



---

**DELIBERAZIONE N°VIII / 09581      Seduta del 11 GIU. 2009**

---

*Presidente*

**ROBERTO FORMIGONI**

*Assessori regionali*

**GIOVANNI ROSSONI** Vice Presidente

**DAVIDE BONI**

**GIULIO BOSCAGLI**

**LUCIANO BRESCIANI**

**MASSIMO BUSCEMI**

**RAFFAELE CATTANEO**

**ROMANO COLOZZI**

**LUCA DANIEL FERRAZZI**

**ROMANO LA RUSSA**

**STEFANO MAULLU**

**FRANCO NICOLI CRISTIANI**

**MASSIMO PONZONI**

**PIER GIANNI PROSPERINI**

**MARIO SCOTTI**

**DOMENICO ZAMBETTI**

**MASSIMO ZANELLO**

*Con l'assistenza del Segretario* **Marco Pilloni**

*Su proposta*

*dell'Assessore* **Luciano Bresciani**

*Oggetto*

**DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLA GESTIONE DEL SERVIZIO SOCIO-SANITARIO REGIONALE PER L'ESERCIZIO 2009 – IV PROVVEDIMENTO.**

*Il Dirigente della U.O.* **Luca Merlino**

*Il Direttore Generale* **Carlo Lucchini**

*L'atto si compone di 22 pagine  
di cui 1 pagine di allegati,  
parte integrante.*



**RICHIAMATA** 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 2 in cui si specifica che *“a decorrere dall'anno 2009, in applicazione della normativa vigente, il tetto per l'assistenza farmaceutica territoriale, comprensiva sia della spesa dei farmaci erogati sulla base della disciplina convenzionale, al lordo delle quote di partecipazione alla spesa a carico degli assistiti, sia della distribuzione diretta, inclusa la distribuzione per conto e la distribuzione in dimissione ospedaliera non può superare il 14 per cento del finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato, comprensivo delle risorse vincolate di spettanza regionale e al netto delle somme erogate per il finanziamento di attività non rendicontate dalle Aziende sanitarie”*;
- l'allegato 13 in cui viene precisato che *“per l'anno 2009 l'obiettivo per la spesa farmaceutica territoriale, comprensivo sia di farmaceutica convenzionata che di doppio canale, verrà definito per ogni ASL, tenuto conto sia dell'effetto delle manovre nazionali sui prezzi e promozione dei farmaci equivalenti che delle azioni messe in campo dalle ASL nel corso del 2008”* e che *“si conferma che l'eventuale risparmio rispetto all'obiettivo originariamente previsto nei decreti di assegnazione sarà da considerarsi obbligatoriamente come quota di risorse disponibile per le necessità complessive del sistema secondo le indicazioni della DG Sanità”*;

**VISTO** il Decreto Legge n. 39 del 28 aprile 2009 avente per oggetto *“Interventi urgenti in favore delle popolazioni colpite dagli eventi sismici nella regione Abruzzo nel mese di aprile 2009 e ulteriori interventi urgenti di protezione civile”*;

**RICHIAMATO** l'articolo 13 del suddetto Decreto Legge, ed in particolare :

- il comma 1 che dispone che, *“al fine di conseguire una razionalizzazione della spesa farmaceutica territoriale:*
  - a) *il prezzo al pubblico dei medicinali equivalenti di cui all'articolo 7, comma 1, del decreto-legge 16 novembre 2001, n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405, e successive modificazioni, e' ridotto del 12 per cento a decorrere dal trentesimo giorno successivo a quello della data di entrata in vigore del presente decreto e fino al 31 dicembre 2009;*
  - b) *per un periodo di dodici mesi a partire dalla data di entrata in vigore del presente decreto e ferma restando l'applicazione delle ulteriori trattenute previste dalle norme*





vigenti, il Servizio sanitario nazionale nel procedere alla corresponsione alle farmacie di quanto dovuto per l'erogazione di farmaci trattiene, a titolo di recupero del valore degli extra sconti praticati dalle aziende farmaceutiche nel corso dell'anno 2008, una quota pari all'1,4 per cento calcolata sull'importo al lordo delle eventuali quote di partecipazione alla spesa a carico dell'assistito e delle trattenute convenzionali e di legge. Tale trattenuta.... non si applica alle farmacie rurali con fatturato annuo in regime di Servizio sanitario nazionale, al netto dell'imposta sul valore aggiunto, inferiore a 258.228,45 euro. A tale fine le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano adottano le necessarie disposizioni entro il 30 giugno 2009”;

- c) il tetto di spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale di cui all'articolo 5, comma 1, del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, e' rideterminato nella misura del 13,6 per cento per l'anno 2009;
- il comma 2 che prevede che “le economie derivanti dall'attuazione del presente articolo a favore delle regioni a statuto speciale e delle province autonome di Trento e di Bolzano, valutate in 30 milioni di euro, sono versate all'entrata del bilancio dello Stato per essere destinate agli interventi di cui al comma 3, lettera a”;
  - il comma 3 che prevede che le complessive economie derivanti per l'anno 2009 dalle disposizioni di cui al comma 1 sono finalizzate sia “alla copertura degli oneri derivanti dagli interventi urgenti conseguenti agli eccezionali eventi sismici che hanno interessato la regione Abruzzo”, che “ad un importo massimo di 40 milioni di euro all'incremento del fondo transitorio di accompagnamento di cui all'articolo 1, comma 796, lettera b), della legge 27 dicembre 2006, n. 296, in funzione delle emergenti difficoltà per il completamento ed il consolidamento del Piano di rientro dai disavanzi sanitari della regione Abruzzo”;
  - il comma 5 che prevede che “per gli effetti recati dalle disposizioni di cui al comma 1, il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale cui concorre ordinariamente lo Stato, di cui all'articolo 79, comma 1, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133, e' rideterminato in diminuzione dell'importo di **380 milioni di euro** per l'anno 2009”;

