

Negoziazione Area Sanitaria

Sommario

INTRODUZIONE	1
ATTIVITÀ DI RICOVERO E CURA	3
Bassa complessità.....	4
Alta complessità e attività IRCCS	4
Sintesi della negoziazione	4
PRESTAZIONI AMBULATORIALI	6
Attività diagnostica per Covid-19.....	9
Attività vaccinale anti-Covid19.....	9
PRESTAZIONI DI CURE SUB-ACUTE	9
NUOVE RETI SANITARIE	9
MODALITA' DI DEFINIZIONE DEGLI ACCONTI	9

INTRODUZIONE

Nell'ambito del percorso di negoziazione delle attività sanitarie la definizione dei budget di struttura verrà fatta basandosi sui valori di riferimento del finanziato dell'anno 2019 e senza considerare le eventuali rimodulazioni, non storicizzabili disposte nel corso del 2022, tenuto necessariamente conto dei vincoli discendenti dalla normativa nazionale in tema di monitoraggio della spesa e di quelli di acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza sanitaria ospedaliera e ambulatoriale, così come previsto all'art. 15 del DL 6 luglio 2012, n. 95 *“Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini (nonché misure di rafforzamento patrimoniale delle imprese del settore bancario)”* convertito con modificazioni dalla Legge 7 agosto 2012, n. 135 e s.m.i.

Eventuali risorse destinate al recupero delle liste di attesa, non comprese nei budget per l'anno 2023, potranno essere appositamente contrattualizzate secondo la vigente normativa nazionale e regionale.

La procedura per la negoziazione e la sottoscrizione dei contratti con tutti gli Erogatori di prestazioni sanitarie, per il 2023, prevede la sottoscrizione del contratto definitivo entro il 31/05/2023.

Al fine di garantire l'erogazione delle prestazioni e il riconoscimento degli acconti di cassa agli erogatori pubblici e privati, i contratti relativi all'anno 2022 si considerano prorogati fino alla sottoscrizione del contratto definitivo 2023 che, avrà comunque validità dal 1/1/2023.

Per la sottoscrizione del contratto definitivo, l'ATS deve utilizzare lo Schema di contratto (Suballegato 2A alla Dgr n. XI/2672/2019 *“Schema di contratto per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra ATS e soggetto erogatore di prestazioni di ricovero e assistenza”*), allegato al presente atto (Sub-Allegato A) con l'integrazione di quanto previsto dalla DGR n. XI/5883/2022 e dalla DGR n. XI/6255/2022 in tema di misure per la riduzione dei tempi di attesa; viene previsto un aggiornamento del format della *“scheda di budget”* rispetto a quanto definito nell'Allegato 3 della

deliberazione n. XI/6387/2022 (sostituito dal Sub-Allegato B al presente atto) che prevede alcuni aggiornamenti rispetto a quello utilizzato per la contrattazione 2022.

I posti letto necessari per onorare gli impegni contrattuali annualmente negoziati dagli erogatori con le ATS sono i posti letto accreditati e a contratto, così come declinato nella DGR n. XI/1046/2018 e s.m.i.. Limitatamente all'anno 2023, a parziale deroga di quanto previsto all'ultimo punto della premessa del contratto tipo, di cui al Sub-Allegato A, il numero dei pazienti ricoverati in regime di ricovero ordinario non può superare il numero totale dei posti letto a contratto considerando la media quadrimestrale. I ricoveri dovuti a situazioni di emergenza/urgenza, adeguatamente documentati, potranno determinare una presenza di pazienti superiore al numero totale dei posti letto autorizzati. Con riferimento ai ricoveri in regime di day hospital-day surgery, il numero dei pazienti ricoverati non può superare, il doppio del numero complessivo dei posti letto autorizzati per ricoveri a ciclo diurno.

In sede di calcolo del finanziato 2023, a consuntivo, e come già previsto per l'anno 2022, la Direzione Generale Welfare, in collaborazione con le ATS territorialmente competenti, potrà valutare particolari eventuali casistiche di significativo squilibrio tra produzione erogata ed abbattimenti legati all'applicazione di budget e di tetti di sistema, entro il limite delle risorse di FSR disponibili.

