

IX /

ROBERTO FORMIGONI

ANDREA GIBELLI Vice Presidente
DANIELE BELOTTI
GIULIO BOSCAGLI
LUCIANO BRESCIANI
MASSIMO BUSCEMI
RAFFAELE CATTANEO
ROMANO COLOZZI
ALESSANDRO COLUCCI

GIULIO DE CAPITANI
ROMANO LA RUSSA
CARLO MACCARI
STEFANO MAULLU
MARCELLO RAIMONDI
MONICA RIZZI
GIOVANNI ROSSONI
DOMENICO ZAMBETTI

dell'Assessore Luciano Bresciani

DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLA GESTIONE DEL SERVIZIO SOCIO-SANITARIO REGIONALE PER
L'ESERCIZIO 2010 - III PROVVEDIMENTO

Il Dirigente Luca Merlino

Il Direttore Generale Carlo Lucchina

RICHIAMATA la DGR n. VIII/10804 del 16.12.2009 *“Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2010”* ed in particolare:

- l'Allegato 9 *“Requisiti autorizzativi della “macroattività chirurgica a bassa complessità operativa ed assistenziale” e precisazioni in merito alla DGR VIII/9014/2009”* ed il relativo Allegato A che indica le attività per le quali viene individuata una innovativa modalità di erogazione e una tariffa unica, pari al 95% della media pesata dei costi unitari attualmente sostenuti per finanziare le attività in Degenza Ordinaria ed in Day Surgery;
- l'Allegato 10, relativo ai requisiti minimi autorizzativi per la chirurgia a bassa complessità operativa ed assistenziale e in ambiente protetto;

CONSIDERATO il lavoro di monitoraggio, relativamente all'impatto di questa nuova macroattività *“ospedaliera”*, in corso tra la Direzione Generale Sanità ed i rappresentanti degli erogatori sia di diritto pubblico sia di diritto privato e con rappresentanti delle principali società scientifiche mediche coinvolte in queste attività;

RITENUTO, di conseguenza, necessario, anche a seguito della formulazione di numerosi quesiti, precisare nei termini seguenti i contenuti del suddetto Allegato 9:

- a) Sulla base delle attività erogate in regime ordinario ed in day surgery nel corso del 1° semestre 2009, sono state individuate le procedure chirurgiche influenzanti l'attribuzione del DRG (MPR) che, per almeno il 90%, sono risultate erogate in Day Surgery o in degenza ordinaria di 1 giorno. Per queste attività, in considerazione della bassa complessità operativa ed assistenziale degli interventi e dei nuovi requisiti previsti, viene individuata una tariffa unica che è pari al 95% della media pesata dei costi unitari attualmente sostenuti per finanziare le attività in degenza ordinaria ed in Day Surgery. Queste attività, elencate all'Allegato A contenuto nella DGR VIII/10804/2009, saranno rendicontate, parimenti alle attività di specialistica ambulatoriale, con il flusso informativo di cui alla circolare 28/SAN ed anche i casi che permangono nella struttura per una sola notte verranno considerati di tipo ambulatoriale in quanto la notte di permanenza in *“ospedale”* verrà considerata non di assistenza ma di semplice osservazione. Continueranno ad essere considerati e rendicontati come attività di ricovero solo i casi con almeno 2 notti di degenza pur prevedendo per gli stessi la nuova tariffa unica di cui all'Allegato A di cui sopra. Poiché le prestazioni di

chirurgia ambulatoriale di cui all'Allegato A danno origine a DRG che non contengono solo tali prestazioni, questi DRG, quando risultanti dalla erogazione di prestazioni diverse da quelle di cui all'Allegato A, non sono modificati ed influenzati dai requisiti e dalle tariffe di cui al presente Allegato 9; ne deriva quindi che la scelta della modalità di rendicontazione delle prestazioni di chirurgia ambulatoriale è guidata principalmente dai seguenti criteri:

- le prestazioni di cui all'allegato A rappresentano delle procedure chirurgiche che, sulla base degli algoritmi allocativi del Grouper 3M, sono determinanti nella attribuzione del DRG (M.P.R major procedure related);
 - su questa base, nel caso di effettuazione contestuale di più procedure chirurgiche, deve essere “scelta” quella che il Grouper 3M individua come principale (M.P.R);
 - nel caso in cui vengano effettuate contestualmente più procedure di cui solo la principale (M.P.R), individuata nel modo descritto al punto precedente, è contenuta nell'Allegato A tutte le procedure chirurgiche effettuate devono essere ricondotte alla principale e quindi una sola prestazione deve essere rendicontata con il flusso di cui alla circolare 28/SAN;
 - nel caso in cui vengano effettuate contestualmente più procedure di cui la principale (M.P.R), individuata come sopra descritto, non è contenuta nell'Allegato A e qualcuna delle altre invece lo sia, l'episodio segue le normali modalità di rendicontazione in uso per le attività di day surgery o di degenza ordinaria;
- b) La chirurgia ambulatoriale a bassa complessità operativa ed assistenziale è una nuova attività, afferibile alle U.O. di area chirurgica ed organizzabile in un'ottica dipartimentale secondo le indicazioni della DGR VIII/9014/2009. L'attivazione di questa macroattività avviene solo in contesto “ospedaliero” ed è subordinata alla contemporanea presenza nell'assetto accreditato di attività di degenza ordinaria e/o di day surgery i cui posti letto devono essere trasformati per le attività già accreditate e a contratto, entro il termine ultimo del 30 novembre 2010, in rapporto 1 ad 1 in posti letto tecnici da destinarsi a queste nuove attività. Si ricorda che questi posti letto tecnici, pur essendo situati in un'area che dovrà assolvere i requisiti di cui all'Allegato 10, non saranno conteggiati tra i posti letto di tipo ordinario e di day surgery, così come già avviene per i posti tecnici di dialisi e per le culle del nido.
- c) Nel caso di attivazione, solo in contesto “ospedaliero”, di nuove U.O., nel rispetto del

rapporto di trasformazione dei posti letto di degenza 2/1, entro 2 mesi dalla data dell'avvenuto accreditamento, deve essere presentata alla ASL l'istanza di riclassificazione in rapporto 1/1 per i posti tecnici di cui alla macroattività di chirurgia ambulatoriale a bassa complessità operativa ed assistenziale.

