



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. 222 LEGISLATURA N. VIII

DE/ME/S04 Oggetto: Accordo per l'anno 2008 con le case di cura private  
0 NC multispecialistiche della Regione Marche.

Prot. Segr.  
833

L'anno duemilanove addì 18 del mese di maggio in Ancona presso la sede della Regione Marche si è riunita la Giunta Regionale regolarmente convocata:

- |                      |                 |
|----------------------|-----------------|
| - Spacca Gian Mario  | Presidente      |
| - Petrini Paolo      | Vice Presidente |
| - Amagliani Marco    | Assessore       |
| - Badiali Fabio      | Assessore       |
| - Benatti Stefania   | Assessore       |
| - Carrabs Gianluca   | Assessore       |
| - Donati Sandro      | Assessore       |
| - Mezzolani Almerino | Assessore       |
| - Rocchi Lidio       | Assessore       |

Sono assenti:

- |                      |           |
|----------------------|-----------|
| - Marcolini Pietro   | Assessore |
| - Solazzi Vittoriano | Assessore |

Essendosi in numero legale per la validità dell'adunanza assume la Presidenza il Presidente della Giunta regionale Spacca Gian Mario che dichiara aperta la seduta alla quale assiste il Segretario della Giunta regionale Brandoni Bruno.

La deliberazione in oggetto è approvata all'unanimità dei presenti.  
Riferisce in qualità di relatore: L' Assessore Mezzolani Almerino.

NOTE DELLA SEGRETERIA DELLA GIUNTA

Inviata per gli adempimenti di competenza

- alla struttura organizzativa: \_\_\_\_\_
- alla P.O. di spesa: \_\_\_\_\_
- al Presidente del Consiglio regionale
- alla redazione del Bollettino ufficiale

Il \_\_\_\_\_

L'INCARICATO

Proposta o richiesta di parere trasmessa al Presidente del Consiglio regionale il \_\_\_\_\_  
prot. n. \_\_\_\_\_

L'INCARICATO



**OGGETTO: Accordo per l'anno 2008 con le Case di Cura private multispecialistiche della Regione Marche.**

**LA GIUNTA REGIONALE**

**VISTO** il documento istruttorio riportato in calce alla presente deliberazione predisposto dal Servizio Salute, dal quale si rileva la necessità di adottare il presente atto;

**RITENUTO**, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di deliberare in merito;

**VISTA** la proposta del Dirigente del Servizio Salute che contiene il parere favorevole di cui all'articolo 16, comma 1, lettera a) della legge regionale 15 ottobre 2001, n. 20 sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica e l'attestazione dello stesso che dalla deliberazione non deriva, né può derivare alcun impegno di spesa a carico della Regione;

**VISTO** l'articolo 28 dello statuto della regione;

Con la votazione, resa in forma palese, riportata a pagina 1

**D E L I B E R A**

- 1) di recepire ed approvare l'accordo per l'anno 2008 così come concordato con le organizzazioni rappresentative di categoria nel testo allegato che fa parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
- 2) di confermare le tariffe delle Case di Cura Multispecialistiche previste nella DGR 1331/08;
- 3) di stabilire che le Zone Territoriali facciano fronte alla spesa per le prestazioni ospedaliere effettivamente erogate e nei limiti dei budget indicati nell'accordo con la quota del fondo sanitario assegnato nei limiti stabiliti dalla deliberazione amministrativa n. 277/99 e sue successive eventuali modificazioni.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA  
(Dott. Bruno Brandoni)

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA  
(Dott. Gian Mario Spacca)



seduta del <b>18 MAG 2009</b>
delibera <b>800</b>

pag: <b>3</b>
------------------

## DOCUMENTO ISTRUTTORIO

### **La normativa che regola il rapporto con gli erogatori privati: dal D. Lgs. 229/99 all'Accordo Stato-Regioni dell'agosto 2001 e Accordi successivi**

Si conferma per intero il quadro di riferimento contenuto nell'atto istruttorio dell'Accordo 2007 (DGR 1331/08).

