

Allegato n. 1

**LINEE GUIDA PER LA DEFINIZIONE DEGLI ACCORDI CONTRATTUALI
ANNO 2017**

1. OGGETTO DELLE LINEE GUIDA

L'art. 8-quinquies, comma 1, del decreto legislativo n. 502/1992 prevede in ordine agli Accordi Contrattuali che le Regioni definiscono l'ambito di applicazione degli accordi contrattuali e individuano i soggetti interessati, con specifico riferimento ai seguenti aspetti:

- a. individuazione delle responsabilità riservate alla Regione e di quelle attribuite alle Aziende Unità Sanitarie Locali nella definizione degli accordi contrattuali e nella verifica del loro rispetto;
- b. indirizzi per la formulazione dei programmi di attività delle strutture interessate, con l'indicazione delle funzioni e delle attività da potenziare e da depotenziare, secondo le linee di programmazione regionale e nel rispetto delle priorità indicate nel Piano Sanitario Nazionale;
- c. determinazione del piano delle attività relative alle alte specialità e alla rete dei servizi di emergenza;
- d. criteri per la determinazione della remunerazione delle strutture ove queste abbiano erogato volumi di prestazioni eccedenti il programma preventivo concordato, tenuto conto del volume complessivo di attività e del concorso allo stesso da parte di ciascuna struttura.

Le presenti linee guida fissano gli indirizzi e i criteri per la definizione degli accordi tra le Aziende U.S.L. e le strutture pubbliche e per la stipula dei contratti tra le medesime e le strutture private.

2. AMBITO DI APPLICAZIONE E DURATA DEGLI ACCORDI

Gli accordi contrattuali regolano l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera, di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché delle altre prestazioni comunque remunerate a tariffa (così come precisate nel seguente paragrafo 4.5) che vengono effettuate, **per conto ed a carico del SSR**, da parte delle strutture erogatrici pubbliche e delle strutture private accreditate.

La validità degli accordi è stabilita per l'anno 2017.

3. SOGGETTI FRA CUI INTERCORRONO GLI ACCORDI

In attuazione a quanto previsto dal citato art. 8-quinquies, comma 1, del D.Lgs. n. 502/1992, le Aziende U.S.L. definiscono accordi contrattuali con le strutture erogatrici pubbliche e stipulano contratti con le strutture private che intrattengono rapporti con il Servizio Sanitario Regionale.

La Direzione regionale Salute, Welfare, Organizzazione e Risorse Umane provvede al monitoraggio della stipula degli accordi contrattuali.

Si riconferma, anche per il 2017, la necessità di contenere la mobilità passiva extra-regionale e di conseguenza è opportuno che le Direzioni Aziendali siano impegnate nella programmazione della attività e orientino la stipula degli accordi al fine di conseguire una riduzione di tale fenomeno.

Con riferimento all'assistenza ospedaliera, dal 1 settembre 2013 è in vigore il nuovo tariffario per la degenza (DGR n. 957 del 4.9.2013 e DGR n. 1599 del 30.12.2013) che recepisce il tariffario nazionale di cui al DM 18.10.2012.

4. CRITERI PER LA DEFINIZIONE DEGLI ACCORDI

4.1 Determinazione del volume delle prestazioni erogabili

Per quanto riguarda il volume delle prestazioni erogabili in regime di degenza occorre rilevare che l'art. 1, comma 2, del DM. Salute 2 aprile 2015, n. 70, pubblicato in G.U. n. 127 del 4.6.2015, al fine di razionalizzare le risorse e di conseguire una riduzione della spesa, prevede per le Regioni una dotazione di posti letto ospedalieri accreditati non superiore al 3,7 per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie; prevede inoltre l'obiettivo di rispettare un tasso di ospedalizzazione pari a 160 per mille abitanti, di cui il 25 per cento riferito ai ricoveri diurni.

La Regione Umbria, in base al quanto disposto dal citato DM 70/2015, ha adottato la DGR n. 212 del 29.02.2016 da cui si evince l'allineamento agli standard fissati per i posti letto per acuti, già prima dell'emanazione del DM.

Al fine di supportare le analisi in merito all'andamento di ciascuna Azienda, di seguito si rappresentano alcuni significativi report elaborati.

Nella Tabella n. 1 si riporta l'indice di ospedalizzazione grezzo e pesato per azienda USL relativamente ai dati dell'anno 2016.