**RITENUTO**, in conformità a quanto previsto dal citato Decreto Legge n. 39/2009, di ridefinire il tetto per l'assistenza farmaceutica territoriale al 13,6 per cento del finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato;





**VALUTATO** che per la Regione Lombardia, a seguito degli effetti recati dalle disposizioni di cui al Decreto Legge n. 39 del 28 aprile 2009, il livello del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale cui concorre ordinariamente lo Stato è rideterminato in diminuzione dell'importo di **71 milioni di euro** per l'anno 2009;

**RITENUTO** pertanto di dare mandato alla D.G. Sanità di aggiornare conseguentemente l'obiettivo 2009 per la spesa farmaceutica territoriale di ogni singola ASL, relativamente alla spesa farmaceutica convenzionata in diminuzione complessivamente di 71 milioni di euro rispetto al budget assegnato, considerando:

- l'effetto della riduzione del prezzo del 12% dei medicinali equivalenti per il relativo periodo di applicazione (28 maggio-31 dicembre 2009), calcolato il peso percentuale di tali farmaci sulla spesa lorda registrato nel 2008 pari al 30-32 per cento della spesa lorda;
- l'effetto dell'extra-sconto a carico delle farmacie pari all'1,4% calcolato sull'importo al lordo delle eventuali quote di partecipazione alla spesa a carico dell'assistito e delle trattenute convenzionali e di legge, per il relativo periodo di applicazione (28 aprile 2009 -28 aprile 2010), da effettuarsi nell'anno 2009 come previsto nel testo del Decreto Legge in conversione al Senato;

confermando inoltre che l'eventuale risparmio rispetto all'obiettivo originariamente previsto nei decreti di assegnazione sia reso disponibile per le necessità complessive del sistema;

**VISTO** l'art. 2 della legge 29.12.1987 n. 531, di conversione del D.L. 30.10.1987, n. 443 che riserva l'impiego dei ricettari per la prescrizione o la proposta di prestazioni erogabili dal S.S.N. ai medici dipendenti dal servizio medesimo e con lo stesso convenzionati nell'ambito dei rispettivi compiti istituzionali;

**VISTO** il successivo D. Lsg. n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, ed in particolare:

- l'art. 8 bis, comma 2 che prevede: *"I cittadini esercitano la libera scelta del luogo di cura e dei professionisti nell'ambito dei soggetti accreditati con cui siano stati definiti appositi accordi contrattuali. L'accesso ai servizi è subordinato all'apposita prescrizione, proposta o richiesta compilata sul modulario del Servizio Sanitario Nazionale"*;



*Feb*



- l'art. 15-decies "Obbligo di appropriatezza", che prevede:

*"1. I medici ospedalieri e delle altre strutture di ricovero e cura del Servizio Sanitario Nazionale, pubbliche o accreditate, quando prescrivono o consigliano medicinali o accertamenti diagnostici a pazienti all'atto della dimissione o in occasione di visite ambulatoriali, sono tenuti a specificare i farmaci e le prestazioni erogabili con onere a carico del Servizio Sanitario Nazionale. Il predetto obbligo si estende anche ai medici specialisti che abbiano comunque titolo per prescrivere medicinali e accertamenti diagnostici a carico del Servizio sanitario nazionale;*

*2. In ogni caso, si applicano anche ai sanitari di cui al comma 1 il divieto di impiego del ricettario del Servizio Sanitario Nazionale per la prescrizione di medicinali non rimborsabili dal Servizio, nonché le disposizioni che vietano al medico di prescrivere, a carico del Servizio medesimo, medicinali senza osservare le condizioni e le limitazioni previste dai provvedimenti della Commissione unica del farmaco, e prevedono conseguenze in caso di infrazione;*

*3. Le Attività delle Aziende unite sanitarie locali previste dall'articolo 32, comma 9, della legge 27 dicembre 1997, n. 449, sono svolte anche nei confronti dei sanitari di cui al comma 1";*

**VISTA** la Legge n. 326 del 24 novembre 2003, di conversione del D.L. n. 269/2003, ed in particolare l'art 50 "Disposizioni in Disposizioni in materia di monitoraggio della spesa nel settore sanitario e di appropriatezza delle prescrizioni sanitarie" ed, in particolare:

- il comma 2 che prevede: "Il Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute (...) approva i modelli di ricettari medici standardizzati e di ricetta a lettura ottica, ne cura la successiva stampa e distribuzione alle Aziende Sanitarie Locali, alle Aziende Ospedaliere e, ove autorizzati dalle regioni, agli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico ed ai Policlinici universitari, che provvedono ad effettuarne la consegna individuale a tutti i medici del SSN abilitati dalla regione ad effettuare prescrizioni, da tale momento responsabili della relativa custodia";
- il comma 4 che prevede: "Le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere e, ove autorizzati dalle regioni, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico ed i policlinici universitari consegnano i ricettari ai medici del SSN di cui al comma 2, in numero definito,