RILEVATO inoltre che nel sopra menzionato allegato A la prestazione identificata dal cod. **83.01** presenta, per mero errore, la stessa descrizione della prestazione identificata con il cod. **82.01**, ovvero: *“ESPLORAZIONE DELLA FASCIA TENDINEA DELLA MANO Se eventualmente effettuati sono inclusi: visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo”*;

RITENUTO di rettificare la descrizione della prestazione identificata dal cod. **83.01** indicata nell'Allegato A alla DGR n. VIII/10804 del 16.12.2009, come segue:

“83.01 ESPLORAZIONE DELLA FASCIA TENDINEA AD ECCEZIONE DELLA MANO Se eventualmente effettuati sono inclusi: visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo”;

CONSIDERATE le richieste pervenute da parte di alcuni soggetti erogatori pubblici e privati accreditati, relativamente alla possibilità di erogare a carico del Servizio Sanitario Regionale la prestazione di cross linking corneale per la terapia del cheratocono ed alla corretta modalità di erogazione della stessa, anche dal punto di vista della appropriatezza di indicazione clinica della procedura;

RITENUTO, sulla base delle indicazioni cliniche fornite e delle indicazioni di efficacia di questo tipo di prestazione, che la procedura di cross linking corneale possa essere inserita tra le prestazioni usufruibili a carico del Servizio Sanitario Regionale e che, ai fini erogativi, possa essere assimilata, in termini di complessità operativa ed assistenziale alle prestazioni di cui agli Allegati 9 ed A della DGR VIII/10804/2009;

RITENUTO pertanto:

- di introdurre la prestazione di cross linking corneale nell'ambito della *“macroattività chirurgica a bassa complessità operativa ed assistenziale”*, integrando, a decorrere dalle

attività erogate dal 1° di ottobre del 2010, il citato Allegato A come segue:

Branca	Nota	Codice	Descrizione	Tariffa
Oculistica	IHca	11.99.7	CROSS LINKING CORNEALE Incluso: Prima visita ed esami pre operatori di arruolamento, intervento, visite di controllo entro 12 mesi (come da Allegato 1)	1.000,00 €

- di individuare i relativi criteri di appropriatezza di erogazione e di presa in carico dei pazienti indicati nell'**Allegato 1**, parte integrante del presente atto;

RICHIAMATO inoltre l'Allegato 12 *“Tariffe prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale, scheda di dimissione ospedaliera e mobilità internazionale”* alla citata DGR n. VIII/10804/09 nella parte relativa all' *“Attività di chemioterapia”* e l'Allegato 14 *“Indici di offerta – Negoziazione”*;

RICORDATO che dal 1° di gennaio del 2010 vale la regola per cui, relativamente ai DRG 410 I e J, viene aperta e gestita una sola cartella di DH nella quale vengono riportati tutti gli accessi eseguiti, sia per la chemioterapia sia per il cosiddetto *“supporto”*. Nella rendicontazione degli accessi si registrano sulla SDO tutti gli accessi, sia per chemioterapia sia per attività di supporto, nel campo SDO dedicato, ovvero il campo *“Day hospital - giornate di presenza”*. *Sullo stesso tracciato SDO2, nel campo “Giornate non a carico del SSN” si registrano invece solo gli accessi “di supporto” che, in fase di valorizzazione, vengono automaticamente decurtati dal finanziamento;*

RITENUTO, sulla base dei dati e delle indicazioni fornite dagli ematologi membri della REL (Rete Ematologica Lombarda) contenute nell' **Allegato 2**, parte integrante del presente atto:

- di valorizzare gli accessi di day hospital relativi ai DRG 410 I con diagnosi secondaria tra quelle elencate nell'Allegato 2, parte integrante del presente atto, con la tariffa in vigore per il DRG 492;
- di confermare per queste attività le modalità di rendicontazione sopra ricordate previste nell'Allegato 12 *“Tariffe prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale, scheda di dimissione ospedaliera e mobilità internazionale”* alla citata DGR n. VIII/10804/09 nella parte relativa all' *“Attività di chemioterapia”*;

RITENUTO inoltre che la modifica tariffaria di cui al punto precedente decorra per le SDO di day hospital chiuse a partire dal 1 ottobre 2010;

RICHIAMATI:

- l'Allegato 12 e l'Allegato B alla citata DGR n. VIII/10804/09 nella parte relativa al nomenclatore tariffario regionale per le prestazioni ambulatoriali;
- la DGR n. VIII/11270 del 10.2.2010, avente ad oggetto: *“Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2010 - II provvedimento”*;

RILEVATO:

- che la corretta descrizione della prestazione 88.72.3 è “ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA a riposo e dopo prova fisica o farmacologica”;
- che, conseguentemente, le prestazioni effettuate nel corso di un unico accesso ambulatoriale sono due e ciò comporta un adeguamento della tariffa di tale prestazione;
- che la nuova tariffa, a partire dalle prestazioni prenotate dal 1° ottobre 2010, diviene pari a 85 euro;
- che la prestazione 88.72.3 non può essere effettuata contestualmente alla prestazione 88.72.2 ed alla prestazione 88.72.A;
- che la prestazione 88.72.2 “ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA a riposo” risulta essere esente secondo le condizioni previste dal Decreto Ministeriale - Ministero della Sanità 21 maggio 2001, n. 296;

RICHIAMATO l'Allegato 13, punto E alla citata DGR n. VIII/10804/09, nella parte in cui prevede che non possono essere contemporaneamente presenti una delle seguenti prestazioni afferenti alla branca di nefrologia (39951, 39952, 39954, 39955, 39956, 39957, 39958, 39959) associata ad una o più delle seguenti prestazioni: 8966 (Emogasanalisi sangue venoso), 90374 (Potassio), 90404 (Sodio), 90622 (Emocromo), 8901 (visita di controllo), 89651 (emogasanalisi arteriosa sistemica), 89655 (monitoraggio incruento della saturazione arteriosa), 897 (visita generale), 93561 (fasciatura semplice), 9659 (altra irrigazione di ferita), 99241 (infusione di sostanze ormonali), 992A (iniezione o infusione di farmaci specifici) in quanto tutte le prestazioni elencate sono comprese nella tariffa delle Dialisi;

VALUTATO che, in analogia alle previsioni della dgr 10804/2009 di cui al punto precedente, tra le prestazioni da non rendicontare in associazione alle prestazioni afferenti alla branca di nefrologia (39951, 39952, 39954, 39955, 39956, 39957, 39958, 39959) sono da considerarsi anche cod. **89.7B.4** (Prima visita nefrologica), cod. **89.01.B** (Visita nefrologica di controllo) e cod. **91.49.2** (Prelievo di sangue venoso);

VALUTATO inoltre, sentiti i rappresentanti della società italiana di nefrologia, di introdurre, per le prestazioni erogate a decorrere dal 1° ottobre 2010, la prestazione 89.03 “*Stesura del piano di emodialisi o di dialisi peritoneale*” con la tariffa di 15,85 euro che può essere rendicontata contestualmente alla seduta dialitica;

RICHIAMATI l’Allegato 13 e l’Allegato B alla citata DGR n. VIII/10804 del 16.12.2009, nella parte relativa all’estrazione del DNA;

PRECISATO che detti Allegati prevedono che l'estrazione del DNA sia compresa nella prestazione di ricerca del virus solo per alcune prestazioni di nuova introduzione. Per le altre prestazioni (HCV, HBV ed HIV) nulla è innovato ed in questi termini è da intendersi l'indicatore di controllo inserito nell'Allegato 13 “*Attività di controllo*” alla medesima DGR n. 10804/2009: tale indicatore vale, evidentemente, solo per le prestazioni di nuova introduzione nel 2010 che sono identificate dai codici 91.24.9, 91.24.B e 91.24.C;

RICHIAMATO l’Allegato 14 alla citata DGR n. VIII/10804 del 16.12.2009, nella parte che individua le attività non comprese nella quota di risorse assegnate alle strutture erogatrici, in quanto saranno remunerate a consuntivo sulla base di quanto effettivamente erogato;

RILEVATO che gli interventi chirurgici effettuati per tumori benigni al sistema nervoso centrale presentano le medesime caratteristiche di imprevedibilità, indifferibilità ed urgenza di erogazione della casistica attualmente remunerata a consuntivo (casistica cosiddetta extrabudget);