Tabella n. 1
INDICE DI OSPEDALIZZAZIONE GREZZO E PESATO PER AZIENDE USL
ANNO 2016

AZIENDE SANITARIE	POPOLAZIONE AL 1.1.2016 ISTAT	RESIDENTI DIMESSI 2016	TASSO DI OSPED. GREZZO 2016	TASSO DI OSPED. STANDARD. 2016
Azienda USL Umbria n. 1	504.966	72.885	144,4	137,3
Azienda USL Umbria n. 2	386.215	60.080	155,6	143,7
Totale	891.181	132.965	149,2	140,1

L'elaborazione è stata effettuata sul file dei dimessi del 2016 integrato con la mobilità passiva del 2015. Sono stati esclusi dalle elaborazioni i neonati sani DRG 391 ed i soggetti non a carico del SSN (onere diverso da 1, 2, 5, 6). Il tasso di ospedalizzazione standardizzato è quello elaborato per gli indicatori del MES standardizzato sulla popolazione italiana del censimento 2011. Per il calcolo del tasso grezzo è stata utilizzata la popolazione ISTAT 1-1-2016.

Nella successiva Tabella n. 2 viene indicata l'attività di ricovero effettuata nel 2016 dagli erogatori pubblici e privati accreditati.

Tabella n. 2
ANDAMENTO RICOVERI
ANNO 2016

AZIENDE SANITARIE	TOTALE RICOVERI 2016	RICOVERI PER PAZIENTI EXTRAREGIONE 2016	RICOVERI UMBRI IN UMBRIA 2016
Azienda USL Umbria n. 1	28.534	3.166	25.368
Azienda USL Umbria n. 2	34.180	4.621	29.559
Azienda Ospedaliera di Perugia	37.181	3.201	33.980
Azienda Ospedaliera di Terni	27.417	5.469	21.948
Case di cura private	8.254	4.750	3.504
Totale	135.566	21.207	114.359

A completamento dell'analisi, vengono riportati nella Tabella n. 3 i tassi di ospedalizzazione standardizzati suddivisi per acuti ordinari, acuti day hospital e post acuzie, calcolati secondo le modalità stabilite nelle schede degli indicatori proposti dal MES.

Tabella n. 3
TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE STANDARDIZZATI
ANNO 2016

AZIENDE SANITARIE	POPOLAZIONE AL 1.1.2016 ISTAT	TASSO TOTALE	TASSO ACUTI ORDINARI	TASSO ACUTI DH			TASSO POST ACUZIE
				Medici	Chirurgici	Totale	
Azienda USL Umbria n. 1	504.966	137,3	104,6	10,8	15,9	27,4	5,3
Azienda USL Umbria n. 2	386.215	143,7	108,3	14,7	11,8	29,9	5,6
Totale	891.181	140,1	106,3	12,4	14,1	28,5	5,4

I report sopra esposti confermano che, anche con riferimento al citato D.M. Salute 2 aprile 2015, n. 70, l'Umbria si trova in buona posizione dal punto di vista quantitativo, avendo ottenuto un tasso di ospedalizzazione inferiore al 160 x mille in tutte le aziende del territorio regionale; appare pertanto opportuno rivolgere l'attenzione all'aspetto qualitativo, privilegiando il miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dal SSN ed il conseguente miglioramento della qualità dei servizi e dell'assistenza erogata.

4.2 Incremento dei livelli di appropriatezza

Il Patto per la Salute 2010-2012 ha introdotto un ampio set di indicatori, fra cui alcuni specificamente destinati al monitoraggio dell'appropriatezza organizzativa, ed ha aggiornato la lista dei 43 DRG ad alto rischio di inappropriatezza di cui all'allegato 2C del DPCM 29.11.2001 con l'elenco dei DRG ad alto rischio di inappropriatezza se erogati in regime di degenza ordinaria e quello delle prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza se erogate in regime di day surgery erogabili in ambulatoriale.

Il DPCM 12.01.2017 relativo alla definizione e all'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, pubblicato nel supplemento n. 15 della G.U. n. 65 del 18 marzo 2017, ha riconfermato tali elenchi (Allegati 6A e 6B del DPCM), stabilendo che la Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA dovrà definire le percentuali di riferimento per ciascun elenco. Nelle more di tale definizione, si applicano le percentuali di ammissibilità approvate con Deliberazione di Giunta Regionale n. 389 del 11.04.2016 e di seguito riportate.

