

DELIBERAZIONE N. VIII / 9173 DEL 30.3.2009

Oggetto: **DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLA GESTIONE DEL SERVIZIO SOCIO-SANITARIO REGIONALE PER L'ESERCIZIO 2009 - III PROVVEDIMENTO**

LA GIUNTA REGIONALE

RICHIAMATE

- la DGR n. VIII/8446 del 19/11/2008, avente ad oggetto “*Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l’anno 2008 - III provvedimento*” ed in particolare i punti 4 e 5 del deliberato relativi alla attuazione dell’art. 1, comma 796, lettera o) della legge finanziaria 2007 in cui si è stabilito che, relativamente agli erogatori di diritto privato, la percentuale applicata in termini di sconto alle valorizzazioni calcolate sulla base del tariffario delle prestazioni ambulatoriali oggi in vigore in Regione Lombardia è del 18% per il laboratorio analisi e del 2% per il resto della specialistica ambulatoriale;
- la DGR n. VIII/4239 del 28.02.2007, avente ad oggetto “Attuazione del comma 796, dell’art.1 della legge 27 dicembre 2006 n.296 (Legge Finanziaria 2007) e prime integrazioni alla DGR n. VIII/3776/2006 “determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio-Sanitario Regionale per l’Esercizio 2007”” ed in particolare il punto 3 del deliberato in cui, per l’esercizio 2007, si dava “*mandato alle ASL, in sede contrattuale, di ridurre del 9% la quota di risorse contrattabili per le prestazioni di laboratorio analisi e di prevedere uno sconto del 9% che gli erogatori dovranno applicare alle fatturazioni delle prestazioni di diagnostica di laboratorio*”;
- la DGR n. VIII/8501 del 26.11.2008, avente ad oggetto “*Determinazioni in ordine alle gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l’esercizio 2009*” ed in particolare l’allegato 16 in cui viene precisato che “*le previsioni di cui all’art. 1 comma 796 lettera O della Legge n. 296/06 troveranno applicazione nel 2009 in Regione Lombardia, così come già stabilito al punto del 3 deliberato della DGR VIII/4239 del 28/02/2007, prevedendo uno sconto del 18% per le prestazioni specialistiche afferenti alla branca laboratorio analisi e del 2% sulle prestazioni ambulatoriali afferenti alle altre branche specialistiche*”;

RITENUTO, per il solo 2008, di considerare consolidata, relativamente alla medicina di laboratorio, la riduzione del 9% della quota di contratto effettuata nel 2007 e conseguentemente lo sconto residuo che gli erogatori dovranno applicare alle fatturazioni delle prestazioni ambulatoriali sarà, per il 2008, del 9% per le prestazioni di diagnostica di laboratorio e del 2% per le restanti prestazioni di specialistica ambulatoriale;

RITENUTO altresì, per il 2009, a seguito delle significative integrazioni di risorse effettuate a favore della specialistica ambulatoriale nel corso del 2008, di confermare quanto previsto, relativamente agli sconti di cui al comma 796, dell’art. 1 della legge 27 dicembre 2006 n.296, dalla DGR n. VIII/8501 del 26.11.2008 all’allegato 16;

RICHIAMATA ancora la DGR n. VIII/8501 del 26.11.2008, avente ad oggetto “*Determinazioni in ordine alle gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l’esercizio 2009*” ed in particolare l’allegato 16 in cui vengono individuate le prestazioni da considerarsi remunerate extra quota risorse assegnate contrattualmente;

RITENUTO:

- che l'elenco di prestazioni ambulatoriali extrabudget venga integrato con la mammografia mono e bilaterale (codici del nomenclatore di specialistica ambulatoriale 87371, 87372), l'ecografia mammaria mono e bilaterale (codici del nomenclatore di specialistica ambulatoriale 88731, 88732) e la colonscopia (codice del nomenclatore di specialistica ambulatoriale 4523), essenziali per la diagnosi precoce di patologie oncologiche frequenti quali il tumore al seno ed al colon retto; nonché con le altre prestazioni ambulatoriali riferite alle campagne di screening di 1° livello (FOBT, ricerca del sangue occulto nelle feci - 90214, Pap test - 91385) e di 2° livello (colposcopia - 7021) organizzate dalle ASL, precisando che a partire dall'anno 2009 queste prestazioni sono da finanziarsi con le risorse previste per le prestazioni di specialistica ambulatoriale;
- che le prestazioni di cui al punto precedente debbano essere erogate come da protocolli e linee guida già in vigore che vanno obbligatoriamente rispettati in tutte le strutture regionali e che le ASL hanno definito nel contesto dei programmi di screening oggi in atto in Regione Lombardia;
- che il valore delle prestazioni di cui al punto precedente, per la parte presente nel contratto 2008 e sottoposta ad abbattimento, venga sottratto dalla quota di contratto, per l'esercizio 2009, relativa alla specialistica ambulatoriale applicando alla valorizzazione registrata dalle stesse nel 2008 un coefficiente di regressione non superiore a quello registrato mediamente nel 2008 per la specialistica ambulatoriale complessivamente considerata, che sarà notificato alle ASL dalla DG Sanità entro la data del 31 marzo 2009;
- che il valore delle prestazioni di cui al punto precedente, per la parte presente nel contratto 2008 e non sottoposta ad abbattimento, venga sottratto tal quale dalla quota di contratto, per l'esercizio 2009, relativa alla specialistica ambulatoriale;
- che in ogni caso tutte le attività di screening, per quanto extrabudget, facciano parte esplicita del contratto definendo contestualmente la quota di risorse destinate dalle ASL negli accordi con gli erogatori;
- che le prestazioni di screening, di 1° e 2° livello, vengano rendicontate secondo le indicazioni in vigore nel flusso informativo delle prestazioni ambulatoriali;
- che per tutte le prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale, sia quelle già previste dall'allegato 16 della DGR VIII/8501 sia quelle di nuovo inserimento di cui ai punti precedenti, i tempi di attesa relativi alle attività erogate per conto del Servizio Sanitario Regionale non debbano essere superiori di quelli previsti per le attività erogate in regime di libera professione e/o di solvenza. Ciò in quanto gli erogatori a contratto con il Servizio Sanitario Regionale devono fare proprie le priorità stabilite dalla Giunta Regionale ed ancor più quando le regole del sistema non pongono per determinate prestazioni limiti contrattuali di risorse.

RITENUTO inoltre che, in considerazione delle nuove prestazioni che saranno nel corso del 2009 erogate extrabudget, è opportuno definire una quota complessiva di risorse per l'erogazione di prestazioni extrabudget sia di ricovero che di specialistica ambulatoriale che, sulla base di stime effettuate sui dati 2008, viene complessivamente individuata in un valore fino a 1.320 milioni di euro. Queste risorse sono comprese nelle quote già assegnate dalla DGR VIII/8501 del 26.11.2008, allegato 2, per le attività di ricovero e di specialistica ambulatoriale.

RITENUTO altresì che, per permettere alle ASL di applicare puntualmente quanto previsto al punto precedente, il termine di perfezionamento dei contratti per le attività di ricovero e cura, di specialistica ambulatoriale e delle attività di NPI e di Psichiatria sia fissato nella data del 17 aprile 2009 e che i contratti non possano essere perfezionati se non dopo validazione effettuata dalla Direzione Generale Sanità al fine di garantire il puntuale rispetto delle regole di sistema e la tenuta complessiva dello stesso;

RICHIAMATE ancora:

- la DGR n. VIII/8501 del 26.11.2008, avente ad oggetto “*Determinazioni in ordine alle gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l’esercizio 2009*” ed in particolare l’allegato 11 in cui vengono date indicazioni per le attività di psichiatria;
- la DGR n. VIII/5743 del 31.10.2007 avente ad oggetto “*Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio-Sanitario Regionale per l’Esercizio 2008*” ed in particolare l’allegato 8 “*indici di offerta – negoziazione*” in cui si prevedeva che “*le ASL, sulla base anche delle valutazioni effettuate nel corso delle attività di riclassificazione delle strutture residenziali, possono proporre, previa verifica dell’equilibrio complessivo di sistema con la Direzione Generale Sanità, la stipula di nuovi contratti per programmi di “residenzialità leggera” e per comunità protette a bassa (CBM) e media assistenza (CPM) già accreditate e non a contratto*”;

RITENUTO che, per quanto riguarda la residenzialità psichiatrica, si confermi anche per il 2009 quanto previsto dalla citata DGR/5743 e che le ASL, a parità di risorse rispetto al 2008, possano estendere le stesse previsioni anche a strutture di alta complessità riabilitativa ed assistenziale che abbiano in essere con le stesse rapporti convenzionali continuativi almeno dal mese di gennaio del 2008;

RICHIAMATA la DGR n. VI/45934 del 28.10.1999 avente ad oggetto “*Approvazione delle linee guida per lo svolgimento della attività di controllo esterno da parte dell’ASL sulle modalità di applicazione del sistema di pagamento a prestazione*” ed in particolare il punto in cui si prevede che “*nel caso in cui non si arrivasse ad un accordo le pratiche non definite saranno poste alla attenzione di un <<comitato di Saggi>>, all’uopo costituito che si pronuncerà obbligatoriamente nel termine di 90 giorni dall’affidamento del mandato*”;

