	130,00	163,00
077		C	Altri int. su app. respiratorio senza CC	3.050,00	2.287,00	37,00	144,00	2.287,00	0,00	218,00	15,00	130,00	163,00
078		M	Embolia polmonare	4.045,00	194,00	33,00	141,00	0,00	194,00	218,00	15,00	130,00	163,00
079		M	Infez. e infiamm. respiratorie, eta' > 17 con CC	4.936,00	200,00	45,00	126,00	0,00	200,00	218,00	15,00	130,00	163,00
080		M	Infez. e infiamm. respiratorie, eta' > 17 senza CC	2.873,00	125,00	42,00	65,00	0,00	125,00	218,00	15,00	130,00	163,00
081		M	Infez. e infiamm. respiratorie, eta' < 18	3.577,00	255,00	27,00	149,00	0,00	255,00	218,00	15,00	130,00	163,00
082		M	Neoplasie app. respiratorio	3.611,00	212,00	36,00	176,00	0,00	212,00	251,00	20,00	150,00	188,00
083		M	Traumi maggiori torace con CC	2.836,00	235,00	18,00	236,00	0,00	235,00	218,00	15,00	130,00	163,00
084		M	Traumi maggiori torace senza CC	1.371,00	257,00	12,00	159,00	0,00	257,00	218,00	15,00	130,00	163,00
085		M	Versamento pleurico con CC	3.475,00	195,00	31,00	133,00	0,00	195,00	218,00	15,00	130,00	163,00
086		M	Versamento pleurico senza CC	2.005,00	128,00	28,00	85,00	0,00	128,00	218,00	15,00	130,00	163,00
087		M	Edema polmonare e insuff. respiratoria	3.356,00	223,00	27,00	202,00	0,00	223,00	261,00	40,00	156,00	196,00
088		M	Malattia polmonare cronico-ostruttiva	2.802,00	208,00	21,00	144,00	0,00	208,00	261,00	40,00	156,00	196,00
089		M	Polmonite semplice e pleurite, eta' > 17 con CC	3.363,00	190,00	29,00	133,00	0,00	190,00	251,00	20,00	150,00	188,00
090		M	Polmonite semplice e pleurite, eta' > 17 senza CC	2.183,00	148,00	21,00	101,00	0,00	148,00	218,00	15,00	130,00	163,00
091		M	Polmonite semplice e pleurite, eta' < 18	2.342,00	287,00	15,00	185,00	0,00	287,00	218,00	15,00	130,00	163,00
092		M	Malattia polmonare interstiziale con CC	3.476,00	207,00	31,00	149,00	0,00	207,00	218,00	15,00	130,00	163,00
093		M	Malattia polmonare interstiziale senza CC	2.242,00	167,00	26,00	135,00	0,00	167,00	218,00	15,00	130,00	163,00
094		M	Pneumotorace con CC	3.818,00	225,00	26,00	166,00	0,00	225,00	218,00	15,00	130,00	163,00
095		M	Pneumotorace senza CC	1.784,00	199,00	16,00	141,00	0,00	199,00	218,00	15,00	130,00	163,00
096		M	Bronchite e asma, eta' > 17 con CC	2.509,00	193,00	21,00	142,00	0,00	193,00	251,00	20,00	150,00	188,00
097		M	Bronchite e asma, eta' > 17 senza CC	1.798,00	172,00	17,00	124,00	0,00	172,00	251,00	20,00	150,00	188,00
098		M	Bronchite e asma, eta' < 18	2.515,00	345,00	12,00	261,00	0,00	345,00	218,00	15,00	130,00	163,00
099		M	Segni e sintomi respiratori con CC	2.278,00	158,00	29,00	111,00	0,00	158,00	261,00	20,00	156,00	196,00
100		M	Segni e sintomi respiratori senza CC	1.465,00	145,00	16,00	101,00	0,00	145,00	261,00	20,00	156,00	196,00
101		M	Altre dia. app. respiratorio con CC	2.730,00	181,00	23,00	129,00	0,00	181,00	261,00	20,00	156,00	196,00
102		M	Altre dia. app. respiratorio senza CC	1.622,00	158,00	15,00	125,00	0,00	158,00	261,00	20,00	156,00	196,00
103		C	Trapianto cardiaco	41.635,00	31.227,00	73,00	677,00	31.227,00	0,00	212,00	20,00	127,00	159,00
104		C	Int. valvole cardiache con cateterismo cardiaco	21.519,00	16.139,00	30,00	783,00	16.139,00	0,00	212,00	15,00	127,00	159,00
105		C	Int. valvole cardiache senza cateterismo cardiaco	16.181,00	12.135,00	26,00	710,00	12.135,00	0,00	212,00	15,00	127,00	159,00
106		C	Bypass coronarico con cateterismo cardiaco	16.730,00	12.548,00	45,00	524,00	12.548,00	0,00	212,00	15,00	127,00	159,00
107		C	Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco	15.707,00	11.780,00	28,00	524,00	11.780,00	0,00	212,00	15,00	127,00	159,00
108		C	Altri int. cardiotoracici	16.301,00	12.226,00	27,00	707,00	12.226,00	0,00	212,00	15,00	127,00	159,00
109		C	Bypass coronarico senza PTCA o catet. Cardiaco	12.138,00	9.103,00	18,00	723,00	9.103,00	0,00	212,00	15,00	127,00	159,00
110		C	Int. maggiori su sist. cardiovascolare con CC	13.536,00	10.151,00	36,00	419,00	10.151,00	0,00	212,00	15,00	127,00	159,00
111		C	Int. maggiori su sist. cardiovascolare senza CC	7.848,00	5.885,00	22,00	277,00	5.885,00	0,00	212,00	15,00	127,00	159,00
112			Non piu' valido	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
113		C	Amputaz. per mal.circol. escl.arto sup.,dita piede	8.693,00	6.518,00	67,00	195,00	6.518,00	0,00	212,00	15,00	127,00	159,00
114		C	Amputaz. arto sup., dita piede per mal. circol.	4.633,00	3.475,00	52,00	115,00	3.475,00	0,00	212,00	15,00	127,00	159,00
115		C	Pacemaker perm. con IMA, insuff. cardiaca o shock	11.967,00	8.976,00	31,00	481,00	8.976,00	0,00	212,00	15,00	127,00	159,00
116		C	Altri int. pacemaker o AICD o generatore impulsi	7.912,00	5.935,00	19,00	482,00	5.935,00	0,00	212,00	15,00	127,00	159,00
117		C	Revisione di pacemaker cardiaco escl. sostituzione	3.457,00	2.593,00	33,00	233,00	2.593,00	0,00	212,00	15,00	127,00	159,00
118		C	Sostituzione di pacemaker cardiaco	4.337,00	3.252,00	4,00	430,00	3.252,00	0,00	212,00	15,00	127,00	159,00
119		C	Legatura e stripping di vene	1.445,00	1.445,00	4,00	162,00	1.445,00	0,00	212,00	15,00	127,00	159,00
120		C	Altri int. su app. circolatorio	6.097,00	4.574,00	43,00	219,00	4.574,00	0,00	212,00	15,00	127,00	159,00
121		M	Mal.cardiovasc. con IMA con CC card.,vivi	4.773,00	273,00	25,00	197,00	0,00	273,00	294,00	20,00	177,00	221,00
122		M	Mal.cardiovasc. con IMA senza CC card.,vivi	3.771,00	266,00	17,00	158,00	0,00	266,00	251,00	20,00	150,00	188,00
123		M	Mal.cardiovasc. con IMA, deceduti	4.728,00	451,00	30,00	484,00	0,00	451,00	212,00	15,00	127,00	159,00
124		M	Mal.cardiovasc. escl.IMA con catet.,dia. compl.	3.459,00	539,00	25,00	214,00	0,00	539,00	289,00	20,00	173,00	217,00
125		M	Mal.cardiovasc. escl.IMA con catet.,dia. no compl.	2.139,00	528,00	9,00	231,00	0,00	528,00	278,00	20,00	166,00	209,00
126		M	Endocardite acuta e subacuta	9.434,00	313,00	102,00	228,00	0,00	313,00	212,00	15,00	127,00	159,00
127		M	Insufficienza cardiaca e shock	3.005,00	202,00	24,00	146,00	0,00	202,00	289,00	20,00	173,00	217,00
128		M	Tromboflebite vene profonde	2.287,00	151,00	23,00	111,00	0,00	151,00	212,00	15,00	127,00	159,00
129		M	Arresto cardiaco senza causa apparente	3.726,00	273,00	39,00	266,00	0,00	273,00	212,00	15,00	127,00	159,00
130		M	Mal. vascolari periferiche con CC	2.907,00	187,00	34,00	124,00	0,00	187,00	251,00	20,00	150,00	188,00
131		M	Mal. vascolari periferiche senza CC	1.196,00	139,00	27,00	49,00	0,00	139,00	251,00	20,00	150,00	188,00
132		M	Aterosclerosi con CC	2.314,00	161,00	24,00	112,00	0,00	161,00	251,00	20,00	150,00	188,00
133		M	Aterosclerosi senza CC	912,00	133,00	17,00	46,00	0,00	133,00	251,00	20,00	150,00	188,00
134		M	Iipertensione	970,00	151,00	18,00	53,00	0,00	151,00	212,00	20,00	127,00	159,00
135		M	Mal. cardiache congenite e valv.,eta' >17 con CC	2.578,00	222,00	21,00	152,00	0,00	222,00	212,00	15,00	127,00	159,00
136		M	Mal. cardiache congenite e valv.,eta' >17 senza CC	1.699,00	162,00	16,00	112,00	0,00	162,00	251,00	20,00	150,00	188,00
137		M	Mal. cardiache congenite e valv.,eta' < 18	1.914,00	249,00	12,00	208,00	0,00	249,00	212,00	15,00	127,00	159,00
138		M	Aritmia e alterazioni conduzione cardiaca con CC	2.545,00	232,00	19,00	162,00	0,00	232,00	212,00	15,00	127,00	159,00
139		M	Aritmia e alterazioni conduzione cardiaca senza CC	1.619,00	183,00	14,00	129,00	0,00	183,00	212,00	15,00	127,00	159,00