RITENUTO quindi, a decorrere dai dimessi dal 1° ottobre 2010, di prevedere che le SDO afferenti a DRG chirurgici con diagnosi principale 225XX debbano integrare l’elenco delle prestazioni remunerate a consuntivo sulla base di quanto effettivamente erogato di cui all’Allegato 14 della

citata DGR n. VIII/10804 del 16.12.2009;

RICHIAMATO l'Allegato 13 *“Attività di controllo”* alla citata DGR n. VIII/10804 del 16.12.2009 nella parte in cui prevede:

“Il periodo di validità dell'impegnativa è individuato in 6 mesi a partire dalla “data compilazione” della stessa e la “data prenotazione”. Le prescrizioni di prestazioni di follow up e/o di approfondimento diagnostico sono, conseguentemente da ritenersi di pertinenza dello specialista entro il suddetto intervallo temporale di 6 mesi. Si ribadisce che il cittadino può usufruire delle prestazioni contenute nella stessa ricetta presso la medesima struttura, in momenti diversi, entro un periodo di tempo coerente rispetto al tipo di patologia e di trattamento prescritto, di norma entro 6 mesi dall'effettuazione della prima prestazione. In caso di non effettuazione di tutte le prestazioni richieste, dovranno essere rendicontate solo le prestazioni effettivamente erogate”.

RITENUTO, in seguito alle esigenze rappresentate dai referenti regionali della FROMCEO (Federazione Regionale degli Ordini dei Medici) di ampliare il periodo di durata dell'impegnativa, individuandolo in 1 anno a partire dalla data di compilazione della stessa fino alla data di prenotazione. Si ribadisce che il cittadino può usufruire delle prestazioni contenute nella stessa ricetta presso la medesima struttura, in momenti diversi, entro un periodo di tempo coerente rispetto al tipo di patologia e di trattamento prescritto, di norma entro 1 anno dall'effettuazione della prima prestazione. In caso di non effettuazione di tutte le prestazioni richieste, dovranno essere rendicontate solo le prestazioni effettivamente erogate;

RICHIAMATA la DGR n. 9581 del 11.6.2009 *“Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio-sanitario regionale per l'esercizio 2009 - IV Provvedimento”* nella parte in cui ha individuato i medici che sono abilitati a prescrivere le prestazioni di specialistica ambulatoriale 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;

RILEVATO che le attività di Pronto Soccorso, per definizione, sono volte alla risoluzione di un evento acuto in urgenza e pur non rappresentando una presa in carico del paziente nella sua globalità possono richiedere per il corretto inquadramento diagnostico relativo all'evento acuto, degli ulteriori approfondimenti;

VALUTATO quindi che per l'esigenza sopra rappresentata i medici abilitati all'uso del ricettario del SSN, addetti al Pronto Soccorso, prescrivano sul ricettario stesso le prestazioni di specialistica ambulatoriale indispensabili a definire, anche in tempi successivi rispetto all'accesso di Pronto Soccorso, la diagnosi dell'evento acuto in urgenza;

VISTO il D. Lgs. 29 aprile 1998, n. 124 *“Ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni, a norma dell'articolo 59, comma 50, della L. 27 dicembre 1997, n. 449”* ed, in particolare, l'art. 3 nella parte relativa ai tempi di attesa delle prestazioni sanitarie;

RICHIAMATE:

- la D.G.R. 38571 del 25 settembre 1998 *“Individuazione dei criteri per l'applicazione dell'art. 3, commi 10-12-13-14-15 del D. Lgs 29 aprile 1998, n. 124/98 “Ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni, a norma dell'art. 59, comma 50, della legge 27 dicembre 1997, n. 449”, con cui è stato attivato un sistema di accesso differenziato per le prestazioni ambulatoriali definite “urgenti ma differibili”* ;
- la DGR n. 47675 del 1999 *“Tempi di attesa per l'effettuazione delle prestazioni ambulatoriali: determinazioni per l'anno 2000”*;
- 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)”*;

DATO ATTO che, ai sensi dei citati provvedimenti, i MMG e i PLS, qualora ravvisino un caso di urgenza che non comporti l'accesso immediato alle strutture di urgenza ed emergenza, possono richiedere che la prestazione sia garantita entro 72 ore dalla prenotazione mediante l'applicazione del “Bollino verde” sull'impegnativa (prestazioni urgenti – differibili);

RITENUTO di estendere l'utilizzo del “Bollino verde” ai medici abilitati all'uso del ricettario del SSN ai sensi della citata DGR n. VIII/9581/2009;

PRECISATO che:

- la distribuzione dei “Bollini verdi” ai nuovi utilizzatori dovrà essere effettuata dalle Aziende Sanitarie Locali entro il 31 ottobre 2010;
- i soggetti erogatori accreditati ed a contratto di diritto pubblico e privato dovranno provvedere ad informare in modo capillare tutti i singoli medici circa le suddette disposizioni riguardanti l’utilizzo del “Bollino verde”;

RICHIAMATA la DGR 38133 del 6.8.1998 *“Attuazione dell’articolo 12, comma 3 e 4, della l.r. 11.7.1997 n. 31. Definizione di requisiti e indicatori per l’accreditamento delle strutture sanitarie”* ed, in particolare, l’Allegato 1 nella parte relativa agli *“Ulteriori requisiti organizzativi e funzionali specifici”*;

RILEVATO che i requisiti organizzativi e funzionali specifici prevedono che i Presidi dotati di DEA e EAS debbano assicurare 24 ore su 24 un livello di prestazioni adeguato alle competenze clinico - assistenziali delle Unità Operative del Presidio;

PRECISATO che, ai fini dell’assolvimento di detti requisiti, la funzione specialistica di ortopedia-traumatologia può essere assicurata anche tramite il servizio di pronta disponibilità, così come previsto per il Blocco Operatorio e la Sala Gessi;

RICHIAMATA la DGR n. VII/9491 del 2002 *“Definizione dei rapporti contrattuali di cui alla DGR n.47508/99 in applicazione agli indici programmatori espressi dal PSSR 2002-2004”*;

RICHIAMATA la DCR n. 257 del 26.10.2006 *“Piano Socio Sanitario Regionale 2007-2009”*, nella parte in cui prevede che *“Gli ultimi accordi Stato-Regioni del marzo 2005 hanno stabilito degli obiettivi di sistema in termini di offerta di posti letto per mille abitanti che vedono la Regione Lombardia collocata al massimo livello quantitativo dei servizi, posizione peraltro identica rispetto all’offerta di posti letto in RSA. (...) Il tasso di posti letto per acuti (...) vede la Regione Lombardia assolutamente in linea con i dati di riferimento nazionali ed evidenzia una riduzione progressiva negli anni dei posti letto grazie all’attuazione di politiche incentivanti l’appropriatezza e l’erogazione dei servizi in modalità alternative, quali ad esempio la specialistica ambulatoriale”*;

RICHIAMATA la DGR n. VIII/10804 del 16.12.2009 *“Determinazioni in ordine alla gestione*

del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2010” ed in particolare l'allegato 14 “Indici di offerta – Negoziazione” che prevede che: “Il Patto per la Salute 2010 – 2012 a riguardo degli indici di posti letto per mille abitanti posti a carico del SSR, compresa la riabilitazione, conferma quanto fissato dall'Intesa Stato Regioni del 2006, sottolineando che assume importanza la revisione in riduzione degli standard attualmente definiti normativamente in 4,5 p.l. per mille abitanti e tasso di ospedalizzazione di 180 per mille con l'attualizzazione della popolazione. Tali tassi divengono quindi degli obiettivi prioritari per il Sistema Sanitario Regionale da perseguire per l'anno 2010 e 2011”;