Nel caso di trasformazioni da posti letto di degenza ordinaria in posti tecnici (MAC, BIC, dialisi/CAL), valutate ed autorizzate dalle ATS competenti, in sede di sottoscrizione del contratto per l'anno 2023 le stesse ATS possono procedere alla rimodulazione e all'adeguamento dei valori di budget (ricoveri e specialistica ambulatoriale) a parità di risorse complessivamente contrattualizzate con la struttura/ente unico richiedente la trasformazione.

Anche per l'anno 2023 rimangono possibili le rimodulazioni di budget già previste negli esercizi precedenti per le risorse contrattualizzate con la medesima struttura e per gli enti unici, finanziando eventuale attività di ricovero (relativamente ad altre strutture appartenenti al medesimo ente unico), cure sub-acute ed ambulatoriali in iperproduzione con lo spostamento di risorse da ricovero e cura. Tali operazioni sono da considerarsi non storicizzabili.

In tema di rimodulazione, inoltre, si segnala quanto indicato dal comma 4, dell'art. 5 della L.R. 33/2009, così come modificata dalla L.R. 22/2021, ossia che: *“Al fine di garantire una risposta appropriata al bisogno di presa in carico delle persone sul territorio ed assicurare i LEA, le ATS rimodulano, in corso di anno, eventuali economie verificate sui singoli contratti per raggiungere il miglior soddisfacimento della domanda di prestazioni, ferma restando l'impossibilità di compensazione tra il finanziamento complessivo negoziato con le strutture pubbliche e il finanziamento complessivo negoziato con le strutture private accreditate e a contratto”*.

Pertanto, si conferma che, in caso di non completo utilizzo delle risorse negoziate, le ATS, nel rispetto dei tetti contrattuali, potranno, con riferimento all'ultimo trimestre, previa verifiche sulla completezza dei flussi informatici, in accordo con l'erogatore e previa autorizzazione della Direzione Generale Welfare, riorientare le risorse presso altri Erogatori dello stesso comparto (pubblico su pubblico o privato su privato), ridefinendo fino ad un valore pari al 10% del budget del singolo erogatore coinvolto.

Le rimodulazioni potranno essere chieste dagli erogatori alle ATS, oppure proposte da ATS agli erogatori, e concordate con gli stessi. A tale riguardo il soggetto erogatore può inviare, entro e non oltre il 31 ottobre dell'anno dell'esercizio, l'eventuale segnalazione dell'esigenza di modificare il

budget alla ATS di riferimento. Le istanze pervenute dagli erogatori, oppure le proposte delle ATS agli erogatori stessi, dovranno essere trasmesse entro e non oltre il 30.11.2023 alla Direzione Generale Welfare unitamente ad una propria valutazione. Per le istanze di rimodulazione che riguardano diversi ambiti territoriali, la valutazione deve essere svolta e condivisa da tutte le ATS coinvolte. Successivamente, entro il 15.12.2023, la Direzione Generale Welfare provvederà a comunicare l'eventuale approvazione delle rimodulazioni alle ATS territorialmente competenti.

Le date di chiusura per l'invio dei flussi informativi dell'anno 2023, che non potranno superare il 29 febbraio 2024, saranno confermate con successiva nota, ribadendo che eventuali invii tardivi non saranno considerati, né per la definizione del finanziato per l'anno 2023, né per le elaborazioni successive.

Infine, si sottolinea che nell'ambito del Sistema regionale trapianti di cui alla DGR n. XI/6329 del 02/05/2022 si ritiene necessario che le Strutture sanitarie private accreditate e a contratto, sede di DEA di I e II livello, continuino ad essere parte attiva del sistema.

Le stesse strutture sono infatti tenute ad identificare tutti i casi di soggetti con la cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo da sottoporre ad accertamento di morte con criteri neurologici e di conseguenza contattare tempestivamente il COP di II livello territorialmente competente per l'esecuzione dell'accertamento. In tale fattispecie, l'accertamento di decesso con criteri neurologici della struttura sanitaria privata accreditata verrà eseguito tramite il Collegio di Accertamento Morte fornito dalla Struttura sanitaria sede del COP di II livello competente per ATS. In subordine, l'accertamento del decesso con criteri neurologici verrà eseguito con trasferimento del paziente presso la struttura sede del COP di II livello, previa verifica della diagnosi clinica.