allegato tariffe DRG

DRG	TIPTAR	TIPO	DESDRG	TARORD	TARUNO	VALSOA	TARSOA	TARDHC	TARDHM	TARRIA	VALSOR	TARSOR	TARDHR
140		M	Angina pectoris	2.006,00	183,00	18,00	119,00	0,00	183,00	251,00	20,00	150,00	188,00
141		M	Sincope e collasso con CC	2.031,00	168,00	23,00	131,00	0,00	168,00	212,00	15,00	127,00	159,00
142		M	Sincope e collasso senza CC	1.011,00	154,00	21,00	57,00	0,00	154,00	212,00	15,00	127,00	159,00
143		M	Dolore toracico	1.621,00	210,00	13,00	153,00	0,00	210,00	212,00	15,00	127,00	159,00
144		M	Altre dia. app. circolatorio con CC	3.342,00	243,00	27,00	148,00	0,00	243,00	294,00	30,00	177,00	221,00
145		M	Altre dia. app. circolatorio senza CC	2.014,00	187,00	21,00	126,00	0,00	187,00	251,00	20,00	150,00	188,00
146		C	Resezione rettale con CC	9.974,00	7.479,00	41,00	175,00	7.479,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
147		C	Resezione rettale senza CC	5.481,00	4.112,00	35,00	121,00	4.112,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
148		C	Int. maggiori intestino crasso e tenue con CC	12.912,00	9.684,00	48,00	247,00	9.684,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
149		C	Int. maggiori intestino crasso e tenue senza CC	4.468,00	3.350,00	42,00	131,00	3.350,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
150		C	Lisi di aderenze peritoneali con CC	8.027,00	6.021,00	36,00	289,00	6.021,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
151		C	Lisi di aderenze peritoneali senza CC	3.451,00	2.588,00	29,00	185,00	2.588,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
152		C	Int. minori su intestino crasso e tenue con CC	5.566,00	4.173,00	46,00	175,00	4.173,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
153		C	Int. minori su intestino crasso e tenue senza CC	3.178,00	2.384,00	33,00	160,00	2.384,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
154		C	Int. esofago,stomaco e duodeno, eta' >17 con CC	13.124,00	9.842,00	47,00	319,00	9.842,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
155		C	Int. esofago,stomaco e duodeno, eta' >17 senza CC	4.586,00	3.440,00	34,00	129,00	3.440,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
156		C	Int. esofago,stomaco e duodeno, eta' < 18	2.544,00	1.907,00	30,00	114,00	1.907,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
157		C	Int. su ano e stoma con CC	2.699,00	2.023,00	19,00	140,00	2.023,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
158		C	Int. su ano e stoma senza CC	1.126,00	1.126,00	4,00	62,00	1.126,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
159		C	Int. ernia escl.inguin. e femor.,eta' >17 con CC	3.372,00	2.530,00	29,00	127,00	2.530,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
160		C	Int. ernia escl.inguin. e femor.,eta' >17 senza CC	1.413,00	1.413,00	16,00	51,00	1.413,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
161		C	Int. ernia inguinale e femorale, eta' >17 con CC	2.271,00	1.703,00	13,00	136,00	1.703,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
162		C	Int. ernia inguinale e femorale, eta' >17 senza CC	1.053,00	1.053,00	4,00	63,00	1.053,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
163		C	Int. ernia, eta' < 18	993,00	993,00	4,00	134,00	993,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
164		C	Appendicectomia con dia. princ. compl. con CC	7.163,00	5.373,00	30,00	375,00	5.373,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
165		C	Appendicectomia con dia. princ. compl. senza CC	2.805,00	2.105,00	10,00	309,00	2.105,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
166		C	Appendicectomia con dia. princ. non compl. con CC	3.463,00	2.596,00	16,00	248,00	2.596,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
167		C	Appendicectomia con dia.princ. non compl. senza CC	1.980,00	1.486,00	9,00	233,00	1.486,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
168		C	Int. su bocca con CC	2.708,00	2.030,00	10,00	172,00	2.030,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
169		C	Int. su bocca senza CC	1.583,00	1.187,00	9,00	164,00	1.187,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
170		C	Altri int. su app. digerente con CC	8.113,00	6.085,00	53,00	270,00	6.085,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
171		C	Altri int. su app. digerente senza CC	3.322,00	2.491,00	31,00	130,00	2.491,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
172		M	T.M. app. digerente con CC	3.882,00	219,00	37,00	175,00	0,00	219,00	163,00	20,00	97,00	122,00
173		M	T.M. app. digerente senza CC	2.048,00	156,00	26,00	122,00	0,00	156,00	163,00	20,00	97,00	122,00
174		M	Emorragia gastrointestinale con CC	2.928,00	206,00	23,00	148,00	0,00	206,00	163,00	20,00	97,00	122,00
175		M	Emorragia gastrointestinale senza CC	1.728,00	162,00	18,00	112,00	0,00	162,00	163,00	20,00	97,00	122,00
176		M	Ulcera peptica complicata	2.912,00	231,00	25,00	185,00	0,00	231,00	163,00	20,00	97,00	122,00
177		M	Ulcera peptica non complicata con CC	2.303,00	163,00	22,00	118,00	0,00	163,00	163,00	20,00	97,00	122,00
178		M	Ulcera peptica non complicata senza CC	1.661,00	166,00	18,00	117,00	0,00	166,00	163,00	20,00	97,00	122,00
179		M	Mal. infiammatorie intestino	3.113,00	215,00	26,00	153,00	0,00	215,00	163,00	20,00	97,00	122,00
180		M	Occlusione gastrointestinale con CC	2.771,00	201,00	24,00	155,00	0,00	201,00	163,00	20,00	97,00	122,00
181		M	Occlusione gastrointestinale senza CC	1.571,00	155,00	17,00	114,00	0,00	155,00	163,00	20,00	97,00	122,00
182		M	Gastroent., miscell. mal. diger.,eta' > 17 con CC	2.242,00	191,00	23,00	135,00	0,00	191,00	163,00	20,00	97,00	122,00
183		M	Gastroent., miscell. mal. diger.,eta' > 17 senza CC	957,00	150,00	18,00	61,00	0,00	150,00	163,00	20,00	97,00	122,00
184		M	Gastroent., miscell. mal. diger.,eta' < 18	1.017,00	295,00	4,00	112,00	0,00	295,00	163,00	20,00	97,00	122,00
185		M	Mal.denti,bocca escl. estraz. e riparaz.,eta' > 17	2.347,00	286,00	15,00	234,00	0,00	286,00	163,00	20,00	97,00	122,00
186		M	Mal.denti,bocca escl. estraz. e riparaz.,eta' < 18	1.316,00	208,00	9,00	162,00	0,00	208,00	163,00	20,00	97,00	122,00
187		M	Estrazioni e riparazioni dentali	942,00	420,00	4,00	138,00	0,00	420,00	163,00	20,00	97,00	122,00
188		M	Altre dia. app. digerente, eta' > 17 con CC	2.980,00	220,00	28,00	168,00	0,00	220,00	163,00	20,00	97,00	122,00
189		M	Altre dia. app. digerente, eta' > 17 senza CC	1.378,00	147,00	15,00	124,00	0,00	147,00	163,00	20,00	97,00	122,00
190		M	Altre dia. app. digerente, et' < 18	1.974,00	384,00	9,00	249,00	0,00	384,00	163,00	20,00	97,00	122,00
191		C	Int. su pancreas, fegato e di shunt con CC	17.878,00	13.408,00	59,00	316,00	13.408,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
192		C	Int. su pancreas, fegato e di shunt senza CC	5.859,00	4.396,00	48,00	132,00	4.396,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
193		C	Int. su vie biliari escl. colecistectomia con CC	10.374,00	7.780,00	52,00	224,00	7.780,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
194		C	Int. su vie biliari escl. colecistectomia senza CC	5.126,00	3.843,00	51,00	129,00	3.843,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
195		C	Colecistectomia con esploraz. dotto com. con CC	7.993,00	5.996,00	49,00	229,00	5.996,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
196		C	Colecistectomia con esploraz. dotto com. senza CC	4.196,00	3.146,00	46,00	152,00	3.146,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
197		C	Colecistectomia senza esploraz. dotto com. con CC	5.307,00	3.981,00	36,00	184,00	3.981,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
198		C	Colecistectomia senza esploraz.dotto com. senza CC	2.748,00	2.061,00	19,00	178,00	2.061,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
199		C	Proc. diagnost. epatobiliari per T.M.	7.750,00	5.813,00	60,00	222,00	5.813,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
200		C	Proc. diagnost. epatobiliari non per T.M.	9.020,00	6.766,00	53,00	256,00	6.766,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
201		C	Altri int. epatobiliari o su pancreas	8.362,00	6.272,00	72,00	238,00	6.272,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
202		M	Cirrosi ed epatite alcolica	3.472,00	211,00	29,00	174,00	0,00	211,00	163,00	20,00	97,00	122,00
203	N	M	Neoplasie maligne app. epatobiliare o pancreas	3.598,00	228,00	34,00	167,00	0,00	228,00	163,00	20,00	97,00	122,00
203	S	C	Neoplasie maligne app. epatobiliare o pancreas (con Cod. Interv. 9985 "ipertermia per il trattamento di tumore")	5.057,00	3.793,00	34,00	162,00	3.793,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
204		M	Mal. pancreas escl. T.M.	3.335,00	216,00	26,00	158,00	0,00	216,00	163,00	20,00	97,00	122,00
205		M	Mal.fegato escl. T.M.,cirrosi,epat.alcool. con CC	3.344,00	212,00	26,00	167,00	0,00	212,00	163,00	20,00	97,00	122,00
206		M	Mal.fegato escl. T.M.,cirrosi,epat.alcool.senza CC	1.935,00	153,00	29,00	131,00	0,00	153,00	163,00	20,00	97,00	122,00
207		M	Mal. vie biliari con CC	2.933,00	194,00	28,00	140,00	0,00	194,00	163,00	20,00	97,00	122,00
208		M	Mal. vie biliari senza CC	1.081,00	141,00	19,00	51,00	0,00	141,00	163,00	20,00	97,00	122,00
209		C	Interventi su articolazioni magg. e reimpianti arti inf.	7.768,00	5.826,00	26,00	239,00	5.826,00	0,00	245,00	15,00	147,00	184,00

