

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	5
Attività diagnostica per Covid-19.....	8
Attività vaccinale anti-Covid19	8
PRESTAZIONI DI CURE SUB-ACUTE	8
NUOVE RETI SANITARIE	9
MODALITA' DI DEFINIZIONE DEGLI ACCONTI	9
INDICAZIONI IN MERITO AL CONTRATTO UNICO REGIONALE	9

INTRODUZIONE

Nell'ambito del percorso di negoziazione delle attività sanitarie, si conferma quanto già indicato dalla DGR n. XI/4773/2021 prevedendo che le regole di negoziazione per l'anno 2022 non storicizzeranno eventuali variazioni di volume della produzione o anomale variazioni di *case mix*, con la finalità di garantire la tenuta del sistema sanitario regionale, in coerenza con le risorse disponibili e con gli eventuali impatti dell'evolversi della situazione epidemiologica.

Per tale motivo, quale eccezione rispetto a quanto di norma è stato fatto negli esercizi precedenti al 2021, 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 2021, 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.

Si conferma inoltre il quadro normativo nazionale legato alla pandemia da Covid-19 fino alla fine dello stato di emergenza, dichiarato cessato al 31.3.2022 con il DL 24 marzo 2022, n. 24.

La procedura per la negoziazione e la sottoscrizione dei contratti con tutti gli Erogatori di prestazioni sanitarie, per il 2022, prevede la sottoscrizione del contratto definitivo entro il 30.06.2022, non essendo prevista la sottoscrizione di un contratto provvisorio.

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/4049/2020 (sostituito dal Sub- Allegato B al presente atto) che prevede alcuni aggiornamenti rispetto a quello utilizzato per la contrattazione 2021.

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., fatte salve le rimodulazioni che siano necessarie nel periodo emergenziale. Limitatamente all'anno 2022, 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 2022, a consuntivo, e come già previsto per l'anno 2021, 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, riconducibili alla riorganizzazione dell'attività a seguito della pandemia, in ogni caso fino al termine dell'emergenza epidemiologica da Covid-19 al 31.3.2022 ed entro il limite delle risorse di FSR disponibili.

Anche per l'anno 2022 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 (relative 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, prelieve verifiche sulla completezza dei flussi informativi, 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, entro e non oltre il 30.11.2022. A tale riguardo il soggetto

erogatore può inviare, entro e non oltre il 31 ottobre dell'anno in corso, l'eventuale segnalazione dell'esigenza di modificare il budget alla ATS di riferimento. Le istanze pervenute dovranno essere trasmesse dalle ATS, unitamente ad una propria valutazione, entro e non oltre il 30.11.2022, per la successiva approvazione della Direzione Generale Welfare, entro il 15.12.2022. Per le istanze che riguardano diversi ambiti territoriali, la valutazione deve essere svolta e condivisa da tutte le ATS coinvolte.

Le date di chiusura per l'invio dei flussi informativi dell'anno 2022 saranno confermate con successiva nota, ribadendo che eventuali invii tardivi non saranno considerati, né per la definizione del finanziato per l'anno 2022, 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, identifichino un Responsabile Medico ed un Referente Infermieristico del Programma aziendale di donazione.

Le stesse strutture sono inoltre 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 2022 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 e n. XI/4049, senza considerare le eventuali rimodulazioni, non storicizzabili, disposte nel corso del 2021; 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, definito per il 2022 pari al 100% del valore del finanziato 2019, incrementato in applicazione a quanto previsto dalle deliberazioni n. XI/3915 e n. XI/4049; fino al concorrere di tale valore, viene garantito il finanziamento delle prestazioni per lombardi;
- parte del budget di struttura per fuori regione, definito per il 2022 pari al 100% del valore del finanziato 2019, incrementato in applicazione a quanto previsto dalle deliberazioni n. XI/3915 e n. XI/4049 per cittadini fuori regione; fino al concorrere di tale valore, viene garantito il finanziamento delle prestazioni.