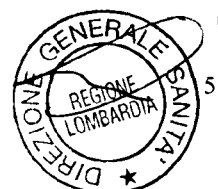


*secondo le loro necessità, e comunicano immediatamente al Ministero dell'economia e delle finanze, in via telematica, il nome, il cognome, il codice fiscale dei medici ai quali è effettuata la consegna, l'indirizzo dello studio, del laboratorio ovvero l'identificativo della struttura sanitaria nei quali gli stessi operano, nonché la data della consegna e i numeri progressivi regionali delle ricette consegnate. Con provvedimento dirigenziale del Ministero dell'economia e delle finanze sono stabilite le modalità della trasmissione telematica”;*

- *il comma 11 che prevede che “L'adempimento regionale, di cui all'articolo 52, comma 4, lettera a), della legge 27 dicembre 2002, n. 289, ai fini dell'accesso all'adeguamento del finanziamento del SSN per gli anni 2003, 2004 e 2005, si considera rispettato dall'applicazione delle disposizioni del presente articolo. Tale adempimento s'intende rispettato anche nel caso in cui le regioni e le province autonome dimostrino di avere realizzato direttamente nel proprio territorio sistemi di monitoraggio delle prescrizioni mediche nonché di trasmissione telematica al Ministero dell'economia e delle finanze di copia dei dati dalle stesse acquisiti, i cui standard tecnologici e di efficienza ed effettività, verificati d'intesa con il Ministero dell'economia e delle finanze, risultino non inferiori a quelli realizzati in attuazione del presente articolo. Con effetto dal 1° gennaio 2004, tra gli adempimenti cui sono tenute le regioni, ai fini dell'accesso all'adeguamento del finanziamento del SSN relativo agli anni 2004 e 2005, è ricompresa anche l'adozione di tutti i provvedimenti che garantiscono la trasmissione al Ministero dell'economia e delle finanze, da parte delle singole aziende sanitarie locali e aziende ospedaliere, dei dati di cui al comma 4”;*

**RILEVATO** che il suddetto art. 50 della Legge n. 326 del 24 novembre 2003, di conversione del D.L. n. 269/2003:

- riconosce in capo alle Regioni la facoltà di regolare il settore dei soggetti cui è attribuita la responsabilità delle prescrizioni;
- è stato sostanzialmente ripreso dall'Intesa Stato Regioni del 23.3.2005 rep. n. 2271 che, nel ribadire gli adempimenti cui sono tenute le Regioni per mantenere la stabilità e l'equilibrio di gestione del Servizio Sanitario Regionale richiama, quale misura di contenimento della spesa, il controllo della domanda ed i relativi strumenti;





**PRESO ATTO** della Sentenza del Consiglio di Stato n. 2130/2005 che, nel respingere il ricorso contro il Regolamento delle Prescrizioni della Regione Puglia, conferma il ruolo delle Regioni nel regolare la materia della responsabilità delle prescrizioni;

**VISTA** la L.R. n. 31/97 ed, in particolare, l'art. 1 che riconosce la piena parità dei diritti e dei doveri tra soggetti erogatori a contratto a carico del SSR;

**PRESO ATTO** del Patto per la Salute del 28 settembre 2006, volto a ricondurre sotto controllo la spesa sanitaria, che impegna il Governo e le Regioni a porre in essere azioni finalizzate a contemperare il miglioramento e il mantenimento della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia delle prestazioni sanitarie con l'efficienza nell'utilizzo delle risorse di programmazione finanziaria;

**RILEVATO** che nell'ambito degli strumenti di governo della domanda di prestazioni sanitarie e di controllo della relativa spesa, è fondamentale anche l'utilizzo dei ricettari del S.S.N. per la prescrizione di prestazioni erogabili con oneri a carico del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale;

**RICHIAMATA** la citata DGR n. VIII/ 8501 del 26.11.2008 ed, in particolare:

- l'Allegato 9 *"Governo clinico territoriale e dote sanitaria"*;
- l'Allegato 10 *"Attività di controllo"* al punto in cui prevede: *"Per quanto riguarda i controlli sulle prestazioni ambulatoriali, si stabilisce che le stesse potranno rappresentare nel corso del 2009 un costo per il SSR solo le relative richieste saranno correlate del quesito diagnostico prevalente formulato in forma chiara e specifica"*;
- l'Allegato 16 *"Indici di offerta – Negoziazione"*, in particolare nella parte in cui prevede: *"Al fine di semplificare i percorsi dei cittadini nelle strutture di erogazione delle prestazioni ambulatoriali si dà facoltà alle ASL di valutare la possibilità di dotare del ricettario unico anche le strutture private accreditate afferenti alla Direzione Generale Sanità e alla Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale, qualora le stesse sottoscrivano i Protocolli Diagnostico Terapeutici predisposti dalle ASL in collaborazione con il sistema locale degli erogatori e dei prescrittori quali gli MMG ed i PLS;*

*La sottoscrizione dei Protocolli Diagnostico Terapeutici da parte delle strutture private accreditate verrà formalizzata con specifico "addendum" ai contratti e contestualmente*