4.2.1 DRG a rischio di inappropriatezza

Percentuali di ammissibilità in degenza ordinaria dei DRG LEA

Allegato 6A DPCM 12.01.2017

DRG chirurgici

MDC	DRG	DESCRIZIONE	%
1	8	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	15
2	36	Interventi sulla retina	19
2	38	Interventi primari sull'iride	17
2	40	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	4
2	41	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni	3
2	42	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino (eccetto trapianti di cornea)(*)	8
3	51	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia	19
3	55	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	15
3	59	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni	28
3	60	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	20
3	61	Miringotomia con inserzione di tubo, età > 17 anni	16
3	62	Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18 anni	1
5	119	Legatura e stripping di vene	3
6	158	Interventi su ano e stoma senza CC	17
6	160	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC (eccetto ricoveri 0-1 giorno)	33
6	162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC (eccetto ricoveri 0-1 giorno)	10

Percentuali di ammissibilità in degenza ordinaria dei DRG LEA

Allegato 6A DPCM 12.01.2017

DRG chirurgici

MDC	DRG	DESCRIZIONE	%
6	163	Interventi per ernia, età < 18 anni <i>(eccetto ricoveri 0-1 giorno)</i>	12
3	168	Interventi sulla bocca con CC	24
3	169	Interventi sulla bocca senza CC	9
8	227	Interventi sui tessuti molli senza CC	11
8	228	Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con CC	12
8	229	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	3
8	232	Artroscopia	7
9	262	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne <i>(codici intervento 85,20 e 85.21)</i>	4
9	266	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	7
9	268	Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	19
9	270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	4
12	339	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni	13
12	340	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni	12
12	342	Circoncisione, età > 17 anni	2
12	343	Circoncisione, età < 18 anni	4
12	345	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne	25
13	360	Interventi su vagina, cervice e vulva	16
13	362	Occlusione endoscopica delle tube	23
13	364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	5
14	377	Diagnosi relative a postparto e postaborto con intervento chirurgico	10
14	381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	1
8	503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	3
8	538	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	10

Percentuali di ammissibilità in degenza ordinaria dei DRG LEA

Allegato 6A DPCM 12.01.2017

DRG medici

MDC	DRG	DESCRIZIONE	
1	13	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	22
1	19	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	38
2	47	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC	28
3	65	Alterazioni dell'equilibrio (<i>eccetto urgenze</i>)	2
3	70	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18 anni	43
3	73	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni	40
3	74	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni	42
4	88	Malattia polmonare cronica ostruttiva	47
5	131	Malattie vascolari periferiche senza CC (<i>eccetto urgenze</i>)	13
5	133	Aterosclerosi senza CC (<i>eccetto urgenze</i>)	6
5	134	Ipertensione (<i>eccetto urgenze</i>)	5
5	139	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	40
5	142	Sincope e collasso senza CC (<i>eccetto urgenze</i>)	5
6	183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	42
6	184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni (<i>eccetto urgenze</i>)	1
3	187	Estrazioni e riparazioni dentali	6
6	189	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	33
7	206	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC	24
7	208	Malattie delle vie biliari senza CC (<i>eccetto urgenze</i>)	9
8	241	Malattie del tessuto connettivo senza CC	26
8	243	Affezioni mediche del dorso (<i>eccetto urgenze</i>)	7
8	245	Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC	32
8	248	Tendinite, miosite e borsite	39
8	249	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	38
8	251	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza CC	42
8	252	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni	43
8	254	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC	47