ATTIVITÀ DI RICOVERO E CURA

Per l'anno 2023 si prevede la determinazione del budget unico di struttura a partire dal valore finanziato per i ricoveri dell'anno 2019, pari al 100% del valore del finanziato 2019, incrementato in applicazione a quanto previsto dalle deliberazioni n. XI/3915, n. XI/4049 e n. XI/4061, senza considerare le eventuali rimodulazioni, non storicizzabili, disposte nel corso del 2022; tale budget pertanto è riferito a tutta la produzione, a prescindere dalla residenza degli assistiti trattati, fatta eccezione per i cittadini stranieri (individuati con l'onere degenza "7" e l'onere degenza "9" erogato a favore di STP) per i quali le prestazioni erogate restano disciplinate da normativa specifica.

Al fine di garantire l'equilibrio economico del Servizio sanitario regionale unitamente al rispetto dei vincoli del DL 95/2012, per gli erogatori privati accreditati e a contratto vengono individuati all'interno del budget unico due tetti per singolo erogatore:

- parte del budget di struttura per lombardi (c.d. tetto lombardi), definito per il 2023 pari al 100% del valore del finanziato 2019, incrementato in applicazione a quanto previsto dalle deliberazioni n. XI/3915, n. XI/4049 e n. XI/4061, per cittadini lombardi; fino al concorrere di tale valore, viene garantito il finanziamento delle prestazioni per lombardi;
- parte del budget di struttura per fuori regione (c.d. tetto fuori regione), definito per il 2023 pari al 100% del valore del finanziato 2019, incrementato in applicazione a quanto previsto dalle deliberazioni n. XI/3915, n. XI/4049 e n. XI/4061, per cittadini fuori regione; fino al concorrere di tale valore, viene garantito il finanziamento delle prestazioni.

La somma dei valori dei singoli tetti di struttura, per cittadini lombardi e per cittadini fuori regione, rappresentano, separatamente, i tetti di spesa complessivi di sistema, per le prestazioni erogate nei confronti dei cittadini lombardi e dei cittadini fuori regione.

Gli eventuali risparmi rispetto al limite complessivo di sistema, per l'anno 2023, come sopra definito, a consuntivo potranno essere oggetto di redistribuzione a copertura parziale dell'iperproduzione, in proporzione all'iperproduzione stessa. Tali operazioni non sono storicizzabili.

Analogamente, eventuali superamenti al limite complessivo di sistema, come sopra definito, oppure al limite previsto dall'art. 15 del DL 6 luglio 2012, n. 95 "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini (nonché misure di rafforzamento patrimoniale delle imprese del settore bancario)" convertito con modificazioni dalla Legge 7 agosto 2012, n. 135 e s.m.i., a consuntivo, determinano un abbattimento di sistema.

Bassa complessità

Per le prestazioni di bassa complessità (ossia tutta la produzione che non rientri nella definizione di Alta Complessità e non siano ricoveri erogati da IRCCS), si ritengono confermate le indicazioni previste nelle regole di sistema per l'anno 2020, 2021 e 2022 (tetto di sistema sulla bassa complessità per fuori regione) al fine di garantire il rispetto di quanto previsto nella Legge n. 208/2015, comma 574, in tema di adozione di misure volte a ridurre le prestazioni inappropriate di bassa complessità erogate da strutture private.

Il tetto di sistema per tutte le strutture private accreditate a contratto è individuato nel 100% del valore finanziato per l'anno 2019 per le attività di bassa complessità erogate dalle stesse strutture private (esclusi IRCCS) a favore di residenti fuori regione. Anche per le strutture private accreditate che hanno perso la classificazione di IRCCS nel corso del 2022, il riferimento sarà la produzione di bassa complessità finanziato per l'anno 2019.

Al fine di garantire l'equilibrio economico del Servizio sanitario regionale in contemporanea alla garanzia del rispetto dei vincoli del DL 95/2012, come modificato dall'art. 45, comma 1 ter del D.L. 124/2019 convertito con modificazioni dalla L. 19 dicembre n. 157, per gli erogatori privati viene individuato un tetto per singolo erogatore, parte del budget di struttura, definito per il 2023 pari al 100% valore del finanziato 2019 per bassa complessità fuori regione. Fino al concorrere di tale valore, viene garantito il finanziamento delle prestazioni di bassa complessità.

Alta complessità e attività IRCCS

Richiamato il principio sancito nella legge 208/2015 comma 574, di valorizzazione del ruolo dell'alta specialità all'interno del territorio nazionale, prevedendo la possibilità di programmare l'acquisto delle prestazioni di alta specialità e di quelle erogate dagli IRCCS si ritiene di non applicare, anche per l'anno 2023, quanto introdotto con DGR XI/2013/2019 in termini di tetto per alta complessità e attività IRCCS.