PRECISATO che la suddetta disposizione risulta già superata dalle previsioni di cui alla DGR VII/3826 del 16.03.2001 “*Determinazioni in merito alle modalità di controllo delle prestazioni sanitarie*” e che l’allegato 8 “*appropriatezza specifica delle prestazioni*” della DGR VIII/9014 del 20 febbraio 2009 prevede di attribuire funzioni di supporto qualificato ad esperti accreditati, inseriti in un elenco aggiornabile, selezionati per le principali branche specialistiche mediche e chirurgiche, i quali saranno chiamati dalla DG Sanità, sulla base di necessità prioritarie del sistema, ad effettuare valutazioni sulla appropriatezza specifica delle prestazioni di ricovero e di specialistica e sulla congruenza di codifica delle prestazioni stesse ai fini della loro remunerazione;

RICHIAMATA la DGR n. VI/25608 del 28.02.1997 avente ad oggetto “*aggiornamento delle tariffe delle prestazioni ospedaliere in regime di ricovero*” ed in particolare il punto 5 del deliberato in cui si è previsto che “*le prestazioni erogate in PS a pazienti che non vengono ricoverati siano remunerate secondo le tariffe del nomenclatore tariffario delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, incrementate del 50% ...*” ;

CONSIDERATO che nel corso degli anni la Giunta Regionale ha integrato e modificato i criteri di remunerazione delle prestazioni erogate in regime di emergenza urgenza ed in particolare:

- la DGR n. VII/12287 del 04.03.2003 avente ad oggetto “*Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario regionale per l’esercizio 2003 - integrazione e modifica della d.g.r. n. 10805 del 24 ottobre 2002 ad oggetto "prime determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario regionale per l’esercizio 2003*” ed in particolare il punto 26 del deliberato in cui si prevede “*che per le strutture con DEA o EAS i ricoveri ordinari per acuti*

maggiori di 1 giorno, rappresentativi di una casistica complessa, aventi un valore superiore a Euro 2.160 per i ricoveri chirurgici e a Euro 1.751 per i ricoveri medici, valori mediani di riferimento della casistica regionale, sono incrementati del 5% rispetto al tariffario in vigore;

- la DGR n. VII/19688 del 03.12.2004 avente ad oggetto “*Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2005*” ed in particolare l'allegato 7 “*indici di offerta – negoziazione*” che ha previsto di includere tra le prestazioni remunerate extra contratto a reale produzione “*le prestazioni relative ai dimessi da strutture con Pronto Soccorso, DEA o EAS con diagnosi principale di cui all'allegato alla DGR n. VII/16827 del 19.03.2004*” riconducibili a casistica particolarmente urgente e complessa;
- la DGR n. VIII/370 del 20.07.2005 avente ad oggetto “*Determinazione in merito alla remunerazione di alcune funzioni non coperte da tariffe predefinite svolte dalle aziende ed enti sanitari pubblici e privati accreditati, per l'anno 2004, assegnazione del fondo qualità avanzata di cui alla DGR n° VII/16827 del 19 marzo 2004*” ha stabilito i criteri oggi in uso per remunerare la competente finanziata a funzione per le attività di PS, DEA ed EAS andando ad individuare dei rimborsi differenziati in funzione della crescente complessità organizzativa di tali strutture;

RITENUTO quindi di rendere più congruente con l'attuale quadro delle regole di finanziamento la remunerazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate in PS e di quelle di ricovero ordinario per acuti maggiore di un giorno erogate in strutture provviste di DEA o EAS come segue:

- anche al fine di perfezionare la appropriatezza dei P.D.T. (percorsi diagnostico terapeutici) del Pronto Soccorso, a partire dalle prestazioni erogate dal 01.05.2009, l'incremento della tariffa previsto dalla citata DGR n. VI/25608 viene portato dal 50 % al 25%;
- per l'esercizio 2009 si prevede di affinare il metodo di attribuzione delle funzioni non tariffabili per le strutture provviste di PS, DEA od EAS mediante una analisi più puntuale dei modelli organizzativi operanti presso le strutture;
- per i casi per acuti con degenza maggiore di un giorno dimessi a far data dal 01.05.2009 da strutture provviste di Pronto Soccorso, DEA od EAS si prevede un incremento delle tariffe in vigore pari al 5% per i ricoveri con diagnosi principale come da allegato alla DGR VIII/1375 del 14.12.2005 avente ad oggetto “*Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2006*” e per i parti (DRG da 370 a 375). Per la restante casistica di ricoveri ordinari per acuti maggiori di 1 giorno trattati presso strutture con DEA o EAS, rappresentativi di una casistica complessa, aventi un valore superiore a Euro 2.160,00 per i ricoveri chirurgici e a Euro 1.751,00 per i ricoveri medici, l'incremento rispetto al tariffario in vigore è del 3% a far data dalle dimissioni effettuate dal 01.05.2009;

RICHIAMATA ancora la DGR n. VIII/8501 del 26.11.2008, avente ad oggetto “*Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2009*” ed in particolare l'allegato 9 “*governo clinico territoriale e dote sanitaria*”;

RITENUTO di sperimentare presso una ASL, che sarà individuata a cura della DG Sanità, la possibilità di assegnare alle famiglie, con pazienti affetti da malattie rare e/o da patologie cronico degenerative di particolare gravità riguardanti il sistema nervoso centrale, una dote finanziaria, assegnata sulla base di opportune valutazioni effettuate partendo dalla Banca Dati Assistiti, che possa permettere alle famiglie di diventare, in stretta sinergia con la ASL, una risorsa dal punto di vista della integrazione e della organizzazione dei servizi necessari per la cura e l'assistenza dei malati;

RITENUTO inoltre di attivare presso una ASL, che sarà individuata a cura della DG Sanità, una sperimentazione con nuove tecnologie dedicate all'attività di riabilitazione dei pazienti in stato vegetativo persistente;

RICHIAMATA la nota H1.2008.0046487 del 23.12.2008 ad oggetto “*Trattamento della degenerazione maculare neovascolare (essudativa) correlata all'età (AMD): Ranibizumab, Pegaptanib. Prime indicazioni*” con la quale la DG Sanità ha dato delle prime indicazioni su erogazione, rendicontazione e remunerazione di queste prestazioni;

TENUTO CONTO che nei primi mesi del 2009 si è svolto un lavoro in collaborazione con le società scientifiche di riferimento dell'area oftalmologica che ha portato a definire, per le attività di cui al punto precedente, le modalità operative, anche nel merito della verifica di qualità delle prestazioni, di cui all'allegato 2, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

RITENUTO, sulla base del lavoro fatto, di stabilire che:

- le prestazioni di cui ai 2 punti precedenti vengono effettuate in regime ambulatoriale e viene per le stesse individuato il codice 1475 [iniezione intravitreale di sostanze terapeutiche (escluso il costo del farmaco)] afferente alla branca ambulatoriale oculistica;
- i farmaci, somministrati con iniezione intravitreale ed indicati per il trattamento della degenerazione maculare neovascolare (essudativa) correlata all'età (AMD), potranno nel 2009 essere rendicontati in File F secondo le modalità indicate all'allegato 2;
- potranno effettuare queste prestazioni solo le strutture che prenderanno parte al percorso di verifica di qualità di cui all'allegato 2, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, e che compileranno le apposite schede di rilevazione AIFA;
- la tariffa in vigore per le prestazioni prenotate a far data dal 01.05.2009 viene fissata in euro 290,00 ed è comprensiva della visita pre e post procedura;

RICHIAMATA ancora la DGR n. VIII/8501 del 26.11.2008, avente ad oggetto “*Determinazioni in ordine alle gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2009*” ed in particolare l'allegato 15 “tariffe delle prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale”;

RITENUTO, per le prestazioni ambulatoriali prenotate a far data dal 01.05.2009 e per i ricoveri con dimissione dal 01.05.2009, di dover fornire agli allegati 3 e 4, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, delle precisazioni e delle integrazioni riguardanti alcune attività afferenti alla dermatologia (terapia foto dinamica cutanea e precisazioni su due prestazioni ambulatoriali), alla pneumologia (resezione meccanica laser assistita in broncoscopia rigida per stenosi tracheo - bronchiale di varia eziologia (neoplasica e non)) ed alla radioterapia (ulteriori precisazioni a riguardo delle prestazioni afferenti alla branca di radioterapia ed individuazione di 2 nuove prestazioni);

RITENUTO anche di integrare la branca di ostetricia – ginecologia del nomenclatore tariffario delle prestazioni ambulatoriali con le prestazioni con codice 9337 (training prenatale) ed 88797 (ecografia transvaginale);

RITENUTO inoltre, in considerazione della distribuzione della casistica in funzione del regime di erogazione e della durata della degenza e della evoluzione della clinica, di ridefinire, a decorrere dalle dimissioni a far data dal 01.05.2009, le tariffe di 3 DRG come segue:

DRG	Tipo	DesDRG	TarOrd	TarUno	ValSoA	TarSoA	ValSoNC	TarSoNC	TarDHC	TarDHM	TarRia	ValSoR	TarSoR	TarDHR
124*	M	Mal. cardiovascolari escl. IMA, con cateterismo cardiaco e dia. complicata	4749	1748	9	251	2	2331	0	587	300	20	180	226
125*	M	Mal. cardiovascolari escl. IMA, con cateterismo cardiaco senza dia. complicata	2331	1748	9	251			0	575	289	20	173	218
224	C	Interventi su spalla, gomito escl. interv. maggiori su articolaz. senza CC	2000	2000	12	161			2000	0	217	15	130	162