Percentuali di ammissibilità in degenza ordinaria dei DRG LEA

Allegato 6A DPCM 12.01.2017

DRG medici

MDC	DRG	DESCRIZIONE	%
8	256	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	31
9	276	Patologie non maligne della mammella	28
9	281	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC (eccetto urgenze)	4
9	282	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni (eccetto urgenze)	1
9	283	Malattie minori della pelle con CC	32
9	284	Malattie minori della pelle senza CC	23
10	294	Diabete, età > 35 anni (eccetto urgenze)	2
10	295	Diabete, età < 36 anni	37
10	299	Difetti congeniti del metabolismo	14
10	301	Malattie endocrine senza CC	19
11	317	Ricovero per dialisi renale	22
11	323	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni	22
11	324	Calcolosi urinaria senza CC (eccetto urgenze)	9
11	326	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC (eccetto urgenze)	4
11	327	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni	21
11	329	Stenosi uretrale, età > 17 anni senza CC	21
11	332	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	36
11	333	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni	29
12	349	Ipertrofia prostatica benigna senza CC	14
12	352	Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile	23
13	369	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	35
14	384	Altre diagnosi parto senza complicazioni mediche	29
16	395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni (eccetto urgenze)	4
16	396	Anomalie dei globuli rossi, età < 18 anni	28
16	399	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario senza CC	17
17	404	Linfoma e leucemia non acuta senza CC	17
17	409	Radioterapia	8
17	410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	18
17	411	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	17

Percentuali di ammissibilità in degenza ordinaria dei DRG LEA

Allegato 6A DPCM 12.01.2017

DRG medici

MDC	DRG	DESCRIZIONE	%
17	412	Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	16
19	426	Nevrosi depressive (<i>eccetto urgenze</i>)	4
19	427	Nevrosi eccetto nevrosi depressive (<i>eccetto urgenze</i>)	4
19	429	Disturbi organici e ritardo mentale	37
23	465	Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	11
23	466	Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	17
23	467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute (<i>eccetto urgenze</i>)	16
25	490	H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate	19
1	563	Convulsioni, età > 17 anni senza CC	46
1	564	Cefalea, età > 17 anni	40

4.2.2 Miglior setting assistenziale

Il tariffario per la specialistica del 2012, di cui alla D.G.R. 1698 del 29 dicembre 2011, è stato modificato con l'introduzione delle prestazioni riportate nell'allegato A del Patto per la Salute 2010-2012 confermate nell'Allegato 6B del DPCM 12.01.2017 per le quali è previsto il passaggio all'attività ambulatoriale.

Viene inoltre previsto che solo una percentuale di tali prestazioni possa essere erogata in regime di degenza (ordinaria o DS) per cause legate alla particolarità della patologia, alla tipologia dell'approccio chirurgico o alle caratteristiche socio-sanitarie del paziente.

DESCRIZIONE INTERVENTO SPECIALISTICA AMBULATORIALE	CODICE INTERVENTO SPECIALISTICA	DRG	% AMMISSIBILITÀ PER DRG
Ricostruzione palpebra non a tutto spessore	08.72	40	casistica non presente
Ricostruzione palpebra a tutto spessore	08.74	40	casistica non presente
Amputazione dita piede	84.11	114	91
Riparazione monolaterale di ernia ombelicale con protesi	53.41	160	78
Riparazione monolaterale di ernia ombelicale	53.49.1	160	78
Riparazione monolaterale di ernia inguinale	53.00.1	162	74
Riparazione monolaterale di ernia inguinale con innesto o protesi	53.00.2	162	74
Riparazione monolaterale di ernia crurale con innesto o protesi	53.21.1	162	74
Riparazione monolaterale di ernia crurale	53.29.1	162	74
Riparazione di dito a martello/artiglio	77.56	225 (*)	50

DESCRIZIONE INTERVENTO SPECIALISTICA AMBULATORIALE	CODICE INTERVENTO SPECIALISTICA	DRG	% AMMISSIBILITÀ PER DRG
Artroplastica dell'articolazione metacarpofalangea...	81.72	228 (*)	65
Artroplastica dell'articolazione carpocarpale ...	81.75	228 (*)	65
Artroscopia sede non specificata (diagnostica)	80.20	232	50
Litotrixxia extracorporea rene ...	98.51.1 98.51.2 98.51.3	323 (**)	9
Amputazione e disarticolazione dita mano/pollice	84.01 84.02	441 (*)	50

(*) Per tali DRG si prevede di applicare, al superamento della percentuale di ammissibilità in degenza, le corrispondenti tariffe relative alle prestazioni di specialistica ambulatoriale.

(**) Per il DRG 323 si prevede di applicare al superamento della percentuale di ammissibilità in degenza, le corrispondenti tariffe relative alle prestazioni di specialistica ambulatoriale con riferimento ai codici 98.51.2 - 98.51.3.