Gli eventuali risparmi rispetto al limite complessivo di sistema, per l'anno 2022, potranno essere oggetto di redistribuzione a copertura parziale dell'iperproduzione, in proporzione all'iperproduzione stessa. Tali operazioni non sono storicizzabili.

Bassa complessità

Nelle more della definizione degli accordi bilaterali tra Regioni in tema di governo della mobilità sanitaria interregionale, si conferma la definizione di un tetto di sistema per le prestazioni di bassa complessità erogate a favore di pazienti residenti in altre regioni italiane.

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 e 2021 (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 le strutture private accreditate è individuato nel 100% del valore finanziato per l'anno 2019 per le attività di bassa complessità erogate da 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 2021, 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 2022 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, tenuto conto dell'anomalo andamento rilevato nel corso della pandemia, si ritiene di non applicare, all'anno 2022, 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;
 - 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;

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 5% del finanziato 2019, di reindirizzare il mix di erogazione delle strutture sulla base di specifiche valutazioni in merito alla accessibilità ai servizi ed alla appropriatezza degli stessi e/o, ad invarianza di mix, di prevedere di vincolare la remunerazione delle attività al rispetto di criteri di appropriatezza e di qualità delle prestazioni erogate. Dato l'impatto sulla capacità erogativa e sulla programmazione ed accesso alle prestazioni, tale percentuale sarà parametrata al numero di mesi di attività successivi alla fine dell'emergenza; la restante parte è da ritenersi già riassorbita dal budget di struttura.

In sede di consuntivo 2022, 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.

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 2022 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"*.

PRESTAZIONI AMBULATORIALI

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 2021), per i cittadini lombardi, e il 100% del valore finanziato per l'anno 2019, per i cittadini 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, 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 per le attività ambulatoriali, è la base su cui viene calcolato il cosiddetto "97%", valore del budget di struttura per l'anno 2022. 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 in contemporanea alla garanzia del rispetto dei vincoli del DL 95/2012, per gli erogatori privati vengono individuati all'interno del budget unico due tetti per singolo erogatore:

- parte del budget di struttura, definito per il 2022 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, definito per il 2022 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;

Gli eventuali risparmi sul limite di sistema per l'anno 2022 per gli erogatori privati, al netto di quanto necessario per adempiere a quanto previsto dalla già citata Legge 30 dicembre 2020, n. 178, potranno essere oggetto di redistribuzione a copertura parziale dell'iperproduzione, in proporzione all'iperproduzione stessa, con priorità alle attività connesse alla diagnostica COVID limitatamente al periodo emergenziale correlato alla pandemia da Covid-19.

Con decorrenza dall'esercizio 2022, la produzione ambulatoriale verrà 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 2022, 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.

Si conferma per il 2022 la quota di risorse di specialistica ambulatoriale da riservare per garantire l'erogazione delle prestazioni previste nei PAI di pazienti presi in carico (ad esclusione delle prestazioni afferenti alla branca di laboratorio analisi) sia pari ad un massimo del 3% di quanto finanziato nel 2019 per la specialistica ambulatoriale. Dato l'impatto sulla capacità erogativa e sulla programmazione ed accesso alle prestazioni ambulatoriali da parte dei pazienti cronici, tale percentuale sarà parametrata al numero di mesi di attività successivi alla fine dell'emergenza; la restante parte è da ritenersi già riassorbita dal budget di struttura.

Per il 2022 il budget per la presa in carico è pari al 3% delle risorse assegnate per la negoziazione delle attività di specialistica ambulatoriale, escludendo le prestazioni di screening e di medicina dello sport; tale quota è definita per singola ATS e non prevede ripartizioni a priori tra gli erogatori pubblici e privati accreditati. Pertanto, il valore finanziato 2019 di ciascun erogatore, 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, al netto della quota di presa in carico come sopra definito, costituisce il 97%, nell'ambito del quale è definita la quota del 7% per specifici obiettivi che verrà assegnata da ATS come di seguito specificato.

