

Allegato 2

Indici di offerta, negoziazione, tariffe

Aggiornamenti in tema di esenzioni

Quadro normativo di riferimento:

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

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

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

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

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

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

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

MALATTIA O CONDIZIONE

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

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

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

Nel Nomenclatore Regionale è presente la prestazione:

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

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

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

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

MALATTIA O CONDIZIONE

042 PANCREATITE CRONICA

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

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

Nel Nomenclatore Regionale è presente la prestazione:

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

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

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

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

MALATTIA O CONDIZIONE

047 SCLEROSI SISTEMICA (PROGRESSIVA)

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

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

Nel Nomenclatore Regionale è presente la prestazione:

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

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

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

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

MALATTIA O CONDIZIONE

016 EPATITE CRONICA (ATTIVA)

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

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

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

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

023 INSUFFICIENZA RENALE CRONICA

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

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

Nel Nomenclatore Regionale sono presenti le prestazioni:

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

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

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

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

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

MALATTIA O CONDIZIONE

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

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

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

Nel Nomenclatore Regionale è presente la prestazione:

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

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

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

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

MALATTIA O CONDIZIONE

047 SCLEROSI SISTEMICA (PROGRESSIVA)

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

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

Nel Nomenclatore Regionale è presente la prestazione:

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

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

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

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

MALATTIA O CONDIZIONE

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

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

90.16.4 CREATININA CLEARANCE

Nel Nomenclatore Regionale è presente la prestazione:

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

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

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

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

MALATTIA O CONDIZIONE

- 013 DIABETE MELLITO

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

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

Nel Nomenclatore Regionale è presente la prestazione:

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

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

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

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

MALATTIA O CONDIZIONE

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

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

90.24.5 FOSFORO

Nel Nomenclatore Regionale è presente la prestazione:

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

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

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

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

MALATTIA O CONDIZIONE

055 TUBERCOLOSI (ATTIVA BACILLIFERA)

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

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

Nel Nomenclatore Regionale è presente la prestazione:

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

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

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

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

MALATTIA O CONDIZIONE

016 EPATITE CRONICA (ATTIVA)

027 IPOTIROIDISMO CONGENITO, IPOTIROIDISMO ACQUISITO (GRAVE)

035 MORBO DI BASEDOW, ALTRE FORME DI IPERTIROIDISMO

044 PSICOSI

056 TIROIDITE DI HASHIMOTO

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

90.42.1 TIREOTROPINA (TSH).

Nel Nomenclatore Regionale è presente la prestazione:

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

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

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

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

MALATTIA O CONDIZIONE

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

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

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

Nel Nomenclatore Regionale è presente la prestazione:

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

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

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

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

MALATTIA O CONDIZIONE

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

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

90.10.5 BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA.

Nel Nomenclatore Regionale è presente la prestazione:

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

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

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

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

MALATTIA O CONDIZIONE

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

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

88.72.1 ECOGRAFIA CARDIACA Ecocardiografia

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

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

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

MALATTIA O CONDIZIONE

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

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

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

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

MALATTIA O CONDIZIONE

GRAVIDANZA

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

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

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

Contrattualizzazione

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

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

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

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

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

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

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

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

Indice posti letto per mille abitanti

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

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

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

CREG

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

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

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

Tariffe

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

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

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

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

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