



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. 58 LEGISLATURA N. IX

delibera

572

DE/ME/DSS Oggetto: Recepimento dell'accordo per l'anno 2010 con le case
0 NC di cura private firmatarie.

Prot. Segr.
618

Martedì 19 aprile 2011, nella sede della Regione Marche, ad Ancona, in via Gentile da Fabriano, si è riunita la Giunta regionale, regolarmente convocata.

Sono presenti:

- GIAN MARIO SPACCA
- PAOLO PETRINI
- ANTONIO CANZIAN
- SANDRO DONATI
- SERENELLA GUARNA MORODER
- MARCO LUCHETTI
- LUCA MARCONI
- ALMERINO MEZZOLANI
- LUIGI VIVENTI

Presidente
Vicepresidente
Assessore
Assessore
Assessore
Assessore
Assessore
Assessore
Assessore

Sono assenti:

- SARA GIANNINI
- PIETRO MARCOLINI

Assessore
Assessore

Constatato il numero legale per la validità dell'adunanza assume la Presidenza il Presidente della Giunta regionale Gian Mario Spacca. Assiste alla seduta il Segretario della Giunta regionale Moroni Elisa.

Riferisce in qualità di relatore: L' Assessore Mezzolani Almerino.

La deliberazione in oggetto è approvata all'unanimità dei presenti.

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



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

OGGETTO: RECEPIMENTO DELL'ACCORDO PER L'ANNO 2010 CON LE CASE DI CURA PRIVATE FIRMATARIE

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il documento istruttorio riportato in calce alla presente deliberazione predisposto dal Dipartimento per la Salute e per i Servizi Sociali 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;

PRESO ATTO dell'art. 5 della L.R. n. 47 del 19 novembre 1996;

VISTA la proposta del Direttore del Dipartimento per la Salute e per i Servizi Sociali che contiene il parere favorevole di cui all'articolo 16, comma 1, lettera d) 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 approvare l'Accordo per l'anno 2010 con le Case di cura Private Villa Pini, Dr. Marchetti, Villa Anna, Stella Maris, San Marco, Villa Verde come risultante dallo schema di cui all'Allegato "A", parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
2. di approvare i budget 2010 delle case di Cura così come riportato nelle tabelle 1 e 2 dell'Allegato "B", anch'esse parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
3. di approvare le modifiche tariffarie concordate nell'Accordo per l'anno 2010;
4. di confermare l'applicazione degli sconti di cui all'art. 1 c. 796 lettera o) della Legge 296/2006;
5. di stabilire che le Zone Territoriali facciano fronte alla spesa per le prestazioni erogate entro i limiti dei budget indicati nell'Accordo con le risorse definite nella DGRM 1227/2010;

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

Elisa Moroni

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA

Gian Mario Spacca

Passi



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

DOCUMENTO ISTRUTTORIO**NORMATIVA DI RIFERIMENTO:**

Si richiama per intero il quadro di riferimento contenuto nel documento istruttorio dell'Accordo 2007 (DGR 1331/2008) a cui si aggiungono:

- DRGM 57/2010 "DGR 1301/2009 "Attivazione sperimentale della funzione di riabilitazione intensiva extraospedaliera presso la casa di cura "Villa dei Pini" di Civitanova Marche finalizzata al contenimento della mobilità passiva in area ortopedica: integrazione"
- DGRM 1227/2010 "Definizione del processo di budgeting delle Aziende, delle Zone Territoriali, dei Presidi di Alta Specializzazione, del Dipartimento Regionale di Medicina Trasfusionale e dell'INRCA per l'anno 2010"
- Patto per la Salute 2010-2012 del 3 dicembre 2009
- DGRM 17/2011 "Linee di indirizzo per l'attuazione del Patto per la salute 2010 - 2012 e della legge di stabilità 2011 - Approvazione"
- DGRM 509/2008 "Attuazione comma 796 lettera o) della legge 27.12.2006 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge finanziaria 2007)": Revoca della DGR 916/2007 e nuove disposizioni"

MOTIVAZIONE:

Dal 2002 al 2009 la Regione Marche ha regolamentato i rapporti con le Case di cura Multispecialistiche con una serie di Accordi ratificati da successive deliberazioni di Giunta regionale:

- 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;
- f) la DGR 800/2009 relativa all'anno 2008.
- g) la DGR 55/2010 relativa all'anno 2009.

Nel periodo indicato gli obiettivi principali degli accordi hanno riguardato:

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

Questi Accordi hanno consentito il mantenimento dei costi nei limiti di spesa programmati.

L'accordo 2010 è inviato al Dipartimento del Dipartimento per la Salute e per i Servizi Sociali in data 03.03.2011 dalle case di Cura Villa Pini, Dr. Marchetti, Villa Anna, Stella Maris, San Marco, Villa Verde con apposta la firma dei propri rappresentanti.

Doni



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

L'Accordo per l'anno 2010 opera per alcuni aspetti in continuità con gli accordi degli anni precedenti, introducendo tuttavia numerosi elementi di innovazione nel processo di negoziazione regionale dell'accordo con le Case di cura Multispecialistiche.