*** la degenza per questa tipologia di attività deve prevedere almeno una notte di ricovero post procedura**

RICHIAMATI:

- Art. 40, comma 2, del d.lgs. 165/2001 *"...Le pubbliche amministrazioni attivano autonomi livelli di contrattazione collettiva integrativa, nel rispetto dei vincoli di bilancio risultanti dagli strumenti di programmazione annuale e pluriennale di ciascuna amministrazione.....Le pubbliche amministrazioni non possono sottoscrivere in sede decentrata contratti collettivi integrativi in contrasto con vincoli risultanti dai contratti collettivi nazionali o che comportino oneri non previsti negli strumenti di programmazione annuale e pluriennale di ciascuna amministrazione. Le clausole difformi sono nulle e non possono essere applicate."*;
- Art. 67 del d.l. 112/2008 convertito in legge 133/2008 che ha previsto nuove forme di monitoraggio sulla costituzione del fondo per le risorse decentrate, unitamente alla verifica dei flussi di risorse finanziarie utilizzate, in particolare il comma 8 prevede la trasmissione alla Corte di Conti, tramite il MEF - Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato - entro il 31 maggio di ogni anno, *"...specifiche informazioni sulla contrattazione integrativa, certificate dagli organi di controllo interno ."*;

RAVVISATA la necessità di garantire una corretta e omogenea applicazione dei CCNL del Comparto Sanità e delle Dirigenze Medica, Veterinaria , Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa ed allo scopo di assicurare il rispetto delle risorse individuate nell'ambito dei CCNL derivanti dai vincoli di finanza pubblica;

RITENUTO, pertanto, di costituire un gruppo tecnico composto da personale della Direzione Generale Sanità e da rappresentanti delle Aziende Sanitarie Pubbliche al fine di perseguire, mediante un costante monitoraggio dei contratti integrativi aziendali e del relativo conseguente impatto economico nell'ambito del sistema sanitario regionale, l'omogeneità della spesa nelle

politiche retributive e nella definizione dei fondi contrattuali nel rispetto delle disposizioni nazionali e regionali in materia;

PRECISATO che, anche in relazione alla diversificazione delle modalità di gestione delle risorse finanziarie del Fondo Sanitario dovuta alla costituzione del Fondo Socio Sanitario ex DGR n. 4680 del 9.5.2007, entro il prossimo mese di settembre saranno emanate ulteriori linee guida allo scopo di supportare le aziende anche nella fase di riconciliazione degli stati patrimoniali e delle partite patrimoniali tra le medesime.

ATTESO che, sempre in relazione alla DGR n. 4680 del 9.5.2007 ed al significativo miglioramento dei tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi delle Aziende Sanitarie pubbliche regionali ottenuti attraverso l'attivazione del Fondo Socio Sanitario, si reputa opportuno, in una logica di sistema che promuove la piena parità di diritti e di doveri fra soggetti erogatori accreditati di diritto pubblico e di diritto privato, un maggiore coinvolgimento degli erogatori sanitari di diritto privato nella massimizzazione dell'efficienza nella gestione dell'esposizione debitoria, allo scopo di rendere quanto più omogeneo il sistema dei pagamenti del Servizio Sanitario sul territorio regionale;

RITENUTO pertanto di impegnare gli erogatori sanitari di diritto privato, attraverso lo strumento dei contratti con le Aziende Sanitarie Locali di appartenenza territoriale, a garantire il pagamento dei propri fornitori di beni e servizi nei tempi medi regionali conseguiti dalle Aziende Sanitarie Pubbliche;

RITENUTO altresì di prevedere di definire con successivo atto della Direzione Generale Sanità, un allegato al contratto ASL erogatori relativo al 2009, di impegno da parte di tutti gli erogatori, pubblici e privati accreditati, a rispettare i tempi medi regionali dei pagamenti verso i fornitori di beni e servizi e di dare atto che il riscontro circa l'osservanza delle condizioni pattuite sarà attuato attraverso il monitoraggio dei dati che saranno successivamente definiti da parte della Direzione Generale Sanità con la collaborazione delle Associazioni di Categoria dei fornitori maggiormente rappresentative sul territorio regionale;

RICHIAMATA la DGR n. VIII/8501 del 26.11.2008, avente ad oggetto "*Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2009*" ed in particolare l'allegato 2 "*Il quadro del sistema per l'anno 2009*" nel punto in cui stabilisce che "*I Direttori Generali hanno l'obbligo di porre in essere tutte le azioni utili al fine dell'approvazione definitiva dei bilanci preventivi da parte della Regione entro il 30/04/2009*";

RITENUTO che sia necessario, in considerazione dello spostamento alla data del 17.04.09 il termine ultimo di stipula dei contratti 2009 per le attività di ricovero e cura, specialistica ambulatoriale, psichiatria e neuropsichiatria, ridefinire nel 15.05.2009 la data ultima di approvazione dei bilanci preventivi da parte della Regione;

VISTO l'articolo 5, comma 5, del decreto legge 1 ottobre 2007 n.159, convertito con modificazioni nella legge 29 novembre 2007 n. 222, con cui si dispone che:

- a decorrere dall'anno 2008 la spesa farmaceutica ospedaliera così come rilevata dai modelli CE, al netto della distribuzione diretta come definita al comma 1, non può superare a livello di ogni singola regione la misura percentuale del 2,4 per cento del finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato, inclusi gli obiettivi di piano e le risorse vincolate di spettanza regionale e al netto delle somme erogate per il finanziamento di attività non

rendicontate dalle Aziende sanitarie. L'eventuale sfioramento di detto valore e' recuperato interamente a carico della regione attraverso misure di contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera o di voci equivalenti della spesa ospedaliera non farmaceutica o di altre voci del Servizio sanitario regionale o con misure di copertura a carico di altre voci del bilancio regionale. Non e' tenuta al ripiano la regione che abbia fatto registrare un equilibrio economico complessivo;

CONSIDERATO che la rendicontazione del sistema regionale per l'anno 2007 ha rispettato i limiti di legge mentre per l'anno 2008, a verifiche in corso, si evidenzia una tensione nel rispetto degli obiettivi programmatici;

RITENUTO pertanto di predisporre per il 2009 un Piano di contenimento regionale della spesa farmaceutica ospedaliera, allegato 1 parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, confermando e aggiornando le iniziative già disposte in merito dalla Regione Lombardia tendenti sempre più alla appropriatezza;

DATO ATTO che tutte le disposizioni di carattere economico contenute nel presente provvedimento sono compatibili con le risorse disponibili per il servizio sanitario regionale per l'anno 2009;

VALUTATE ed assunte come proprie le predette determinazioni;

A VOTI UNANIMI, espressi nelle forme di legge;

DELIBERA

Di stabilire:

1. per il solo 2008, di considerare consolidata, relativamente alla medicina di laboratorio, la riduzione del 9% della quota di contratto effettuata nel 2007 e conseguentemente lo sconto residuo che gli erogatori dovranno applicare alle fatturazioni delle prestazioni ambulatoriali sarà, per il 2008, del 9% per le prestazioni di diagnostica di laboratorio e del 2% per le restanti prestazioni di specialistica ambulatoriale.

2. per il 2009, a seguito delle significative integrazioni di risorse effettuate a favore della specialistica ambulatoriale nel corso del 2008, di confermare quanto previsto, relativamente agli sconti di cui al comma 796, dell'art. 1 della legge 27 dicembre 2006 n.296, dalla DGR n. VIII/8501 del 26.11.2008 all'allegato 16.

3. che

·l'elenco di prestazioni ambulatoriali extrabudget venga integrato con la mammografia mono e bilaterale (codici del nomenclatore di specialistica ambulatoriale 87371, 87372), l'ecografia mammaria mono e bilaterale (codici del nomenclatore di specialistica ambulatoriale 88731, 88732) e la colonscopia (codice del nomenclatore di specialistica ambulatoriale 4523), essenziali per la diagnosi precoce di patologie oncologiche frequenti

quali il tumore al seno ed al colon retto; nonché con le altre prestazioni ambulatoriali riferite alle campagne di screening di 1° livello (FOBT, ricerca del sangue occulto nelle feci - 90214, Pap test - 91385) e di 2° livello (colposcopia - 7021) organizzate dalle ASL, precisando che a partire dall'anno 2009 queste prestazioni sono da finanziarsi con le risorse previste per le prestazioni di specialistica ambulatoriale;

·le prestazioni di cui al punto precedente debbano essere erogate come da protocolli e linee guida già in vigore che vanno obbligatoriamente rispettati in tutte le strutture regionali e che le ASL hanno definito nel contesto dei programmi di screening oggi in atto in Regione Lombardia;

· il valore delle prestazioni di cui al punto precedente, per la parte presente nel contratto 2008 e sottoposta ad abbattimento, venga sottratto dalla quota di contratto, per l'esercizio 2009, relativa alla specialistica ambulatoriale applicando alla valorizzazione registrata dalle stesse nel 2008 un coefficiente di regressione non superiore a quello registrato mediamente nel 2008 per la specialistica ambulatoriale complessivamente considerata, che sarà notificato alle ASL dalla DG Sanità entro la data del 31 marzo 2009;

· il valore delle prestazioni di cui al punto precedente, per la parte presente nel contratto 2008 e non sottoposta ad abbattimento, venga sottratto tal quale dalla quota di contratto, per l'esercizio 2009, relativa alla specialistica ambulatoriale;

· in ogni caso tutte le attività di screening, per quanto extrabudget, facciano parte esplicita del contratto definendo contestualmente la quota di risorse destinate dalle ASL agli accordi con gli erogatori;

· le prestazioni di screening, di 1° e 2° livello, vengano rendicontate secondo le indicazioni in vigore nel flusso informativo delle prestazioni ambulatoriali;

· per tutte le prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale, sia quelle già previste dall'allegato 16 della DGR VIII/8501 sia quelle di nuovo inserimento di cui ai punti precedenti, i tempi di attesa relativi alle attività erogate per conto del Servizio Sanitario Regionale non debbano essere superiori di quelli previsti per le attività erogate in regime di libera professione e/o di solvenza. Ciò in quanto gli erogatori a contratto con il Servizio Sanitario Regionale devono fare proprie le priorità stabilite dalla Giunta Regionale ed ancor più quando le regole del sistema non pongono per determinate prestazioni limiti contrattuali di risorse.