4.2.3 Miglioramento appropriatezza

La verifica della appropriatezza della casistica ricompresa nei “DH medici a finalità diagnostica” e quella relativa ai “ricoveri ordinari medici” è prevista tra i controlli che gli erogatori sono tenuti ad effettuare (Allegato n. 2), tra cui rientrano anche le verifiche relative ai parti cesarei.

4.3 Mobilità passiva

Il trend finanziario della mobilità extraregionale della Regione Umbria relativa al complesso delle prestazioni (ricoveri, medicina di base, specialistica, farmaceutica, cure termali, somministrazione diretta di farmaci, trasporti con ambulanza o elisoccorso) mostra un saldo positivo anche per l'anno 2016 sebbene in diminuzione, imputabile sia ad una riduzione della mobilità attiva che ad un aumento della mobilità passiva.

Le principali prestazioni soggette a mobilità passiva, come noto, riguardano alcune discipline legate a problematiche specifiche quali Ortopedia e Protesi Ortopediche, Oncologia Chirurgica e Medica, Chirurgia Pediatrica, Sistema Cardiovascolare Chirurgico e medico.

A tale proposito e con lo scopo di ottimizzare l'uso delle strutture, le Aziende, nella programmazione della risposta sanitaria ai bisogni della popolazione, dovranno avvalersi sia degli accordi interaziendali tra Aziende USL e Aziende Ospedaliere che dei contratti con le Case di Cura private accreditate, per ottimizzare l'utilizzo delle funzionalità disponibili a livello regionale, attraverso una rete integrata di attività al fine di contenere la mobilità passiva extraregionale.

La Regione, nell'ottica di contenere il fenomeno della mobilità passiva ha inoltre stipulato accordi bilaterali con altre Regioni (vds. par. 4.6). Tali accordi hanno permesso non solo di disciplinare la mobilità passiva (come auspicato dall'Accordo della Conferenza Stato-Regioni del 22 novembre 2001, poi confermato dall'art. 19 del Patto per la Salute 2010-2012 e reso obbligatorio dall'art. 9 del Patto per la Salute 2014-2016), ma anche di creare forme di collaborazione tra Regioni, confrontare modalità di risoluzione di problemi verificando l'appropriatezza organizzativa delle strutture ed il setting assistenziale utilizzato nelle diverse realtà.

4.4 Criteri di remunerazione

Come in passato, alle strutture erogatrici, per tutte le prestazioni effettuate, vengono applicate le tariffe piene secondo il tariffario vigente fino al raggiungimento dei volumi stabiliti nella tabella 8, che, come imposto dal comma 171 della Legge n. 311/04, fissa un unico criterio di remunerazione per pazienti intra ed extra regionali. Oltre a tale limite, devono essere effettuati gli abbattimenti previsti al paragrafo 4.7.

4.5 Volumi finanziari previsti per l'erogazione di prestazioni.

Nella Tabella n. 4 viene riportata la determinazione del volume complessivo degli scambi finanziari per mobilità intraregionale riguardante le seguenti tipologie di prestazioni:

- ricoveri ospedalieri per acuti (regime ordinario e di day hospital);
- ricoveri ospedalieri di lungodegenza ;
- ricoveri ospedalieri di riabilitazione (regime ordinario e di day hospital);
- prestazioni ambulatoriali;
- prestazioni di diagnostica strumentale;
- prestazioni riguardanti la somministrazione o l'erogazione diretta di farmaci e presidi, come meglio specificato al punto 4.8.

I valori riportati nelle successive Tabelle n. 5, n. 6 e n. 7, rappresentano i volumi finanziari massimi relativi alla mobilità intraregionale ed extraregionale.

Tabella n. 4

MOBILITA' INTRAREGIONALE – VOLUMI FINANZIARI ANNO 2017

AZIENDE DI RESIDENZA				
AZIENDE ADDEBITANTI	Azienda USL Umbria 1	Azienda USL Umbria 2	Totale	Saldo 2017
Azienda USL Umbria 1		4.904.682	4.904.682	-190.025.646
Azienda USL Umbria 2	15.931.549		15.931.549	-105.580.230
Azienda Ospedaliera di Perugia	172.797.528	18.713.949	191.511.477	191.511.477
Azienda Ospedaliera di Terni	6.201.251	97.893.148	104.094.399	104.094.399
Case di Cura private (*)			20.832.237	20.832.237
Totale (**)	194.930.328	121.511.779	337.274.343	0

(*) L'incremento riconosciuto alle Case di Cura sul volume finanziario massimo delle prestazioni effettuate per cittadini residenti viene riconosciuto ad invarianza finanziaria, prevedendo una corrispondente riduzione delle prestazioni effettuate in mobilità extra-regionale.