### **Gli atti della Regione Marche nel settore delle Case di Cura Multispecialistiche nel periodo 2002-2007**

Dal 2002 al 2006 la Regione Marche ha regolamentato i rapporti con le Case di Cura Multispecialistiche con una serie di Accordi ratificati da successive Delibere di Giunta:

- a) la DGR 1294/2003 relativa agli anni 2002-2003;
- b) la DGR 1551/2004 relativa all'anno 2004;
- c) la DGR 1592/2005 relativa all'anno 2005;
- d) la DGR 930/2007 relativa all'anno 2006;
- e) la DGR 1331/2008 relativa all'anno 2007.

Nel periodo indicato gli obiettivi principali degli accordi sono stati relativi a:

1. riconoscimento di un incremento annuale del budget per i residenti nella Regione Marche ai fini del riconoscimento dell'impatto degli accordi sindacali relativi ai vari bienni contrattuali e del riconoscimento in alcuni anni dell'incremento del costo della vita;
2. definizione di un sistema tariffario coerente con il punto 1. ;
3. definizione di un sistema per il controllo dell'appropriatezza delle prestazioni e di un conseguente sistema di abbattimento della produzione a rischio di inappropriatezza;
4. definizione di modalità per la gestione della produzione extra-budget.

*Handwritten mark*



Gli accordi hanno consentito il mantenimento dei costi nei limiti di spesa programmati e di riconoscere con l'accordo relativo all'anno 2007 buona parte dell'impatto del biennio contrattuale 2006-2007.

### **Impostazione generale dell'accordo per l'anno 2008**

L'Accordo per l'anno 2008 opera in sostanziale continuità con gli Accordi degli anni 2002-2007. Esso consente il riconoscimento completo nel budget 2008 dell'impatto dell'accordo relativo al biennio contrattuale 2006-2007.

I diversi punti all'interno dell'Accordo ricalcano l'impostazione degli accordi relativi agli anni precedenti.

Per i motivi esposti si propone:

- 1) di recepire ed approvare l'accordo per l'anno 2008 così come concordato con le organizzazioni rappresentative di categoria nel testo allegato che fa parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
- 2) di confermare le tariffe delle Case di Cura Multispecialistiche previste nella DGR 1331/08;
- 3) di stabilire che le Zone Territoriali facciano fronte alla spesa per le prestazioni ospedaliere effettivamente erogate e nei limiti dei budget indicati nell'accordo con la quota del fondo sanitario assegnato nei limiti stabiliti dalla deliberazione amministrativa n. 277/99 e sue successive eventuali modificazioni.

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO  
(Dott. Claudio Maria Maffei)



seduta del <b>18 MAG 2009</b>
delibera <b>800</b>

PAG 5
----------

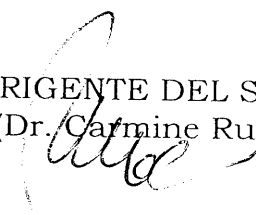
DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE  
ADUNANZA N.....LEGISLATURA N.....

**PROPOSTA E PARERE DEL DIRIGENTE DEL SERVIZIO SALUTE**

Il sottoscritto, considerata la motivazione espressa nell'atto, esprime parere favorevole in ordine alla regolarità tecnica e sotto il profilo della legittimità della presente deliberazione.

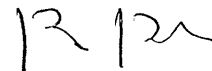
Si attesta inoltre che dalla presente deliberazione non deriva né può derivare un impegno di spesa a carico della Regione.

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO  
(Dr. Carmine Ruta)



La presente deliberazione si compone di n° 14 pagine, di cui n° 9 pagine di allegati che formano parte integrante della stessa.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA  
( Dott. Bruno Brandoni )





## **ACCORDO PER L'ANNO 2008 CON LE CASE DI CURA PRIVATE MULTISPECIALISTICHE ACCREDITATE DELLA REGIONE MARCHE.**

### **Aspetti generali**

Il presente Accordo disciplina in termini generali per l'anno 2008 il rapporto con le Case di Cura Multispecialistiche.

Il presente Accordo dovrà essere recepito con deliberazione di Giunta Regionale.