4. che, in considerazione delle nuove prestazioni che saranno nel corso del 2009 erogate extrabudget, è opportuno definire una quota complessiva di risorse per l'erogazione di prestazioni extrabudget sia di ricovero che di specialistica ambulatoriale che, sulla base di stime effettuate sui dati 2008, viene complessivamente individuata in un valore fino a 1.320 milioni di euro. Queste risorse sono comprese nelle quote già assegnate dalla DGR VIII/8501 del 26.11.2008, allegato 2, per le attività di ricovero e di specialistica ambulatoriale.

5. che, per permettere alle ASL di applicare puntualmente quanto previsto al punto precedente, il termine di perfezionamento dei contratti per le attività di ricovero e cura, di specialistica ambulatoriale e delle attività di NPI e di Psichiatria sia fissato nella data del 17 aprile 2009 e che i contratti non possano essere perfezionati se non dopo validazione effettuata dalla Direzione Generale Sanità al fine di garantire il puntuale rispetto delle regole di sistema e la tenuta complessiva dello stesso.

6. che, per quanto riguarda la residenzialità psichiatrica, si confermi anche per il 2009 quanto previsto dalla citata DGR/5743 ed in particolare l'allegato 8 "*indici di offerta – negoziazione*" in cui

si prevedeva che “le ASL, sulla base anche delle valutazioni effettuate nel corso delle attività di riclassificazione delle strutture residenziali, possono proporre, previa verifica dell’equilibrio complessivo di sistema con la Direzione Generale Sanità, la stipula di nuovi contratti per programmi di “residenzialità leggera” e per comunità protette a bassa (CBM) e media assistenza (CPM) già accreditate e non a contratto” e che le ASL, a parità di risorse rispetto al 2008, possano estendere le stesse previsioni anche a strutture di alta complessità riabilitativa ed assistenziale che abbiano in essere con le stesse rapporti convenzionali continuativi almeno dal mese di gennaio del 2008.

7. che la DGR n. VI/45934 del 28.10.1999 avente ad oggetto “Approvazione delle linee guida per lo svolgimento della attività di controllo esterno da parte dell’ASL sulle modalità di applicazione del sistema di pagamento a prestazione” nel punto in cui prevede che “nel caso in cui non si arrivasse ad un accordo le pratiche non definite saranno poste alla attenzione di un <<comitato di Saggi>>, all’uopo costituito che si pronuncerà obbligatoriamente nel termine di 90 giorni dall’affidamento del mandato” è superata dalle previsioni di cui alla DGR VII/3826 del 16.03.2001 “Determinazioni in merito alle modalità di controllo delle prestazioni sanitarie” e che l’allegato 8 “appropriatezza specifica delle prestazioni” della DGR VIII/9014 del 20 febbraio 2009 prevede di attribuire funzioni di supporto qualificato ad esperti accreditati, inseriti in un elenco aggiornabile, selezionati per le principali branche specialistiche mediche e chirurgiche, i quali saranno chiamati dalla DG Sanità, sulla base di necessità prioritarie del sistema, ad effettuare valutazioni sulla appropriatezza specifica delle prestazioni di ricovero e di specialistica e sulla congruenza di codifica delle prestazioni stesse ai fini della loro remunerazione.

8. di rendere più congruente con l’attuale quadro delle regole di finanziamento la remunerazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate in PS e di quelle di ricovero ordinario per acuti maggiore di un giorno erogate in strutture provviste di DEA o EAS come segue:

- anche al fine di perfezionare la appropriatezza dei P.D.T (percorsi diagnostico terapeutici) del Pronto Soccorso, a partire dalle prestazioni erogate dal 01.05.2009, l’incremento della tariffa previsto dalla citata DGR n. VI/25608 viene portato dal 50 % al 25%;
- per l’esercizio 2009 si prevede di affinare il metodo di attribuzione delle funzioni non tariffabili per le strutture provviste di PS, DEA od EAS mediante una analisi più puntuale dei modelli organizzativi operanti presso le strutture;
- per i casi per acuti con degenza maggiore di un giorno dimessi a far data dal 01.05.2009 da strutture provviste di Pronto Soccorso, DEA od EAS si prevede un incremento delle tariffe in vigore pari al 5% per i ricoveri con diagnosi principale come da allegato alla DGR VIII/1375 del 14.12.2005 avente ad oggetto “Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l’esercizio 2006” e per i parti (DRG da 370 a 375). Per la restante casistica di ricoveri ordinari per acuti maggiori di 1 giorno trattati presso strutture con DEA o EAS, rappresentativi di una casistica complessa, aventi un valore superiore a Euro 2.160,00 per i ricoveri chirurgici e a Euro 1.751,00 per i ricoveri medici, l’incremento rispetto al tariffario in vigore è del 3% a far data dalle dimissioni effettuate dal 01.05.2009.

9. di sperimentare presso una ASL, che sarà individuata a cura della DG Sanità, la possibilità di assegnare alle famiglie, con pazienti affetti da malattie rare e/o da patologie cronico degenerative di particolare gravità riguardanti il sistema nervoso centrale, una dote finanziaria, assegnata sulla base di opportune valutazioni effettuate partendo dalla Banca Dati Assistiti, che possa permettere alle famiglie di diventare, in stretta sinergia con la ASL, una risorsa dal punto di vista della integrazione e della organizzazione dei servizi necessari per la cura e l’assistenza dei malati.

10. di attivare presso una ASL, che sarà individuata a cura della DG Sanità, una sperimentazione con nuove tecnologie dedicate all'attività di riabilitazione dei pazienti in stato vegetativo persistente.

11. che:

- il *Trattamento della degenerazione maculare neovascolare (essudativa) correlata all'età (AMD): Ranibizumab, Pegaptanib* viene effettuato in regime ambulatoriale e viene per lo stesso individuato il codice 1475 [iniezione intravitreale di sostanze terapeutiche (escluso il costo del farmaco)] afferente alla branca ambulatoriale oculistica;
- i farmaci, somministrati con iniezione intravitreale ed indicati per il trattamento della degenerazione maculare neovascolare (essudativa) correlata all'età (AMD), potranno nel 2009 essere rendicontati in File F secondo le modalità indicate all'allegato 2;
- potranno effettuare queste prestazioni solo le strutture che prenderanno parte al percorso di verifica di qualità di cui all'allegato 2, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, e che compileranno le apposite schede di rilevazione AIFA;
- la tariffa in vigore per le prestazioni prenotate a far data dal 01.05.2009 viene fissata in euro 290,00 ed è comprensiva della visita pre e post procedura.

12. che per le prestazioni ambulatoriali prenotate a far data dal 01.05.2009 e per i ricoveri con dimissione dal 01.05.2009, di dover fornire agli allegati 3 e 4, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, delle precisazioni e delle integrazioni riguardanti alcune attività afferenti alla dermatologia (terapia foto dinamica cutanea e precisazioni su due prestazioni ambulatoriali), alla pneumologia (resezione meccanica laser assistita in broncoscopia rigida per stenosi tracheo - bronchiale di varia eziologia (neoplasica e non)) ed alla radioterapia (ulteriori precisazioni a riguardo delle prestazioni afferenti alla branca di radioterapia ed individuazione di 2 nuove prestazioni);

13. di integrare la branca di ostetricia – ginecologia del nomenclatore tariffario delle prestazioni ambulatoriali con le prestazioni con codice 9337 (training prenatale) ed 88797 (ecografia transvaginale)

14. che, in considerazione della distribuzione della casistica in funzione del regime di erogazione e della durata della degenza e della evoluzione della clinica, siano ridefinite, a decorrere dalle dimissioni a far data dal 01.05.2009, le tariffe di 3 DRG come segue:

DRG	Tipo	DesDRG	TarOrd	TarUno	ValSoA	TarSoA	ValSoNC	TarSoNC	TarDHC	TarDHM	TarRia	ValSoR	TarSoR	TarDHR
124*	M	Mal. cardiovascolari escl. IMA, con cateterismo cardiaco e dia. complicata	4749	1748	9	251	2	2331	0	587	300	20	180	226
125*	M	Mal. cardiovascolari escl. IMA, con cateterismo cardiaco senza dia. complicata	2331	1748	9	251			0	575	289	20	173	218
224	C	Interventi su spalla, gomito escl. interv.	2000	2000	12	161			2000	0	217	15	130	162

Piano di governo della spesa farmaceutica ospedaliera

Controllo e monitoraggio dell'uso appropriato dei farmaci innovativi (File F)

Come indicato nell'allegato 13 alla DGR n. VIII/8501 del 26 novembre 2008, si conferma che *“all'interno dell'attuale quadro normativo nazionale e nei limiti della complessiva compatibilità di sistema e del rispetto del tetto complessivo del 2,4% previsto per la farmaceutica ospedaliera, per quanto riguarda il File F, riferito ai cittadini lombardi (tipologie 1,2, 3, 4, 5, 7, 8, 9 e 10) si ritiene possa crescere del 10% rispetto al 2008”*. Tale disposizione è vincolante a livello regionale e per singola azienda.