*6*



*dovrà essere prevista l'indicazione delle verifiche di merito. Le ASL nei loro Piani dei Controlli dovranno prevedere delle azioni specifiche di monitoraggio e di controllo sulle modalità di corretta codifica delle predette tipologie di prestazioni, nonché valutazioni sull'andamento quantitativo nel corso dell'anno delle attività, della loro sostenibilità organizzativa e della loro plausibilità epidemiologica. In caso di mancato rispetto dei predetti protocolli il ricettario regionale verrà immediatamente ritirato. Queste attività di valutazione e controllo saranno oggetto di confronto con gli erogatori durante i periodici incontri trimestrali di monitoraggio della negoziazione”;*

**RICHIAMATE:**

- la DGR n. VIII/ 9013 del 20.2.2009, avente ad oggetto “*Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2009 – Il Provvedimento*”;
- la DGR n. VIII/ 9014 del 20.2.2009, avente ad oggetto “*Determinazioni in ordine al controllo delle prestazioni sanitarie ed ai requisiti di accreditamento*” ed, in particolare, il punto 7 del deliberato che prevede che “*le prestazioni di specialistica ambulatoriale prescritte da un MMG, PLS o specialista ospedaliero non corredate dalla diagnosi o dal sospetto diagnostico prevalente correttamente esplicitato non possano rappresentare un costo per il Servizio Sanitario Regionale in quanto in questi casi non vengono garantiti i minimi presupposti per la effettuazione appropriata delle prestazioni stesse*”;

**VALUTATO di:**

- favorire l'assunzione condivisa di responsabilità, da parte dei medici e dei professionisti sanitari che operano nel territorio, nelle scelte di politica sanitaria e di governo clinico, sulla scorta di quanto definito nei diversi livelli della programmazione socio-sanitaria;
- migliorare l'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni;

**RITENUTO** pertanto di abilitare i seguenti medici del SSN all'effettuazione di prescrizioni di prestazioni di specialistica ambulatoriale a favore di assistiti lombardi con l'utilizzo dei ricettari del Servizio Sanitario Nazionale ex articolo 50 della Legge n. 326 del 24 novembre 2003, di conversione del D.L. n. 269/2003:

- Medici delle Aziende Ospedaliere e medici di Strutture Sanitarie di diritto privato, sia intra



*02*





che extra ospedaliere, accreditate e a contratto con il Servizio Sanitario Regionale;

- Medici degli Istituti di Ricovero e Cura a carattere Scientifico di diritto pubblico e privato;
- Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta;
- Medici di Continuità Assistenziale;
- Medici Specialisti Ambulatoriali convenzionati ed i Medici addetti al servizio di Guardia Turistica;

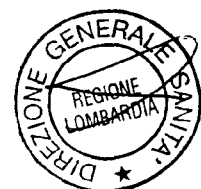
**RICHIAMATO** l'obbligo in capo alle Strutture sanitarie di trasmissione dei dati, ai sensi del citato art. 50 della Legge n. 326 del 24 novembre 2003, di conversione del D.L. n. 269/2003;

**PRECISATO** che l'utilizzo dei ricettari del Servizio Sanitario Nazionale da parte dei medici abilitati ai sensi del presente provvedimento:

- è consentito unicamente nell'ambito dell'attività istituzionale, escludendo quindi qualsiasi impiego in attività libero professionale;
- costituisce un obbligo contrattualmente rilevante per le Strutture sanitarie, ai sensi dell'art. 1 del contratto tipo stipulato con le Aziende Sanitarie Locali, al fine di migliorare l'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni;

**VALUTATO :**

- che, anche per permettere la distribuzione entro e non oltre il 31 luglio 2009 dei ricettari a tutti i nuovi prescrittori, le prestazioni di specialistica ambulatoriale non corredate dal quesito o dal sospetto diagnostico prevalente correttamente esplicitato non possano rappresentare un costo per il Servizio Sanitario Regionale per le prescrizioni di prestazioni di specialistica ambulatoriale effettuate dal 1 ottobre 2009 in poi;
- di prevedere una soglia di casualità dell'errore, rispetto alla compilazione del quesito / sospetto diagnostico, pari al 10% delle prescrizioni oltre la quale scatta la penalizzazione



8



economica del soggetto erogatore;

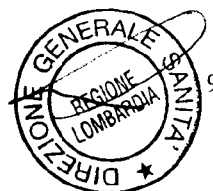
- che le Aziende Sanitarie Locali, nell'ambito delle proprie competenze di vigilanza e controllo, dovranno prevedere delle azioni specifiche di monitoraggio in merito all'adempimento delle suddette disposizioni;
- che i soggetti erogatori accreditati ed a contratto con il SSR dovranno continuare a segnalare mensilmente alle ASL di ubicazione le ricette sprovviste di quesito diagnostico al fine di permettere l'efficace svolgimento delle predette attività di verifica, monitoraggio ed informazione degli operatori;

**RITENUTO** che:

- i soggetti erogatori accreditati ed a contratto di diritto pubblico e privato provvedano ad informare in modo capillare tutti i singoli medici circa le suddette disposizioni riguardanti l'utilizzo del ricettario regionale per la prescrizione di prestazioni di specialistica ambulatoriale;
- l'effettivo utilizzo del ricettario regionale da parte di tutti i potenziali prescrittori sarà un elemento di valutazione delle direzioni delle ASL e delle Aziende Ospedaliere;
- le ASL a partire dal mese di giugno e comunque non oltre il 15 di settembre organizzino obbligatoriamente per i soggetti erogatori dei momenti di formazione a riguardo dell'utilizzo e della gestione del ricettario regionale;