### **L'Accordo 2008**

Si concorda che:

1. il budget di partenza per i residenti è quello 2007 previsto dalla DGR 1331/2008;
2. tale valore viene incrementato del 3% (vedi Tabella 1);
3. per l'attività residenziale relativa ai Disturbi del Comportamento Alimentare di Villa Igea, per la quale nel 2007 è stato attribuito un budget di 270.000 €, viene mantenuto tale budget specifico;
4. per l'attività di Cardiologia Riabilitativa di Villa Serena viene riconosciuto per intero il budget corrispondente alla casistica inviata dal Presidio di Alta Specializzazione Lancisi;
5. fermo restando che il budget complessivo di struttura, considerato sulla base dell'attività complessiva erogata, è costituito da quello specifico per l'attività di ricovero, più quello ambulatoriale e residenziale, a livello locale sono possibili accordi, su richiesta della Casa di Cura, tra la Casa di Cura stessa e la Zona Territoriale (ZT) tali da rendere "comunicanti" i budget delle prestazioni di ricovero, residenziali ed ambulatoriali. Tale procedura, fermo restando il budget di struttura, è applicabile anche alle Case di Cura con punti di erogazione situati in ZT diverse ed il relativo Accordo va stipulato dalla Casa di Cura con tutte le ZT interessate. Tali trasferimenti di budget saranno ritenuti validi purché concordati in corso d'anno e non a consuntivo;

9



seduta del
18 MAG 2009
delibera
800

pag.
7

6. in sede di Accordo tra ZT e Casa di Cura, quest'ultima deve autocertificare il possesso dei requisiti minimi di personale previsti dalla DGR 2200/00 e successive modifiche ed integrazioni;
7. nell'ambito degli accordi previsti tra le Case di Cura private e le Zone Territoriali, è possibile, per attività di particolare rilevanza per le quali sussistono lunghe liste di attesa ed importante mobilità passiva extraregionale, il superamento programmato del limite del budget assegnato, rimanendo tuttavia lo stesso all'interno dei vincoli di budget complessivi assegnati alla singola Zona Territoriale;
8. la produzione in eccesso oltre il budget verrà riconosciuta per il solo 2008 con le modalità previste nell'apposito paragrafo;
9. le Case di Cura che non avessero guadagnato con la produzione liquidabile relativa all'anno 2008 la quota di incremento del 3% del budget potranno portare tale quota nel budget 2009 ed averla riconosciuta per lo svolgimento di attività concordate con la Zona di competenza;
10. si recepisce il progetto regionale ortopedia della Casa di Cura Villa dei Pini.

### **Attività chirurgica**

Gli incrementi di produzione chirurgica rispetto al 2007 debbono riguardare interventi in settori specifici con lunga lista d'attesa nelle strutture pubbliche o con forte mobilità passiva extraregionale. A tal fine, fermo restando il regime di autorizzazione e accreditamento provvisorio e nel rispetto dei specifici requisiti stabiliti dal Manuale di Autorizzazione per le attività in questione, le Case di Cura multispecialistiche della Regione Marche autorizzate all'attività di chirurgia generale possono in via transitoria effettuare anche in assenza di una autorizzazione specifica una produzione specialistica in tali settori, purché tale produzione non risulti prevalente rispetto alla produzione chirurgica complessiva.

### **Ricoveri per DRG medici**

A meno di diversi specifici accordi locali i ricoveri per i DRG medici verranno considerati appropriati se:

- disposti dal Pronto Soccorso di un ospedale pubblico (ricoveri ordinari acuti);
- concordati come protocollo con la zona di competenza (day hospital);
- disposti dai reparti per acuti di strutture pubbliche (lungodegenza);

*Jo*



seduta del <b>18 MAG 2009</b>
delibera <b>800</b>

pag. <b>8</b>
------------------

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE  
ADUNANZA N.....LEGISLATURA N.....

- disposti su richiesta del medico di medicina generale in aderenza ai criteri di appropriatezza di cui alla DGR 1212/2004.