Al fine di definire per l'anno 2009 gli interventi diretti al controllo dei farmaci innovativi e al monitoraggio dell'uso appropriato degli stessi come previsto dalla normativa nazionale, si indicano di seguito le aree strategiche a livello regionale .

1. Farmaci oncologici

Ai sensi di quanto stabilito dalla DGR n. VIII/1375 del 14 dicembre 2005 e successivi provvedimenti regionali per quanto riguarda i farmaci oncologici ad alto costo, si ribadisce che:

- i farmaci oncologici ad alto costo, ai fini della loro rimborsabilità, così come prevede la normativa vigente, devono essere utilizzati esclusivamente per le indicazioni terapeutiche autorizzate con le determinazioni dell'Agenzia Italiana del Farmaco. Infatti, in caso di controllo successivo, l'utilizzo al di fuori delle indicazioni registrate sarà causa di mancato rimborso da parte dell'ASL di competenza territoriale.
- L'Agenzia Italiana del Farmaco, per il monitoraggio dell'utilizzo di questi farmaci, ha previsto la compilazione delle apposite schede di rilevazione per ciascun paziente e per ciascun ciclo di terapia. Tali schede dovranno continuare ad essere presenti in copia nelle cartelle cliniche dei pazienti sottoposti ai trattamenti in quanto costituiranno uno dei principali aspetti documentali, in associazione con le altre informazioni clinico diagnostiche, per le verifiche di auditing

Come indicato nella DGR n. VIII/8501 del 26 novembre 2008 e nei Decreti del Direttore Generale Sanità della Regione Lombardia n. 2106 e 2107 del 4 marzo 2009, si conferma che per l'anno 2009, come obiettivo diretto al controllo dei farmaci innovativi, le ASL dovranno verificare il **75%** della prescrizione/erogazione in File F dei farmaci oncologici con scheda AIFA indipendentemente dalla tipologia di rendicontazione (5, 2 o 1).

2. Farmaci oftalmologici sottoposti a monitoraggio AIFA

A seguito a quanto stabilito nelle determinazioni AIFA 4 dicembre 2008 (G.U., n. 295, 18 dicembre 2008), riguardanti le specialità medicinali LUCENTIS e MACUGEN, a partire dal 2 gennaio 2009 è

stato attivato il Registro AIFA dei Farmaci oftalmologici , in cui sono raccolte le schede dati informatizzate di arruolamento che indicano i pazienti eleggibili e le relative schede di follow-up periodico, per i trattamenti a carico del SSN.

Si conferma che questi farmaci, ai fini della loro rimborsabilità, così come prevede la normativa vigente, devono essere utilizzati esclusivamente per le indicazioni terapeutiche autorizzate con le determinazioni dell’Agenzia Italiana del Farmaco.

Come sopraindicato, l’AIFA, per il monitoraggio dell’utilizzo dei suddetti farmaci, ha previsto che vengano compilate delle apposite schede di rilevazione per ciascun paziente e per ciascun ciclo di terapia. Queste schede dovranno essere presenti in copia nelle cartelle ambulatoriali dei pazienti sottoposti ai trattamenti in quanto costituiranno uno dei principali aspetti documentali ai fini del rimborso e dei controlli, in associazione con le altre informazioni clinico diagnostiche.

Sarà compito delle ASL verificare il **50%** della prescrizione/erogazione in File F dei farmaci oftalmologici con scheda AIFA per valutare l’utilizzo degli stessi per le indicazioni terapeutiche autorizzate con le determinazioni dell’Agenzia Italiana del Farmaco.

3. Terapia iposensibilizzante (tipologia 4 del File F)

La DGR n. VIII/8501 ha dato mandato alla Direzione Generale Sanità di provvedere con specifico provvedimento ad aggiornare l’elenco dei farmaci della **tipologia 4**-farmaci per la terapia iposensibilizzante.

In riferimento alla nota prot n. H1.2008.46307 del 22 dicembre 2008 e recependo quanto comunicato dalla Società Italiana di Allergologia e Immunologia – Sezione Lombardia con nota del 12 febbraio 2009, si chiarisce che relativamente a quanto concerne l’immunoterapia specifica (ITS) per via sub-linguale con allergeni stagionali (pollini di graminacee, betulacee e altri alberi, parietaria, composite ed ambrosia), ai sensi dei numerosi studi pubblicati, per raggiungere l’efficacia clinica è indicata una terapia pre-co-stagionale della durata di 3 mesi per allergene, che può essere protratta a 4 mesi, anche sulla base del confezionamento. La dose dell’estratto è quella indicata nella scheda tecnica depositata a livello centrale (AIFA) che sarà rapportata al periodo (di 3 o 4 mesi) prescritto. Per il polline di paritaria, nelle zone lacustri ove è presentate una prolungata fioritura, è indicata la ITS fino a 6 mesi.

Tale indicazione si applica alle immunoterapie specifiche (ITS) per via sub-linguale prescritte a partire dal 2009. In via transitoria per quest'anno eventuali prescrizioni già in essere secondo diversa modalità saranno riconosciute fino a copertura del relativo ciclo stagionale.

Flusso informativo per il monitoraggio dei consumi di medicinali in ambito ospedaliero - File R.

La DGR n. VIII/8501 del 26 novembre 2008 ha dato mandato alla Direzione Generale Sanità di provvedere, con specifico provvedimento, ad attivare il “Flusso informativo dei dati di assistenza farmaceutica ospedaliera (File R)”, il cui invio, da parte delle strutture, è obbligatorio a partire dall’anno 2009.

Tale indicazione è stata recepita con nota regionale prot. H1.2009.0005557 del 13.02.2009, avente per oggetto *“Regole 2009, DGR n. VIII/8501 del 26 novembre 2008. Aggiornamento del flusso informativo dei dati di assistenza farmaceutica ospedaliera”*.

Poiché l'istituzione del flusso informativo per il monitoraggio dei consumi di medicinali in ambito ospedaliero da parte delle strutture è un obiettivo strategico in un'ottica di cooperazione ed integrazione dei diversi sistemi informativi gestiti dalle singole strutture, si confermano pertanto le indicazioni date nella succitata nota, in termini di tempistica e modalità di invio.

Promozione dell'appropriatezza prescrittiva e della continuità terapeutica ospedale-territorio

Come già indicato dalla DGR n. VIII/8501 del 26 novembre 2008 e nei Decreti del Direttore Generale Sanità della Regione Lombardia n. 2106 e 2107 del 4 marzo 2009, si confermano come obiettivi prioritari delle direzioni aziendali ospedaliere e ASL per l'anno 2009 le seguenti iniziative:

- promozione della prescrizione dei farmaci equivalenti (in particolare ATC: A02, C10, C09, C08, N06, J01) anche nei prontuari ospedalieri
- promozione di Percorsi Diagnostico-Terapeutici condivisi tra ASL e AO per uso appropriato di farmaci in patologie croniche ad alto costo (esempio HIV, artrite reumatoide, osteoporosi, depressione, ecc...);
- condivisione tra AO/Fondazioni e ASL di prontuari aggiornati alla dimissione, in cui saranno valutate le iniziative aziendali tese a diffondere tra gli operatori sanitari (clinici e farmacisti) l'uso e la prescrizione alla dimissione dei farmaci equivalenti (in particolare ATC: A02, C10, C09, C08, N06, J01) e in coerenza con le valutazioni di efficacia comparata
- promozione di iniziative di informazione e di formazione specifica per i medici prescrittori del territorio e delle strutture ospedaliere che diffondano le valutazioni di efficacia comparata relativamente ai farmaci di maggiore utilizzo e che per gli stessi, partendo dai dati della Banca Dati Assistito informino a riguardo della appropriatezza prescrittiva intesa come corretto dosaggio di farmaco prescritto e continuità temporale di adesione alla terapia (cosiddetta persistenza) dei pazienti. Il supporto tecnico scientifico di queste iniziative, promosse a livello ASL, AO, Fondazioni IRCCS e regionale, viene garantito dalla collaborazione tra DG Sanità e strutture universitarie lombarde
- condivisione di iniziative comuni tra ASL ed AO e gli altri enti accreditati a contratto, per i medici prescrittori del territorio e delle strutture ospedaliere che diffondano il corretto utilizzo dei piani terapeutici e la loro gestione in rete.