All'interno delle risorse destinate a livello di sistema per le prestazioni ambulatoriali, 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 2022 si ritiene di applicare alle strutture private accreditate quanto previsto dalla DGR XI/2672/2019 relativamente alla definizione di obiettivi specifici per migliorare l'offerta erogativa specialistica tramite contrattazione del 7% del budget ambulatoriale finanziato nel 2019 da parte delle ATS, anche sulla base di specifiche indicazione della Direzione Generale Welfare. Tale percentuale sarà parametrata al numero di mesi di attività successivi alla fine dell'emergenza; la parte non utilizzata per la definizione di obiettivi, è da ritenersi già riassorbita dal budget di struttura, anche a favore dell'attività di screening, come successivamente precisato.

Relativamente alla definizione dei volumi di erogazione delle attività di screening di primo e secondo livello, al fine di dimensionare la capacità erogativa alla domanda e facilitare il recupero delle prestazioni non erogate nell'anno 2021, 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. Si riporta di seguito il riepilogo per singola ATS.

	SCREENING MAMMO- GRAFICO primo livello	SCREENING MAMMO- GRAFICO secondo livello	SCREENING CERVICO- CARCINOMA primo livello	SCREENING CERVICO- CARCINOMA secondo livello	SCREENING COLON-RETTO primo livello	SCREENING COLON-RETTO secondo livello	Totale complessivo
ATS BERGAMO	3.769.125	381.532	234.855		373.842	371.050	5.130.404
Totale pubblico	2.224.296	243.707	199.739	-	373.842	155.381	3.196.964
Totale privato	1.544.829	137.825	35.116	-	-	215.669	1.933.440
ATS BRESCIA	4.968.904	883.657	1.054.990	173.058	420.000	1.046.513	8.547.122
Totale pubblico	3.320.380	584.357	1.054.990	145.334	420.000	694.594	6.219.654
Totale privato	1.648.524	299.300	-	27.724	-	351.919	2.327.467
ATS MONZA BRIANZA	3.145.925	412.436	215.170	157.536		494.784	4.425.850
Totale pubblico	2.180.682	349.311	215.170	157.536	-	385.313	3.288.012
Totale privato	965.243	63.125	-	-	-	109.471	1.137.839
ATS INSUBRIA	3.149.874	259.650	76.850	9.495	546.000	609.721	4.651.590
Totale pubblico	2.279.396	181.585	69.600	7.385	546.000	406.111	3.490.077
Totale privato	870.478	78.066	7.250	2.110	-	203.610	1.161.513
ATS MONTAGNA	964.705	183.099	87.116	20.246	89.880	316.733	1.661.779
Totale pubblico	901.887	175.277	87.116	20.246	89.880	302.409	1.576.814
Totale privato	62.818	7.822	-	-	-	14.324	84.965
ATS PAVIA	1.570.450	438.942	246.115	12.763	189.000	480.527	2.937.798
Totale pubblico	897.400	250.824	171.585	12.763	189.000	170.854	1.692.426
Totale privato	673.050	188.118	74.530	-	-	309.673	1.245.371
ATS VALPADANA	2.319.779	225.050	467.420	96.765	231.000	536.579	3.876.593
Totale pubblico	1.435.840	204.029	462.200	96.765	231.000	401.259	2.831.093
Totale privato	883.939	21.022	5.220	-	-	135.319	1.045.500
ATS MILANO	7.542.647	3.726.000	197.630	6.330	966.000	2.242.500	14.681.107
Totale pubblico	5.317.095	2.673.000	197.630	6.330	966.000	1.465.500	10.625.555
Totale privato	2.225.552	1.053.000	-	-	-	777.000	4.055.552
Totale complessivo	27.431.409	6.510.367	2.580.145	476.193	2.815.722	6.098.407	45.912.243
Totale pubblico	18.556.976	4.662.090	2.458.029	446.358	2.815.722	3.981.421	32.920.595
Totale privato	8.874.433	1.848.278	122.116	29.834	-	2.116.986	12.991.648