RITENUTO quindi di mantenere il coefficiente di trasformazione di posti letto pari a 2/1 nel caso di istituzione di nuove U.O., nel rispetto della previsione del blocco per le alte specialità, e di prevedere un coefficiente di trasformazione di posti letto pari a 1/1 nel caso di rimodulazioni di offerta di posti letto in costanza di numero e di tipologia di U.O.;

RICHIAMATA la DGR VIII/9014/09 “*Determinazioni in ordine al controllo delle prestazioni sanitarie ed ai requisiti di accreditamento*” ed in particolare l'allegato 3 “*Cartella Clinica*” che ha definito gli elementi essenziali affinché la cartella clinica assolva le proprie funzioni così come successivamente integrato con la DGR VIII/9581/09 in particolare ai punti 12, 13 e 14 del deliberato;

RITENUTO, sulla base della valutazione degli esiti di circa un anno di applicazione degli stabiliti criteri effettuata dalla D.G. Sanità congiuntamente con le ASL e con i rappresentanti degli erogatori pubblici e privati accreditati, che per attuare pienamente lo spirito delle citate DGR VIII/9014/2009 e VIII/9581/2009 sia necessario precisare in modo più dettagliato la modalità di valutazione del possesso dei requisiti dirimenti allorquando gli stessi sono composti da vari elementi;

RITENUTO inoltre necessario, per mantenere la distinzione tra requisiti dirimenti ed i requisiti per i quali sono previste delle soglie di errore accettabile individuate dalla DGR VIII/9581 nella percentuale del 5%, evidenziato che la soglia del 5%, in considerazione della durata breve di molti ricoveri che è compresa entro i sette giorni, comporta di fatto la trasformazione dei requisiti non dirimenti in requisiti dirimenti;

STABILITO quindi

- di procedere a definire pesature per le componenti dei requisiti dirimenti ed una nuova soglia di accettabilità di errore per i requisiti non dirimenti;
- che, congruentemente con le premesse sopra esposte, a decorrere dai controlli relativi a ricoveri con dimissioni avvenute dal 1° gennaio 2010, l'assenza di uno degli elementi della cartella clinica di seguito elencati, costituisce condizione per la non rimborsabilità del ricovero parziale o totale:
 - N° progressivo cartella clinica (100%)
 - Generalità della persona assistita (100%)
 - Struttura dove avviene il ricovero (100%)
 - Data di ingresso e di uscita del paziente (100%)
 - Nel caso di prestazione di DH per ogni accesso data ed orario di ingresso e di uscita e camera/posto letto dove viene ricoverato il paziente (100%)
 - La SDO firmata dal medico della UO (anche sigla) (100%)
 - Gruppo di requisiti (somma 100%)
 - a. Il motivo del ricovero (nel foglio di ricovero o nel diario medico in 1° giornata o nella documentazione di valutazione all'ingresso) (peso 20%)
 - b. Anamnesi patologica prossima (peso 10%)
 - c. Esame obiettivo all'ingresso (40%) firmato (anche sigla) (20%) e datato (10%) (peso totale della voce 70%)
 - Nel caso di ricoveri riabilitativi: firmati dal medico facente parte della equipe riabilitativa il progetto ed il programma riabilitativo individuale (PRI, pri) (100%)
 - Il consenso informato, firmato dal medico e dal paziente, all'intervento chirurgico ed alle trasfusioni (90%) datato (10%). *(Questo requisito non supera la normativa vigente e quindi non solleva la struttura dalle responsabilità derivanti dall'obbligo di raccogliere il consenso informato in tutti i casi previsti dalla normativa vigente non contemplati nel requisito stesso).*
 - Gruppo di requisiti (somma 100%)
 - a. Documentazione/cartella anestesiologicala (chiaramente nei casi in cui l'anestesista prende parte all'intervento) riportante il monitoraggio intraoperatorio (40%)
 - b. Verbale operatorio incompleto: descrizione dell'intervento, identificazione degli operatori, data e durata dell'intervento (60%);
 - Lettera di dimissione comprendente almeno: data di stesura, identificazione del medico

redattore, una sintesi descrittiva del decorso clinico, le eventuali terapie e prescrizioni diagnostiche previste (100%);

- Per i restanti requisiti della cartella clinica di cui alla DGR VIII/9014 si stabilisce che non più di due degli stessi possa avere più del 20% di mancanze rispetto al totale delle registrazioni attese;

VISTI:

- il D.P.R. 309/90 *“Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza”* e successive modifiche e integrazioni;
- la Legge n. 12/2001 *“Norme per agevolare l'impiego dei farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore”* che, tra l'altro, aggiunge l'Allegato III-bis *“Farmaci che usufruiscono delle modalità prescrittive semplificate”* al citato D.P.R. n. 309/90;
- e la Legge n. 38/2010 *“Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”* che apporta ulteriori modifiche al suddetto D.P.R. 309/90;

RICHIAMATA la DGR n. 18475 del 30 luglio 2004, avente ad oggetto *“Partecipazione alla spesa farmaceutica - Aggiornamento del regime di esenzione a favore di soggetti assistiti”* che ha confermato l'esenzione dal pagamento della quota di partecipazione alla spesa sanitaria per l'assistenza farmaceutica territoriale, tra l'altro, per *“gli assistiti a cui siano prescritti i farmaci analgesici oppiacei, utilizzati nella terapia del dolore severo di cui alla Legge n. 12/2001, per i quali è consentita la prescrizione in un'unica ricetta di un numero di confezioni sufficienti a coprire una terapia massima di 30 giorni”*;

RICHIAMATO l'Allegato 11 *“Farmaceutica e Protesica”* alla citata DGR n. VIII/10804 del 16.12.2009 nella parte in cui prevede:

“Per facilitare ulteriormente l'accesso alle terapie del dolore da parte dei malati, richiamata la delibera di Giunta Regionale n. VII/20954 del 16.02.2005, l'elenco dei farmaci del dolore, di seguito riportato, aggiorna e sostituisce integralmente l'elenco delle specialità medicinali di cui alla nota prot. n. H1.2005.7891 del 18 febbraio 2005, prescrivibili a carico del SSR, a partire dal 1 gennaio 2010:

<i>Principio attivo</i>	<i>ATC</i>
<i>Paracetamolo/codeina fosfato</i>	<i>N02AA59</i>
<i>Paracetamolo/codeina fosfato</i>	<i>N02BE51</i>
<i>Tramadololo cloridrato/paracetamolo</i>	<i>N02AX52</i>

Si precisa che, per quanto concerne l'ATC N02BE51, le specialità medicinali concedibili sono solo quelle contenenti codeina in associazione con paracetamolo”.