I risultati di tali attività saranno monitorati dalla Direzione Generale Sanità in collaborazione con gli operatori coinvolti, al fine di promuovere quelle iniziative che possono avere una valenza regionale.

Acquisti della Aziende Sanitarie

Proseguendo nel percorso definito con le linee di indirizzo degli anni 2007 e 2008, Regione Lombardia ribadisce l'importanza posta nello sviluppo della funzione acquisti, sia nel contesto dei mercati sempre più globalizzati, sia con riferimento all'evoluzione della normativa.

Come indicato nell'allegato 3 alla DGR n. VIII/8501 del 26 novembre 2008, le Aziende Sanitarie sono invitate ad aderire ovvero a contribuire alla formazione di aggregazioni strategiche della domanda, nel rispetto di quanto disposto dalla normativa vigente e dalle iniziative regionali, tenuto altresì conto dell'operatività della Centrale Regionale Acquisti.

Anche per il 2009 come settore strategico di intervento, la Regione ha individuato l'area dei farmaci ed in particolare dei farmaci innovativi ad alto costo.

Iniezioni intravitreali di Anti VEGF

Introduzione

Deve essere compilata una cartella ambulatoriale che contenga almeno i riferimenti anagrafici ed anamnestici oculistici specifici del paziente, copia della impegnativa e dei referti delle procedure effettuate per diagnosticare la patologia oculistica specifica, descrizione sintetica dei tempi, dei modi e dei luoghi relativi alla procedura di iniezione intravitreale effettuata. Per quanto riguarda la fluorangiografia più recente la stessa deve essere conservata in formato digitale in quanto rappresenta elemento indispensabile per il lavoro sul controllo di qualità che la DG Sanità intende sviluppare in collaborazione con le società scientifiche oftalmologiche di riferimento e che sarà successivamente definita con atto della DG Sanità.

La adesione al percorso di controllo di qualità rappresenta condizione indispensabile alla effettuazione di queste procedure a carico del servizio sanitario regionale.

L'esecuzione delle iniezioni intravitreali prevede tre fasi:

1. una visita oculistica eseguita prima dell'iniezione
2. l'iniezione
3. una visita oculistica nei giorni successivi

La procedura per l'iniezione deve essere effettuata in condizioni asettiche, che includono la disinfezione delle mani come per ogni procedura chirurgica, guanti sterili, un telino sterile e un blefarostato sterile (o equivalente) e la possibilità di effettuare una paracentesi sterile (se necessaria). Prima di effettuare la procedura intravitreale si deve valutare attentamente l'anamnesi del paziente per quanto riguarda le reazioni di ipersensibilità. Prima dell'iniezione si devono disinfettare le superfici perioculare, oculare e palpebrale e devono essere somministrati un'anestesia adeguata ed un antimicrobico topico ad ampio spettro.

Lo strumento informativo individuale finalizzato a rilevare tutte le informazioni anagrafiche e cliniche significative relative al paziente e al un singolo accesso ambulatoriale

1 Visita oculistica

- a. Il paziente deve essere sottoposto a visita oculistica per la valutazione della capacità visiva.
- b. Viene compilata la scheda del registro AIFA (farmaci oftalmologici) ed in particolare devono essere riportati dati dello spessore retinico, la presenza di fluido sottoretinico la grandezza in mm² dell'area della lesione come appare nella fluorangiografia più recente, la presenza di emorragie sottoretiniche e/o intraretiniche, la percentuale del sangue e la presenza del leakage. Per quanto riguarda il quantitativo di farmaco utilizzato devono essere registrati obbligatoriamente 2.3 mg per la specialità medicinale Lucentis® e 0.5 mg per Macugen®.

Allegato 2 dgr n

2 Iniezione

2.1 Preparazione del paziente prima dell'intervento

- a. Dilatazione della pupilla
- b. Disinfezione del fornice congiuntivale con Iodopovidone 5% lasciato per almeno 3 minuti

2.2 Esecuzione della iniezione

- a. Iniezione intravitreale a 3,5-4 mm dal limbus
- b. Verificare la perfusione dell'arteria centrale della retina anche chiedendo al paziente se è in grado di vedere oggetti attraverso l'occhio trattato.

2.3 Procedure post trattamento

- a. Instillare collirio o pomata antibiotica e/o iodopovidone 5%.
- b. A discrezione del medico può essere applicata una compressa oculare
- c. Dimissione del paziente con terapia antibiotico locale da effettuarsi a domicilio

3 Visita di controllo

Nei giorni successivi si esegue visita di controllo. Questa deve essere eseguita nei primi 5 giorni dopo l'iniezione

Resezione meccanica laser assistita in broncoscopia rigida per stenosi tracheo - bronchiale di varia eziologia (neoplasica e non)

Condizioni operative necessarie per effettuare queste procedure

1. l'attrezzatura necessaria deve comprendere **set completo di broncoscopia rigida** (vari diametri), **ottiche** con **pinze** coassiali, sondini per aspirazione rigidi, **set di posizionamento protesi siliconiche e broncofibroscopi**;
2. assortimento di **protesi siliconiche e metalliche** delle diverse misure necessarie
3. apparecchiatura **LASER** a diodi o ND-YAG, doppio aspiratore;
4. la metodica deve essere praticata esclusivamente in **anestesia generale** sotto controllo continuo di un **anestesista esperto nella metodica**, con l'assistenza di personale infermieristico addestrato;
5. la metodica si pratica in una **sala endoscopica attrezzata** o in una **sala operatoria** con monitoraggio continuo di saturazione ossiemoglobinica, traccia ECG e, possibilmente della pressione arteriosa con sonda intraarteriosa;
6. devono essere utilizzate o comunque disponibili; **apparecchiature per la ventilazione** come **Poncho** per ventilazione a pressione negativa, **Jet Ventilation**, ventilatore meccanico da sala operatoria; devono inoltre essere a disposizione tubo corrugato, ambu, ossigeno per ventilazione manuale;
7. deve essere a disposizione carrello con tutto il necessario per la gestione delle urgenze oltre a defibrillatore;
8. la broncoscopia rigida operativa può essere effettuata solo in presidi ospedalieri che siano dotati di **Sala di Rianimazione** e di **U.O. Chirurgiche** in grado di gestire le eventuali complicanze (sanguinamenti, pneumotoraci, insufficienza respiratoria, cardiovascolari, ecc.);
9. ogni operatore che esegue broncoscopie operative deve effettuare almeno 10 procedure all'anno nel suo Centro.

Tali ricoveri devono essere segnalati sulla SDO come segue:

- **Nel caso di interventi sui bronchi**

Dia Princ. 519.1 Altre malattie della trachea e dei bronchi, non classificate altrove, oppure tumore (secondo la definizione di Diagnosi Principale) ed eventuali complicanze

Int./Proc. 32.01 Asportazione o demolizione endoscopica di lesione o tessuto bronchiale

33.29 Altre procedure diagnostiche sul polmone

96.05 Altra intubazione del tratto respiratorio (per eventuale inserzione di

stent)

- **Nel caso di interventi sulla trachea**

Dia Princ. 519.1 Altre malattie della trachea e dei bronchi, non classificate altrove, oppure tumore (secondo la definizione di Diagnosi Principale) ed eventuali complicanze

Int./Proc. 31.5 Asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto della trachea

96.05 Altra intubazione del tratto respiratorio (per eventuale inserzione di stent)

- Quindi per i risultanti **DRG 076 Altri interventi su app. respiratorio con CC** e **DRG 077 Altri interventi su app. respiratorio senza CC**, il campo TIPOTARIFFA (FILE SDO2.txt, posizione 221-221) deve essere così compilato:

- **lasciare il campo vuoto (spazio)** per i DRG 076 e 077 che continuano ad essere finanziati con la tariffe allegate alla DGR VIII/8501 del 26.11.2008
- **compilare U** per i DRG 076 e 077 per cui è previsto un finanziamento pari a euro 6.000 per le dimissioni effettuate a decorrere dal 01.05.2009, giustificato dal protocollo operativo su riportato

Dermatologia

Attività di day hospital

Terapia fotodinamica cutanea

A seguito della valutazione della proposta formulata dalla Associazione dei Responsabili UOC e UOSD di Dermatologia della Regione Lombardia per l'esecuzione della prestazione di cui sopra si precisa che:

per i soli trattamenti di carcinomi basocellulari, Morbo di Bowen con lesioni di dimensioni superiori a 2 cm² al viso o 6 cm² al tronco ed arti, oppure di cheratosi attiniche che raggiungano un'area complessiva di 6 cm² al viso o 18 cm² al tronco ed arti, in considerazione del costo del farmaco foto sensibilizzante utilizzato, è consentito segnalare sulla SDO, in regime di DH:

Allegato 3 dgr n.....