allegato tariffe DRG

DRG	TIPTAR	TIPO	DESDRG	TARORD	TARUNO	VALSOA	TARSOA	TARDHC	TARDHM	TARRIA	VALSOR	TARSOR	TARDHR
209	E	C	Interventi su articolazioni magg. e reimpianti arti inf. (replica Tariffe DRG 209, se Interv. 8153 "Revisione di sostituzione ...")	7.768,00	5.826,00	26,00	239,00	5.826,00	0,00	245,00	15,00	147,00	184,00
209	F	C	Interventi su articolazioni magg. e reimpianti arti inf. (replica Tariffe DRG 209, se Interv. 8153 "Revisione di sostituzione ...")	7.768,00	5.826,00	26,00	239,00	5.826,00	0,00	245,00	15,00	147,00	184,00
209	G	C	Interventi su articolazioni magg. e reimpianti arti inf. (replica Tariffe DRG 209, se Interv. 8153 "Revisione di sostituzione ...")	7.768,00	5.826,00	26,00	239,00	5.826,00	0,00	245,00	15,00	147,00	184,00
209	H	C	Interventi su articolazioni magg. e reimpianti arti inf. (replica Tariffe DRG 209, se Interv. 8153 "Revisione di sostituzione ...")	7.768,00	5.826,00	26,00	239,00	5.826,00	0,00	245,00	15,00	147,00	184,00
210		C	Int.anca,femore escl.articol.magg.,eta>17 con CC	6.386,00	4.789,00	36,00	168,00	4.789,00	0,00	212,00	15,00	127,00	159,00
211		C	Int.anca,femore escl.articol.magg.,eta>17senza CC	3.977,00	2.982,00	34,00	136,00	2.982,00	0,00	212,00	15,00	127,00	159,00
212		C	Int.anca,femore escl. articolaz. magg.,eta< 18	3.463,00	2.597,00	30,00	138,00	2.597,00	0,00	212,00	15,00	127,00	159,00
213		C	Amputaz. per mal. sist.muscoloschel. e connett.	5.284,00	3.964,00	103,00	156,00	3.964,00	0,00	212,00	15,00	127,00	159,00
214			Non piu' valido	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
215			Non piu' valido	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
216		C	Biopsie sist. muscoloschel. e tessuto connettivo	5.756,00	4.317,00	34,00	375,00	4.317,00	0,00	212,00	15,00	127,00	159,00
217		C	Sbrigliamento ferita e trapianto cutaneo escl.mano	7.373,00	5.531,00	24,00	333,00	5.531,00	0,00	212,00	15,00	127,00	159,00
218		C	Int.arto inf.,omero escl.anca etc.,eta>17 con CC	5.008,00	3.758,00	32,00	140,00	3.758,00	0,00	212,00	15,00	127,00	159,00
219		C	Int.arto inf.,omero escl.anca etc.,eta>17senza CC	3.111,00	2.332,00	22,00	136,00	2.332,00	0,00	212,00	15,00	127,00	159,00
220		C	Int.arto inf.,omero escl.anca etc.,eta< 18	2.804,00	2.104,00	13,00	207,00	2.104,00	0,00	212,00	15,00	127,00	159,00
221			Non piu' valido	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
222			Non piu' valido	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
223		C	Int. magg. spalla,gomito o altri arto sup. con CC	2.356,00	1.768,00	4,00	162,00	1.768,00	0,00	212,00	15,00	127,00	159,00
224		C	Int. spalla,gomito escl.magg.su articolaz.senza CC	2.125,00	1.593,00	12,00	148,00	1.593,00	0,00	212,00	15,00	127,00	159,00
225		C	Int. sul piede	2.280,00	1.709,00	8,00	193,00	1.709,00	0,00	212,00	15,00	127,00	159,00
226		C	Int. su tessuti molli con CC	3.753,00	2.816,00	36,00	164,00	2.816,00	0,00	212,00	15,00	127,00	159,00
227		C	Int. su tessuti molli senza CC	1.695,00	1.272,00	9,00	190,00	1.272,00	0,00	212,00	15,00	127,00	159,00
228		C	Int. magg. pollice, mano o polso con CC	2.127,00	1.595,00	12,00	193,00	1.595,00	0,00	212,00	15,00	127,00	159,00
229		C	Int. mano o polso escl. magg.su articolaz.senza CC	1.482,00	1.111,00	4,00	197,00	1.111,00	0,00	212,00	15,00	127,00	159,00
230		C	Esciss.,rimoz. mezzi fissaggio anca e femore	2.665,00	2.000,00	12,00	210,00	2.000,00	0,00	212,00	15,00	127,00	159,00
231	N	C	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissaggio int. escl. anca e femore	2.491,00	1.868,00	4,00	306,00	1.868,00	0,00	212,00	15,00	127,00	159,00
231	S	C	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissaggio int. escl. anca e femore (solo mano e piede, polso e caviglia compresi: cod. interv 7864, 7868, 8003, 8004, 8007, 8008)	1.619,00	1.214,00	4,00	199,00	1.214,00	0,00	212,00	15,00	127,00	159,00
232		C	Artroscopia	1.267,00	1.267,00	4,00	118,00	1.267,00	0,00	212,00	15,00	127,00	159,00
233		C	Altri int. sist. muscoloschel. e connett. con CC	5.910,00	4.433,00	39,00	175,00	4.433,00	0,00	212,00	15,00	127,00	159,00
234		C	Altri int. sist. muscoloschel. e connett. senza CC	2.595,00	1.946,00	12,00	157,00	1.946,00	0,00	212,00	15,00	127,00	159,00
235		M	Fratture femore	3.050,00	233,00	56,00	175,00	0,00	233,00	245,00	40,00	147,00	184,00
236		M	Fratture anca e pelvi	2.914,00	232,00	31,00	138,00	0,00	232,00	245,00	40,00	147,00	184,00
237		M	Distors., stiram., lussazioni anca, pelvi e coscia	1.641,00	123,00	30,00	98,00	0,00	123,00	212,00	15,00	127,00	159,00
238		M	Osteomielite	4.614,00	244,00	55,00	178,00	0,00	244,00	212,00	15,00	127,00	159,00
239		M	Fratture patol., T.M. sist.muscoloschel. e connett.	3.759,00	219,00	33,00	148,00	0,00	219,00	212,00	15,00	127,00	159,00
240		M	Mal. tessuto connettivo con CC	3.663,00	216,00	29,00	140,00	0,00	216,00	212,00	15,00	127,00	159,00
241		M	Mal. tessuto connettivo senza CC	1.900,00	136,00	22,00	85,00	0,00	136,00	212,00	15,00	127,00	159,00
242		M	Artrite settica	3.545,00	184,00	50,00	148,00	0,00	184,00	212,00	15,00	127,00	159,00
243		M	Affezioni mediche del dorso	1.329,00	177,00	22,00	62,00	0,00	177,00	212,00	18,00	127,00	159,00
244		M	Mal. osso e artropatie specifiche con CC	2.196,00	168,00	24,00	109,00	0,00	168,00	245,00	18,00	147,00	184,00
245		M	Mal. osso e artropatie specifiche senza CC	1.507,00	131,00	24,00	100,00	0,00	131,00	245,00	18,00	147,00	184,00
246		M	Artropatie non specifiche	1.705,00	141,00	24,00	119,00	0,00	141,00	212,00	15,00	127,00	159,00
247		M	Segni e sintomi sist. muscoloschel. e connettivo	1.698,00	162,00	20,00	131,00	0,00	162,00	245,00	18,00	147,00	184,00
248		M	Tendinite, miosite e borsite	2.016,00	199,00	23,00	160,00	0,00	199,00	212,00	15,00	127,00	159,00
249		M	Ricoveri successivi per mal.sist.muscoloschel.etc.	2.081,00	216,00	19,00	216,00	0,00	216,00	245,00	22,00	147,00	184,00
250		M	Traumi avambraccio, mano e piede,eta' >17 con CC	2.106,00	195,00	16,00	183,00	0,00	195,00	212,00	15,00	127,00	159,00
251		M	Traumi avambraccio, mano e piede,eta' >17 senza CC	1.260,00	258,00	9,00	191,00	0,00	258,00	212,00	15,00	127,00	159,00
252		M	Traumi avambraccio, mano e piede,eta' <18	1.018,00	306,00	7,00	200,00	0,00	306,00	212,00	15,00	127,00	159,00
253		M	Traumi braccio, gamba escl. piede,eta>17 con CC	2.322,00	202,00	25,00	157,00	0,00	202,00	245,00	18,00	147,00	184,00
254		M	Traumi braccio, gamba escl. piede,eta>17 senza CC	1.213,00	155,00	12,00	140,00	0,00	155,00	245,00	18,00	147,00	184,00
255		M	Traumi braccio, gamba escl. piede, eta' < 18	1.351,00	276,00	4,00	193,00	0,00	276,00	212,00	15,00	127,00	159,00
256		M	Altre dia. sist. muscoloschel. e tess. connettivo	1.943,00	230,00	13,00	169,00	0,00	230,00	245,00	22,00	147,00	184,00
257	K	C	Mastectomia totale per T.M. con CC (con ricerca della positività linfonodo sentinella )	4.944,00	3.866,00	20,00	106,00	3.866,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
257	L	C	Mastectomia totale per T.M. con CC	4.307,00	3.230,00	20,00	106,00	3.230,00	0,00	0,00	20,00	97,00	122,00
258	K	C	Mastectomia totale per T.M. senza CC (con ricerca della positività linfonodo sentinella )	3.720,00	2.948,00	16,00	101,00	2.948,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
258	L	C	Mastectomia totale per T.M. senza CC	3.083,00	2.312,00	16,00	101,00	2.312,00	0,00	0,00	20,00	97,00	122,00
259	K	C	Mastectomia subtotale per T.M. con CC (con ricerca della positività linfonodo sentinella )	4.738,00	3.708,00	15,00	112,00	3.708,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
259	L	C	Mastectomia subtotale per T.M. con CC	4.120,00	3.090,00	15,00	112,00	3.090,00	0,00	0,00	20,00	97,00	122,00
260	K	C	Mastectomia subtotale per T.M. senza CC (con ricerca della positività linfonodo sentinella )	3.015,00	2.416,00	13,00	103,00	2.416,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
260	L	C	Mastectomia subtotale per T.M. senza CC	2.397,00	1.798,00	13,00	103,00	1.798,00	0,00	0,00	20,00	97,00	122,00
261		C	Int.mammella non per T.M. escl.biopsia,esciss.loc.	2.024,00	1.519,00	9,00	193,00	1.519,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
262		C	Biopsia mammella e esciss. locale non per T.M.	832,00	832,00	4,00	76,00	832,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
263		C	Trapianti pelle e/o sbrigl.per ulcere pelle con CC	8.422,00	6.318,00	50,00	172,00	6.318,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
264		C	Trapianti pelle e/o sbrigl.per ulcere senza CC	3.678,00	2.758,00	35,00	117,00	2.758,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
265		C	Trapianti pelle e/o sbrigl. escl. ulcere con CC	3.616,00	2.710,00	23,00	168,00	2.710,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
266		C	Trapianti pelle e/o sbrigl. escl. ulcere senza CC	1.377,00	1.033,00	12,00	135,00	1.033,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
267		C	Int. perianali e pilonidali	1.290,00	1.290,00	4,00	92,00	1.290,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
268		C	Chir. plastica pelle,tess. sottocutaneo e mammella	2.119,00	1.590,00	10,00	206,00	1.590,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
269		C	Altri int. pelle,sottocutaneo e mammella con CC	4.781,00	3.585,00	39,00	206,00	3.585,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
270		C	Altri int. pelle,sottocutaneo e mammella senza CC	949,00	949,00	13,00	73,00	949,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
271		M	Ulcere della pelle	3.475,00	167,00	36,00	109,00	0,00	167,00	163,00	20,00	97,00	122,00