**RILEVATA** la disponibilità data dalla Federazione Regionale degli Ordini dei Medici nel corso dell'incontro svoltosi il 14.05.2009 presso la D.G. Sanità, anche in considerazione del ruolo e dei compiti assegnati agli ordini dal D. Lgs. n. 233/1946 *"Ricostituzione degli Ordini delle professioni sanitarie e per la disciplina dell'esercizio delle professioni stesse"*, a collaborare con la DG Sanità, per quanto riguarda gli ambiti di competenza, al monitoraggio dell'implementazione:

- dell'utilizzo del ricettario SSN da parte di tutti i medici abilitati ai sensi del presente provvedimento;
- della segnalazione del quesito/sospetto diagnostico sulle ricette di prescrizione di





prestazioni di specialistica ambulatoriale;

**RITENUTO** inoltre in aggiunta a quanto già puntualizzato con la circolare H1.2008.0047100 del 30 dicembre 2008 a riguardo del quesito diagnostico prevalente di precisare che:

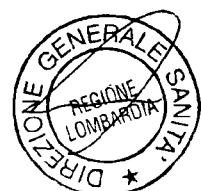
- per quanto attiene la compilazione del quesito / sospetto diagnostico può essere esaustiva anche la motivazione di indagine clinico diagnostica per condizioni connesse alla prevenzione cerebrocardiovascolare o oncologica o metabolica;
- in tema di quesito / sospetto diagnostico è opportuno precisare la sua duplice natura di motivazione clinica e di quesito diagnostico. È quindi necessario pur distinguendo le due entità citate prevedere che entrambe siano valide ai fini del rispetto delle indicazioni di cui alla presente deliberazione; infatti:
  - > la motivazione clinica è la traduzione della sintomatologia accusata dal paziente (per es. colica addominale, gonalgia, tosse...);
  - > mentre il quesito diagnostico esprime precisamente il sospetto clinico che il medico prescrittore ha formulato dopo aver raccolto l'anamnesi, visitato il paziente ed aver eventualmente valutato indagini precedenti, radiologiche, di laboratorio o meno;

**RICHIAMATO** l'allegato 3 "Cartella clinica" alla citata DGR n. VIII/ 9014 del 2009, che ha definito gli elementi essenziali affinché la cartella clinica assolva le proprie funzioni;

**VALUTATO** che l'assenza di uno degli elementi della cartella clinica ritenuto dirimente rispetto alla chiara descrizione del percorso di cura effettuato, costituisce condizione per la non rimborsabilità del ricovero;

**STABILITO** che gli elementi dirimenti ed essenziali sono:

- numero progressivo cartella clinica
- le generalità della persona assistita
- la struttura dove avviene il ricovero





- la data e l'orario di ingresso e uscita del paziente
- nel caso di prestazioni di DH per ogni accesso devono essere presenti l'orario di entrata e di uscita ed il luogo dove vengono effettuate le prestazioni all'interno della struttura
- la Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) firmata dal medico responsabile (anche sigla)
- il motivo del ricovero (nel foglio di ricovero o nel diario medico in 1^ g. o nella documentazione di valutazione all'ingresso)
- l'anamnesi patologica prossima
- l'esame obiettivo all'ingresso firmato (anche sigla) e datato
- nel caso di ricoveri riabilitativi firmati dal medico responsabile il Progetto ed il programma riabilitativo individuale (PRI e pri)
- il consenso informato, datato e firmato sia dal paziente che dal personale sanitario, all'intervento chirurgico e/o a procedure diagnostiche come previsto dalla normativa vigente
- la documentazione/cartella anestesiologicala, riportante il monitoraggio intraoperatorio
- il registro operatorio con: la descrizione dell'intervento, l'identificazione degli operatori, la data e la durata dell'intervento
- la lettera di dimissione comprendente almeno la data di stesura, l'identificazione del medico redattore una sintesi descrittiva del decorso clinico, l'eventuali terapie e prescrizioni diagnostiche previste;

**RITENUTO** invece di prevedere una soglia di non osservanza per gli elementi non ricompresi nell'elenco sopra riportato e di cui all'allegato 3 della DGR n. VIII/ 9014 del 2009, legata alla casualità dell'errore, che tuttavia non può superare, per ogni cartella, il 5% del totale degli elementi stessi;

**RITENUTO** inoltre di precisare che la compilazione del diario medico deve essere contestualizzata all'interno dei requisiti organizzativi specifici di autorizzazione e accreditamento, ovvero:





- se la presenza del medico è prevista obbligatoriamente dal lunedì al venerdì in relazione ad una prevista fascia oraria, l'obbligatorietà di compilazione del diario medico è valida per le medesime giornate;
- nel corso delle altre giornate, essendo l'assistenza garantita in forma di guardia/reperibilità, il diario medico viene compilato solo se si effettuano attività sul paziente;
- si ribadisce, invece, la necessità della compilazione giornaliera del diario infermieristico e, se del caso, del terapeuta della riabilitazione, in conformità a quanto previsto per l'assolvimento dei requisiti organizzativi specifici di autorizzazione e accreditamento;

#### **RICHIAMATI:**

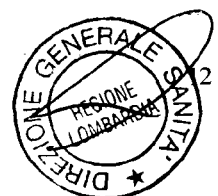
- la DGR VI/47508 del 29.12.1999 ed in particolare l'allegato 1, articoli 1 e 2;
- l'allegato 5 della suddetta DGR VIII/9014 del 2009;
- la circolare 11/SAN del 12.05.2009 ed, in particolare, la parte relativa a "Innovazioni organizzative e di accreditamento";