Dia.Princ. V58.1 Chemioterapia (seguito dal codice della specifica patologia trattata)

Int./Proc. 86.28 Rimozione non asportativa di ferita, infezione o ustione

99.83 Altra fototerapia

Si rileva inoltre che analogamente a quanto dovrebbe essere effettuato prima di qualunque asportazione di lesione cutanea con qualunque tecnica, alla cartella deve essere sempre allegata documentazione fotografica delle lesioni trattate.

codice	nota	descr_prestaz breve DWH	DESCR_PRESTAZ_completa	Indicazioni	tariffa_euro	BS_n corretto	BS_M 1	descr_BS_M1	BS_M 2	descr_BS_M2	Precisazioni per le prestazioni prenotate a far data dal 1.5.2009
14.75	IHM	INIEZIONE INTRAVITREALE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE Escluso costo del farmaco	INIEZIONE INTRAVITREALE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE Escluso costo del farmaco (Incluso visita pre e post procedura)		290,00	1	016	OCULISTICA			modificata tariffa e descrizione
88.79.7		ECOGRAFIA TRANSVAGINALE	ECOGRAFIA TRANSVAGINALE		44,33	2	008	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	020	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	prestazione aggiunta anche nella BS "ostetricia e ginecologia"
91.90.2	M	INDAGINI FOTOBIOLOGICHE PER FOTODERMATOSI [FOTO PATCH TEST]	INDAGINI FOTOBIOLOGICHE PER FOTODERMATOSI [FOTO PATCH TEST] (fino a 25 allergeni) (per singolo allergene)		5,27	1	006	DERMOSIFILOPATIA			modificata descrizione
92.23.1		TELECOBALTOTERAPIA	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 del 60Co. Tecniche di radioterapia esterna eseguite con 60Co con pianificazione senza o con TC (separazione tra le sezioni TC superiore a 10 mm). Sedute in cui siano impiegati un fascio diretto e/o due fasci contrapposti indipendentemente dal tipo di algoritmo utilizzato con il TPS (3D o 2D), dalla presenza o assenza di schermature personalizzate.	22,17	1	024	RADIOTERAPIA			ulteriori indicazioni
92.23.2		TELECOBALTOTERAPIA	TELECOBALTOTERAPIA; CON CAMPI MULTIPLI, DI MOVIMENTO ; Per seduta e per focolaio trattato	Pratica standard eseguita per trattamenti radicali, adjuvanti o palliativi di media complessità effettuata con fasci gamma del 60Co. Tecniche di radioterapia esterna eseguita senza o con pianificazione TC (separazione tra le sezioni TC superiore a 10 mm). Si considerano campi multipli quando gli assi centrali dei due campi non giacciono sulla stessa retta.	26,39	1	024	RADIOTERAPIA			ulteriori indicazioni
92.23.3		TELECOBALTOTERAPIA	TELECOBALTOTERAPIA; CON TECNICA FLASH; Per seduta e per focolaio trattato	Pratica standard eseguita per trattamenti palliativi di media complessità effettuata con fasci gamma del 60Co in un numero di sedute inferiore o uguale a 5.	52,79	1	024	RADIOTERAPIA			ulteriori indicazioni
92.24.1	M	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE; CON CAMPO FISSO O DUE CAMPI CONTRAPPOSTI 2D	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE; CON CAMPO FISSO O DUE CAMPI CONTRAPPOSTI 2D; Per seduta e per focolaio trattato	Pratica standard eseguita per trattamenti radicali, adjuvanti o palliativi di media complessità. Tecniche di radioterapia esterna eseguite con acceleratore lineare con pianificazione senza o con TC (separazione tra le sezioni TC superiore a 10 mm) in cui siano impiegati un fascio diretto e/o due fasci contrapposti che non abbiano tutte le caratteristiche individuate dalla voce 92.24.5	36,42	1	024	RADIOTERAPIA			ulteriori indicazioni
92.24.2	M	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE; CON CAMPI MULTIPLI, DI MOVIMENTO 2D	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE; CON CAMPI MULTIPLI, DI MOVIMENTO 2D ; Per seduta e per focolaio trattato	Pratica standard eseguita per trattamenti di media complessità. Tecniche di radioterapia esterna eseguite con acceleratore lineare senza o con pianificazione TC, (separazione tra le sezioni TC superiore a 10 mm). Si considerano campi multipli quando gli assi centrali dei due campi non giacciono sulla stessa retta.	52,79	1	024	RADIOTERAPIA			ulteriori indicazioni

codice	nota	descr_prestaz breve DWH	DESCR_PRESTAZ_completa	Indicazioni	tariffa_euro	BS_n corretto	BS_M 1	descr_BS_M1	BS_M 2	descr_BS_M2	Precisazioni per le prestazioni prenotate a far data dal 1.5.2009
92.24.3	M	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE ; CON TECNICA FLASH	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE ; CON TECNICA FLASH; Per seduta e per focolaio trattato (fino a un max di 5 sedute)	Pratica standard eseguita per trattamenti palliativi di media complessità effettuata con acceleratori lineari in un numero di sedute inferiore o uguale a 5.	61,92	1	024	RADIOTERAPIA			ulteriori indicazioni
92.24.5	I	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI O DI MOVIMENTO, TECNICHE 3D	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. Tecniche di radioterapia esterna eseguite con acceleratore lineare con pianificazione TC quando la pianificazione ha tutte le seguenti caratteristiche: Separazione tra le sezioni TC inferiore o uguale a 10 mm calcolo con algoritmo 3D produzione di istogrammi dose volume per il target (PTV) e per gli organi a rischio sagomatura dei fasci quando necessario.	72,56	1	024	RADIOTERAPIA			ulteriori indicazioni
92.24.6	I	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI O DI MOVIMENTO, TECNICHE CON MODULAZIONE DI INTENSITA'	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 fluensa 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	154,32	1	024	RADIOTERAPIA			ulteriori indicazioni
92.24.7	I	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA UNICA O PRIMA SEDUTA	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA UNICA O PRIMA 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. Ai fini di questo documento per ipofrazionamento si intende l'impiego di dose/frazione ≥ 3 Gy. In situazioni oncologiche particolari può essere necessaria una tecnica stereotassica con un frazionamento convenzionale sulla scorta dei dati in letteratura (es neurinoma dell'acustico, adenoma ipofisario). In questi casi, molto selezionati e rari, il motivo scientifico della scelta di un frazionamento convenzionale deve essere esplicitato per iscritto dal radioterapista sui documenti clinici.	291,39	1	024	RADIOTERAPIA			ulteriori indicazioni
92.24.8	I	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA SEDUTE SUCCESIVE ALLA PRIMA	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA SEDUTE SUCCESIVE 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. Ai fini di questo documento per ipofrazionamento si intende l'impiego di dose/frazione ≥ 3 Gy. In situazioni oncologiche particolari può essere necessaria una tecnica stereotassica con un frazionamento convenzionale sulla scorta dei dati in letteratura (es neurinoma dell'acustico, adenoma ipofisario). In questi casi, molto selezionati e rari, il motivo scientifico della scelta di un frazionamento convenzionale deve essere esplicitato per iscritto dal radioterapista sui documenti clinici.	145,70	1	024	RADIOTERAPIA			ulteriori indicazioni
92.27.1	M	BRACHITERAPIA ENDOLUMINALE E INTERSTIZIALE CON VETTORI SINGOLO O MULTIPLI, BRACHITERAPIA ENDOCAVITARIA CON VETTORI MULTIPLI CON HDR	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	408,80	1	024	RADIOTERAPIA			ulteriori indicazioni

codice	nota	descr_prestaz breve DWH	DESCR_PRESTAZ_completa	Indicazioni	tariffa_euro	BS_n corretto	BS_M 1	descr_BS_M1	BS_M 2	descr_BS_M2	Precisazioni per le prestazioni prenotate a far data dal 1.5.2009
92.27.3	M	BRACHITERAPIA ENDOCAVITARIA CON VETTORE SINGOLO O BRACHITERAPIA DI SUPERFICE CON VETTORE SINGOLO O VETTORI MULTIPLI CON HDR	BRACHITERAPIA ENDOCAVITARIA CON VETTORE SINGOLO O BRACHITERAPIA DI SUPERFICE 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	193,16	1	024	RADIOTERAPIA			ulteriori indicazioni
92.29.1	M	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE; Con simulatore radiologico o procedure di simulazione sull'unità di terapia; (intero trattamento)	Può essere eseguito clinicamente per lesioni superficiali, con radiologia planare per le altre situazioni.	43,71	1	024	RADIOTERAPIA			ulteriori indicazioni
92.29.2		INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE; Con TC simulatore o TC; In caso di iniezione di mezzo di contrasto codificare anche (38.99.1); (intero trattamento)	In caso di iniezione di mezzo di contrasto codificare anche (38.99.1) La procedura è effettuata 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. La TC è da considerarsi unica se il volume è in continuità e non vi sono modifiche di posizionamento.	101,99	1	024	RADIOTERAPIA			ulteriori indicazioni
92.29.3		INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE; Con RM; In caso di iniezione di mezzo di contrasto codificare anche (38.99.2); (intero trattamento)	In caso di iniezione di mezzo di contrasto codificare anche (38.99.2) La procedura è effettuata 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 RM. La RMN è da considerarsi unica se il volume è in continuità e non vi sono modifiche di posizionamento. Può essere effettuata in contemporanea (nella stessa seduta) con la prestazione diagnostica purchè siano rispettati i requisiti di posizionamento e si adotti la contenzione ove prevista.	132,95	1	024	RADIOTERAPIA			ulteriori indicazioni
92.29.4		STUDIO FISICO-DOSIMETRICO	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO; Calcolo della dose in punti	Include calcolo tabellare non effettuato con TPS. Da non rendicontare se il tempo e la dose sono calcolati con TPS	24,41	1	024	RADIOTERAPIA			ulteriori indicazioni
92.29.5		STUDIO FISICO-DOSIMETRICO CON ELABORATORE SU SCANSIONI TC	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO CON ELABORATORE SU SCANSIONI TC; In caso di ricostruzione 3D codificare anche (88.90.2)	Studio fisico dosimetrico con algoritmo 2D. Occorre utilizzare questo codice anche se il TPS ha un algoritmo 3D, ma lo studio dosimetrico non ha i requisiti richiesti dai codici 92.29.B	72,85	1	024	RADIOTERAPIA			ulteriori indicazioni
92.29.6	M	DOSIMETRIA IN VIVO	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. Da rendicontare per ogni singolo punto di misurazione	11,09	1	024	RADIOTERAPIA			ulteriori indicazioni