allegato tariffe DRG

DRG	TIPTAR	TIPO	DESDRG	TARORD	TARUNO	VALSOA	TARSOA	TARDHC	TARDHM	TARRIA	VALSOR	TARSOR	TARDHR
272		M	Mal. maggiori della pelle con CC	3.131,00	160,00	37,00	116,00	0,00	160,00	163,00	20,00	97,00	122,00
273		M	Mal. maggiori della pelle senza CC	1.967,00	111,00	30,00	89,00	0,00	111,00	163,00	20,00	97,00	122,00
274		M	T.M. mammella con CC	3.942,00	266,00	40,00	194,00	0,00	266,00	163,00	20,00	97,00	122,00
275		M	T.M. mammella senza CC	1.905,00	168,00	28,00	160,00	0,00	168,00	163,00	20,00	97,00	122,00
276		M	Patologie non maligne della mammella	1.013,00	230,00	13,00	88,00	0,00	230,00	163,00	20,00	97,00	122,00
277		M	Cellulite, eta' > 17 con CC	2.700,00	165,00	30,00	111,00	0,00	165,00	163,00	20,00	97,00	122,00
278		M	Cellulite, eta' > 17 senza CC	1.776,00	165,00	22,00	123,00	0,00	165,00	163,00	20,00	97,00	122,00
279		M	Cellulite, eta' < 18	2.108,00	294,00	16,00	239,00	0,00	294,00	163,00	20,00	97,00	122,00
280		M	Traumi pelle,sottocut. e mammella,eta' >17 con CC	2.034,00	224,00	15,00	181,00	0,00	224,00	163,00	20,00	97,00	122,00
281		M	Traumi pelle,sottocut. e mammella,eta'>17 senza CC	682,00	179,00	9,00	74,00	0,00	179,00	163,00	20,00	97,00	122,00
282		M	Traumi pelle,sottocut. e mammella,eta' <18	556,00	269,00	4,00	89,00	0,00	269,00	163,00	20,00	97,00	122,00
283		M	Mal. minori della pelle con CC	1.469,00	152,00	24,00	55,00	0,00	152,00	163,00	20,00	97,00	122,00
284		M	Mal. minori della pelle senza CC	712,00	121,00	19,00	53,00	0,00	121,00	163,00	20,00	97,00	122,00
285		C	Amputaz. arto inf. per mal. endocrine, etc.	9.124,00	6.844,00	84,00	158,00	6.844,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
286		C	Int. su surrene ed ipofisi	7.768,00	5.827,00	24,00	319,00	5.827,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
287		C	Trapianti cutanei, sbrigl.ferite per mal.endocrine	5.969,00	4.477,00	42,00	288,00	4.477,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
288		C	Int. per obesita'	5.243,00	3.932,00	16,00	338,00	3.932,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
289		C	Int. su paratiroidi	3.064,00	2.298,00	27,00	161,00	2.298,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
290		C	Int. sulla tiroide	2.469,00	1.854,00	10,00	155,00	1.854,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
291		C	Int. su dotto tireoglossso	1.434,00	1.074,00	11,00	160,00	1.074,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
292		C	Altri int. per mal. endocrine, etc. con CC	9.143,00	6.857,00	78,00	324,00	6.857,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
293	N	C	Altri interventi per mal. endocrine, nutrizionali e metaboliche senza CC	3.181,00	2.386,00	38,00	196,00	2.386,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
294	S	C	Altri interventi per mal. endocrine, nutrizionali e metaboliche senza CC (con Cod. Interv. 9231, 9232, 9233 "radioch. stereotassica ...")	7.037,00	5.278,00	40,00	231,00	5.278,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
293		M	Diabete eta' > 35	1.249,00	164,00	20,00	58,00	0,00	164,00	163,00	20,00	97,00	122,00
295		M	Diabete eta' < 35	2.177,00	220,00	20,00	162,00	0,00	220,00	163,00	20,00	97,00	122,00
296		M	Dist. nutrizione e metabolismo,eta' >17 con CC	2.732,00	189,00	23,00	147,00	0,00	189,00	163,00	20,00	97,00	122,00
297		M	Dist. nutrizione e metabolismo,eta' >17 senza CC	1.575,00	146,00	20,00	107,00	0,00	146,00	163,00	20,00	97,00	122,00
298		M	Dist. nutrizione e metabolismo,eta' <18	1.370,00	184,00	10,00	141,00	0,00	184,00	163,00	20,00	97,00	122,00
299		M	Difetti congeniti del metabolismo	1.949,00	147,00	17,00	160,00	0,00	147,00	163,00	20,00	97,00	122,00
300		M	Mal. endocrine con CC	3.172,00	204,00	24,00	146,00	0,00	204,00	163,00	20,00	97,00	122,00
301		M	Mal. endocrine senza CC	968,00	147,00	21,00	59,00	0,00	147,00	163,00	20,00	97,00	122,00
302		C	Trapianto renale	18.759,00	14.069,00	43,00	347,00	14.069,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
303		C	Int. rene, uretere, int. magg. vescica per neopl.	10.622,00	7.967,00	39,00	235,00	7.967,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
304		C	Int. rene,uretere,int.magg.vescica no neopl.con CC	7.272,00	5.453,00	36,00	280,00	5.453,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
305		C	Int.rene,uretere,magg. vescica no neopl. senza CC	3.353,00	2.515,00	21,00	152,00	2.515,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
306		C	Prostatectomia con CC	3.701,00	2.776,00	56,00	161,00	2.776,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
307		C	Prostatectomia senza CC	2.240,00	1.680,00	14,00	120,00	1.680,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
308		C	Int. minori su vescica con CC	3.740,00	2.806,00	28,00	173,00	2.806,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
309		C	Int. minori su vescica senza CC	2.054,00	1.540,00	16,00	103,00	1.540,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
310		C	Int. per via transuretrale con CC	2.579,00	1.934,00	20,00	141,00	1.934,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
311		C	Int. per via transuretrale senza CC	1.628,00	1.219,00	12,00	119,00	1.219,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
312		C	Int. su uretra, eta' > 17 con CC	2.552,00	1.915,00	30,00	113,00	1.915,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
313		C	Int. su uretra, eta' > 17 senza CC	1.400,00	1.051,00	11,00	104,00	1.051,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
314		C	Int. su uretra, eta' < 18	1.258,00	944,00	20,00	114,00	944,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
315		C	Altri int. su rene e vie urinarie	3.875,00	2.906,00	40,00	185,00	2.906,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
316		M	Insufficienza renale	3.635,00	234,00	29,00	193,00	0,00	234,00	163,00	20,00	97,00	122,00
317		M	Ricovero per dialisi renale	1.473,00	148,00	30,00	143,00	0,00	148,00	163,00	20,00	97,00	122,00
318		M	Neoplasie rene e vie urinarie con CC	3.360,00	199,00	36,00	165,00	0,00	199,00	163,00	20,00	97,00	122,00
319		M	Neoplasie rene e vie urinarie senza CC	1.696,00	160,00	28,00	120,00	0,00	160,00	163,00	20,00	97,00	122,00
320		M	Infezioni rene e vie urinarie, eta' > 17 con CC	2.765,00	223,00	21,00	148,00	0,00	223,00	163,00	20,00	97,00	122,00
321		M	Infezioni rene e vie urinarie, eta' > 17 senza CC	1.814,00	176,00	18,00	132,00	0,00	176,00	163,00	20,00	97,00	122,00
322		M	Infezioni rene e vie urinarie, eta' < 18	1.855,00	249,00	13,00	179,00	0,00	249,00	163,00	20,00	97,00	122,00
323	N	M	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia ESW	1.994,00	373,00	16,00	222,00	0,00	373,00	163,00	20,00	97,00	122,00
323	S	M	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia ESW (Con codice di intervento principale 9851 "Litotripsia extra-corporea del rene, uretere e/o vescica")	2.393,00	448,00	8,00	216,00	0,00	448,00	163,00	20,00	97,00	122,00
324		M	Calcolosi urinaria senza CC	590,00	112,00	12,00	51,00	0,00	112,00	163,00	20,00	97,00	122,00
325		M	Segni,sintomi rene e vie urinarie,eta'>17 con CC	1.958,00	187,00	21,00	144,00	0,00	187,00	163,00	20,00	97,00	122,00
326		M	Segni,sintomi rene e vie urinarie,eta'>17 senza CC	775,00	125,00	15,00	49,00	0,00	125,00	163,00	20,00	97,00	122,00
327		M	Segni,sintomi rene e vie urinarie,eta'<18	1.984,00	359,00	10,00	223,00	0,00	359,00	163,00	20,00	97,00	122,00
328		M	Stenosi uretrale, eta' > 17 con CC	1.902,00	157,00	20,00	151,00	0,00	157,00	163,00	20,00	97,00	122,00
329		M	Stenosi uretrale, eta' > 17 senza CC	1.180,00	141,00	18,00	129,00	0,00	141,00	163,00	20,00	97,00	122,00
330		M	Stenosi uretrale, eta' < 18	812,00	108,00	18,00	89,00	0,00	108,00	163,00	20,00	97,00	122,00
331		M	Altre dia. rene e vie urinarie,eta' >17 con CC	2.835,00	195,00	29,00	157,00	0,00	195,00	163,00	20,00	97,00	122,00
332		M	Altre dia. rene e vie urinarie,eta' >17 senza CC	1.598,00	151,00	20,00	107,00	0,00	151,00	163,00	20,00	97,00	122,00
333		M	Altre dia. rene e vie urinarie,eta' <18	2.703,00	306,00	15,00	199,00	0,00	306,00	163,00	20,00	97,00	122,00
334		C	Int. maggiori su pelvi maschile con CC	5.148,00	3.860,00	22,00	172,00	3.860,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
335		C	Int. maggiori su pelvi maschile senza CC	3.976,00	2.982,00	16,00	166,00	2.982,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
336		C	Prostatectomia transuretrale con CC	2.830,00	2.122,00	16,00	115,00	2.122,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
337		C	Prostatectomia transuretrale senza CC	1.973,00	1.480,00	12,00	112,00	1.480,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
338		C	Int. sul testicolo per T.M.	2.382,00	1.786,00	15,00	170,00	1.786,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
339		C	Int. sul testicolo non per T.M., eta' > 17	1.864,00	1.397,00	4,00	292,00	1.397,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
340		C	Int. sul testicolo non per T.M., eta' < 18	1.271,00	952,00	4,00	217,00	952,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00