Gli elementi di continuità riguardano i seguenti aspetti:

1. possibilità di compensazione tra il budget dei ricoveri e il budget della specialistica anche in virtù della necessità di un passaggio sempre più consistente delle attività di ricovero ordinario o di day hospital a quello ambulatoriale per le procedure indicate nel Patto per la salute 2010-2012;
2. la esclusione di riconoscimenti extra-budget rispetto ai tetti definiti nell'Accordo;
3. la conferma di alcune modifiche tariffarie contenute nella DGRM 55/2010;
4. disposizioni riguardanti i DRG medici, le modalità di accesso all'attività di ricovero, le prestazioni incluse nell'attività di ricovero, le prestazioni per i residenti di altre regioni, i debiti informativi e l'attività di lungodegenza post-acuzie.

Gli aspetti innovativi riguardano:

1. **la premessa:** nell'accordo è stata inclusa una premessa contenente i punti cardine dell'accordo 2011. Gli aspetti ritenuti fondamentali da considerare nell'accordo 2011 sono stati tra l'altro: l'impegno alla definizione dell'accordo 2011 entro giugno dello stesso anno, la promozione di progetti di sviluppo elaborati dalle strutture accreditate in applicazione degli indirizzi regionali volti al recupero della mobilità passiva, alla riduzione delle liste di attesa (ortopedia, otorinolaringoiatria, chirurgia vascolare ecc...), previa valutazione delle risorse, delle modalità operative e della relativa copertura economica. Nella premessa le parti hanno convenuto che sarà inoltre prevista la verifica trimestrale della copertura del budget da parte di ogni casa di cura, così da poter programmare l'attività da svolgere nei mesi successivi. Nel 2011 i criteri per la determinazione degli incrementi di budget si baseranno sulla coerenza della produzione di ogni singola casa di cura ai parametri stabiliti dalla DRGM 17/2011. Il tavolo di lavoro Servizio Salute / AIOP per l'impostazione dell'Accordo 2011 e anni successivi, è stato attivato come previsto nel mese di marzo.
2. **l'incremento del budget:** rispetto agli anni precedenti in cui l'incremento percentuale del budget storico dei ricoveri aveva la funzione di remunerare totalmente o in parte il tasso di inflazione programmato e gli incrementi contrattuali della Sanità privata, l'approccio condiviso che ha portato all'accordo sottoscritto ha teso al superamento graduale dell'impostazione seguita negli anni precedenti: infatti l'incremento dello 0,36% risulta svincolato dalla copertura degli incrementi inflattivi e contrattuali. Si tratta di una percentuale coerente con la programmazione economica definita nella DGRM 1227/2010 e con il livello di produzione atteso. Il nuovo approccio prevede anche di riconoscere gli incrementi dei costi di produzione nelle singole tariffe (in particolare quelle con cui viene remunerata la produzione ritenuta più strategica) piuttosto che con incrementi indistinti di budget.
3. **il budget di partenza:** un ulteriore aspetto innovativo riguarda la base di incremento del budget delle Case di cura. Negli accordi precedenti la negoziazione economica aveva come base economica di partenza il budget dei ricoveri contrattato nell'anno precedente, restando al di fuori della negoziazione gli incrementi autorizzati da delibere di Giunta e dalle Zone territoriali, nonché il budget della specialistica. Il budget 2010 si caratterizza per la valorizzazione complessiva della attività delle Case di Cura, consentendo, in un unico contesto di definire tutti gli aspetti economici e programmatici riguardanti l'attività complessiva delle Case di cura. L'incremento accordato del budget 2010 dei ricoveri e della specialistica (comprensivo degli incrementi autorizzati dei progetti zionali e regionali) risulta coerente con gli obiettivi generali di

Devel



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

contenimento della spesa ospedaliera per acuti attuata dalla Regione, che prevede anche la riorganizzazione del sistema di offerta e la riduzione dei posti ospedalieri per acuti (coerentemente con le indicazioni della DGRM 17/2010). Di particolare rilevanza appaiono i progetti regionali di ortopedia autorizzati a Villa dei Pini e di Villa Anna con delibere regionali, a cui si aggiungono quelli autorizzati dalle singole Zone Territoriali alle Case di cura Marchetti e San Marco. La *ratio* dei Progetti Ortopedia prevede che il suo finanziamento derivi da effetti di recupero o contenimento della mobilità passiva. Per l'anno 2011, saranno valutati i progetti in grado di ridurre o contrastare la mobilità passiva. La quantificazione delle risorse avverrà entro il mese di giugno 2011 alla luce dei citati dati di mobilità passiva.