Sintesi della negoziazione

- Il sistema di negoziazione con gli erogatori di diritto privato prevede per tutti i ricoveri:
 - un budget complessivo di struttura a prescindere dalla residenza dei cittadini, esclusi i cittadini stranieri (individuati con l'onere degenza "7" e l'onere degenza "9" erogato a favore di STP);
 - un tetto di struttura per le attività erogate a favore di residenti lombardi, con riconoscimento garantito al singolo erogatore fino al 100% del proprio livello di produzione finanziata 2019, per pazienti lombardi;
 - un tetto di struttura per le attività erogate a favore di residenti fuori regione, con riconoscimento garantito al singolo erogatore fino al 100% del proprio livello di produzione finanziata 2019, per pazienti fuori regione;
 - un tetto di struttura per le attività di bassa complessità (esclusa produzione IRCCS) erogata

a favore di residenti fuori regione, con riconoscimento garantito al singolo erogatore fino al 100% del proprio livello di produzione finanziata 2019 per bassa complessità per pazienti fuori regione; le strutture private accreditate e a contratto possono compensare l'eventuale ipoprodotto di prestazioni a bassa complessità con prestazioni ad alta complessità, fermo restando il tetto complessivo per i fuori regione; tali operazioni non sono storicizzabili;

- il sistema di negoziazione con gli erogatori di diritto pubblico prevede per tutti i ricoveri, a prescindere dalla residenza dei cittadini, un budget complessivo di struttura, esclusi i cittadini stranieri (individuati con l'onere degenza "7" e l'onere degenza "9" erogato a favore di STP);

Si conferma per gli erogatori pubblici, la possibilità, considerati il DM 21/06/2016 e il DL 95/2012, di riconoscere, con valutazione positiva della Direzione Generale Welfare e con effetto neutro sull'equilibrio economico finanziario del sistema, ricavi derivanti da produzione superiore rispetto a quella contrattualizzata con le ATS.

Per quanto riguarda la negoziazione delle ATS con gli erogatori di diritto privato, si stabilisce che le stesse potranno proporre, eventualmente anche sulla base di indicazioni definite della Direzione Generale Welfare, fino ad un massimo del 7% del tetto di struttura per cittadini lombardi, pari al finanziato 2019, di reindirizzare il mix di erogazione delle strutture sulla base di specifiche valutazioni effettuate dalle ATS in merito alle prestazioni di ricovero che presentano criticità in termini di liste di attesa nel rispetto di criteri di appropriatezza e di qualità delle prestazioni erogate. Il volume aggiuntivo, rispetto all'anno 2019, delle singole tipologie di prestazione di ricovero verrà definito dalle singole ATS territorialmente competenti all'interno del contratto. Le modalità di verifica e valorizzazione a consuntivo delle prestazioni effettivamente erogate, per volumi superiori all'anno 2019, verranno definite con successive indicazioni della DG Welfare.

In sede di consuntivo 2023, in continuità con gli anni precedenti, si procederà ad un abbattimento del 3,5% applicato alla produzione di ricoveri per fuori regione, definito al fine di garantire l'invarianza economica tra tariffario regionale (incrementato in applicazione a quanto previsto dalle deliberazioni n. XI/3915 e n. XI/4049) e quello stabilito per la mobilità (tariffario DM 18/10/2012). Tale necessità è motivata dal fatto che deve essere garantita la corrispondenza tra il valore economico addebitato in compensazione interregionale e il valore economico riconosciuto alle strutture regionali erogatrici della prestazione.

Ai sensi dell'art. 1 c. 492 della L. n. 178 del 30 dicembre 2020, a decorrere dal 2023, Regione Lombardia provvederà alla sottoscrizione degli accordi bilaterali con le regioni di confine per il governo della mobilità sanitaria interregionale di cui all'articolo 1, comma 576, della legge 28 dicembre 2015, n. 208. Pertanto, gli eventuali effetti economici previsti nei citati accordi ricadranno sulle strutture erogatrici delle prestazioni di ricovero eseguite a partire dall'anno 2023 nei confronti dei residenti nelle regioni oggetto degli accordi, tenuto già conto della percentuale di abbattimento del 3,5%.