**VALUTATO** che la modalità di verifica della possibilità di variare l'utilizzo dei posti letto delle aree/dipartimenti fino ad una percentuale massima pari al 20% dei posti letto accreditati ed a contratto, di cui all'allegato 5 della DGR VIII/9014 del 2009, sarà effettuata calcolando la media di utilizzo dei letti su base quadrimestrale;

**VISTO** l'articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266;

**VISTA** l'intesa sancita il 28 marzo 2006 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008;

**RICHIAMATA** la DGR n. VIII/2828 del 27.6.2006 *"Recepimento e prima attuazione dello schema di Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul*





*piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008, di cui all'articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266 (ai sensi dell'art. 8, c. 6, l. n. 131/2003)";*

**RICHIAMATA** la DGR n. VIII / 9173 del 30.3.2009 "*Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio-Sanitario Regionale per l'esercizio 2009 – III Provvedimento*" ed, in particolare il punto 3 del deliberato che, tra l'altro, con riferimento alle prestazioni extra budget prevede: "*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*";

**VALUTATO** che la piena osservanza di quanto disposto dal provvedimento di cui al punto precedente a riguardo dei tempi di attesa delle prestazioni cosiddette extrabudget viene misurata in conformità ai seguenti criteri/modalità organizzative:

- si richiama la DGR n. 2308/2006 "*Linee guida regionali per la predisposizione dei regolamenti aziendali che disciplinano l'ALP intramuraria*", in particolare nella parte che prevede: "*nel caso in cui, a parità di condizioni organizzative, di personale e di domanda di prestazioni specialistiche, si verifichi, attraverso rilevazioni periodiche, un superamento dei limiti regionali deliberati come tempi massimi per l'erogazione delle stesse in attività istituzionale, la libera professione intramuraria riferita a quelle prestazioni critiche potrà essere temporaneamente ridotta o sospesa fino al ripristino delle condizioni conformi ai tempi deliberati*";
- le indicazioni della DGR n. 2308/2006 esplicitate nel punto precedente devono trovare applicazione anche nelle Strutture Sanitarie di diritto privato, accreditate e a contratto con il SSN, con riferimento alla solvenza;
- per le prestazioni per cui non sono predefiniti dei tempi di attesa obiettivo le agende delle prestazioni effettuate a carico del SSN e quelle effettuate in solvenza devono differire al massimo di 30 giorni;

**PRECISATO** che le suddette disposizione non incidono sulla libertà di scelta dei pazienti che intendono svolgere comunque, a prescindere dai tempi di attesa delle prestazioni a carico del SSN,





le prestazioni sanitarie in solvenza;

**RITENUTO** di dare mandato alla Direzione Generale Sanità di adottare i necessari provvedimenti di competenza;

**PRESO ATTO** degli incontri informativi tenutisi in data 27.05.2009 con la Segreteria tecnica della Consulta della Sanità, con le OO.SS. della medicina convenzionata territoriale comparto e dirigenza e con le associazioni degli erogatori privati e in data 29.05.2009 con i direttori generali delle ASL , delle AO e delle Fondazioni IRCCS di diritto pubblico;

**RITENUTO** di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul B.U.R.L. e sul sito internet della Direzione Generale Sanità;

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

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

### **DELIBERA**

Per le motivazioni indicate in premessa e qui integralmente richiamate:

- 1) Di stabilire, in conformità a quanto previsto dal Decreto Legge n. 39/2009, di ridefinire il tetto per l'assistenza farmaceutica territoriale al 13,6 per cento del finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato.
- 2) Di prendere atto che per la Regione Lombardia, a seguito degli effetti recati dalle disposizioni di cui al Decreto Legge n. 39/2009, il livello del finanziamento del Servizio





Sanitario Nazionale cui concorre ordinariamente lo Stato è rideterminato in diminuzione dell'importo di **71 milioni di euro** per l'anno 2009.

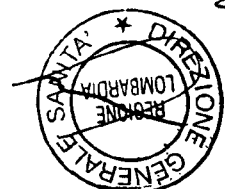
- 3) Di dare mandato alla D.G. Sanità di aggiornare conseguentemente l'obiettivo 2009 per la spesa farmaceutica territoriale di ogni singola ASL, relativamente alla spesa farmaceutica convenzionata in diminuzione complessivamente di 71 milioni di euro rispetto al budget assegnato, considerando:

- l'effetto della riduzione del prezzo del 12% dei medicinali equivalenti per il relativo periodo di applicazione (28 maggio-31 dicembre 2009), calcolato il peso percentuale di tali farmaci sulla spesa lorda registrato nel 2008 pari al 30-32 per cento della spesa lorda;
- l'effetto dell'extra-sconto a carico delle farmacie pari all'1,4% calcolato sull'importo al lordo delle eventuali quote di partecipazione alla spesa a carico dell'assistito e delle trattenute convenzionali e di legge, per il relativo periodo di applicazione (28 aprile 2009 -28 aprile 2010), da effettuarsi nell'anno 2009 come previsto nel testo del Decreto Legge in conversione al Senato;

confermando inoltre che l'eventuale risparmio rispetto all'obiettivo originariamente previsto nei decreti di assegnazione sia reso disponibile per le necessità complessive del sistema.