codice	nota	descr_prestaz breve DWH	DESCR_PRESTAZ_completa	Indicazioni	tariffa_euro	BS_n corretto	BS_M 1	descr_BS_M1	BS_M 2	descr_BS_M2	Precisazioni per le prestazioni prenotate a far data dal 1.5.2009
92.29.7		SCHERMATURA PERSONALIZZATA	SCHERMATURA PERSONALIZZATA; (intero trattamento)	Si intende la creazione di schermi personalizzati con lega bassofondente 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. In caso di IMRT considerare solo uno schermo per campo (e non per segmento)	51,10	1	024	RADIOTERAPIA			ulteriori indicazioni
92.29.8		SISTEMA DI IMMOBILIZZAZIONE PERSONALIZZATO	SISTEMA DI IMMOBILIZZAZIONE PERSONALIZZATO; (intero trattamento)	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. I dispositivi standard (es. belly board, reggibraccio, ecc) non sono da considerarsi sistemi di immobilizzazione personalizzati	104,24	1	024	RADIOTERAPIA			ulteriori indicazioni
92.29.9	M	PREPARAZIONE COMPENSATORI/MODULATORI PER MODULAZIONE DI INTESITA' PER FASCIO	PREPARAZIONE COMPENSATORI/MODULATORI PER MODULAZIONE DI INTESITA' PER FASCIO; (intero trattamento). Escluso: schermatura personalizzata (92.29.7)	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	88,67	1	024	RADIOTERAPIA			ulteriori indicazioni
92.29.A	I	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE; con PET-TC	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	Per intero trattamento si intende la fase di trattamento radiante nella quale si applica il volume bersaglio individuato con ogni singola PET-TC. Con questa prestazione si intende l'impiego della TC PET ai fini del trattamento radiante con paziente nel posizionamento previsto per il trattamento e con l'ausilio di eventuale sistema di contenzione. Può essere effettuata, per motivi radioprotezionistici, in contemporanea (nella stessa seduta) con la prestazione diagnostica purchè siano rispettati i requisiti di posizionamento e si adotti la contenzione ove prevista.	441,50	1	024	RADIOTERAPIA			ulteriori indicazioni
92.29.B	I	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO 3D CON ELABORATORE SU SCANSIONI TC DI "ELEVATA COMPLESSITA"	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO 3D CON ELABORATORE SU SCANSIONI TC DI "ELEVATA COMPLESSITA"	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 della 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	306,60	1	024	RADIOTERAPIA			ulteriori indicazioni
92.29.C	I	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO CON ELABORATORE SU SCANSIONI TC IN MODALITA' IMRT	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO CON ELABORATORE SU SCANSIONI TC IN MODALITA' IMRT Includo: controllo fisico dell'accuratezza dosimetrica e geometrica	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 della distribuzione di dose con TPS su scansioni TC, in modalità IMRT. E' incluso il controllo fisico dell'accuratezza dosimetrica e geometrica. Per ogni fase di trattamento relativa al bersaglio	587,52	1	024	RADIOTERAPIA			ulteriori indicazioni
92.29.D	I	FUSIONE DI IMMAGINI (RM, TC/PET, VOLUMI BIOLOGICI, VOLUMI MOLECOLARI) CON TC DI PIANIFICAZIONE	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	76,65	1	024	RADIOTERAPIA			ulteriori indicazioni

codice	nota	descr_prestaz breve DWH	DESCR_PRESTAZ_completa	Indicazioni	tariffa_euro	BS_n corretto	BS_M 1	descr_BS_M1	BS_M 2	descr_BS_M2	Precisazioni per le prestazioni prenotate a far data dal 1.5.2009
92.29.E	I	DEFINIZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E DEGLI ORGANI A RISCHIO PER TECNICHE 2D	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 superiore a 10 mm o per brachiterapia con calcolo della distribuzione della dose per punti .	51,10	I	024	RADIOTERAPIA			ulteriori indicazioni
92.29.F	I	DEFINIZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E DEGLI ORGANI A RISCHIO PER TECNICHE 3D E IMRT	DEFINIZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E DEGLI ORGANI A RISCHIO PER TECNICHE 3D E IMRT	Indicato per radioterapia con valutazioni tridimensionali per RT conformazionale (per la definizione vedi codice 92.24.5); 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.	204,40	I	024	RADIOTERAPIA			ulteriori indicazioni
92.29.G	I	CONTROLLO DEL SET UP INIZIALE PER PRIMA SEDUTA, CONTROLLO PORTALE E/O DELLA RIPETIBILITA' DEL SET UP DEL PAZIENTE	CONTROLLO DEL SET UP INIZIALE PER PRIMA SEDUTA, CONTROLLO PORTALE E/O DELLA RIPETIBILITA' DEL SET UP 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 il codice è da utilizzare ogni qual volta il radioterapista verifica e convalida un film portale o verifica de visu il posizionamento del paziente e clinicamente la correttezza dei dati tecnici. Per utilizzare questo codice l'EPID (o il film portale) deve essere convalidato dal radioterapista. La firma virtuale vale come quella reale.	36,42	I	024	RADIOTERAPIA			ulteriori indicazioni
92.29.H	I	RADIOTERAPIA CON GATING RESPIRATORIO	RADIOTERAPIA CON GATING RESPIRATORIO per seduta e per focolaio trattato	Tecnica di radioterapia effettuata con controllo e verifica del movimento. Per seduta e focolaio	81,76	I	024	RADIOTERAPIA			ulteriori indicazioni
92.29.J	I	RADIOTERAPIA GUIDATA DA IMMAGINI [IGRT]	RADIOTERAPIA GUIDATA DA IMMAGINI [IGRT] per seduta e per focolaio trattato	Tecnica di radioterapia effettuata con controllo e verifica mediante sistema di immagini con correzione on-line di ogni seduta di trattamento, sono escluse le verifiche portali e il sistema EPID utilizzato off-line. Per seduta e focolaio.	81,76	I	024	RADIOTERAPIA			ulteriori indicazioni
92.29.K	I	RADIOTERAPIA CON TECNICHE AD INTENSITA' MODULATA AD ARCHI MULTIPLI O DOI TIPO ELICALE CON CONTROLLO DEL POSIZIONAMENTO DEL PAZIENTE (IGRT) CON TAC INTEGRATA (FINO A 5 SEDUTE)	Fino a 5 sedute - comprensivo di visite radioterapiche (prima visita e visite durante il trattamento), centratura con simulatore, o TAC, dedicata, definizione dei volumi di trattamento, studio fisico-dosimetrico, ciclo di trattamento (con numero di applicazioni variabili in relazione al piano di cura del singolo paziente)		5.000,00	I	024	RADIOTERAPIA			nuova introduzione

codice	not a	descr_prestaz breve DWH	DESCR_PRESTAZ_completa	Indicazioni	tariffa_euro	BS_n corrett o	BS_M 1	descr_BS_M1	BS_M 2	descr_BS_M2	Precisazioni per le prestazioni prenotate a far data dal 1.5.2009
92.29.L	I	RADIOTERAPIA CON TECNICHE AD INTENSITA' MODULATA AD ARCHI MULTIPLI O DOI TIPO ELICALE CON CONTROLLO DEL POSIZIONAMENTO DEL PAZIENTE (IGRT) CON TAC INTEGRATA (PIU' DI 5 SEDUTE)	più di 5 sedute - comprensivo di visite radioterapiche (prima visita e visite durante il trattamento), centratura con simulatore, o TAC, dedicata, definizione dei volumi di trattamento, studio fisico- dosimetrico, ciclo di trattamento (con numero di applicazioni variabili in relazione al piano di cura del singolo paziente)		10.000,00	1	024	RADIOTERAPIA			nuova introduzione
93.37		TRAINING PRENATALE	TRAINING PRENATALE; Training psico- fisico per il parto naturale; Intero ciclo		175,76	2	012	MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE DEI MOTULESI E NEUROLESI	020	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	prestazione aggiunta anche nella BS "ostetricia e ginecologia"
99.82	M	TERAPIA A LUCE ULTRAVIOLETTA	TERAPIA A LUCE ULTRAVIOLETTA; Attinoterapia; Fototerapia selettiva UV (UVA, UVB); (Per seduta) (ciclo di 6 sedute)		8,97	1	006	DERMOSIFILOPATI A			modificata descrizione