Per i ricoveri da Pronto Soccorso, che dovranno essere contraddistinti all'interno della Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) con la compilazione del campo "autorizzazione" (inizio posizione 118, lunghezza 1 carattere) con codice "3" (ricovero richiesto da Pronto Soccorso pubblico), non verrà richiesto dalla struttura pubblica il rimborso per le prestazioni erogate dal Pronto Soccorso stesso.

Inoltre:

- a) i ricoveri ripetuti per il medesimo DRG medico dello stesso paziente con rientro entro 4 giorni verranno cumulati con il precedente ricovero ai fini della sua valorizzazione. I ricoveri ripetuti per lo stesso DRG medico dello stesso paziente con rientro tra 5 e 10 giorni subiranno un abbattimento del 10%, a meno che tali ricoveri non siano disposti dal Pronto Soccorso della struttura pubblica;
- b) i ricoveri diurni di tipo medico verranno riconosciuti appropriati se coerenti con i protocolli approvati dalla (e concordati con la) Zona Territoriale competente sulla base delle indicazioni regionali.

### **Controlli di appropriatezza**

L'appropriatezza dell'attività di ricovero è sottoposta a verifica secondo le indicazioni della DGR 1212/2004 e successivi aggiornamenti. I controlli verranno effettuati almeno sul 10% dei ricoveri. I controlli riguarderanno inoltre i fenomeni segnalati dal Servizio Salute in occasione dell'incontro con l'AIOP del 2 aprile 2009 e successivamente dettagliati per singola struttura nella documentazione integrativa fornita nell'incontro con l'AIOP del 7 aprile 2009.

Una specifica verifica verrà fatta sulla modalità di gestione organizzativa ed amministrativa dell'attività di iniezione intravitale di farmaci in modo da verificare il rispetto della normativa di riferimento e la corretta codifica delle prestazioni.

I controlli verranno coordinati dal Servizio Salute in collaborazione con il CVPS dell'ASUR. L'impatto degli esiti dei controlli verranno definiti a livello locale con il coinvolgimento eventuale del Servizio Salute e dell'AIOP.

4





### **Tariffe**

Si confermano le tariffe della DGR 1331/08.

### **Modalità di abbattimento automatico**

Sulla produzione addebitata con le tariffe di cui al punto precedente, verranno effettuati automaticamente i seguenti abbattimenti:

- 1) i tagli cesarei verranno valorizzati come parto normale sopra una percentuale superiore al 45% compresi i ricoveri in mobilità attiva;
- 2) i ricoveri ordinari di due o più giorni per il trattamento con il laser dell'ernia discale verranno valorizzati nel 50% dei casi con le tariffe di un giorno per tutto l'anno indipendentemente dalla data di inizio di applicazione delle nuove tariffe TUC e dalla residenza dell'assistito;
- 3) i ricoveri per acuti di area medica non urgenti verranno valorizzati sino al 95% del loro valore 2005.

### **Modalità di accesso all'attività di ricovero**

Il ricovero può essere proposto da qualunque medico di medicina generale, pediatra di libera scelta o specialista dipendente o convenzionato del Servizio Sanitario Nazionale. Esso può essere inoltre disposto da un Pronto Soccorso di struttura pubblica o richiesto per trasferimento da un reparto di una struttura pubblica.

Nel caso di paziente che senza essere transitato da Pronto Soccorso o dal medico di medicina generale o specialista dipendente o convenzionato del Servizio Sanitario Nazionale si presenti ad una Casa di Cura, questa potrà disporre autonomamente il ricovero laddove la condizione clinica non consenta il rinvio al Pronto Soccorso o comunque nei casi in cui si possa configurare l'omissione di soccorso.

Il modulo di invio da Pronto Soccorso o di trasferimento da un reparto di struttura pubblica è un documento probante ai fini del riconoscimento della appropriatezza del ricovero.

u



### **Prestazioni incluse nella attività di ricovero**

Sono da erogarsi obbligatoriamente all'interno dell'episodio di ricovero senza ulteriori oneri per il Servizio Sanitario Regionale e senza costi o disagi per il cittadino:

- a) gli esami preliminari al ricovero per la valutazione del rischio anestesiológico;
- b) i controlli e le medicazioni post-dimissione di cui alla DGR n.926 del 19.4.99.