allegato tariffe DRG

DRG	TIPTAR	TIPO	DESDRG	TARORD	TARUNO	VALSOA	TARSOA	TARDHC	TARDHM	TARRIA	VALSOR	TARSOR	TARDHR
341		C	Int. sul pene	2.250,00	1.687,00	15,00	285,00	1.687,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
342		C	Circoncisione, eta' > 17	1.463,00	1.096,00	7,00	297,00	1.096,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
343		C	Circoncisione, eta' < 18	1.040,00	780,00	4,00	233,00	780,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
344		C	Altri int. app. riproduttivo masch. per T.M.	2.890,00	2.168,00	36,00	133,00	2.168,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
345		C	Altri int. app. riproduttivo masch. escl. per T.M.	2.055,00	1.542,00	26,00	129,00	1.542,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
346		M	T.M. app. riproduttivo maschile con CC	2.876,00	177,00	34,00	147,00	0,00	177,00	163,00	20,00	97,00	122,00
346	M	C	T.M. app. riproduttivo maschile con CC (con cod. intervento 6011 "agobiopsia prostatica" e spec. di "mapping prostatico")	2.793,00	824,00	34,00	143,00	824,00	0,00	0,00	20,00	97,00	122,00
346	N	M	T.M. app. riproduttivo maschile con CC	2.876,00	177,00	34,00	147,00	0,00	177,00	0,00	20,00	97,00	122,00
347		M	T.M. app. riproduttivo maschile senza CC	1.665,00	176,00	27,00	116,00	0,00	176,00	163,00	20,00	97,00	122,00
347	M	C	T.M. app. riproduttivo maschile senza CC (con cod. intervento 6011 "agobiopsia prostatica" e spec. di "mapping prostatico")	1.568,00	799,00	27,00	110,00	799,00	0,00	0,00	20,00	97,00	122,00
347	N	M	T.M. app. riproduttivo maschile senza CC	1.665,00	176,00	27,00	116,00	0,00	176,00	0,00	20,00	97,00	122,00
348		M	Ipertrofia prostatica benigna con CC	2.036,00	200,00	26,00	128,00	0,00	200,00	163,00	20,00	97,00	122,00
349		M	Ipertrofia prostatica benigna senza CC	1.134,00	138,00	20,00	110,00	0,00	138,00	163,00	20,00	97,00	122,00
350		M	Infiammazioni app. riproduttivo maschile	2.004,00	237,00	16,00	194,00	0,00	237,00	163,00	20,00	97,00	122,00
351		M	Sterilizzazione maschile	825,00	329,00	3,00	275,00	0,00	329,00	163,00	20,00	97,00	122,00
352		M	Altre dia. app. riproduttivo maschile	1.516,00	321,00	4,00	228,00	0,00	321,00	163,00	20,00	97,00	122,00
353		C	Evisc. pelvica,isterectomia e vulvectomia radicale	11.166,00	8.374,00	26,00	222,00	8.374,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
354		C	Int. utero e annessi per T.M. non ovaio con CC	6.249,00	4.686,00	32,00	107,00	4.686,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
355		C	Int. utero e annessi per T.M. non ovaio senza CC	4.727,00	3.545,00	15,00	115,00	3.545,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
356		C	Int. ricostruttivi app. riproduttivo femm.	2.704,00	2.029,00	14,00	110,00	2.029,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
357		C	Int. utero e annessi per T.M. di ovaio o annessi	9.047,00	6.784,00	31,00	245,00	6.784,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
358		C	Int. utero e annessi non per T.M. con CC	3.715,00	2.787,00	19,00	144,00	2.787,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
359		C	Int. utero e annessi non per T.M. senza CC	2.620,00	1.964,00	15,00	148,00	1.964,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
360		C	Int. su vagina, cervice e vulva	1.112,00	834,00	11,00	271,00	834,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
361		C	Laparoscopia e occlusione laparotomica tube	1.712,00	1.284,00	4,00	403,00	1.284,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
362		C	Occlusione endoscopica tube	1.714,00	1.286,00	4,00	293,00	1.286,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
363		C	D&C,conizzaz.,impianto materiale radioatt.per T.M.	1.444,00	1.082,00	9,00	203,00	1.082,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
364		C	D&C, conizzazione escl. per T.M.	843,00	843,00	4,00	148,00	843,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
365		C	Altri int. app. riproduttivo femminile	2.589,00	1.941,00	29,00	211,00	1.941,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
366		M	T.M. app. riproduttivo femminile con CC	3.153,00	216,00	36,00	186,00	0,00	216,00	163,00	20,00	97,00	122,00
367		M	T.M. app. riproduttivo femminile senza CC	2.262,00	229,00	18,00	123,00	0,00	229,00	163,00	20,00	97,00	122,00
368		M	Infezioni app. riproduttivo femminile	1.457,00	231,00	13,00	258,00	0,00	231,00	163,00	20,00	97,00	122,00
369		M	Dist. mestruali,altri dist. app.riproduttivo femm.	884,00	160,00	9,00	204,00	0,00	160,00	163,00	20,00	97,00	122,00
370		C	Parto cesareo con CC	2.195,00	1.645,00	17,00	166,00	1.645,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
371		C	Parto cesareo senza CC	1.961,00	1.470,00	10,00	175,00	1.470,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
372		M	Parto vaginale con CC	1.952,00	345,00	9,00	172,00	0,00	345,00	163,00	20,00	97,00	122,00
373		M	Parto vaginale senza CC	1.849,00	448,00	4,00	164,00	0,00	448,00	163,00	20,00	97,00	122,00
374		C	Parto vaginale con sterilizz. e/o D&C	1.849,00	1.387,00	10,00	164,00	1.387,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
375		C	Parto vaginale con altro int. escl.steril. e/o D&C	1.905,00	1.428,00	7,00	169,00	1.428,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
376		M	Dia. relative a postparto e postaborto senza int.	931,00	178,00	7,00	121,00	0,00	178,00	163,00	20,00	97,00	122,00
377		C	Dia. relative a postparto e postaborto con int.	2.295,00	1.721,00	13,00	336,00	1.721,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
378		M	Gravidanza ectopica	2.085,00	360,00	10,00	217,00	0,00	360,00	163,00	20,00	97,00	122,00
379		M	Minaccia di aborto	928,00	172,00	12,00	92,00	0,00	172,00	163,00	20,00	97,00	122,00
380		M	Aborto senza D&C	1.130,00	312,00	4,00	145,00	0,00	312,00	163,00	20,00	97,00	122,00
381		C	Aborto con D&C, isterosuzione o isterotomia	1.136,00	851,00	4,00	234,00	851,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
382		M	Falso travaglio	425,00	50,00	16,00	43,00	0,00	50,00	163,00	20,00	97,00	122,00
383		M	Altre dia. parto con CC mediche	1.245,00	168,00	12,00	123,00	0,00	168,00	163,00	20,00	97,00	122,00
384		M	Altre dia. parto senza CC mediche	852,00	110,00	12,00	91,00	0,00	110,00	163,00	20,00	97,00	122,00
385		M	Neonati morti/trasferiti ad altre strutt. assist.	4.343,00	211,00	22,00	224,00	0,00	211,00	163,00	20,00	97,00	122,00
386		M	Neonati gravemente immaturi o sindr.distress resp.	16.535,00	328,00	138,00	172,00	0,00	328,00	163,00	20,00	97,00	122,00
387		M	Prematurita' con affezioni maggiori	8.883,00	389,00	67,00	154,00	0,00	389,00	163,00	20,00	97,00	122,00
388		M	Prematurita' senza affezioni maggiori	3.411,00	236,00	26,00	154,00	0,00	236,00	163,00	20,00	97,00	122,00
389		M	Neonati a termine con affezioni maggiori	2.985,00	428,00	16,00	353,00	0,00	428,00	163,00	20,00	97,00	122,00
390		M	Neonati con altre affezioni significative	2.084,00	390,00	11,00	358,00	0,00	390,00	163,00	20,00	97,00	122,00
391		M	Neonato normale	712,00	185,00	8,00	0,00	0,00	185,00	0,00	0,00	0,00	0,00
392		C	Splenectomia, eta' > 17	10.374,00	7.780,00	34,00	427,00	7.780,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
393		C	Splenectomia, eta' < 18	4.614,00	3.460,00	22,00	301,00	3.460,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
394		C	Altri int. sugli organi emopoietici	3.886,00	2.913,00	23,00	294,00	2.913,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
395		M	Anomalie dei globuli rossi, eta' > 17	1.532,00	151,00	25,00	54,00	0,00	151,00	163,00	20,00	97,00	122,00
396		M	Anomalie dei globuli rossi, eta' < 18	2.033,00	225,00	16,00	162,00	0,00	225,00	163,00	20,00	97,00	122,00
397		M	Disturbi della coagulazione	3.019,00	255,00	24,00	203,00	0,00	255,00	163,00	20,00	97,00	122,00
398		M	Disturbi sist. reticoloendot. e immunit. con CC	3.409,00	235,00	28,00	182,00	0,00	235,00	163,00	20,00	97,00	122,00
399		M	Disturbi sist. reticoloendot. e immunit. senza CC	2.013,00	201,00	19,00	145,00	0,00	201,00	163,00	20,00	97,00	122,00
400		C	Linfoma e leucemia con int. chir. maggiori	8.636,00	6.477,00	28,00	252,00	6.477,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
401		C	Linfoma e leucemia non acuta con altri int. con CC	8.259,00	6.194,00	60,00	206,00	6.194,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
402		C	Linfoma e leucemia non acuta con alt. int.senza CC	2.479,00	1.859,00	34,00	108,00	1.859,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
403		M	Linfoma e leucemia non acuta con CC	5.455,00	265,00	43,00	180,00	0,00	265,00	163,00	20,00	97,00	122,00
404		M	Linfoma e leucemia non acuta senza CC	2.481,00	188,00	26,00	127,00	0,00	188,00	163,00	20,00	97,00	122,00
405		M	Leucemia acuta senza int. chir. maggiori,eta' < 18	3.725,00	260,00	30,00	182,00	0,00	260,00	163,00	20,00	97,00	122,00
406		C	Alteraz. mieloprolif.,etc. con int. magg. con CC	9.174,00	6.880,00	58,00	228,00	6.880,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
407		C	Alteraz. mieloprolif.,etc. con int. magg. senza CC	3.586,00	2.689,00	26,00	112,00	2.689,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00