RILEVATO che nel corso degli anni la disciplina nazionale e regionale in materia di terapia del dolore si è evoluta rispetto all'anno 2004, con l'obiettivo di agevolare l'impiego dei farmaci nella terapia del dolore, e perciò di garantire un più efficace trattamento del dolore nei malati terminali o nei pazienti affetti da dolore severo cronico;

RITENUTO pertanto di aggiornare quanto indicato nella citata DGR n. 18475 del 2004, estendendo l'esenzione dal pagamento della quota di partecipazione alla spesa sanitaria per l'assistenza farmaceutica territoriale anche agli assistiti a cui siano prescritti nella terapia del dolore severo e cronico i farmaci, non appartenenti all'Allegato III-bis del DPR 309/90, di cui all'Allegato 11 della DGR n. VIII/10804 del 16 dicembre 2009, con indicazione del codice TDL;

RICHIAMATA la DGR n. IX/350 del 28.07.2010 “Attuazione dell'art. 25-bis “maggiorazioni tariffarie a favore degli IRCCS di diritto pubblico e di diritto privato e delle strutture sanitarie di ricovero e cura - poli universitari” della *l.r. 33/2009*, così come modificata dalla *l.r. 7/2010*” ed, in particolare, il punto 3) del deliberato nella parte in cui prevede:

“l'istanza corredata dai documenti elencati al punto precedente dovrà pervenire alla DG Sanità, con riferimento all'anno in corso, entro e non oltre 60 giorni dalla pubblicazione sul BURL del presente atto e con riferimento agli esercizi successivi entro e non oltre il 15 di marzo di ogni anno”;

PRESO ATTO che l'A.I.O.P. (Associazione Italiana Ospedalità Privata) ha evidenziato che il termine di presentazione dell'istanza del 15 marzo di ogni anno incontra una difficoltà oggettiva rappresentata dal fatto che i bilanci aziendali hanno tempistica diversa e pertanto è possibile che entro tale data i bilanci stessi non siano approvati né dal Consiglio di Amministrazione né dall'Assemblea dei Soci;

PRESO INOLTRE ATTO del verbale dell'Area Giuridica Sanità del 10/09/2010 con cui si suggerisce di accogliere il rilievo di cui al punto precedente;

RITENUTO pertanto di modificare il punto 3) del deliberato della DGR n. XI/350 del 28.07.2010, nella parte innanzi esplicitata, come segue:

“l’istanza, corredata dai documenti elencati al punto precedente, dovrà pervenire alla D.G. Sanità, con riferimento all’anno in corso, entro e non oltre 60 giorni dalla pubblicazione sul BURL del presente atto e, con riferimento agli esercizi successivi, entro e non oltre 15 giorni dall’approvazione del bilancio annuale ai sensi degli specifici statuti e regolamenti aziendali o dalla normativa vigente in materia ”;

DATO ATTO che le disposizioni di carattere economico contenute nel presente provvedimento sono compatibili con le risorse disponibili per il SSR per l’anno 2010;

RITENUTO di pubblicare il presente atto sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e sul sito internet della D.G. Sanità;

VISTA la L.R. n. 33 del 30.12.2009 *“Testo Unico delle leggi regionali in materia di sanità”;*

Valutate ed assunte come proprie le predette determinazioni;

A voti unanimi, espressi nelle forme di legge,

DELIBERA

- 1) Di precisare nei termini seguenti i contenuti dell’Allegato 9 alla DGR n. VIII/10804 del 16.12.2009:
 - a) Sulla base delle attività erogate in regime ordinario ed in day surgery nel corso del 1° semestre 2009, sono state individuate le procedure chirurgiche influenzanti l’attribuzione del DRG (MPR) che, per almeno il 90%, sono risultate erogate in Day Surgery o in degenza

ordinaria di 1 giorno. Per queste attività, in considerazione della bassa complessità operativa ed assistenziale degli interventi e dei nuovi requisiti previsti, viene individuata una tariffa unica che è pari al 95% della media pesata dei costi unitari attualmente sostenuti per finanziare le attività in degenza ordinaria ed in Day Surgery. Queste attività, elencate all'Allegato A contenuto nella DGR VIII/10804/2009, saranno rendicontate, parimenti alle attività di specialistica ambulatoriale, con il flusso informativo di cui alla circolare 28/SAN ed anche i casi che permangono nella struttura per una sola notte verranno considerati di tipo ambulatoriale in quanto la notte di permanenza in "ospedale" verrà considerata non di assistenza ma di semplice osservazione. Continueranno ad essere considerati e rendicontati come attività di ricovero solo i casi con almeno 2 notti di degenza pur prevedendo per gli stessi la nuova tariffa unica di cui all'Allegato A di cui sopra. Poiché le prestazioni di chirurgia ambulatoriale di cui all'Allegato A danno origine a DRG che non contengono solo tali prestazioni, questi DRG, quando risultanti dalla erogazione di prestazioni diverse da quelle di cui all'Allegato A, non sono modificati ed influenzati dai requisiti e dalle tariffe di cui al presente Allegato 9; ne deriva quindi che la scelta della modalità di rendicontazione delle prestazioni di chirurgia ambulatoriale è guidata principalmente dai seguenti criteri:

- le prestazioni di cui all'allegato A rappresentano delle procedure chirurgiche che, sulla base degli algoritmi allocativi del Grouper 3M, sono determinanti nella attribuzione del DRG (M.P.R major procedure related);
 - su questa base, nel caso di effettuazione contestuale di più procedure chirurgiche, deve essere "scelta" quella che il Grouper 3M individua come principale (M.P.R);
 - nel caso in cui vengano effettuate contestualmente più procedure di cui solo la principale (M.P.R), individuata nel modo descritto al punto precedente, è contenuta nell'Allegato A tutte le procedure chirurgiche effettuate devono essere ricondotte alla principale e quindi una sola prestazione deve essere rendicontata con il flusso di cui alla circolare 28/SAN;
 - nel caso in cui vengano effettuate contestualmente più procedure di cui la principale (M.P.R), individuata come sopra descritto, non è contenuta nell'Allegato A e qualcuna delle altre invece lo sia, l'episodio segue le normali modalità di rendicontazione in uso per le attività di day surgery o di degenza ordinaria;
- b) La chirurgia ambulatoriale a bassa complessità operativa ed assistenziale è una nuova attività, afferibile alle U.O. di area chirurgica ed organizzabile in un'ottica dipartimentale

secondo le indicazioni della DGR VIII/9014/2009. L'attivazione di questa macroattività avviene solo in contesto "ospedaliero" ed è subordinata alla contemporanea presenza nell'assetto accreditato di attività di degenza ordinaria e/o di day surgery i cui posti letto devono essere trasformati per le attività già accreditate e a contratto, entro il termine ultimo del 30 novembre 2010, in rapporto 1 ad 1 in posti letto tecnici da destinarsi a queste nuove attività. Si ricorda che questi posti letto tecnici, pur essendo situati in un'area che dovrà assolvere i requisiti di cui all'Allegato 10, non saranno conteggiati tra i posti letto di tipo ordinario e di day surgery, così come già avviene per i posti tecnici di dialisi e per le culle del nido.

c) Nel caso di attivazione, solo in contesto "ospedaliero", di nuove U.O., nel rispetto del rapporto di trasformazione dei posti letto di degenza 2/1, entro 2 mesi dalla data dell'avvenuto accreditamento, deve essere presentata alla ASL l'istanza di riclassificazione in rapporto 1/1 per i posti tecnici di cui alla macroattività di chirurgia ambulatoriale a bassa complessità operativa ed assistenziale.

2) Di rettificare la descrizione della prestazione identificata dal cod. **83.01** indicata nell'Allegato A alla DGR n. VIII/10804 del 16.12.2009, come segue:

“83.01 ESPLORAZIONE DELLA FASCIA TENDINEA AD ECCEZIONE DELLA MANO Se eventualmente effettuati sono inclusi: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo”.