Il rispetto di queste regole va verificato con appositi controlli dalla Zona Territoriale competente per territorio.

### **Accordi Zonali**

A livello di singole Zone/Case di Cura il budget regionale può essere integrato/modificato (non in senso riduttivo) nel rispetto:

- dei vincoli di bilancio della Zona Territoriale;
- dei criteri di appropriatezza specifici riportati nel presente documento;
- delle normative nazionali e regionali di riferimento.

Tali integrazioni/modifiche dovranno essere ben motivate ed essere formalizzate con apposito atto.

### **Prestazioni per i residenti di altre Regioni a carico del Servizio Sanitario Nazionale**

Il Servizio Salute comunicherà all'AIOP e all'ARIS i documenti di intesa relativi agli Accordi di confine con le altre Regioni. I requisiti di appropriatezza di cui alla DGR 1212/2005 e dei relativi decreti applicativi valgono sia per la produzione in favore di utenti residenti che per quelle in favore di non residenti nella Regione.

Per la mobilità attiva extraregionale verranno comunicati alla struttura da parte del Servizio Salute i ricoveri oggetto di contestazione da parte delle altre Regioni e si detrarrà il relativo importo dagli addebiti delle Case di Cura fino alla conclusione del contenzioso. Ferme restando le attuali procedure relative ai ricoveri contestati in sede di mobilità interregionale, la

12



seduta del	
78	MAG 2009
delibera	
800	...

PRE
11

conclusione delle contestazioni e la relativa regolarizzazione del pagamento da parte delle Zone Territoriali alle Case di Cura dovranno essere completate sulla base degli accordi con la regione contestante, regolarizzazione da effettuarsi comunque entro il 31.12.2009. Eventuali correzioni degli addebiti in seguito alla chiusura dei contenziosi verranno definitivamente regolarizzati in seguito.

In termini operativi, fino a che la mobilità interregionale 2008 non verrà chiusa completamente in termini di contestazioni, verranno riconosciuti e liquidati gli addebiti fino al 90 % della mobilità attiva extraregionale della Casa di Cura dell'anno 2007. Il saldo della rimanente produzione verrà riconosciuto entro il 31 dicembre 2009. L'eventuale impatto di contestazioni specifiche delle altre Regioni sulla appropriatezza delle prestazioni erogate sia nel 2008 che negli anni precedenti saranno a carico della struttura erogante indipendentemente dalla data di chiusura del contenzioso.

Nel caso che in occasione della contestazione degli addebiti 2008 da parte delle diverse Regioni dovessero emergere contestazioni nei confronti di una struttura superiori al 10% del valore della produzione 2007 in mobilità attiva, si effettuerà nei mesi successivi una decurtazione nel riconoscimento della produzione in mobilità attiva 2008 secondo modalità che verranno concordate tra Servizio Salute ed AIOP.

Nei limiti di quanto sopra riportato la liquidazione delle fatture dovrà avvenire, a cura della Zona Territoriale, secondo quanto previsto dalla normativa vigente.

### **Debiti informativi**

Si ricorda che l'attuazione dell'art. 50 della Legge n. 326 del 24.11.2003 impone la trasmissione, almeno mensile, al Ministero dell'Economia e Finanze (MEF) da parte dei singoli erogatori di attività specialistica ambulatoriale, sia pubblici che privati accreditati, dei dati di attività. La Regione Marche, al fine di facilitare tale adempimento alle strutture a gestione diretta e a quelle private accreditate, ha inteso avvalersi del comma 11 del suddetto art. 50. Ciò richiede la trasmissione mensile alla Regione Marche del flusso del File C "Specialistica ambulatoriale" dei dati di attività specialistica da parte di tutti gli erogatori, pubblici e privati accreditati, secondo modalità specificamente stabilite. I dati, solo dopo aver superato i controlli previsti, vengono acquisiti nel *database* regionale e poi trasmessi al MEF nel rispetto delle scadenze temporali previste, che dovranno essere rispettate da tutte le strutture.