4. **l'appropriatezza:** anche in tema di monitoraggio della appropriatezza delle prestazioni sono state introdotte innovazioni, poiché, ferme restando per il 2010 le riparametrizzazioni delle prestazioni previste nella D.G.R. n. 930 del 1/8/2007 che individuano percentuali massime ammissibili in ricovero ordinario per i 47 DRG ad elevato rischio di inappropriatezza individuati dal decreto LEA, l'accordo prevede che dal 2011 si applicheranno le procedure di controllo delle prestazioni di ricovero per i 107 "DRG ad alto rischio di non appropriatezza in regime di degenza ordinaria" di cui al Patto della Salute 2010-2012 approvato dalla Conferenza Stato Regioni. Inoltre, qualora a seguito dei controlli di appropriatezza sulle prestazioni rientranti nel budget si dovessero applicare degli abbattimenti, l'importo di tali abbattimenti potrà essere destinato al finanziamento della produzione in eccesso che risulti appropriata e che potrà essere riconosciuta soltanto fino a concorrenza degli importi del budget di ciascuna casa di cura.
5. **il sistema tariffario:** come già accennato l'impostazione del sistema tariffario dell'accordo prevede degli elementi di continuità con gli accordi precedenti con la conferma di alcune modifiche tariffarie contenute nella DGRM 55/2010, nelle more dell'impostazione di un nuovo sistema tariffario (che riguarderà sia le strutture pubbliche che quelle private) in corso di implementazione da parte di un gruppo di lavoro regionale. Sebbene l'impianto tariffario resta il medesimo definito nella 1331/2008 sono aggiornati i riferimenti alla TUC 2006 con la TUC 2009 definita nel T.U. approvato dalla conferenza Stato Regioni il 06/05/2010. Per gli anni successivi si prevede l'applicazione automatica, una volta approvata, della tariffa TUC di riferimento, solo nel caso in cui non fosse operativo il nuovo sistema tariffario regionale che prevederà, tra l'altro, abbattimenti/rivisitazioni per le tariffe riferite a regimi potenzialmente inappropriati, in particolare relativamente ai 107 DRG di cui al Patto della Salute 2010-2012. Ulteriore modifica al sistema tariffario riguarda le strutture che avessero ottenuto l'accreditamento per il Livello 4 o 5: a queste verrà applicato il Tariffario Classe A della D.G.R. 2265/2002 e successive modifiche per il DRG Ortopedici MDC 8, con l'esclusione dei DRG ortopedici a rischio di inappropriatezza, quanto eseguiti in regime di ricovero ordinario. Tali modifiche tariffarie, non andranno ad incidere sui costi per il SSR, poiché permane e risulta insuperabile il limite massimo del budget 2010 definito nelle tabelle 1 e 2.

Infine l'analisi della sostenibilità economica e della coerenza con le linee programmatiche dell'accordo 2010 è la seguente:

- dal punto di vista economico, sostenibile e compatibile con le risorse definite nel budget 2010 con DGRM 1227/2010;
- dal punto di vista delle linee programmatiche definite nella DGRM 17/2011, coerente con la necessità di sviluppare azioni sinergiche volte alla riduzione della mobilità passiva, dei tempi di attesa e dell'attività potenzialmente inappropriata.
- dal punto di vista della programmazione annuale, l'accordo costituisce un atto di indirizzo per la stesura dei singoli accordi contrattuali che ciascuna Casa di cura dovrà sottoscrivere con la Zona Territoriale di competenza: in tale sede la Casa di cura è tenuta ad autocertificare il possesso

Dele



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

dei requisiti minimi di personale previsti dalla D.G.R. 2200/2000 e successive modifiche ed integrazioni.

E' stato effettuato l'esame preliminare ai sensi della DGRM 412/2011.

Per quanto sopra esposto:

SI PROPONE

1. di approvare l'Accordo per l'anno 2010 con le Case di cura Private Villa Pini, Dr. Marchetti, Villa Anna, Stella Maris, San Marco, Villa Verde come risultante dallo schema di cui all'Allegato "A", parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
2. di approvare i budget 2010 delle case di Cura così come riportato nelle tabelle 1 e 2 dell'Allegato "B", anch'esse parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
3. di approvare le modifiche tariffarie concordate nell'Accordo per l'anno 2010;
4. di confermare l'applicazione degli sconti di cui all'art. 1 c. 796 lettera o) della Legge 296/2006;
5. di stabilire che le Zone Territoriali facciano fronte alla spesa per le prestazioni erogate entro i limiti dei budget indicati nell'Accordo con le risorse definite nella DGRM 1227/2010;

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
(Dott. Sandro Oddi)



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

PROPOSTA E PARERE DEL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO PER LA SALUTE E
PER I SERVIZI SOCIALI

Il sottoscritto, considerata la motivazione espressa nell'atto, esprime parere favorevole sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica della presente deliberazione e ne propone l'adozione alla Giunta regionale. Si attesta, inoltre, che dalla presente deliberazione non deriva, né può derivare alcun impegno di spesa a carico della regione.

Il Direttore del Dipartimento per la salute e per i servizi sociali
Carmine Ruta

La presente deliberazione si compone di n. 18 pagine, di cui n. 11 pagine di allegati che formano parte integrante della stessa.

Il segretario della Giunta
Elisa Moroni

ALLEGATO ALLA DELIBERA

N° 572 DEL 19 APR 2011

ALLEGATO A

ACCORDO PER L'ANNO 2010 CON LE CASE DI CURA PRIVATE
MULTISPECIALISTICHE ACCREDITATE
DELLA REGIONE MARCHE

ADERENTI AIOP

ASPETTI GENERALI

Il presente Accordo disciplina in termini generali per l'anno 2010 il rapporto con le Case di Cura private Multispecialistiche della Regione Marche e dovrà essere recepito con deliberazione di Giunta Regionale.

PREMESSA

Con la sottoscrizione del presente accordo le parti concordano e si impegnano ad applicare i punti cardine dell'accordo 2011 che di seguito vengono riportati.