allegato tariffe DRG

DRG	TIPTAR	TIPO	DESDRG	TARORD	TARUNO	VALSOA	TARSOA	TARDHC	TARDHM	TARRIA	VALSOR	TARSOR	TARDHR
408		C	Alteraz. mieloprolif.,etc. con altri interventi	3.268,00	2.451,00	14,00	225,00	2.451,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
409		M	Radioterapia	3.796,00	393,00	32,00	169,00	0,00	393,00	163,00	20,00	97,00	122,00
410		M	Chemioterapia senza dia. secondaria di leucemia acuta (solo per ricoveri in DO)	2.051,00	395,00	9,00	192,00	0,00	395,00	163,00	20,00	97,00	122,00
410	I	M	Chemioterapia senza dia. secondaria di leucemia acuta	2.051,00	395,00	9,00	192,00	0,00	395,00	163,00	20,00	97,00	122,00
410	J	M	Chemioterapia senza dia. secondaria di leucemia acuta (con rimborso del farmaco tramite file F)	2.051,00	41,00	9,00	192,00	0,00	41,00	163,00	20,00	97,00	122,00
411		M	Anamnesi di T.M. senza endoscopia	1.343,00	127,00	18,00	111,00	0,00	127,00	163,00	20,00	97,00	122,00
412		M	Anamnesi di T.M. con endoscopia	1.366,00	142,00	12,00	132,00	0,00	142,00	163,00	20,00	97,00	122,00
413		M	Altre alterazioni mieloprolif., etc. con CC	3.760,00	196,00	38,00	136,00	0,00	196,00	163,00	20,00	97,00	122,00
414		M	Altre alterazioni mieloprolif., etc. senza CC	2.049,00	127,00	34,00	98,00	0,00	127,00	163,00	20,00	97,00	122,00
415		C	Int. chir. per mal. infettive e parassitarie	11.658,00	8.743,00	73,00	349,00	8.743,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
416		M	Setticemia, eta' > 17	4.420,00	212,00	41,00	147,00	0,00	212,00	163,00	20,00	97,00	122,00
417		M	Setticemia, eta' < 18	2.682,00	194,00	23,00	180,00	0,00	194,00	163,00	20,00	97,00	122,00
418		M	Infezioni post-chirurgiche e post-traumatiche	2.892,00	211,00	29,00	149,00	0,00	211,00	163,00	20,00	97,00	122,00
419		M	Febbre di origine sconosciuta, eta' > 17 con CC	2.759,00	210,00	25,00	161,00	0,00	210,00	163,00	20,00	97,00	122,00
420		M	Febbre di origine sconosciuta, eta' > 17 senza CC	1.890,00	167,00	22,00	128,00	0,00	167,00	163,00	20,00	97,00	122,00
421		M	Mal. di origine virale, eta' > 17	1.999,00	201,00	17,00	151,00	0,00	201,00	163,00	20,00	97,00	122,00
422		M	Mal. virali, febbre origine sconosc., eta' < 18	2.151,00	353,00	10,00	264,00	0,00	353,00	163,00	20,00	97,00	122,00
423		M	Altre dia. infettive e parassitarie	4.008,00	291,00	34,00	245,00	0,00	291,00	163,00	20,00	97,00	122,00
424		C	Int. chir. in paz. con dia. princ. di mal. mentale	6.983,00	5.238,00	47,00	258,00	5.238,00	0,00	212,00	30,00	127,00	159,00
425		M	Reazione acuta di adattamento e disfunz. psicosoc.	2.046,00	177,00	18,00	154,00	0,00	177,00	212,00	30,00	127,00	159,00
426		M	Nevrosi depressive	1.299,00	142,00	22,00	45,00	0,00	142,00	212,00	30,00	127,00	159,00
427		M	Nevrosi escl. nevrosi depressive	1.169,00	161,00	25,00	53,00	0,00	161,00	212,00	30,00	127,00	159,00
428		M	Disturbi di personalita' e controllo degli impulsi	2.840,00	174,00	34,00	119,00	0,00	174,00	212,00	30,00	127,00	159,00
429		M	Disturbi organici e ritardo mentale	2.041,00	180,00	29,00	59,00	0,00	180,00	212,00	30,00	127,00	159,00
430		M	Psicosi	3.431,00	164,00	38,00	101,00	0,00	164,00	212,00	30,00	127,00	159,00
431		M	Disturbi mentali dell'infanzia	2.205,00	211,00	23,00	105,00	0,00	211,00	212,00	30,00	127,00	159,00
432		M	Altre dia. relative a disturbi mentali	2.005,00	226,00	16,00	191,00	0,00	226,00	212,00	30,00	127,00	159,00
433		M	Dipend.alcool/farmaci,dimesso contro parere sanit.	1.016,00	183,00	10,00	127,00	0,00	183,00	212,00	30,00	127,00	159,00
434			Non piu' valido	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
435			Non piu' valido	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
436			Non piu' valido	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
437			Non piu' valido	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
438			Non piu' valido	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
439		C	Trapianti di pelle per traumatismo	3.623,00	2.717,00	38,00	180,00	2.717,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
440		C	Sbrigliamento di ferite per traumatismo	5.175,00	3.882,00	40,00	236,00	3.882,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
441		C	Int. sulla mano per traumatismo	2.125,00	1.594,00	12,00	221,00	1.594,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
442		C	Altri int. chir. per traumatismo con CC	6.395,00	4.796,00	50,00	221,00	4.796,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
443		C	Altri int. chir. per traumatismo senza CC	2.544,00	1.908,00	19,00	104,00	1.908,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
444		M	Traumatismi, eta' > 17 con CC	2.284,00	187,00	34,00	182,00	0,00	187,00	163,00	20,00	97,00	122,00
445		M	Traumatismi, eta' > 17 senza CC	1.601,00	206,00	10,00	144,00	0,00	206,00	163,00	20,00	97,00	122,00
446		M	Traumatismi, eta' < 18	1.357,00	321,00	7,00	226,00	0,00	321,00	163,00	20,00	97,00	122,00
447		M	Reazioni allergiche, eta' > 17	1.370,00	191,00	14,00	145,00	0,00	191,00	163,00	20,00	97,00	122,00
448		M	Reazioni allergiche, eta' < 18	1.011,00	194,00	7,00	169,00	0,00	194,00	163,00	20,00	97,00	122,00
449		M	Avvel.,effetti tossici da farmaci,eta' >17 con CC	2.358,00	174,00	21,00	177,00	0,00	174,00	163,00	20,00	97,00	122,00
450		M	Avvel.,effetti tossici da farmaci,eta'>17 senza CC	1.240,00	156,00	11,00	147,00	0,00	156,00	163,00	20,00	97,00	122,00
451		M	Avvel.,effetti tossici da farmaci,eta' <18	1.574,00	434,00	4,00	329,00	0,00	434,00	163,00	20,00	97,00	122,00
452		M	Complicazioni di trattamento con CC	2.555,00	153,00	26,00	130,00	0,00	153,00	163,00	20,00	97,00	122,00
453		M	Complicazioni di trattamento senza CC	1.197,00	116,00	19,00	94,00	0,00	116,00	163,00	20,00	97,00	122,00
454		M	Altre dia. traumatismi, avvel., etc. con CC	2.653,00	191,00	34,00	224,00	0,00	191,00	163,00	20,00	97,00	122,00
455		M	Altre dia. traumatismi, avvel., etc. senza CC	1.184,00	110,00	28,00	112,00	0,00	110,00	163,00	20,00	97,00	122,00
456			Non piu' valido	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
457			Non piu' valido	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
458			Non piu' valido	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
459			Non piu' valido	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
460			Non piu' valido	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
461		C	Int. con dia. di altro contatto con servizi sanit.	2.199,00	1.651,00	22,00	138,00	1.651,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
462		M	Riabilitazione	2.585,00	184,00	34,00	103,00	0,00	184,00	163,00	20,00	97,00	122,00
463		M	Segni e sintomi con CC	2.175,00	146,00	27,00	103,00	0,00	146,00	163,00	20,00	97,00	122,00
464		M	Segni e sintomi senza CC	1.310,00	138,00	17,00	110,00	0,00	138,00	163,00	20,00	97,00	122,00
465		M	Ricoveri succ. con anamnesi T.M. come dia. second.	1.013,00	218,00	10,00	83,00	0,00	218,00	163,00	20,00	97,00	122,00
466		M	Ricoveri succ. senza anamnesi T.M.come dia.second.	1.547,00	204,00	9,00	164,00	0,00	204,00	163,00	20,00	97,00	122,00
467	N	M	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	834,00	202,00	9,00	57,00	0,00	202,00	163,00	20,00	97,00	122,00
467	S	M	Altri fattori che influenzano lo stato di salute (prelievo di midollo Dia=V593, Int=4191 / prelievo di cellule staminali Dia=V5902, Int=9979)	0,00	0,00	9,00	0,00	0,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
468		C	Int. chir. esteso non correlato con dia. princ.	5.609,00	4.205,00	58,00	307,00	4.205,00	0,00	212,00	20,00	127,00	159,00
469			Dia. princ. non valida come diagnosi di dimissione	389,00	40,00	16,00	41,00	0,00	40,00	212,00	20,00	127,00	159,00
470			Non attribuibile ad altro DRG	389,00	23,00	10,00	48,00	0,00	23,00	212,00	20,00	127,00	159,00
471		C	Interventi magg. bilaterali o multipli su articolazioni arti inf.	10.959,00	8.219,00	88,00	261,00	8.219,00	0,00	212,00	15,00	127,00	159,00
471	E	C	Interventi magg. bilaterali o multipli su articolazioni arti inf. (replica Tariffe DRG 471, se Interv. 8153 "Revisione di sostituzione ...")	10.959,00	8.219,00	88,00	261,00	8.219,00	0,00	212,00	15,00	127,00	159,00
471	F	C	Interventi magg. bilaterali o multipli su articolazioni arti inf. (replica Tariffe DRG 471, se Interv. 8153 "Revisione di sostituzione ...")	10.959,00	8.219,00	88,00	261,00	8.219,00	0,00	212,00	15,00	127,00	159,00
471	G	C	Interventi magg. bilaterali o multipli su articolazioni arti inf. (replica Tariffe DRG 471, se Interv. 8153 "Revisione di sostituzione ...")	10.959,00	8.219,00	88,00	261,00	8.219,00	0,00	212,00	15,00	127,00	159,00
471	H	C	Interventi magg. bilaterali o multipli su articolazioni arti inf. (replica Tariffe DRG 471, se Interv. 8153 "Revisione di sostituzione ...")	10.959,00	8.219,00	88,00	261,00	8.219,00	0,00	212,00	15,00	127,00	159,00

allegato tariffe DRG

DRG	TIPTAR	TIPO	DESDRG	TARORD	TARUNO	VALSOA	TARSOA	TARDHC	TARDHM	TARRIA	VALSOR	TARSOR	TARDHR
472			Non piu' valido	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
473		M	Leucemia acuta senza int. chir. maggiori, eta' >17	11.749,00	460,00	78,00	381,00	0,00	460,00	163,00	20,00	97,00	122,00
474			Non piu' valido	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
475		M	Dia. app. respiratorio con respirazione assistita	10.113,00	493,00	44,00	421,00	0,00	493,00	307,00	30,00	184,00	230,00
476		C	Int. chir. prostata non correlato con dia. princ.	7.079,00	5.310,00	30,00	364,00	5.310,00	0,00	212,00	20,00	127,00	159,00
477		C	Int. chir. non esteso non correlato con dia.princ.	4.164,00	3.122,00	48,00	224,00	3.122,00	0,00	212,00	20,00	127,00	159,00
478		C	Altri int. vascolari con CC	6.652,00	4.989,00	43,00	267,00	4.989,00	0,00	212,00	15,00	127,00	159,00
479		C	Altri int. vascolari senza CC	3.287,00	2.465,00	26,00	178,00	2.465,00	0,00	212,00	15,00	127,00	159,00
480		C	Trapianto di fegato	64.845,00	48.634,00	90,00	1.032,00	48.634,00	0,00	212,00	20,00	127,00	159,00
481	A	C	Trapianto di midollo osseo tipo tariffa = "A" (Tariffe comprensive della quota relativa al prelievo)	36.004,00	27.215,00	50,00	379,00	27.215,00	0,00	212,00	20,00	127,00	159,00
481	B	C	Trapianto di midollo osseo tipo tariffa = "B" (Tariffe comprensive della quota relativa al prelievo)	40.248,00	30.397,00	30,00	425,00	30.397,00	0,00	212,00	20,00	127,00	159,00
481	C	C	Trapianto di midollo osseo tipo tariffa = "C" (Tariffe comprensive della quota relativa al prelievo)	79.649,00	59.949,00	55,00	850,00	59.949,00	0,00	212,00	20,00	127,00	159,00
481	D	C	Trapianto di midollo osseo tipo tariffa = "D" (Tariffe comprensive della quota relativa al prelievo)	91.773,00	69.040,00	63,00	981,00	69.040,00	0,00	212,00	20,00	127,00	159,00
482		C	Tracheostomia per dist. orali,laringei o faringei	13.215,00	9.911,00	59,00	244,00	9.911,00	0,00	212,00	20,00	127,00	159,00
483	B	C	Tracheostomia escl.dist. orali,laringei o faringei	33.130,50	24.848,50	30,00	0,00	24.848,50	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
483	L	C	Tracheostomia escl.dist. orali,laringei o faringei (DEGENZA SUPERIORE 30 DIE)	66.261,00	49.697,00	112,00	921,00	49.697,00	0,00	0,00	20,00	97,00	122,00
484		C	Craniotomia per traumatismi multipli rilevanti	22.440,00	16.831,00	118,00	1.012,00	16.831,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
485		C	Reimpianto arti,int. anca,femore per traum. riev.	11.137,00	8.354,00	62,00	250,00	8.354,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
486		C	Altri int.chir. per traumatismi multipli rilevanti	16.472,00	12.353,00	51,00	436,00	12.353,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
487		M	Altri traumatismi multipli rilevanti	6.312,00	404,00	34,00	428,00	0,00	404,00	163,00	20,00	97,00	122,00
488		C	Infesz. HIV con intervento chirurgico esteso	13.360,00	10.019,00	109,00	344,00	10.019,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
489		M	Infesz. HIV con patologie correlate maggiori	7.005,00	366,00	53,00	174,00	0,00	366,00	163,00	20,00	97,00	122,00
490		M	Infesz. HIV con o senza altre patologie correlate	4.185,00	371,00	29,00	146,00	0,00	371,00	163,00	20,00	97,00	122,00
491		C	Int. su articolaz. magg. e reimpianti di arti sup.	4.918,00	3.688,00	21,00	134,00	3.688,00	0,00	212,00	15,00	127,00	159,00
492		M	Chemioterapia con dia. second. di leucemia acuta	9.222,00	555,00	58,00	626,00	0,00	555,00	163,00	20,00	97,00	122,00
493		C	Colecistectomia lapar. snz. esp. dotto com. con CC	5.150,00	3.863,00	33,00	174,00	3.863,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
494		C	Colecistect. lapar. snz. esp. dotto com. snz. CC	2.814,00	2.110,00	10,00	167,00	2.110,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
495		C	Trapianto di polmone	26.970,00	20.228,00	60,00	698,00	20.228,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
496		C	Artrodesi vertebr. combinata anteriore/posteriore	17.013,00	12.760,00	59,00	579,00	12.760,00	0,00	212,00	15,00	127,00	159,00
497		C	Artrodesi vertebr. escl. quella cervicale con CC	9.898,00	7.423,00	58,00	340,00	7.423,00	0,00	212,00	15,00	127,00	159,00
498		C	Artrodesi vertebr. escl. quella cervicale senza CC	7.051,00	5.288,00	21,00	366,00	5.288,00	0,00	212,00	15,00	127,00	159,00
499		C	Int. dorso e collo escl. artrodesi vertebr. con CC	4.708,00	3.531,00	27,00	233,00	3.531,00	0,00	212,00	15,00	127,00	159,00
500		C	Int. dorso e collo escl. artrodesi vertebr. snz CC	2.873,00	2.154,00	14,00	263,00	2.154,00	0,00	212,00	15,00	127,00	159,00
501		C	Int. ginocchio con dia. princ. di infezione con CC	8.920,00	6.690,00	68,00	261,00	6.690,00	0,00	212,00	15,00	127,00	159,00
502		C	Int. ginocchio con dia. princ. di infezione snz CC	5.044,00	3.784,00	42,00	237,00	3.784,00	0,00	212,00	15,00	127,00	159,00
503		C	Int. su ginocchio senza dia. princ. di infezione	1.987,00	1.987,00	4,00	321,00	1.987,00	0,00	212,00	15,00	127,00	159,00
504		C	Ustioni estese 3° grado con trapianto pelle	43.400,00	32.550,00	85,00	340,00	32.550,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
505		M	Ustioni estese 3° grado senza trapianto pelle	24.987,00	568,00	70,00	284,00	0,00	568,00	163,00	20,00	97,00	122,00
506		C	UstioneSpess con TrpPelle/LesInal con CC/TraumRil	17.579,00	13.184,00	63,00	561,00	13.184,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
507		C	UstioneSpess con TrpPelle/LesInal snz CC/TraumRil	13.569,00	10.175,00	35,00	433,00	10.175,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
508		M	UstioneSpess snz TrpPelle/LesInal con CC/TraumRil	4.628,00	620,00	31,00	341,00	0,00	620,00	163,00	20,00	97,00	122,00
509		M	UstioneSpess snz TrpPelle/LesInal snz CC/TraumRil	3.788,00	506,00	22,00	278,00	0,00	506,00	163,00	20,00	97,00	122,00
510		M	Ustioni non estese con CC o traumi rilevanti	4.886,00	558,00	35,00	279,00	0,00	558,00	163,00	20,00	97,00	122,00
511		M	Ustioni non estese senza CC o traumi rilevanti	3.997,00	456,00	18,00	228,00	0,00	456,00	163,00	20,00	97,00	122,00
512		C	Trapianto contemporaneo di pancreas e rene	28.240,00	21.180,00	65,00	522,00	21.180,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
513		C	Trapianto di pancreas	22.188,00	16.640,00	51,00	410,00	16.640,00	0,00	163,00	20,00	97,00	122,00
514		C	Imp. defibrillatore cardiaco con catet. cardiaco	23.764,00	17.824,00	33,00	881,00	17.824,00	0,00	212,00	15,00	127,00	159,00
515		C	Imp. defibrillatore cardiaco snz catet. cardiaco	17.817,00	13.363,00	51,00	633,00	13.363,00	0,00	212,00	15,00	127,00	159,00
516		C	Int. Sist. cardiovasc. per via percutanea con IMA	6.936,00	5.201,00	17,00	418,00	5.201,00	0,00	212,00	15,00	127,00	159,00
517		C	Int. S CardVsc Perc. con Stent ArterCoron. snz IMA	6.278,00	4.708,00	11,00	681,00	4.708,00	0,00	212,00	15,00	127,00	159,00
518	A	C	Interventi su sist. cardiovasc. per via percutanea senza inserz. stent in arteria coron. o IMA (con Cod. Interv. 3734)	5.052,00	3.789,00	7,00	633,00	3.789,00	0,00	212,00	15,00	127,00	159,00
518	B	C	Interventi su sist. cardiovasc. per via percutanea senza inserz. stent in arteria coron. o IMA	4.414,00	3.311,00	7,00	688,00	3.311,00	0,00	212,00	15,00	127,00	159,00
518	C	C	Interventi su sist. cardiovasc. per via percutanea senza inserz. stent in arteria coron. o IMA (con Cod. Interv. 3596 3601 3602 3605 3609)	4.941,00	3.706,00	7,00	654,00	3.706,00	0,00	212,00	15,00	127,00	159,00
519		C	Artrodesi vertebrale cervicale con CC	7.118,00	5.339,00	79,00	181,00	5.339,00	0,00	212,00	15,00	127,00	159,00
520		C	Artrodesi vertebrale cervicale senza CC	4.346,00	3.259,00	15,00	353,00	3.259,00	0,00	212,00	15,00	127,00	159,00
521		M	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci con CC	2.387,00	311,00	24,00	155,00	0,00	311,00	212,00	30,00	127,00	159,00
522		M	Abuso o dipend. alcool/farmaci con T Riab. snz. CC	2.028,00	284,00	25,00	142,00	0,00	284,00	212,00	30,00	127,00	159,00
523		M	Abuso o dipend. alcool/farmaci snz T Riab. snz. CC	1.297,00	237,00	22,00	119,00	0,00	237,00	212,00	30,00	127,00	159,00