3) Di introdurre la prestazione di cross linking corneale nell'ambito della "macroattività chirurgica a bassa complessità operativa ed assistenziale", integrando, a decorrere dalle attività erogate dal 1° di ottobre del 2010, l'Allegato A alla DGR n. VIII/10804 del 16.12.2009 come segue:

Branca	Nota	Codice	Descrizione	Tariffa
Oculistica	IHca	11.99.7	CROSS LINKING CORNEALE Incluso: Prima visita ed esami pre operatori di arruolamento, intervento, visite di controllo entro 12 mesi (come da Allegato 1)	1.000,00 €

individuando i relativi criteri di appropriatezza di erogazione e di presa in carico dei pazienti indicati nell' **Allegato 1**, parte integrante del presente atto.

- 4) Di stabilire, sulla base dei dati e delle indicazioni fornite dagli ematologi membri della REL (Rete Ematologica Lombarda) contenute nell' **Allegato 2**, parte integrante del presente atto:
 - di valorizzare gli accessi di day hospital relativi ai DRG 410 I con diagnosi secondaria tra quelle elencate nell' Allegato 2, parte integrante del presente atto, con la tariffa in vigore per il DRG 492;
 - di confermare per queste attività le modalità di rendicontazione sopra ricordate previste nell' Allegato 12 *“Tariffe prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale, scheda di dimissione ospedaliera e mobilità internazionale”* alla citata DGR n. VIII/10804/09 nella parte relativa all' *“Attività di chemioterapia”*.
- 5) Di precisare che la modifica tariffaria di cui al precedente punto 4) decorrerà per le SDO di day hospital chiuse a partire dal 1 ottobre 2010.
- 6) Di stabilire, con riferimento al nomenclatore tariffario regionale per le prestazioni ambulatoriali di cui all' Allegato B alla DGR n. VIII/10804/09 che:
 - che la corretta descrizione della prestazione 88.72.3 è *“ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA a riposo e dopo prova fisica o farmacologica”*;
 - che, conseguentemente, le prestazioni effettuate nel corso di un unico accesso ambulatoriale sono due e ciò comporta un adeguamento della tariffa di tale prestazione;
 - che la nuova tariffa, a partire dalle prestazioni prenotate dal 1° ottobre 2010, diviene pari a 85 euro;
 - che la prestazione 88.72.3 non può essere effettuata contestualmente alla prestazione 88.72.2 ed alla prestazione 88.72.A;
 - che la prestazione 88.72.2 *“ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA a riposo”* risulta essere esente secondo le condizioni previste dal Decreto Ministeriale - Ministero della Sanità 21 maggio 2001, n. 296.
- 7) Di stabilire che tra le prestazioni da non rendicontare in associazione alle prestazioni

affidenti alla branca di nefrologia (39951, 39952, 39954, 39955, 39956, 39957, 39958, 39959) di cui all'Allegato 13, punto E alla DGR n. VIII/10804/09, sono da considerarsi anche cod. **89.7B.4** (Prima visita nefrologica), cod. **89.01.B** (Visita nefrologica di controllo) e cod. **91.49.2** (Prelievo di sangue venoso).

- 8) Di introdurre nel nomenclatore tariffario delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, per le prestazioni erogate a decorrere dal 1° ottobre 2010, la prestazione 89.03 "*Stesura del piano di emodialisi o di dialisi peritoneale*" con la tariffa di 15,85 euro che può essere rendicontata contestualmente alla seduta dialitica.
- 9) Di precisare che l'Allegato 13 e l'Allegato B alla DGR n. VIII/10804 del 16.12.2009, nella parte relativa all'estrazione del DNA, prevedono che l'estrazione del DNA sia compresa nella prestazione di ricerca del virus solo per alcune prestazioni di nuova introduzione. Per le altre prestazioni (HCV, HBV ed HIV) nulla è innovato ed in questi termini è da intendersi l'indicatore di controllo inserito nell'Allegato 13 "*Attività di controllo*" alla medesima DGR n. 10804/2009: tale indicatore vale, evidentemente, solo per le prestazioni di nuova introduzione nel 2010 che sono identificate dai codici 91.24.9, 91.24.B e 91.24.C.
- 10) Di prevedere, a decorrere dai dimessi dal 1° ottobre 2010, che le SDO afferenti a DRG chirurgici con diagnosi principale 225XX debbano integrare l'elenco delle prestazioni remunerate a consuntivo sulla base di quanto effettivamente erogato di cui all'Allegato 14 della citata DGR n. VIII/10804 del 16.12.2009.
- 11) Di ampliare, in seguito alle esigenze rappresentate dai referenti regionali della FROMCEO (Federazione Regionale degli Ordini dei Medici), il periodo di durata dell'impegnativa, individuandolo in 1 anno a partire dalla data di compilazione della stessa fino alla data di prenotazione. Si ribadisce che il cittadino può usufruire delle prestazioni contenute nella stessa ricetta presso la medesima struttura, in momenti diversi, entro un periodo di tempo coerente rispetto al tipo di patologia e di trattamento prescritto, di norma entro 1 anno dall'effettuazione della prima prestazione. In caso di non effettuazione di tutte le prestazioni richieste, dovranno essere rendicontate solo le prestazioni effettivamente erogate.

- 12) Di precisare che medici abilitati all'uso del ricettario del SSN, addetti al Pronto Soccorso, sono tenuti a prescrivere sul ricettario stesso le prestazioni di specialistica ambulatoriale indispensabili a definire, anche in tempi successivi rispetto all'accesso di Pronto Soccorso, la diagnosi dell'evento acuto in urgenza.
- 13) Di estendere l'utilizzo del "Bollino verde", per prestazioni urgenti - differibili, ai medici abilitati all'uso del ricettario del SSN ai sensi della DGR n. VIII/9581/2009, precisando che:
- la distribuzione dei "Bollini verdi" ai nuovi utilizzatori dovrà essere effettuata dalle Aziende Sanitarie Locali entro il 31 ottobre 2010;
 - i soggetti erogatori accreditati ed a contratto di diritto pubblico e privato dovranno provvedere ad informare in modo capillare tutti i singoli medici circa le suddette disposizioni riguardanti l'utilizzo del "Bollino verde".
- 14) Di precisare che, ai fini dell'assolvimento dei requisiti organizzativi e funzionali specifici previsti dall'Allegato 1 alla DGR 38133 del 6.8.1998 per i Presidi dotati di DEA e EAS, la funzione specialistica di ortopedia-traumatologia può essere assicurata anche tramite il servizio di pronta disponibilità, così come previsto per il Blocco Operatorio e la Sala Gessi.
- 15) Di mantenere il coefficiente di trasformazione di posti letto pari a 2/1 nel caso di istituzione di nuove U.O., nel rispetto della previsione del blocco per le alte specialità, e di prevedere un coefficiente di trasformazione di posti letto pari a 1/1 nel caso di rimodulazioni di offerta di posti letto in costanza di numero e di tipologia di U.O.;
- 16) Di definire, al fine di attuare pienamente lo spirito dell'allegato 3 "Cartella Clinica" alla DGR VIII/9014/2009, così come integrato con DGRVIII/9581/2009, pesature per le componenti dei requisiti dirimenti ed una nuova soglia di accettabilità di errore per i requisiti non dirimenti. Congruentemente, a decorrere dai controlli relativi a ricoveri con dimissioni avvenute dal 1° gennaio 2010, l'assenza di uno degli elementi della cartella clinica di seguito elencati, costituisce condizione per la non rimborsabilità del ricovero parziale o totale:

- N° progressivo cartella clinica (100%)
- Generalità della persona assistita (100%)
- Struttura dove avviene il ricovero (100%)
- Data di ingresso e di uscita del paziente (100%)
- Nel caso di prestazione di DH per ogni accesso data ed orario di ingresso e di uscita e camera/posto letto dove viene ricoverato il paziente (100%)
- La SDO firmata dal medico della UO (anche sigla) (100%)
- Gruppo di requisiti (somma 100%)
 - a. Il motivo del ricovero (nel foglio di ricovero o nel diario medico in 1° giornata o nella documentazione di valutazione all'ingresso) (peso 20%)
 - b. Anamnesi patologica prossima (peso 10%)
 - c. Esame obiettivo all'ingresso (40%) firmato (anche sigla) (20%) e datato (10%) (peso totale della voce 70%)
- Nel caso di ricoveri riabilitativi: firmati dal medico facente parte della equipe riabilitativa il progetto ed il programma riabilitativo individuale (PRI, pri) (100%)
- Il consenso informato, firmato dal medico e dal paziente, all'intervento chirurgico ed alle trasfusioni (90%) datato (10%). *(Questo requisito non supera la normativa vigente e quindi non solleva la struttura dalle responsabilità derivanti dall'obbligo di raccogliere il consenso informato in tutti i casi previsti dalla normativa vigente non contemplati nel requisito stesso).*
- Gruppo di requisiti (somma 100%)
 - a. Documentazione/cartella anestesiologicala (chiaramente nei casi in cui l'anestesista prende parte all'intervento) riportante il monitoraggio intraoperatorio (40%)
 - b. Verbale operatorio incompleto: descrizione dell'intervento, identificazione degli operatori, data e durata dell'intervento (60%);
- Lettera di dimissione comprendente almeno: data di stesura, identificazione del medico redattore, una sintesi descrittiva del decorso clinico, le eventuali terapie e prescrizioni diagnostiche previste (100%);
- Per i restanti requisiti della cartella clinica di cui alla DGR VIII/9014 si stabilisce che non più di due degli stessi possa avere più del 20% di mancanze rispetto al totale delle registrazioni attese;

17) Di aggiornare quanto indicato nella DGR n. 18475 del 2004, estendendo l'esenzione dal pagamento della quota di partecipazione alla spesa sanitaria per l'assistenza farmaceutica territoriale anche agli assistiti a cui siano prescritti nella terapia del dolore severo e cronico i farmaci, non appartenenti all'Allegato III-bis del DPR 309/90, di cui all'Allegato 11 della DGR n. VIII/10804 del 16 dicembre 2009, con indicazione del codice TDL.

18) Di modificare il punto 3) del deliberato della DGR n. IX/350 del 28.07.2010 *“Attuazione dell'art. 25-bis “maggiorazioni tariffarie a favore degli IRCCS di diritto pubblico e di diritto privato e delle strutture sanitarie di ricovero e cura - poli universitari” della l.r. 33/2009, così come modificata dalla l.r. 7/2010”*, nella parte che prevede *“l'istanza corredata dai documenti elencati al punto precedente dovrà pervenire alla DG Sanità, con riferimento all'anno in corso, entro e non oltre 60 giorni dalla pubblicazione sul BURL del presente atto e con riferimento agli esercizi successivi entro e non oltre il 15 di marzo di ogni anno”*, come segue:

“l'istanza, corredata dai documenti elencati al punto precedente, dovrà pervenire alla D.G. Sanità, con riferimento all'anno in corso, entro e non oltre 60 giorni dalla pubblicazione sul BURL del presente atto e, con riferimento agli esercizi successivi, entro e non oltre 15 giorni dall'approvazione del bilancio annuale ai sensi degli specifici statuti e regolamenti aziendali o dalla normativa vigente in materia ”.

19) Di precisare che le disposizioni di carattere economico contenute nel presente provvedimento sono compatibili con le risorse disponibili per il SSR per l'anno 2010.

20) Di pubblicare il presente atto sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e sul sito internet della D.G. Sanità.

IL SEGRETARIO

Allegato 1 alla DGR n. del

Cheratocono e Cross Linking Corneale

Il cheratocono è una patologia genetica progressiva, spesso bilaterale, caratterizzata da incremento di curvatura corneale e assottigliamento della stessa, che porta la cornea ad assumere una forma irregolarmente conica.

Epidemiologia

- Considerata malattia rara ma è la causa più frequente di trapianto di cornea
- Prevalenza media 55/100000
- Incidenza 1/2000
- Età di insorgenza di solito intorno alla pubertà, progredisce e si arresta intorno ai 40 anni.
- Raramente però può comparire in età più avanzata
- Di solito è bilaterale asimmetrico.
- È probabilmente geneticamente correlata, di tipo AD (autosomico dominante) a penetranza incompleta
- rischio maggiore di 15-23 volte, rispetto alla popolazione generale, di contrarre la patologia con un parente di 1° grado affetto.

Il cross linking corneale (CXL) è un metodica di dimostrata efficacia nell'arrestare la progressione delle malattie ectasiche: cheratocono e degenerazione marginale pellucida pur non prospettando, se non in rari casi, alcun beneficio refrattivo. Da ciò ne consegue, in termini di appropriatezza di indicazione della procedura e di conseguimento del miglior effetto terapeutico possibile, che un arruolamento adeguato dei pazienti deve mirare al conseguimento della stabilizzazione e che è prioritario accertare, prima di effettuare la procedura, le caratteristiche di evolutività della malattia.

La procedura di cross linking corneale dovrà essere effettuata nel pieno rispetto, documentalmente riscontrabile, delle indicazioni di seguito elencate e le strutture che effettueranno la prestazione dovranno garantire una completa presa in carico dei pazienti e la erogazione a carico del servizio sanitario regionale di tutte le attività pre e post cross - linking secondo le tempistiche di seguito previste.

Appropriatezza dell'arruolamento:

- Età superiore a 8 anni
- Sospensione della terapia con LAC (lenti a contatto) da almeno 4 settimane prima degli accertamenti corneali pre-operatori
- 2 topografie sequenziali prima del trattamento, eseguite con lo stesso strumento, distanziate di almeno 2 mesi che nel tempo provino l'evolutività (incremento di curvatura massima in mappa istantanea differenziale superiore a 3 Diottrie)
- 2 tomografie Scheimpflug o OCT sequenziali prima del trattamento e distanziate di almeno 2 mesi. Ciò per provare nel tempo l'evolutività della

patologia (Riduzione dello spessore minimo di almeno 20 micron e corrispondente incremento dell'elevazione)

- Foto del segmento anteriore prima del trattamento
- Pachimetria minima sup. a 450 micron nel punto più sottile su mappa pachimetrica
- Curvatura corneale massima su mappa topografica in algoritmo istantaneo inferiore a 55D
- Visus corretto con lenti a tempiale non inferiore a 5 decimi
- Conta endoteliale sup a 2000 cellule
- Malattie ectasiche corneali con pachimetria maggiore o uguale a 400 micron in pazienti affetti da sindromi malformative su base genetica fatti salvi i criteri di dimostrata evolutività già espressi