1. Entro il mese di Marzo 2011 andrà attivato un tavolo di lavoro Servizio Salute / AIOP per l'impostazione dell'Accordo 2011 e anni successivi e per la definizione delle modalità applicative del tariffario.
2. L'accordo per la definizione dell'attività del 2011 per le strutture accreditate sarà definito entro il 30 giugno 2011.
3. Nelle more della definizione del nuovo impianto tariffario verranno applicate le tariffe definite con l'accordo 2010.
4. Nell'accordo, verranno promossi progetti di sviluppo elaborati dalle strutture accreditate in applicazione degli indirizzi regionali volti al recupero della mobilità passiva o dove sussistono lunghe liste di attesa (ortopedia, otorinolaringoiatria, chirurgia vascolare ecc...), previa valutazione delle risorse, delle modalità operative e della relativa copertura economica.
5. Verrà prevista la verifica trimestrale della copertura del budget da parte di ogni casa di cura, così da poter programmare l'attività da svolgere nei mesi successivi.
6. Nel 2011 i criteri per la determinazione degli incrementi di budget si baseranno sulla coerenza della produzione di ogni singola casa di cura ai parametri stabiliti dalla DRGM 17/2011. Considerato che nell'anno 2010 alle strutture accreditate non è stato riconosciuto l'incremento del costo del lavoro e nel 2009 è stato riconosciuto solo parzialmente, nell'accordo 2011 si farà riferimento alle modalità previste per consentire alle case di cura la copertura finanziaria degli incrementi previsti nel nuovo CCNL.

L'ACCORDO 2010

Si concorda che:

1. La premessa costituisce parte integrante del presente accordo.
2. **Budget di spesa dei ricoveri.** Il budget di partenza per i residenti è indicato nella colonna 7 della allegata tabella 1, che costituisce parte integrante del presente accordo ed è determinato come di seguito indicato:

Da...
[Signature]

- budget della deliberazione di Giunta Regionale n. 55 del 18/01/2010;
- incrementi autorizzati per il 2010 da delibere di Giunta;
- incrementi autorizzati per il 2010 dalle Zone Territoriali.

Il budget di partenza, colonna 7, sarà incrementato dello 0,36% (si veda colonna 8). Tale incremento risulta coerente con gli obiettivi generali di contenimento della spesa ospedaliera per acuti attuata dalla Regione, che prevede anche la riorganizzazione del sistema di offerta e la riduzione dei posti ospedalieri per acuti. Sono previste inoltre parallele azioni di incentivazione alla produzione di prestazioni ritenute strategiche per la regione, con particolare riferimento a quelle di recupero della mobilità passiva, contenimento delle liste di attesa, supporto alla rete regionale dell'emergenza.

3. **Budget di spesa della specialistica ambulatoriale.** Il budget 2010 dell'attività ambulatoriale delle case di cura è quello indicato nella colonna 7 tab. 2 maggiorato della stessa percentuale dello 0,36% previsto per i ricoveri.
4. **Accordi Contrattuali.** I singoli accordi contrattuali verranno sottoscritti coerentemente con gli indirizzi del presente atto da ciascuna Casa di Cura con la ZT competente per territorio: in tale sede la Casa di Cura è tenuta ad autocertificare il possesso dei requisiti minimi di personale previsti dalla D.G.R. 2200/2000 e successive modifiche ed integrazioni;
5. **Compensazione dei budget.** Fermo restando il budget complessivo di struttura – costituito dalla sommatoria dei budget specifici per l'attività di ricovero, residenziale e ambulatoriale – a livello locale sono consentiti accordi, su richiesta della Casa di Cura, tra la stessa e la Zona Territoriale (ZT) tali da rendere "comunicanti" i budget delle diverse tipologie di prestazione (ricovero, compresa la DCA, riabilitazione, residenziale, ambulatoriale). Tale procedura, fermo restando il budget di struttura, è applicabile anche a strutture dello stesso gruppo societario presenti nella stessa ZT o in ZT diverse, nel qual caso il relativo Accordo va stipulato con tutte le ZT interessate. Tali trasferimenti di budget saranno ritenuti validi per 2010 purché, di norma, concordati in corso d'anno e non a consuntivo; per il 2011 dovranno essere concordati a preventivo.
6. **Progettualità per l'anno 2010 aggiuntive rispetto al budget storico.** Vanno considerati incrementati rispetto al budget storico della singola struttura i progetti approvati con deliberazione di Giunta Regionale, vedi tabella 1. Si conferma (per l'anno 2010 e per gli anni successivi) il progetto regionale di incentivazione alla produzione di prestazioni ritenute strategiche per la Regione con particolare riferimento al recupero della mobilità passiva ed al contenimento delle liste di attesa. Detti progetti, concordati tra le parti, dovranno trovare pratica attuazione e resi esecutivi entro il primo trimestre 2011, sia per la parte normativa che economica.
7. **Ulteriori progettualità per il 2011.** Per il 2011 si richiama quanto concordato in premessa al punto 4. Con riferimento alla gestione dei pazienti inviati dal Pronto Soccorso verranno remunerati, anche in deroga ai tetti complessivi di Budget ove non capienti, i ricoveri effettuati per invio dal Pronto Soccorso che risultino

eccedenti rispetto ai quantitativi di produzione garantiti e concordati con ZT o, in assenza, al numero dei ricoveri della stessa tipologia effettuati nell'anno precedente. La copertura economica di tale superamento deve rimanere tuttavia all'interno dei limiti del budget complessivo assegnato alla Zona Territoriale interessata;