- 4) Di abilitare i seguenti medici del SSN all'effettuazione di prescrizioni di prestazioni di specialistica ambulatoriale a favore di assistiti lombardi con l'utilizzo dei ricettari del Servizio Sanitario Nazionale, ex articolo 50 della Legge n. 326 del 24 novembre 2003, di conversione del D.L. n. 269/2003:

- Medici delle Aziende Ospedaliere e medici di Strutture Sanitarie di diritto privato, sia intra che extra ospedaliere, accreditate e a contratto con il Servizio Sanitario Regionale;
- Medici degli Istituti di Ricovero e Cura a carattere Scientifico di diritto pubblico e privato;
- Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta;
- Medici di Continuità Assistenziale;







- Medici Specialisti Ambulatoriali convenzionati ed i Medici addetti al servizio di Guardia Turistica;

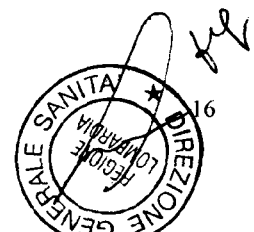
richiamando l'obbligo in capo alle Strutture sanitarie di trasmissione dei dati, ai sensi del medesimo articolo di legge.

5) Di stabilire che l'utilizzo dei ricettari del Servizio Sanitario Nazionale da parte dei medici abilitati ai sensi del presente provvedimento:

- è consentito unicamente nell'ambito dell'attività istituzionale, escludendo quindi qualsiasi impiego in attività libero professionale;
- costituisce un obbligo contrattualmente rilevante per le Strutture sanitarie, ai sensi dell'art. 1 del contratto tipo stipulato con le Aziende Sanitarie Locali, al fine di migliorare l'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni.

6) Di stabilire che:

- le prestazioni di specialistica ambulatoriale non corredate dal quesito o dal sospetto diagnostico prevalente correttamente esplicitato non possano rappresentare un costo per il Servizio Sanitario Regionale per le prescrizioni di prestazioni di specialistica ambulatoriale effettuate dal 1 ottobre 2009 in poi; tale data viene indicata anche per permettere la distribuzione dei ricettari a tutti i nuovi prescrittori, che dovrà avvenire entro e non oltre il 31 luglio 2009;
- per quanto attiene la compilazione del quesito / sospetto diagnostico può essere esaustiva anche la motivazione di indagine clinico diagnostica per condizioni connesse alla prevenzione cerebrocardiovascolare o oncologica o metabolica;
- in tema di quesito / sospetto diagnostico è opportuno precisare la sua duplice natura di motivazione clinica e di quesito diagnostico. È quindi necessario, pur distinguendo le due entità citate, prevedere che entrambe siano valide ai fini del rispetto delle indicazioni di cui alla presente deliberazione; infatti:
  - >la motivazione clinica è la traduzione della sintomatologia accusata dal paziente (per es. colica addominale, gonalgia, tosse...);





➤ mentre il quesito diagnostico esprime precisamente il sospetto clinico che il medico prescrittore ha formulato dopo aver raccolto l'anamnesi, visitato il paziente ed aver eventualmente valutato indagini precedenti, radiologiche, di laboratorio o meno.

- 7) Di prevedere una soglia di casualità dell'errore, rispetto alla compilazione del quesito / sospetto diagnostico, pari al 10% delle prescrizioni oltre la quale scatta la penalizzazione economica del soggetto erogatore.
- 8) Di stabilire che:
- le Aziende Sanitarie Locali, nell'ambito delle proprie competenze di vigilanza e controllo, dovranno prevedere delle azioni specifiche di monitoraggio in merito all'adempimento delle suddette disposizioni;
  - i soggetti erogatori accreditati ed a contratto con il SSR dovranno continuare a segnalare mensilmente alle ASL di ubicazione le ricette sprovviste di quesito / sospetto diagnostico, al fine di permettere l'efficace svolgimento delle predette attività di verifica, monitoraggio ed informazione degli operatori.
- 9) Di stabilire che:
- i soggetti erogatori accreditati ed a contratto di diritto pubblico e privato debbano provvedere ad informare in modo capillare tutti i singoli medici circa le suddette disposizioni riguardanti l'utilizzo del ricettario regionale per la prescrizione di prestazioni di specialistica ambulatoriale;
  - l'effettivo utilizzo del ricettario regionale da parte di tutti i potenziali prescrittori sarà un elemento di valutazione delle direzioni delle ASL e delle Aziende Ospedaliere.
  - le ASL a partire dal mese di giugno e comunque non oltre il 15 di settembre organizzino obbligatoriamente per i soggetti erogatori dei momenti di formazione a riguardo dell'utilizzo e della gestione del ricettario regionale.