In tema di valorizzazione delle prestazioni di ricovero e cura, richiamando gli specifici indicatori della griglia LEA, al fine di incentivare le necessarie valutazioni organizzative volte al mantenimento/miglioramento della *performance*, si confermano anche per il 2023 le rimodulazioni tariffarie, previste dall'allegato 1, della DGR n. XI/4773 del 26/05/2021, ad oggetto: "*Determinazioni in ordine alla negoziazione 2021 e ulteriori determinazioni in ambito sanitario e sociosanitario*".

Si stabilisce che nel corso del 2023 la Giunta Regionale, sulla base di evidenze epidemiologiche e

scientifiche prodotte da organi istituzionali quali il Ministero della Salute e l'Istituto superiore di sanità, possa provvedere, tramite il coordinamento della DG Welfare con le ATS e nel rispetto delle normative vigenti, all'acquisto mirato di maggiori prestazioni da erogatori di diritto privato nell'ambito delle prestazioni di alta complessità e di quelle considerate salvavita.

PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Per l'anno 2023 il budget unico di struttura per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, compresa l'attività di pronto soccorso non seguita da ricovero, ha come base di riferimento il 100% valore della produzione finanziata 2019 (senza considerare le eventuali rimodulazioni, non storicizzabili, disposte nel corso del 2022), per i cittadini lombardi, e il 100% del valore finanziato per l'anno 2019 (senza considerare le eventuali rimodulazioni, non storicizzabili, disposte nel corso del 2022), per i cittadini fuori regione. Il valore della produzione finanziata 2019 è incrementato della riduzione del cosiddetto "superticket" per le prestazioni di specialistica ambulatoriale a favore di tutti i cittadini ex L. n. 160 del 27.11.2019, fermo restando il conseguimento dell'equilibrio di bilancio regionale e quindi entro il tetto di spesa massimo previsto dal DL 95/2012.

Il 100% valore finanziato 2019 (senza considerare le eventuali rimodulazioni, non storicizzabili, disposte nel corso del 2022, comprensivo dell'incremento della riduzione del cosiddetto "superticket" per le prestazioni di specialistica ambulatoriale a favore di tutti i cittadini ex L. n. 160 del 27.11.2019) per le attività di specialistica ambulatoriale, è la base su cui viene calcolato il cosiddetto "97%", valore del budget di struttura per l'anno 2023. Le strutture si impegnano ad erogare fino ad un valore pari al 106% e tra il 97% ed il 103% sarà applicata una regressione tariffaria massima del 30% (60% per la branca di laboratorio analisi) e tra il 103% ed il 106% una regressione tariffaria massima del 60%. Oltre il 106% non viene garantita la remunerazione delle prestazioni.

Al fine di garantire l'equilibrio economico del Servizio sanitario regionale ed il rispetto dei limiti di spesa di cui al DL 95/2012 e s.m.i., per gli erogatori privati accreditati e a contratto vengono individuati all'interno del budget unico due tetti per singolo erogatore:

- parte del budget di struttura (c.d. tetto lombardi), definito per il 2023 pari al 97% valore finanziato per l'anno 2019, per lombardi (incrementato della riduzione del cosiddetto "superticket" per le prestazioni di specialistica ambulatoriale a favore di tutti i cittadini ex L. n. 160 del 27.11.2019); fino al concorrere di tale valore, viene garantito il finanziamento delle prestazioni per lombardi, oltre tale valore si applica la regressione tariffaria;
- parte del budget di struttura (c.d. tetto lombardi), definito per il 2023 pari al 97% valore del finanziato 2019 per fuori regione (incrementato della riduzione del cosiddetto "superticket" per le prestazioni di specialistica ambulatoriale a favore di tutti i cittadini ex L. n. 160 del 27.11.2019); fino al concorrere di tale valore, viene garantito il finanziamento delle prestazioni per fuori regione, oltre tale valore si applica la regressione tariffaria;

La somma dei valori dei singoli tetti di struttura, per cittadini lombardi e per cittadini fuori regione, rappresentano, separatamente, i tetti di spesa complessivi di sistema, per le prestazioni erogate nei confronti dei cittadini lombardi e dei cittadini fuori regione.

Gli eventuali risparmi rispetto al limite complessivo di sistema, per l'anno 2023, come sopra definito, a consuntivo potranno essere oggetto di redistribuzione a copertura parziale dell'iperproduzione, in proporzione all'iperproduzione stessa. Tali operazioni non sono storicizzabili.