8. **Produzione extra budget.** Non sono previste situazioni per le quali possa essere riconosciuta alcuna attività extra-budget. Qualora a seguito dei controlli di appropriatezza sulle prestazioni rientranti nel budget si dovessero applicare degli abbattimenti, l'importo di tali abbattimenti potrà essere destinato al finanziamento della produzione in eccesso che risulti appropriata e che potrà essere riconosciuta soltanto fino a concorrenza degli importi del budget.
9. **Progetto DCA.** Per l'attività ospedaliera relativa ai Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) di Villa Igea, nelle more della trattativa per la definizione delle tariffe relative allo spostamento dell'attività da residenziale a ospedaliera (cod. 19 e cod. 56), viene confermato il budget specifico attribuito nel 2009 pari a 270.000 € ricompreso nel budget risultante nella Tabella 1.
10. **Progetti Regionali Ortopedia.** Si confermano per il 2010 i Progetti Regionali Ortopedia per il recupero della mobilità passiva, di cui alle deliberazioni di Giunta regionale n.781/2008, n.1306/2009 e successive integrazioni che riguarda le Case di Cura Villa dei Pini e Villa Anna. La ratio del Progetto Ortopedia prevede che il suo finanziamento derivi da effetti di recupero o contenimento della mobilità passiva; pur necessitando di una preventiva assegnazione di budget che solo a distanza di 18 mesi la copertura sarà verificata nei resoconti di mobilità. Si riscontra che il progetto affidato alla casa di cura Villa dei Pini, sulla base di precedenti atti già assunti, prevedono per l'anno 2010 un finanziamento di 2.200.000 euro di cui 450.000 euro coperti, per l'anno 2010, con compensazioni intra-gruppo. Il progetto ortopedia attribuito a Villa Anna è stato ri-finanziato nel budget assegnato con DGRM 1227/2010 con un importo pari a 200.000 euro. Per la Casa di Cura Villa Igea si darà pratica attuazione a quanto stabilito nella DGRM 59/2010. Per l'anno 2011, saranno valutati i progetti come esplicitato in premessa al punto 4. La quantificazione delle risorse avverrà entro il mese di giugno 2011 alla luce dei citati dati di mobilità passiva.
11. **Appropriatezza.** Ferme restando le riparametrazioni delle prestazioni previste nella D.G.R. n. 930 del 1/8/2007 che individuano percentuali massime ammissibili in ricovero ordinario per i 47 DRG ad elevato rischio di inappropriata individuati dal decreto LEA, a partire dall'anno 2011, si applicheranno, sulla base della normativa che regola detta tipologia di ricoveri, le procedure di controllo delle prestazioni di ricovero per i 107 DRG ad alto rischio di inappropriata di cui al Patto della Salute 2010-2012 approvato dalla Conferenza Stato Regioni. Le eventuali economie derivate dall'applicazione di tali norme potranno essere utilizzate per la copertura di prestazioni extrabudget registrate a consuntivo dalle Case di Cura soltanto fino a concorrenza degli importi del budget.
12. **Accreditamento.** La possibilità di svolgere attività in discipline non autorizzate, vale ancora per l'anno 2010 ma cessa il 1° gennaio 2011 con l'accREDITAMENTO

definitivo. Coerentemente con gli obiettivi della L.R. 20/2000 finalizzato al miglioramento continuo della qualità nel percorso di accreditamento, ed in particolare all'articolo 15, comma 1.a che prevede la classificazione delle strutture in rapporto ai requisiti raggiunti anche ai fini della differenziazione delle tariffe, si darà attuazione all'allineamento al tariffario di Classe A della D.G.R. 2265/2002 e successive modifiche ed integrazioni del sistema tariffario delle strutture private in possesso dei requisiti di accreditamento di Livello 4 e 5 di cui al Manuale di Accreditamento. Nel 2010 viene applicato un allineamento per i DRG già oggetto di specifici provvedimenti nell'accordo 2009, come di seguito meglio specificato. In ogni caso la applicazione dei maggiori parametri tariffari resta comunque vincolata ai tetti di budget globali assegnati alla singola struttura, per cui eventuali splafonamenti determinati dal superamento di tali tetti per la applicazione dei sistemi tariffari incentivanti non verranno riconosciuti.

13. **Sistema Tariffario.** Per l'anno 2010 si conferma l'impianto tariffario vigente di cui alla D.G.R. 800/2009, la revisione del sistema tariffario è prevista in capo ad uno specifico gruppo di lavoro che dovrà definire il nuovo sistema tariffario entro il primo semestre 2011. Viene quindi confermato l'impianto tariffario vigente, specificando che la tariffa TUC di riferimento è quella definita nel T.U. approvato dalla conferenza Stato Regioni il 06/05/2010. Per gli anni successivi si prevede l'applicazione automatica, una volta approvata, della tariffa TUC di riferimento, solo nel caso in cui non fosse operativo il nuovo sistema tariffario regionale che prevederà, tra l'altro, abbattimenti/rivisitazioni per le tariffe riferite a regimi potenzialmente inappropriati, in particolare relativamente ai 107 DRG di cui al Patto della Salute 2010-2012 approvato dalla Conferenza Stato Regioni. Vengono inoltre confermate le misure correttive già contenute nell'accordo 2009 con le seguenti modifiche ed integrazioni, che tengono conto in particolare del sistema "incentivante" relativo al percorso di accreditamento di cui al precedente capoverso:

- a) **Varici. Il DRG 479** associato a codice intervento 39.59 (altra riparazione di vasi), verrà remunerato con la tariffa del ricovero di 1 giorno. Per le strutture che abbiano ottenuto l'accreditamento per il Livello 4 o 5 verrà riconosciuta la tariffa del ricovero di 1 giorno di cui al Tariffario Classe A della D.G.R. 2265/2002 e successive modifiche. Tutti gli interventi con tecnica laser sulle varici degli arti inferiori codificati con il codice 35.80/35.89 "legatura e stripping delle vene" ed altri assimilati, verranno remunerati come DGR 119 con la tariffa del ricovero di 1 giorno. Per le strutture che abbiano ottenuto l'accreditamento per il Livello 4 o 5 verrà riconosciuta la tariffa del ricovero di 1 giorno di cui al Tariffario Classe A della D.G.R. 2265/2002 e successive modifiche
- b) **Parti Cesarei.** Tutti i parti per "taglio cesareo" che superino il tetto del 38% sul totale dei ricoveri per parto verranno valorizzati con la tariffa del parto normale (il calcolo della percentuale e dei relativi abbattimenti verrà effettuato separatamente per l'attività per i residenti e per quella in mobilità attiva);
- c) **MDC 8 Ortopedia.** A decorrere dall'anno 2010 alle strutture che abbiano ottenuto l'accreditamento per il Livello 4 o 5 verrà applicato il Tariffario Classe A della D.G.R. 2265/2002 e successive modifiche per il DRG Ortopedici MDC 8, con l'esclusione dei DRG ortopedici ad alto rischio di inappropriatazza

riportati nell'allegato B del Patto per la Salute 2010 – 2012, quanto eseguiti in regime di ricovero ordinario.

- d) **Discolisi.** Per l'attività di discolisi con tecnica laser verrà riconosciuta come tariffa di riferimento la tariffa TUC. Per i residenti marchigiani sarà accettata una percentuale fino a un massimo del 30% di ricoveri ordinari, per i restanti casi (70%) verrà riconosciuta la tariffa del ricovero di 1 giorno; l'attività di discolisi con ozono andava sospesa sulla base della comunicazione della P. F. Rapporti con le strutture ospedaliere private e mobilità passiva del 06.07.2009, prot. 383170/S04/RSO/CMM.
- e) **Iniezione intravitreale di farmaci.** Tale prestazione verrà erogata a livello ambulatoriale e la tariffa da applicare per il 2010 è di € 290,00 comprensiva di una visita oculistica pre-trattamento e di una visita nei giorni immediatamente successivi al trattamento. La tariffa non è comprensiva del costo del farmaco che verrà addebitato con il File F. tali prestazioni rientreranno nel budget complessivo di struttura.
- f) **Prestazioni chirurgiche in ambulatorio protetto.** Nelle more della ridefinizione del tariffario regionale per attività di ricovero e per prestazioni ambulatoriali, nonché di una nuova regolamentazione delle procedure chirurgiche complesse in regime ambulatoriale, viene autorizzata l'esecuzione di interventi chirurgici della branca di "oculistica", di "flebologia" e il DRG 6 in regime di day surgery anche in locali identificati come "ambulatori chirurgici" purché inseriti all'interno di strutture in possesso dell'accreditamento per la chirurgia generale.
- g) **Lungodegenza.** Per l'attività di lungodegenza (codice 60) la tariffa giornaliera per il 2010 è quella già fissata nella DGR n. 55 del 18.01.2010. Per le strutture che abbiano ottenuto l'accreditamento per il livello 4 o 5 verrà applicato un ulteriore incremento pari al 10%. Il valore soglia è individuato in 60 giorni, superati i quali si applicherà un abbattimento del 30% della tariffa. I ricoveri che superano tale limite vanno adeguatamente motivati.

Per quanto riguarda le prestazioni di cui alle lettere a), d) ed e) erogate a utenti residenti fuori regione, verranno effettuati gli eventuali abbattimenti previsti dal Testo Unico per la gestione della mobilità sanitaria 2010, nonché quelli previsti dagli accordi di confine in vigore per l'anno 2010.

Per quanto riguarda le tariffe dei nuovi DRG generati dall'aggiornamento e dall'utilizzo dei sistemi di classificazione ICD-9-CM versione 2007 e della corrispondente versione 24^a della classificazione dei DRG, esse verranno comunicate non appena determinate. Nel frattempo valgono provvisoriamente le tariffe attualmente in uso per i "vecchi" DGR corrispondenti come indicato nella nota del Servizio Salute del 19.01.2009 (prot. 35318/S04/OBB/CMM).

ATTIVITÀ CHIRURGICA

Si concorda di definire un Regolamento condiviso con l'AIOP per la gestione a livello ambulatoriale delle procedure chirurgiche di cui alle deliberazioni di Giunta regionale n. 858/2009 e 1075/2009 e di effettuare tale trasferimento dopo la sua approvazione.

Le Case di Cura Multispecialistiche della Regione Marche autorizzate all'attività di chirurgia generale possono, in via transitoria per l'anno 2010 ed in attesa del completamento delle procedure di accreditamento definitivo, effettuare anche in assenza di una autorizzazione specifica una produzione specialistica nelle branche della ortopedia, urologia, ginecologia, oculistica, otorinolaringoiatria e sia effettuata nel rispetto dei requisiti specifici stabiliti dal Manuale di Autorizzazione per le attività in questione.