3



Il debito informativo sui ricoveri verrà valutato invece con i seguenti parametri:

- tempestività della trasmissione e completezza dei tracciati infrannuali delle SDO;
- presenza nella SDO della data di prenotazione in tutti i ricoveri programmati ordinari e day hospital
- presenza del codice fiscale in tutte le SDO.

Solo i dati correttamente acquisiti nei *database* regionali verranno considerati validi ai fini della fatturazione.

#### **Attività di lungodegenza post-acuzie**

L'Accordo del 23 marzo 05 "Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, in attuazione dell'articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311" prevede che le Regioni stabiliscano un valore soglia per le giornate di ricovero in lungodegenza post-acuzie di durata superiore a 60 giorni. Pertanto le giornate eccedenti i 60 giorni verranno valorizzate con una riduzione del 30 % della tariffa prevista. I ricoveri che supereranno tale limite andranno dettagliatamente motivati in cartella clinica.

Limitatamente alle Zone in cui non siano stati attivati Hospice, i ricoveri dei pazienti "la cui malattia di base non risponde più a trattamenti specifici", certificati da apposita richiesta formulata da parte del medico della struttura pubblica (oncologo, medico del Pronto Soccorso), verranno valorizzati con la tariffa della lungodegenza. Nell'ambito degli accordi locali tra le Zone e le Case di Cura, potrà prevedersi che i presidi e farmaci ad alto costo, necessari per il trattamento di tali pazienti, possano essere forniti direttamente a carico della Zona Territoriale o rimborsati dalla stessa.

#### **Riconoscimento della produzione oltre il budget**

Vanno riconosciuti per intero gli incrementi di produzione di specifiche linee di attività concordati preventivamente con la Zona Territoriale o previsti da specifici atti\disposizioni del Servizio Salute.

Gli esuberanti di produzione delle Case di Cura Multispecialistiche oltre il budget 2008 per l'attività di ricovero al netto degli abbattimenti concordati con l'AIOP nella riunione del 07.04.09 verranno riconosciuti per il solo 2008

4



seduta del <b>18 MAG 2009</b>
delibera <b>800</b>

pag. <b>13</b>
-------------------

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE  
ADUNANZA N.....LEGISLATURA N.....

per un valore pari al 45%. Tale riconoscimento dovrà tenere conto dei risultati dei controlli di appropriatezza (vedi relativo paragrafo). Una apposita comunicazione verrà inviata alle Zone interessate non appena completati i controlli e le verifiche.

### **Budget 2009 e anni successivi**

Entro 15 giorni dalla approvazione con DGR del presente Accordo andrà attivato un tavolo di lavoro AIOP/Servizio Salute per la definizione del sistema tariffario 2009 e per l'impostazione dell'Accordo 2009 e anni successivi. Esso prevederà budget differenziati per tipologia di attività comprensivi ciascuno di specifiche tariffe e specifici criteri di abbattimento per la produzione oltre il budget di settore.

9



**TABELLA 1**

<b>BUDGET 2008</b>			
<b>CASE DI CURA PRIVATE MULTISPECIALISTICHE</b>			
<b>ZT</b>	<b>CASE DI CURA</b>	<b>A Budget 2007</b>	<b>B Budget 2008</b>
5	Villa Serena (1)	5.755.852	5.928.528
7	Villa Igea (2)	8.322.886	8.572.573
8	Sanatrix	10.148.796	10.453.260
9	Dr. Marchetti	3.151.683	3.246.233
11	Villa Verde	4.677.705	4.818.036
12	Villa Anna	4.499.599	4.634.587
12	Stella Maris	3.718.753	3.830.316
13	San Marco	2.225.920	2.292.697
	<b>TOTALI</b>	<b>42.501.194</b>	<b>43.776.230</b>

- (1) L'attività di Villa Serena comprende la cardiologia riabilitativa, per un importo, per i residenti delle Marche pari nel 2006 a € 969.760 che va rideterminato in base all'attività dello stesso tipo svolta nel 2008 che va riconosciuta per intero quando disposta dal Presidio Ospedaliero di Alta Specializzazione "Lancisi".
- (2) L'attività residenziale per i disturbi del comportamento alimentare di Villa Igea è compresa.