Analogamente, eventuali superamenti al limite complessivo di sistema, come sopra definito, oppure al limite previsto dall'art. 15 del DL 6 luglio 2012, n. 95 "Disposizioni urgenti per la revisione della

spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini (nonché misure di rafforzamento patrimoniale delle imprese del settore bancario)” convertito con modificazioni dalla Legge 7 agosto 2012, n. 135 e s.m.i., a consuntivo, determinano degli abbattimenti di sistema.

Si ricorda che con decorrenza dall’esercizio 2022, la produzione ambulatoriale viene remunerata senza applicazione degli sconti di cui alla lett. o), comma 796, art. 1), Legge n. 296/2006 (legge Finanziaria per il 2007).

In sede di consuntivo 2023, in continuità con gli anni precedenti, si procederà ad un abbattimento del 4% applicato alla produzione di specialistica ambulatoriale per fuori regione, definito al fine di garantire l’invarianza economica tra tariffario regionale (in corso di validità) e quello stabilito per la mobilità (tariffario DM 18/10/2012). Tale necessità è motivata dal fatto che deve essere garantita la corrispondenza tra il valore economico addebitato in compensazione interregionale e il valore economico riconosciuto alle strutture regionali erogatrici della prestazione.

Ai sensi dell’art. 1 c. 492 della L. n. 178 del 30 dicembre 2020, a decorrere dal 2023, Regione Lombardia provvederà alla sottoscrizione degli accordi bilaterali con le regioni di confine per il governo della mobilità sanitaria interregionale di cui all'articolo 1, comma 576, della legge 28 dicembre 2015, n. 208. Pertanto, gli eventuali effetti economici previsti nei citati accordi ricadranno sulle strutture erogatrici delle prestazioni di specialistica ambulatoriale eseguite a partire dall’anno 2023 nei confronti dei residenti nelle regioni oggetto degli stessi accordi, tenuto già conto della percentuale di abbattimento del 4%.

In relazione all’attività svolta dal Centro Nazionale di Adroterapia Oncologica (CNAO), tenuto conto che tale struttura è l'unica in Italia in grado di erogare trattamenti di adroterapia mediante l’impiego di protoni e ioni carbonio, si prevede la possibilità – a consuntivo – del riconoscimento della produzione effettivamente erogata, senza alcun abbattimento di sistema o regressione tariffaria, tenuto conto che la maggior produzione è rivolta a pazienti fuori regione per i quali è prevista l'autorizzazione per il ciclo intero di adroterapia rilasciata dall'ASL di residenza del cittadino e rendicontata nel flusso 28/SAN, con compensazione interregionale/fatturazione diretta.

Si definisce per il 2023 la quota di risorse di specialistica ambulatoriale da riservare per garantire l’erogazione delle prestazioni previste nei PAI di pazienti presi in carico del paziente cronico (ad esclusione delle prestazioni afferenti alla branca di laboratorio analisi, nonché escludendo le strutture che erogano quasi esclusivamente tali prestazioni) pari ad un massimo del 3% del tetto di struttura di specialistica ambulatoriale per cittadini lombardi.

Le risorse contrattuali da destinare alle prestazioni di pazienti presi in carico, come sopra definite, sono calcolate escludendo le prestazioni di screening e di medicina dello sport, nonché escludendo le strutture che erogano esclusivamente tali prestazioni. Tale quota rappresenta un di cui della voce "Attività di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale, comprensive delle attività di Pronto Soccorso non seguite da ricovero (Quota 97%)" per cittadini lombardi.

All’interno delle risorse destinate a livello di sistema per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, si individua anche la copertura delle attività erogate, in applicazione a specifici contratti di scopo autorizzati e sottoscritti nei precedenti esercizi, per favorire l’accesso alle prestazioni ambulatoriali particolarmente critiche e per la presa in carico.

Per l’esercizio 2023 si ritiene di definire, nell’ambito della contrattazione tra le ATS e le strutture private accreditate e a contratto, una quota massima del 10% del tetto di struttura per cittadini

lombardi, pari al finanziato 2019, finalizzata alle azioni per il contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale critiche oggetto della DGR n. XI/7475 del 30/11/2022 e le ulteriori prestazioni di diagnostica strumentale e per immagini che saranno individuate in un prossimo provvedimento. Il volume aggiuntivo, rispetto all'anno 2019, delle singole tipologie di prestazione verrà definito dalle singole ATS territorialmente competenti all'interno del contratto. Le modalità di verifica e valorizzazione a consuntivo delle prestazioni effettivamente erogate, per volumi superiori all'anno 2019, verranno definite con successive indicazioni della DG Welfare.