**CHIRURGIA GENERALE E RADIOLOGIA DIAGNOSTICA**

NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA
I	<b>85.11.2</b>	BIOPSIA MINIINVASIVA "VACUUM ASSISTED" CON SISTEMA DI GUIDA ECOGRAFICO	445
I	<b>85.11.3</b>	BIOPSIA MINIINVASIVA "VACUUM ASSISTED" CON SISTEMA DI GUIDA STEREOTASSICO	550

## DERMOSIFILOPATIA

NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE	tariffa
	38.22.1	CAPILLAROSCOPIA CON VIDEOREGISTRAZIONE - Escluso: Angioscopia dell' occhio (95.12)		58,88
	64.19.2	RICERCA DEL TREPONEMA AL PARABOLOIDE		7,75
	64.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE DEL PENE - Asportazione condilomi - Escluso: Biopsia del pene (64.11)		29,44
	70.33.1	ASPORTAZIONE DI CONDILOMI VAGINALI		29,44
	71.30.1	ASPORTAZIONE CONDILOMI VULVARI E PERINEALI		19,63
	86.01	ASPIRAZIONE DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO - Sulle unghie, sulla pelle o sul tessuto sottocutaneo. Aspirazione di: ascesso, ematoma, sieroma		7,75
	86.02.1	SCLEROSI DI FISTOLA PILONIDALE		15,49
	86.02.2	INFILTRAZIONE DI CHELOIDE		8,78
	86.03	INCISIONE DI CISTI O SENO PILONIDALE - Escluso: Marsupializzazione		26,34
M	86.04	INCISIONE CON DRENAGGIO DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO - Asportazione o demolizione locale di lesione op tessuto cutaneo e sottocutaneo, mediante incisione. Incluso: Asportazione cisti sebacea, verruche. Escluso: Drenaggio di compartimento fasciale di viso e bocca, spazio palmare o tenare, cisti o seno pilonidale (86.03)		28,41
	86.05.1	INCISIONE CON RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DA CUTE E TESSUTO SOTTOCUTANEO - Estrazione di corpo estraneo profondo. Escluso: Rimozione di corpo estraneo senza incisione (98.20-98.29)		37,7
	86.11	BIOPSIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO		13,94
*	86.24	CHEMIOCHIRURGIA DELLA CUTE - Peeling chimico della cute	* Trattamento limitato a cheratosi attiniche, verruche piane plurime.	6,71
	86.28	RIMOZIONE NON ASPORTATIVA DI FERITA, INFEZIONE O USTIONE - Rimozione NAS Rimozione di tessuto devitalizzato, necrosi e massa necrotica mediante metodi come: brushing, irrigazione (sotto pressione), washing, scrubbing (per seduta)		8,26
M	86.30.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO, MEDIANTE CRIOTERAPIA - (Per seduta)		12,39
	86.30.3	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO, MEDIANTE CAUTERIZZAZIONE O FOLGORAZIONE - (Per seduta)		12,39
I	86.30.4	ASPORTAZIONE O DISTRUZIONE NEOFORMAZIONI CUTANEE MEDIANTE LASER		22
I	86.30.5	TRATTAMENTO DI ANGIOMA MEDIANTE LASER		22
	86.4	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE - Asportazione larga di lesione della cute coinvolgente le strutture sottostanti o adiacenti		50
I	89.39.6	OSSERVAZIONE DI LESIONI PIGMENTARIE E NON con videodermatoscopio		58,88
I	89.39.7	EPILUMINESCENZA DI LESIONI PIGMENTATE		
	91.90.1	ESAME ALLERGOLOGICO STRUMENTALE PER ORTICARIE FISICHE		5,68
M	91.90.2	INDAGINI FOTOBIOLOGICHE PER FOTODERMATOSI [FOTOPATCH TEST] (fino a 25 allergeni)		5,16
	91.90.3	INDAGINI FOTOBIOLOGICHE PER FOTODERMATOSI [FOTOTEST]		4,65
M	91.90.4	SCREENING ALLERGOLOGICO PER INALANTI ED ALIMENTI [PRICK TEST] (fino a 7 allergeni)		11,36
M	91.90.5	TEST EPICUTANEI A LETTURA RITARDATA [PACTH TEST] (Fino a 20 allergeni) (per singolo allergene)		2,07
	91.90.6	TEST PERCUTANEI E INTRACUTANEI A LETTURA IMMEDIATA (Fino a 12 allergeni)		23,24
IH	91.90.7	TEST DI TOLLERANZA CON FARMACI E DI PROVOCAZIONE ORALE CON ALIMENTI ED ADDITIVI (per singola dose)		6,2

NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE	tariffa
I	91.90.8	TEST PERCUTANEI E INTRACUTANEI A LETTURA IMMEDIATA E RITARDATA PER FARMACI (Fino a 7 allergeni)		13,56
I	91.90.9	PRICK BY PRICK CON ALLERGENI FRESCHI (per singolo allergene)		2,07
I	91.90.A	TEST EPICUTANEO IN APERTO [OPEN TEST] (per singolo allergene)		2,07
I	91.90.B	TEST EPICUTANEI A LETTURA RITARDATA per serie professionali, metalli e ortopedici (fino a 10 allergeni) (per singolo allergene)		4,2
	99.82	TERAPIA A LUCE ULTRAVIOLETTA - Attinoterapia - Fototerapia selettiva UV (UVA, UVB) - Per ciclo di sei sedute		8,78
*I	99.82.1	FOTOTERAPIA SELETTIVA UVA1	* La prestazione è indicata per: psoriasi in pazienti HIV+, linfomi, connettivopatie.	17,56
I	99.83	FOTOCHEMIOTERAPIA. Puva terapia. Per seduta (ciclo di sei sedute)		16