Nel caso che le prestazioni incluse in tale produzione rientrino tra quelle effettuabili in regime di day surgery (per l'elenco di tali interventi occorre fare riferimento alla DGR 609/2002, allegato 2, ed alle "Linee guida per l'organizzazione della attività di day surgery" approvate dalla Conferenza Stato - Regioni del 1° agosto 2002), la struttura dovrà possedere i requisiti previsti al paragrafo DS del Manuale di Autorizzazione integrati con i requisiti previsti dalla DGR 100 del 12.02.2007.

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);
- 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 del File A "Ricoveri ospedalieri ordinario/diurno compilando il campo "autorizzazione" (posizione 118) con il valore "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 entro un intervallo temporale 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. Le attività di controllo sull'appropriatezza dei ricoveri riguarderanno inoltre:

- a. tutti i fenomeni critici evidenziati nella produzione 2009 (vedi Tabella 2 e Tabella 3 DGR 55/2010);
- b. le casistiche ad alto rischio di inappropriatezza identificate in base agli indicatori utilizzati dal Servizio Salute per il monitoraggio dell'attività di ricovero e dalle altre Regioni nell'ambito della verifica degli addebiti per le prestazioni erogate ai loro residenti.

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 in caso di contestazioni.

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. Può essere inoltre disposto da un Pronto Soccorso di struttura pubblica o richiesto per trasferimento da un reparto di una struttura pubblica. L'accettazione medica del paziente è a cura del medico della Casa di Cura che effettua il ricovero. Il ricovero può essere inoltre disposto da un Pronto Soccorso di struttura pubblica o richiesto per trasferimento da un reparto di una struttura pubblica.

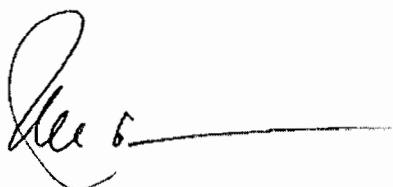
Nel caso di paziente che senza essere transitato da Pronto Soccorso o dal medico di medicina generale o specialista dipendente o convenzionato del Servizio Sanitario Nazionale si presenti ad una Casa di Cura, questa potrà disporre autonomamente il ricovero laddove la condizione clinica non consenta il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

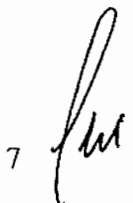
Il modulo di invio da Pronto Soccorso o di trasferimento da un reparto di struttura pubblica è un documento probante ai fini del riconoscimento della appropriatezza del ricovero.

PRESTAZIONI INCLUSE NELL'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 anestesilogico;
- b) i controlli e le medicazioni post-dimissione di cui alla DGR n. 926 del 19.04.1999.

Deves


7 

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

PRESTAZIONI PER I RESIDENTI DI ALTRE REGIONI A CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

I requisiti di appropriatezza di cui alla deliberazione di Giunta regionale 1212/2004 e dei relativi decreti applicativi valgono sia per la produzione in favore di utenti residenti che per quella in favore di utenti non residenti nella Regione. Lo stesso vale per gli ulteriori controlli di appropriatezza previsti nel paragrafo dedicato.

Il Servizio Salute in collaborazione con l'Agenzia Regionale Sanitaria e le Zone Territoriali/ASUR comunicherà le contestazioni effettuate dalle altre Regioni sia relativamente ai dati anagrafici che ai controlli di appropriatezza previsti dal Testo Unico della Mobilità Sanitaria 2010. Le Case di Cura dovranno fornire la documentazione necessaria nei tempi previsti per il rispetto delle scadenze per l'invio delle controdeduzioni secondo le indicazioni del Testo Unico.

Per quanto riguarda le contestazioni sia di tipo anagrafico che relative alla appropriatezza delle prestazioni in mobilità attiva avanzate dalle altre Regioni, erogate nel 2010, l'eventuale impatto economico sarà a carico della struttura erogante indipendentemente dalla data di chiusura dell'accordo bilaterale o dell'eventuale Collegio Arbitrale. Le corrispondenti note di credito verranno emesse immediatamente a seguito di tali chiusure.

Il Servizio Salute provvede a trasmettere all'AIOP e all'ARIS i documenti di intesa relativi agli Accordi di confine con le altre Regioni sui cui andrà programmata e regolamentata l'attività in mobilità attiva.

Per quanto attiene la remunerazione delle prestazioni erogate in regime di mobilità attiva, fino a che le procedure relative alla mobilità interregionale 2010 non verranno concluse, verranno liquidati gli addebiti fino al 90% del valore della produzione in mobilità attiva extraregionale delle Case di Cura registrate per l'anno 2009. Il saldo fino al 100% del valore della produzione in mobilità attiva 2010 sarà erogato – anche sulla base dell'esito delle contestazioni – entro il 31/12/2011.

Nell'eventualità che le contestazioni sugli addebiti 2010 da parte delle diverse Regioni dovessero superare per la singola struttura il 10% del valore della produzione in mobilità attiva per il 2009, si effettuerà nei mesi successivi una ulteriore trattenuta sulla liquidazione della produzione in mobilità attiva 2010 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

Il debito informativo sulla **specialistica ambulatoriale** prevede, in attuazione dell'art. 50 della Legge n. 326 del 24.11.2003, la trasmissione al Ministero dell'Economia e Finanze (MEF) dei dati di attività entro il decimo giorno del mese successivo a quello di erogazione della prestazione. Pertanto le strutture private accreditate dovranno trasmettere almeno mensilmente alla Regione Marche il flusso relativo al File C "Specialistica ambulatoriale" secondo le modalità specificamente stabilite.