Relativamente alla definizione dei volumi di erogazione delle attività di screening per cittadini lombardi di primo e secondo livello, al fine di dimensionare la capacità erogativa alla domanda e facilitare il recupero delle prestazioni non erogate nell'anno 2022, l'UO Prevenzione della Direzione Generale Welfare ha proceduto ad un confronto con le ATS definendo il volume di risorse per singola struttura, che diviene parte del contratto di specialistica ambulatoriale, da destinare prioritariamente alla copertura delle attività di screening. In questo ambito è prevista la possibilità anche per i consultori di erogare prestazioni di screening. Si riporta di seguito il riepilogo per singola ATS.

	SCREENING CERVICOCA RCINOMA primo livello	SCREENING CERVICOCA RCINOMA secondo livello	SCREENING COLON-RETTO primo livello	SCREENING COLON-RETTO secondo livello	SCREENING MAMMOGRAFICO primo livello	SCREENING MAMMOGRAFICO secondo livello	Totale complessivo
ATS BERGAMO	1.047.598		458.203	993.420	3.564.473	567.450	6.631.144
PRIVATO	7.424			525.060	1.257.796	206.400	1.996.680
PUBBLICO	1.040.174		458.203	468.360	2.306.677	361.050	4.634.464
ATS BRESCIA	971.063	170.240	421.176	1.395.000	4.563.324	950.850	8.471.653
PRIVATO		29.440		513.000	1.494.844	195.300	2.232.584
PUBBLICO	971.063	140.800	421.176	882.000	3.068.480	755.550	6.239.069
ATS BRIANZA	988.503	27.200		918.000	3.297.945	1.266.000	6.497.648
PRIVATO				261.000	982.653	148.500	1.392.153
PUBBLICO	988.503	27.200		657.000	2.315.292	1.117.500	5.105.495
ATS INSUBRIA	824.616	35.520	546.000	899.100	3.979.969	746.250	7.031.455
PRIVATO	6.844	2.400		270.000	1.023.036	171.000	1.473.280
PUBBLICO	817.772	33.120	546.000	629.100	2.956.933	575.250	5.558.175
ATS MILANO	197.200	78.080	924.000	1.620.000	7.560.595	2.692.500	13.072.375
PRIVATO				579.600	2.221.065	667.500	3.468.165
PUBBLICO	197.200	78.080	924.000	1.040.400	5.339.530	2.025.000	9.604.210
ATS MONTAGNA	319.500	38.400	123.900	388.800	1.332.639	366.750	2.569.989
PRIVATO				28.800	67.305	18.750	114.855
PUBBLICO	319.500	38.400	123.900	360.000	1.265.334	348.000	2.455.134
ATS PAVIA	528.365	16.000	201.600	388.800	1.296.743	225.000	2.656.508
PRIVATO	10.440			212.400	511.518	97.500	831.858
PUBBLICO	517.925	16.000	201.600	176.400	785.225	127.500	1.824.650
ATS VAL PADANA	692.300	72.800	243.600	744.300	2.315.292	673.800	4.742.092
PRIVATO	10.150			189.900	915.348	49.800	1.165.198
PUBBLICO	682.150	72.800	243.600	554.400	1.399.944	624.000	3.576.894
Totale complessivo	5.569.145	438.240	2.918.479	7.347.420	27.910.980	7.488.600	51.672.864
PRIVATO	34.858	31.840	0	2.579.760	8.473.565	1.554.750	12.674.773
PUBBLICO	5.534.287	406.400	2.918.479	4.767.660	19.437.415	5.933.850	38.998.091

Eventuali modifiche che si renderanno necessarie in corso d'anno, sulla scorta del monitoraggio dell'attività, dovranno essere oggetto di eventuali successive integrazioni dei valori di budget, previo accordo tra ATS e Direzione Generale Welfare.