- 10) Di prendere atto della disponibilità data dalla Federazione Regionale degli Ordini dei Medici nel corso dell'incontro svoltosi il 14.05.2009 presso la D.G. Sanità, anche in considerazione del ruolo e dei compiti assegnati agli ordini dal D. Lgs. n. 233/1946 *"Ricostituzione degli Ordini delle professioni sanitarie e per la disciplina dell'esercizio delle professioni stesse"*, a collaborare con la DG Sanità, per quanto riguarda gli ambiti di competenza, al monitoraggio dell'implementazione:
- dell'utilizzo del ricettario SSN da parte di tutti i medici abilitati ai sensi del presente provvedimento;
  - della segnalazione del quesito/sospetto diagnostico sulle ricette di prescrizione di prestazioni di specialistica ambulatoriale.
- 11) Di precisare, in aggiunta a quanto già puntualizzato con la circolare H1.2008.0047100 del 30 dicembre 2008 a riguardo del quesito diagnostico prevalente, che per quanto attiene la compilazione del quesito / sospetto diagnostico può essere esaustiva anche la motivazione di indagine clinico diagnostica per condizioni connesse alla prevenzione cerebrocardiovascolare o oncologica o metabolica.
- 12) Di stabilire che l'assenza di uno degli elementi della cartella clinica di seguito elencati, costituisce condizione per la non rimborsabilità del ricovero:
- numero progressivo cartella clinica
  - le generalità della persona assistita
  - la struttura dove avviene il ricovero.
  - la data e l'orario di ingresso e uscita del paziente
  - nel caso di prestazioni di DH per ogni accesso devono essere presenti l'orario di entrata e di uscita ed il luogo dove vengono effettuate le prestazioni all'interno della struttura.
  - la Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) firmata dal medico responsabile (anche





sigla)

- il motivo del ricovero (nel foglio di ricovero o nel diario medico in 1^ g. o nella documentazione di valutazione all'ingresso).
- l'anamnesi patologica prossima
- l'esame obiettivo all'ingresso firmato (anche sigla) e datato
- nel caso di ricoveri riabilitativi firmati dal medico responsabile il Progetto ed il programma riabilitativo individuale (PRI e pri)
- il consenso informato, datato e firmato sia dal paziente che dal personale sanitario, all'intervento chirurgico e/o a procedure diagnostiche come previsto dalla normativa vigente
- la documentazione/cartella anestesiologicala, riportante il monitoraggio intraoperatorio
- il registro operatorio con: la descrizione dell'intervento, l'identificazione degli operatori, la data e la durata dell'intervento
- la lettera di dimissione comprendente almeno la data di stesura, l'identificazione del medico redattore una sintesi descrittiva del decorso clinico, l'eventuali terapie e prescrizioni diagnostiche previste.

13) Di prevedere una soglia di non osservanza per gli elementi non ricompresi nell'elenco sopra riportato e di cui all'allegato 3 della DGR n. VIII/ 9014 del 2009, legata alla casualità dell'errore, che tuttavia non può superare, per ogni cartella, il 5% del totale degli elementi stessi.

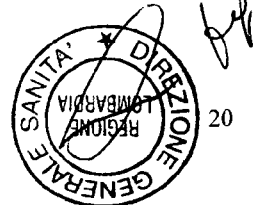
14) Di stabilire che la compilazione del diario medico debba essere contestualizzata all'interno dei requisiti organizzativi specifici di autorizzazione e accreditamento, ovvero:

- se la presenza del medico è prevista obbligatoriamente dal lunedì al venerdì in relazione ad una prevista fascia oraria, l'obbligatorietà di compilazione del diario medico è valida per le medesime giornate;





- nel corso delle altre giornate, essendo l'assistenza garantita in forma di guardia/reperibilità, il diario medico viene compilato solo se si effettuano attività sul paziente;
  - si ribadisce, invece, la necessità della compilazione giornaliera del diario infermieristico e, se del caso, del terapeuta della riabilitazione, in conformità a quanto previsto per l'assolvimento dei requisiti organizzativi specifici di autorizzazione e accreditamento.
- 15)** Di stabilire che la modalità di verifica della possibilità di variare l'utilizzo dei posti letto delle aree/dipartimenti fino ad una percentuale massima pari al 20% dei posti letto accreditati ed a contratto, di cui all'allegato 5 della DGR VIII/9014 del 2009, sarà effettuata calcolando la media di utilizzo dei letti su base quadrimestrale.
- 16)** Di stabilire che la piena osservanza di quanto disposto dalla DGR n. VIII/9173 del 30.3.2009 a riguardo dei tempi di attesa delle prestazioni cosiddette extrabudget viene misurata in conformità ai seguenti criteri/modalità organizzative:
- si richiama la DGR n. 2308/2006 *"Linee guida regionali per la predisposizione dei regolamenti aziendali che disciplinano l'ALP intramuraria"*, in particolare nella parte che prevede: *"nel caso in cui, a parità di condizioni organizzative, di personale e di domanda di prestazioni specialistiche, si verifichi, attraverso rilevazioni periodiche, un superamento dei limiti regionali deliberati come tempi massimi per l'erogazione delle stesse in attività istituzionale, la libera professione intramuraria riferita a quelle prestazioni critiche potrà essere temporaneamente ridotta o sospesa fino al ripristino delle condizioni conformi ai tempi deliberati"*;
  - le indicazioni della DGR n. 2308/2006 esplicitate nel punto precedente devono trovare applicazione anche nelle Strutture Sanitarie di diritto privato, accreditate e a contratto con il SSN, con riferimento alla solvenza;
  - per le prestazioni per cui non sono predefiniti dei tempi di attesa obiettivo le agende delle prestazioni effettuate a carico del SSN e quelle effettuate in solvenza devono differire al massimo di 30 giorni;





precisando che le suddette disposizioni non incidono sulla libertà di scelta dei pazienti che intendono svolgere comunque, a prescindere dai tempi di attesa delle prestazioni a carico del SSN, le prestazioni sanitarie in solvenza.

- 17) Di dare mandato alla Direzione Generale Sanità di adottare i necessari provvedimenti di competenza.
- 18) Di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul B.U.R.L. e sul sito internet della Direzione Generale Sanità.

IL SEGRETARIO



*[Signature]* Piloni