CODICE	DESCRIZIONE	Indicazioni	Azioni intraprese	tariffa
92.21.1	Plesio-roentgenterapia		Invariata	6,42
92.23.1	TELECOBALTOTERAPIA CON CAMPO FISSO O DUE CAMPI CONTRAPPOSTI. Per seduta e per focolaio trattato	Pratica standard eseguita per trattamenti di media complessità effettuata con fasci gamma Co60. MOTIVAZIONE: Con questo termine si intendono tecniche di radioterapia esterna eseguite con cobalto con pianificazione senza o con TC, sezioni TC > 10 mm	Invariata	21,69
92.23.2	TELECOBALTOTERAPIA CON CAMPI MULTIPLI, DI MOVIMENTO Per seduta e per focolaio trattato	Pratica standard eseguita per trattamenti radicali, adiuvanti o palliativi di media complessità effettuata con fasci gamma Co 60. MOTIVAZIONE: Con questo termine si intendono tecniche di radioterapia esterna eseguita senza o con pianificazione TC, sezioni TC >10 mm	Invariata	25,82
92.23.3	TELECOBALTOTERAPIA CON TECNICA FLASH. Per seduta e per focolaio trattato	Pratica standard eseguita per trattamenti palliativi di media complessità effettuata con fasci gamma Co 60 in un numero di sedute <= 5. .	Invariata	51,65
92.24.1	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPO FISSO O DUE CAMPI CONTRAPPOSTI 2D. Per seduta e per focolaio trattato	Pratica standard eseguita per trattamenti radicali, adiuvanti o palliativi di media complessità. MOTIVAZIONE: Con questo termine si intendono tecniche di radioterapia esterna eseguite con acceleratore lineare con pianificazione senza o con TC, sezioni TC > 10 mm	Invariata	35,64
92.24.2	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI, DI MOVIMENTO 2D. Per seduta e per focolaio trattato	Pratica standard eseguita per trattamenti di media complessità. MOTIVAZIONE: Con questo termine si intendono tecniche di radioterapia esterna eseguite con acceleratore lineare senza o con con pianificazione TC, sezioni TC >10 mm,	Invariata	51,65
92.24.01	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI O DI MOVIMENTO TECNICHE 3D. Per seduta e per focolaio trattato	Pratica standard eseguita per trattamenti di media e alta complessità. MOTIVAZIONE: Con questo termine si intendono tecniche di radioterapia esterna eseguite con acceleratore lineare con pianificazione TC. Le sezioni TC devono essere tutte acquisite con passo <= 10 mm, i campi devono essere sagomati, il calcolo della distribuzione di dose deve essere tridimensionale e devono essere prodotti istogrammi dose volume per il volume target (PTV) e gli organi a rischio (OAR);	Inserita	71,00
92.24.02	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI O DI MOVIMENTO TECNICHE CON MODULAZIONE DI INTENSITA'. Per seduta e per focolaio trattato (IMRT)	Tecnica con modulazione di fluena del fascio, che necessita di hardware e di software dedicati, riservata a trattamenti di alta complessità laddove la modulazione d'intensità consente di modellare la distribuzione di dose su bersagli con forme geometriche complesse	Inserita	151,00
92.24.3	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON TECNICA FLASH. Per seduta e per focolaio trattato (fino a un massimo di 5 sedute)	Pratica standard eseguita per trattamenti palliativi di media complessità effettuata con acceleratori lineari in un numero di sedute <= 5. .	Modifica accettata	60,59
92.24.4	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA PRIMA O UNICA SEDUTA	Tecniche conformazionali a campi fissi o di movimento, ipofrazionate, con sistemi di localizzazione e di riposizionamento dedicati ai trattamenti stereotassici - Unica seduta o prima seduta	Inserita	285,12
92.24.40	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA SEDUTE SUCCESSIVE ALLA PRIMA (per seduta)	Tecniche conformazionali a campi fissi o di movimento, ipofrazionate, con sistemi di localizzazione e di riposizionamento dedicati ai trattamenti stereotassici - trattamenti successivi alla prima seduta	Inserita	142,56
92.25.1	TELETERAPIA CON ELETTRONI A UNO O PIU' CAMPI FISSI Per seduta e per focolaio trattato		Invariata	38,22
92.25.2	IRRADIAZIONE CUTANEA TOTALE CON ELETTRONI (TSEI/TSEBI)		Invariata	1053,57
92.27.1	BRACHITERAPIA ENDOLUMINALE E INTERSTIZIALE CON VETTORI SINGOLO O MULTIPLI , BRACHITERAPIA ENDOCAVITARIA CON VETTORI MULTIPLI con HDR. Per seduta e per focolaio trattato	Trattamenti con tecniche di alta complessità con sorgenti radioattive; è incluso il posizionamento del/dei vettori e la proiezione della sorgente. Per la brachiterapia interstiziale l'alloggiamento è effettuato solo nella prima seduta ma per la complessità della tecnica è "ridistribuito" sulle sedute successive	Modifica accettata	400,00
92.27.3	BRACHITERAPIA ENDOCAVITARIA CON VETTORE SINGOLO O DI SUPERFICIE CON VETTORE SINGOLO O VETTORI MULTIPLI con HDR Per seduta e per focolaio trattato	Trattamenti con tecniche di alta complessità con sorgenti radioattive; è incluso il posizionamento del/dei vettori e la proiezione della sorgente	Modifica accettata	189,00
92.27.5	BETATERAPIA DI CONTATTO - Per seduta e per focolaio trattato		Invariata	51,68
92.29.1	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE con simulatore radiologico o procedure di simulazione sull'unità di terapia	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE CLINICAMENTE PER LESIONI SUPERFICIALI O CON RADIOLOGIA PLANARE	Modifica accettata	42,77
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)	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE CON TC - In caso di iniezione di mezzo di contrasto codificare anche (38.99.1) L'esame è effettuato dal radioterapista e dai tecnici della radioterapia e non prevede referto. Per intero trattamento si intende la fase di trattamento radiante nella quale si applica il volume bersaglio individuato con ogni singola TC	Invariata	99,79

CODICE	DESCRIZIONE	Indicazioni	Azioni intraprese	tariffa
92.29.3	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE - Con RM - In caso di iniezione di mezzo di contrasto codificare anche (38.99.2) -	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE CON RM - In caso di iniezione di mezzo di contrasto codificare anche (38.99.1) Per intero trattamento si intende la fase di trattamento radiante nella quale si applica il volume bersaglio individuato con ogni singola RM	Invariata	130,09
92.29.01	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE - Con PET-TC (intero trattamento) Individuazione del volume bersaglio attraverso l'utilizzazione di PET accoppiata o non con TC	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE CON PET-TC Per intero trattamento si intende la fase di trattamento radiante nella quale si applica il volume bersaglio individuato con ogni singola PET-TC	Inserita	432,00
92.29.4	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO Calcolo della dose in punti	Include calcolo tabellare non effettuato con TPS	Invariata	23,88
92.29.5	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO CON ELABORATORE SU SCANSIONI TC	STUDIO FISICO DOSIMETRICO CON ALGORITMO 2D	Invariata	71,28
92.29.50	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO 3D CON ELABORATORE SU SCANSIONI TC di "elevata complessità"	Elaborazione del piano di trattamento ottimizzato sul volume bersaglio e sugli organi a rischio , con produzione della distribuzione di dose e di istogrammi dose volume per il PTV e OAR: calcolo distribuzione di dose con TPS su scansioni TC, in modalità 3D, per radioterapia conformazionale 3D, stereotassica e brachiterapia. Per ogni fase di trattamento relativa al bersaglio	Inserita	300,00
92.29.51	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO CON ELABORATORE SU SCANSIONI TC PER IMRT	Elaborazione del piano di trattamento ottimizzato sul volume bersaglio e sugli organi a rischio , con produzione della distribuzione di dose e di istogrammi dose volume per il PTV e OAR: calcolo distribuzione di dose con TPS su scansioni TC, in modalità IMRT. è incluso il controllo fisico dell'accuratezza dosimetrica e geometrica. Per ogni fase di trattamento relativa al bersaglio	Inserita	574,87
92.29.6	DOSIMETRIA IN VIVO	Misura sul paziente con dosimetro della dose assoluta e della distribuzione di dose relativa con immagine portale sul paziente, per l'intero piano di cura	Modifica accettata	10,85
92.29.04	FUSIONE DI IMMAGINI (RM, TC/PET, VOLUMI BIOLOGICI, VOLUMI MOLECOLARI) CON TC DI PIANIFICAZIONE	Elaborazione di dati o immagini digitali provenienti da sequenze di RM, TC , TC-PET o altre modalità di imaging utilizzando software specifici per la creazione di nuove immagini al fine di una migliore definizione del PTV e/o applicazione di appositi algoritmi di calcolo per determinazioni di carattere radiobiologico e funzionale. Per piano di cura	Inserita	75,00
92.29.7	SCHERMATURA PERSONALIZZATA (INTERO TRATTAMENTO)	Si intende la creazione di schermi personalizzati con legabassofondente o MLC per ogni campo di trattamento. Per intero trattamento si intende la fase del trattamento alla quale si applica la specifica schermatura personalizzata. Per tecniche ad archi di movimento (archi dinamici) si deve considerare un fascio corrispondente all'arco	Invariata	50,00
92.29.8	SISTEMA DI IMMOBILIZZAZIONE PERSONALIZZATO	Si intende la creazione di sistemi di immobilizzazione personalizzati. Per intero trattamento si intende la fase del trattamento alla quale si applica lo specifico sistema personalizzato.	Invariata	102,00
92.29.9	PREPARAZIONE COMPENSATORI/MODULATORI PER MODULAZIONE DI INTENSITÀ PER FASCIO	Si intende la costruzione di filtri di modulazione personalizzati. Per intero trattamento si intende la fase del trattamento alla quale si applica lo specifico sistema personalizzato. Non va inteso l'impiego del MLC per IMRT	Modifica accettata	86,76
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		Invariata	65,59
92.29.02	Definizione del volume bersaglio e degli organi a rischio per tecniche 2D	Indicato per calcolo della distribuzione della dose su un piano o su più piani con distanza tra essi > 10 mm o per brachiterapia con calcolo della distribuzione della dose per punti .	Inserita	50,00
92.29.03	Definizione del volume bersaglio e degli organi a rischio per tecniche 3D e IMRT	Indicato per radioterapia con valutazioni tridimensionali per conformazionale (per la definizione vedi acceleratore lineare con tecniche 3D); per brachiterapia (in questo caso si intende pianificazione del trattamento brachiterapico con calcolo della distribuzione della dose su sezioni TC con distanza tra esse non > 10 mm); per IMRT e per stereotassi. .	Inserita	200,00
92.29.05	Controllo del set up iniziale per la 1° seduta , controllo portale e/o della ripetibilità del paziente (per ogni singola immagine)	Verifica: del posizionamento del paziente mediante film portali o EPID; della correttezza dei dati tecnici; delle immagini in occasione della prima seduta di trattamento e nelle sedute successive nel caso di cambiamento del piano di cura o in trattamenti stereotassici	Inserita	35,64

CODICE	DESCRIZIONE	Indicazioni	Azioni intraprese	tariffa
92.24.03	CODIFICARE SE la radioterapia è EFFETTUATA CON GATING RESPIRATORIO Per seduta e per focolaio trattato	Tecnica IMRT effettuata con controllo e verifica del movimento respiratorio	Inserita	80,00
92.24.04	CODIFICARE SE IGRT Per seduta e per focolaio trattato	Tecnica IMRT effettuata con controllo e verifica del movimento respiratorio	Inserita	80,00

**ALTRE PRESTAZIONI**

NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE
I	96.59.1	MEDICAZIONE AVANZATA SEMPLICE (Estensione 10x10 cm.)	10,32	Detersione e medicazione di routine
I	96.59.2	MEDICAZIONE AVANZATA COMPLESSA (Estensione >25 cm.)	19,11	Detersione, sbrigliamento, medicazioni
I	96.59.3	MEDICAZIONE AVANZATA COMPLESSA (Estensione 25-80 cm.)	31,39	Detersione, sbrigliamento, medicazioni
I	96.59.4	MEDICAZIONE AVANZATA COMPLESSA (Estensione >80 cm.)	57,4	Detersione, sbrigliamento, medicazioni
I	96.59.5	MEDICAZIONE AVANZATA COMPLICATA per infezione e profondità	60,38	Detersione, antisepsi, sbrigliamento, medicazioni. Applicazioni distribuite in un tempo max di 45 gg consecutivi (come da protocollo)
I	96.59.6	MEDICAZIONE AVANZATA COMPLICATA per infezione, profondità e/o recalcitranti	122,43	Detersione, sbrigliamento chirurgico, medicazioni speciali con le seguenti tecniche strumentali: medicazioni cavitarie, vacuum-terapia, toilette chirurgica ad ultrasuoni, collagene con l'impiego di membrane biologiche o supporti speciali, ossimetria trans-cutanea, neuromodulazione per neoangiogenesi e rivascolarizzazione periferica