Criterio di esclusione

Non sono ammessi:

- Trattamenti chirurgici associati, contestuali al cross linking
- Trattamenti contestuali bilaterali
- Trattamenti senza la rimozione dell'epitelio

Controindicazioni:

- Conta endoteliale inferiore a 2000 cellule
- Pazienti che presentino altre patologie corneali diverse da quelle ectasiche
- Opacità corneali
- Pregresse chirurgie corneali
- Donne in gravidanza e puerpere
- Cheratiti in fase attiva
- Idrope corneale
- Severe dry eye
- Deficit limbare

Follow up richiesto al centro che esegue il trattamento

- Visite post operatorie fino al completamento della riepitelizzazione comprese nel trattamento
- Controlli a 1,3,6 12 mesi di:
 - Visus naturale e corretto
 - Topografia mappa istantanea differenziale
 - Tomografia mappa pachimetrica e ed elevazione differenziale
- Esame endoteliale a 1 mese e ad 1 anno dalla procedura
- Esame con OCT del segmento anteriore a 3 mesi per identificazione della demarcation line di valutazione della profondità raggiunta del Cross Linking Corneale.

Allegato 2 alla DGR n. del

Elenco delle principali patologie ematologiche (con i relativi codici ICD9-CM) e le complicanze della chemioterapia e della patologia.

LEUCEMIE ACUTE MIELOIDI *(codici patologia: da 20500 a 20800)

- a) gestione della neutropenia post-chemioterapia (*palliativa) e delle complicanze infettive ad essa correlate (supporto mediante fattori di crescita granulocitari e profilassi antibiotica, controlli mediante imaging)
- b) gestione dell'anemia e della piastrinopenia mediante supporto trasfusionale

LEUCEMIE ACUTE LINFOIDI (codice patologia: 20400)

- a) ; b) come sopra
- c) gestione della tossicità extra-ematologica legata al trattamento (insufficienza renale acuta, ileo paralitico da alcaloidi della vinca, sindromi diarroiche, alterazione della funzionalità epatica su base iatrogena e/o da riattivazione di infezioni virali)

MIELODISPLASIE (codici patologia: 238.70, 28500)

- a) ; b) come sopra
- d) controllo della terapia ferrochelante, quando indicata, e degli eventuali eventi avversi

LINFOMI NON HODGKIN (codici patologia: da 20200 a 20208, da 20020 a 20028)

- a) b); c) come sopra
- e) gestione della prevenzione della sindrome da lisi tumorale post-chemioterapia mediante idratazione endovenosa, alcalinizzazione delle urine, terapia diuretica e frequente monitoraggio degli esami ematochimici
- f) gestione dell'anemia e della piastrinopenia secondarie sia alla malattia linfomatosa (interessamento midollare e/o ipersplenismo) sia all'immunochemioterapia, mediante supporto trasfusionale e supporto con eritropoietina

LINFOMA DI HODGKIN (codici patologia: da 20100 a 20108, da 20110 a 20118, da 20120 a 20128, da 20140 a 20148, da 20150 a 20158, da 20160 a 20168, da 20170 a 20178, da 20190 a 20198)

- a); c) come sopra
- g) gestione dei cateteri venosi centrali, spesso indispensabili per la somministrazione della chemioterapia, e delle complicanze ad essi correlate (infezioni, trombosi)

LEUCEMIA LINFATICA CRONICA (codice patologia: 20411)

- h) gestione delle citopenie post immunochemioterapia e/o legate alla progressione di malattia, terapia di supporto (trasfusioni, fattori di crescita)
- i) gestione delle tossicità extra - ematologiche legate alla terapia (tossicità gastro-intestinale, insufficienza renale, sindrome da lisi tumorale)
- j) gestione delle complicanze infettive derivanti dalla situazione di immunosoppressione legata alla patologia ematologica di base e alle chemio-immunoterapie necessarie (necessità di monitoraggio clinico, laboratoristico e di imaging. Eventuale necessità di antibiotico terapia ev.)
- k) nei pazienti trattati con Alemtuzumab monitoraggio dell'antigenemia del CMV, gestione della riattivazione della viremia stessa).
- l) gestione degli epifenomeni autoimmuni legati alla LLC;

LEUCEMIA A CELLULE CAPELLUTE (codice patologia: 20241)

a); i); j) ; come sopra

MALATTIA DI WALDENSTROM (codice patologia: 2733)

- h); i); j) come sopra
- m) gestione della sindrome da iperviscosità

MIELOFIBROSI IDIOPATICA (codice patologia 2898)

- a); b) come sopra
- n) gestione eventuali complicanze trombotiche legate alla patologia ematologica di base e al suo trattamento

LEUCEMIA MIELOIDE CRONICA (codice patologia 20510)

a); b) come sopra

MIELOMA MULTIPLIO (codice patologia 20300) + 1985 (metastasi ossee)

- a); b) come sopra; in particolare per quanto riguarda il rischio emorragico la componente monoclonale interferisce con i fattori della coagulazione provocando un aumento del rischio emorragico, che aumenta anche per piastrinopenia e piastrinopatia (sia intrinseche alla patologia che secondarie alla terapia). Anche in questo caso è necessario monitoraggio attento ed eventuale terapia trasfusionale; Rischio infettivo : dovuto alla mancanza di immunoglobuline funzionalmente competenti, alla neutropenia da chemioterapia, all'uso di steroidi ad alto dosaggio.
- n) Rischio trombosi venose profonde : intrinseco alla patologia neoplastica, può essere un effetto collaterale delle terapie più usate per il mieloma (es. Talidomide e Lenalidomide). E' indicata, pertanto, un monitoraggio e, spesso, una terapia profilattica (che va controllata strettamente).
- o) Rischio di danno renale: legato alla componente monoclonale (soprattutto nel mieloma micromolecolare), alla presenza di depositi di amiloide, alla terapia, alla nefropatia uratica, all'ipercalcemia, alle complicanze infettive (es. pielonefrite).
- p) Rischio di ipercalcemia : da aumentato riassorbimento osseo, da danno renale, può portare a danno renale e coma.
- q) Rischio di complicanze gastroenteriche : malassorbimento in caso di amiloidosi intestinale, stipsi o diarrea (complicanza della terapia con Talidomide e Bortezomib).

- r) Rischio di neuropatia : dovuta a compressione delle radici nervose, a danno da componente monoclonale sulle terminazioni nervose, ma anche come complicanza di molte terapie usate per questa patologia (Vincristina, Talidomide, Bortezomib).
- s) Malattia ossea: il paziente affetto da mieloma presenta elevato rischio di fratture patologiche, lesioni ossee litiche, radicolopatia da compressione delle radici nervose. (attenta osservazione clinica e monitoraggio strumentale). In caso di complicanze ossee è indicata la terapia con bifosfonati (attento monitoraggio di calcemia, creatinina e profilassi del rischio di osteonecrosi della mandibola).
- t) Reazioni allergiche a farmaci (rischio di Steven Johnson elevato durante terapia con Lenalidomide e Talidomide).
- u) Controllo del dolore: il dolore nel paziente con mieloma è molto spesso presente e non sempre di facile gestione . La gestione integrata con gli specialisti della terapia del dolore fatta in DH migliora qualità e quantità di vita.