Saranno inoltre previste le prestazioni relative al Programma di screening HCV, rivolte a cittadini lombardi (e stranieri assimilati ai lombardi) in attuazione della DGR n. XI/5830 del 29/12/2021, in una specifica sezione dell'allegato al contratto. Tali prestazioni saranno riconosciute, alle strutture pubbliche e private aderenti, a consuntivo fino al raggiungimento del valore massimo riconoscibile a livello regionale di cui alla DGR n. XI/5830 del 29/12/2021, secondo le modalità di rendicontazione e verifica previste.

Attività diagnostica per Covid-19

Per l'esercizio 2023 le prestazioni di diagnostica per Covid-19 rientrano nel budget dell'attività specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale, nel limite massimo delle risorse del FSR disponibili ed entro il tetto di spesa massimo previsto dal DL 95/2012.

Attività vaccinale anti-Covid19

Per quanto concerne l'attività vaccinale si richiama e si conferma quanto disposto dall'All. 2 "Indirizzi sul proseguimento della campagna vaccinale anti-Covid-19" di cui alla DGR n. XI/6387 del 16/05/2022 in tema di riconoscimento economico dell'attività erogata.

Per l'esercizio 2023 è previsto un tetto complessivo di sistema commisurato ai dati di somministrazione rilevati nel corso del 2022. Dal punto di vista contrattuale, per le strutture private anche accreditate, è prevista la sottoscrizione di un eventuale apposito contratto "di scopo" all'interno del quale trovano remunerazione le prestazioni erogate.

PRESTAZIONI DI CURE SUB-ACUTE

Per le prestazioni di cure sub-acute si conferma tutto quanto previsto dalle regole di esercizio 2021 e 2022, tenendo conto di eventuali ampliamenti dell'attività avvenuti in corso dell'esercizio 2021/2022 autorizzati dalla Direzione Generale Welfare.

I posti tecnici necessari per onorare gli impegni contrattuali annualmente negoziati dagli erogatori con le ATS sono i posti accreditati e a contratto, fatte salve le rimodulazioni che dovessero rendersi necessarie.

Per le attività di cure sub-acute attivate temporaneamente su indicazione della Direzione Generale Welfare, si dovrà dare evidenza nella scheda di budget degli importi contrattati in modo separato dalle risorse destinate all'attività standard.

NUOVE RETI SANITARIE

Per le prestazioni delle "nuove reti sanitarie" si conferma tutto quanto previsto dalle regole di esercizio 2020, dando evidenza nella scheda di budget degli importi contrattati.

MODALITA' DI DEFINIZIONE DEGLI ACCONTI

In merito all'erogazione degli acconti, nel corso del 2023, dopo la sottoscrizione del contratto definitivo, si procederà in base al monitoraggio dell'attività erogata dell'ultimo mese disponibile al momento del pagamento dell'acconto (per singola linea produttiva):

- a) pagamento di un acconto mensile pari al 90% del budget rapportato a 12 mesi, per gli erogatori la cui produzione non supera il valore del 90% del budget rapportato a 12 mesi;

- b) pagamento di un acconto mensile fino ad un massimo del 95% del budget rapportato a 12 mesi, per gli erogatori la cui produzione supera il valore del 90% del budget rapportato a 12 mesi;
- c) per gli altri valori di produzione che non sono oggetto di specifico budget (es. File F, cure termali, ecc.), visti gli andamenti anomali riscontrati anche nel 2022, si provvederà al pagamento di acconti mensili fino ad un massimo del 95% del fatturato mensile.

Dall'1/1/2023 fino alla sottoscrizione del contratto definitivo, invece, si procederà:

- al pagamento di un acconto mensile del 95% del budget 2022 (al netto di eventuali rimodulazioni non storicizzabili) rapportato a 12 mesi, per gli erogatori la cui produzione supera il valore del 90% del medesimo budget rapportato a 12 mesi;
- il pagamento di un acconto mensile pari al 90% del budget 2022 (al netto di eventuali rimodulazioni non storicizzabili) rapportato a 12 mesi, per gli erogatori la cui produzione non supera il valore del 90% del medesimo budget rapportato a 12 mesi;

In situazioni di particolari livelli di riduzione dell'attività, le ATS possono concordare con singoli erogatori una riduzione della percentuale di acconto, ossia il pagamento degli acconti sulla scorta dell'effettivo fatturato mensile.

Nel corso del 2023 le eventuali situazioni di forte differenza tra produzione e budget per le linee di attività gestite da ASST e IRCCS pubblici saranno oggetto di valutazione regionale con le ASST/IRCCS interessati e le ATS di appartenenza territoriale.