Eventuali modifiche che si renderanno necessarie in corso d'anno, sulla scorta del monitoraggio dell'attività e in base anche all'andamento pandemico, 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

In tema di erogazione di attività diagnostica per COVID19, oltre a rinviare a tutte le disposizioni regionali previste, si fa riferimento in particolare alle indicazioni di cui alla nota prot. n. G1.2021.0065064 del 22/11/2021, e successivi aggiornamenti di cui alle note prot. n. G1.2022.0007376 del 02/02/2022 e n. G1.2022.0009982 del 16/02/2022, in merito alle indicazioni operative per la rendicontazione e la valorizzazione delle prestazioni ambulatoriali collegate alla gestione dell'emergenza pandemica da SARS-COV2.

Per l'esercizio 2022 è previsto un tetto complessivo di sistema commisurato ai dati di produzione rilevati nel corso del 2021. Dal punto di vista contrattuale:

- tali prestazioni trovano copertura all'interno dei budget di struttura della specialistica ambulatoriale;
- in corso d'anno, ed in base al monitoraggio dei volumi erogati, potranno essere previste integrazioni di budget utili a garantire l'offerta necessaria alla gestione della pandemia.

In ogni caso l'attività diagnostica di laboratorio correlata a COVID19 rientra 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, ed in particolare:

- fino alla fine dello stato di emergenza, dichiarato cessato al 31.3.2022 con il DL 24 marzo 2022, n. 24, tali prestazioni non sono oggetto di regressione tariffaria considerando il budget annuale proporzionato al primo trimestre 2022;
- successivamente alla cessazione dello stato di emergenza, tali prestazioni sono riconosciute applicando le ordinarie regole di valorizzazione della specialistica ambulatoriale.

Attività vaccinale anti-Covid19

Per quanto concerne l'attività vaccinale si richiama quanto disposto da DGR XI/4353 del 24/02/2021, DGR XI/4433 del 17/03/2021 e DGR n. XI/5677 del 15.12.2021.

Per l'esercizio 2022 è previsto un tetto complessivo di sistema commisurato ai dati di somministrazione rilevati nel corso del 2021. Dal punto di vista contrattuale, per le strutture private accreditate, è prevista la sottoscrizione di un 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, tenendo conto di eventuali ampliamenti stabili 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 siano necessarie nel periodo emergenziale.

Per le attività di cure sub-acute attivate temporaneamente per la gestione della pandemia, in base alla DGR XI/3681/2020, si dovrà dare evidenza nella scheda di budget degli importi contrattati in modo separato dalle risorse destinate all'attività tipica.

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

Considerato che lo stato di emergenza epidemiologica da Covid-19 si è concluso al 31.3.2022, tenuto conto dell'andamento effettivo della produzione erogata, è necessario definire una revisione degli acconti previsti dalla DGR XI/4232/2021 per gli erogatori privati accreditati, al fine di evitare la criticità di eccessive anticipazioni rispetto all'effettiva attività erogata, da recuperare a consuntivo.

Si procederà pertanto, 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), visti gli andamenti anomali riscontrati nel 2021, si provvederà al pagamento di acconti mensili fino ad un massimo del 95% del fatturato mensile.

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.

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.

INDICAZIONI IN MERITO AL CONTRATTO UNICO REGIONALE

Com'è noto con L.R. n. 22/2021 nell'ambito dell'articolo 15 della L.R. 33/2009 è stato aggiunto il comma 12 bis, che recita: *“Gli enti unici di più strutture presenti anche su territori di ATS differenti e in raccordo con queste ultime, sottoscrivono, previa autorizzazione della direzione generale Welfare e in attuazione degli indirizzi annuali di programmazione, un contratto unico regionale con l'ATS dove insiste la sede legale dell'ente unico”*.

Al fine di valutare l'impatto organizzativo e predisporre linee di indirizzo, nei confronti delle ATS, per la corretta attuazione di quanto definito, si rinvia all'anno 2023 una prima applicazione del comma 12 bis, dell'art. 15, della L.R. 33/2009.