I dati, solo dopo aver superato i controlli previsti, vengono acquisiti nel database regionale e poi trasmessi al MEF entro le scadenze temporali previste, scadenze che dovranno essere rispettate da tutte le strutture.

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

- tempestività della trasmissione e completezza dei tracciati infrannuali delle SDO, nel rispetto della tempistica prevista dal Decreto del Ministero della Salute n. 135 del 08.07.2010;
- presenza nella SDO della data di prenotazione in tutti i ricoveri programmati ordinari e day hospital;
- presenza del codice fiscale del paziente in tutte le SDO.

Solo i dati correttamente acquisiti nel database regionale verranno considerati validi ai fini della fatturazione.

Rientrano nell'ambito del debito informativo tutti i flussi informativi previsti dal NSIS.

ATTIVITÀ DI LUNGODEGENZA POST-ACUZIE

L'Accordo Stato-Regioni del 23.03.2005 "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" individua, in attesa che le Regioni stabiliscano un valore soglia per le giornate di ricovero in lungodegenza post-acuzie oltre il quale applicare degli abbattimenti tariffari, tale valore soglia in 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 comunque dettagliatamente motivati nella cartella clinica.

Limitatamente alle Zone Territoriali in cui non siano stati attivati l'ospice, 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 Territoriali e le Case di Cura, potrà prevedersi che i presidi e farmaci ad alto costo necessari per il trattamento di tali pazienti o altri pazienti ad alta intensità assistenziale possano essere forniti direttamente a carico della Zona Territoriale o rimborsati dalla stessa c/o che vengano definite tariffe ad hoc in caso di documentato aumento dei carichi assistenziali e dei relativi standard di personale. La copertura economica di tale attività deve rientrare nell'ambito dei limiti del budget complessivo assegnato alla Zona Territoriale interessata.

γ

TABELLE ACCORDO CASE DI CURA MULTI SPECIALISTICHE 2010
TAB.1. Budget ricoveri ANNO 2010

ZT	CASE DI CURA	1 BUDGET STORICO 2009 (+2,5% 2008)	2 Incrementi autorizzati da delibere regionali 2009	3 Incrementi autorizzati dalle ZT 2009	4 Totale budget ricoveri 2009	5 Incrementi autorizzati da delibere regionali 2010	6 Incrementi autorizzati dalle ZT 2010	7 Totale (1+5+6)	8 Incremento (0,36%) da distribuire alle Case di cura	9 Totale budget 2010 (7+8)
8	Villa Pini 2)	10.714.591	1.750.000		12.464.591	2.200.000		12.914.591	46.493	12.961.084
9	Dr. Marchetti 3)	3.327.389		180.000	3.507.389		180.000	3.507.389	12.627	3.520.015
11	Villa Verde	4.938.487		276.575	5.215.062			4.938.487	17.779	4.956.265
12	Villa Anna 4)	4.750.452	200.000		4.950.452	200.000		4.950.452	17.822	4.968.274
12	Stella Maris	3.926.074			3.926.074			3.926.074	14.134	3.940.208
13	San Marco 3)	2.350.015		250.000	2.600.015		250.000	2.600.015	9.360	2.609.375
	TOTALI	30.007.007	1.950.000	706.575	32.663.582	2.400.000	430.000	32.837.007	118.213	32.955.221

2) I riferimenti normativi del Progetto Ortopedia Villa dei Pini sono i seguenti:

per 2007: DGR 434/2007

per il 2008: DGR 781/2008

per il 2009: DGR 1306/2009 e DGR 57/2010

per 2010: finanziato da compensazioni di budget infra-gruppo

3) I progetti Ortopedia derivano da accordi locali definite con risorse proprie

4) I riferimenti normativi del Progetto Ortopedia Villa Anna sono i seguenti:

per il 2008: DGR 781/2008

per il 2009: DGR 1306/2009

per il 2010: DGR 1227/2010

ALLEGATO ALLA DELIBERA

N° 372 DEL

19 APR 2011

Carry

TAB.2. Budget ambulatoriale ANNO 2010

ZT	CASE DI CURA	1	2	3	4	5	6	7	8
		BUDGET STORICO 2009	Incrementi autorizzati da delibere regionali 2009	Incrementi autorizzati dalle ZT 2009	Totale budget ambulatoriale 2009	Incrementi autorizzati da delibere regionali 2010	Incrementi autorizzati dalle ZT 2010	Totale budget ambulatoriale 2010	Incremento (0,36%) da distribuire alle Case di cura
8	Villa Pini	737.000			737.000			737.000	2.653
9	Dr. Marchetti 1)	553.512		20.000	573.512		20.000	573.512	2.065
11	Villa Verde	190.000		30.000	220.000		106.594	296.594	1.068
12	Villa Anna	319.953			319.953			319.953	1.152
12	Stella Maris	149.815			149.815			149.815	539
13	San Marco	1.026.000			1.026.000			1.026.000	3.694
	TOTALI	2.976.280		50.000	3.026.280		126.594	3.102.874	11.170

1) Gli incrementi autorizzati derivano da accordi locali definite con risorse proprie

ALLEGATO ALLA DELIBERA
N° 572 DEL 19 APR 2011

Deleg.

V