(**) Il Totale per Azienda USL non comprende la mobilità relativa alle Case di Cura in quanto il tetto di Euro 20.832.237 è da intendersi regionale.

I Direttori Generali sono impegnati a stipulare accordi, prevedendo, soprattutto tra Azienda USL e Azienda Ospedaliera di riferimento, che, oltre ai volumi di attività previsti, vengano definiti programmi interaziendali di appropriatezza clinica e organizzativa, anche in attuazione della D.G.R. n. 970/2012. Inoltre, dovranno dare pratica applicazione ai protocolli operativi integrati relativi alla riorganizzazione dell'area materno-infantile, in applicazione della DD.GG.RR. n.1344/2013, n. 1040/2014, n. 945/2015 e n. 1591/2015.

Infine, i Direttori Generali dovranno sviluppare ogni azione utile all'implementazione delle attività a valenza inter-aziendale, attuativa della D.G.R. n. 528/2015.

Tabella n. 5
VOLUMI FINANZIARI MASSIMI COMPLESSIVI ANNO 2017

AZIENDE DI RICOVERO	MOBILITÀ INTRA- REGIONALE 2017	MOBILITÀ EXTRA- REGIONALE 2017	TOTALE
Azienda USL Umbria 1	4.904.682	16.500.000	21.404.682
Azienda USL Umbria 2	15.931.549	20.500.000	36.431.549
Azienda Ospedaliera di Perugia	191.511.477	26.500.000	218.011.477
Azienda Ospedaliera di Terni	104.094.399	26.500.000	130.594.399
Case di Cura private	20.832.237	13.306.933	34.139.170
Totale	337.274.343	103.306.933	440.581.276

Tabella n. 6
VOLUMI FINANZIARI MASSIMI STRUTTURE PRIVATE ANNO 2017

CASE DI CURA	TETTI PRESTAZIONI IN FAVORE DI CITTADINI <u>RESIDENTI</u> <u>NELLA REGIONE</u>	TETTI PRESTAZIONI IN FAVORE DI CITTADINI <u>RESIDENTI</u> <u>IN ALTRE REGIONI</u>	TOTALE 2017
VILLA FIORITA	1.523.535	2.343.086	3.866.621
PORTA SOLE	6.441.793	3.370.264	9.812.057
SAGISC	5.312.667	2.893.293	8.205.960
LIOTTI	5.858.464	3.646.177	9.504.641
VILLA AURORA	1.695.778	1.054.113	2.749.891
S. STEFANO	(*)	(*)	(*)
TOTALE	20.832.237	13.306.933	34.139.170

(*) In considerazione di quanto disposto dalla Determina Dirigenziale n. 5354 del 20.06.2016 recante “Ampliamento dell’Accreditamento Istituzionale, già rilasciato con D.D. n. 9815 del 17/12/2015 all’Istituto di Riabilitazione S. Stefano s.r.l. per l’Unità Speciale Stati Vegetativi, per l’attività di Lungodegenza-stati vegetativi (cod. 60) sita nel comune di Foligno (PG). Sospensiva.”, il tetto di prestazioni già previsto per l’Istituto Santo Stefano s.r.l. con DGR n. 1298 del 14.11.2016 (Indirizzi vincolanti alle Aziende Sanitarie per la predisposizione del Bilancio di previsione per l’esercizio 2017) non viene confermato con il presente provvedimento, fatti salvi gli eventuali effetti economici già prodotti.

Tabella n. 7

**LIVELLO MINIMO DA GARANTIRE TETTI DI PRESTAZIONI IN FAVORE DI
CITTADINI RESIDENTI STRUTTURE PRIVATE ANNO 2017**

CASE DI CURA	TETTI PRESTAZIONI IN FAVORE DI CITTADINI <u>RESIDENTI</u> <u>NELLA</u> <u>REGIONE</u> (A)	MINIMO DA GARANTIRE PER I TETTI PRESTAZIONI IN FAVORE DI CITTADINI <u>RESIDENTI</u> <u>NELLA</u> <u>REGIONE</u> (B)	TETTI PRESTAZIONI IN FAVORE DI CITTADINI <u>RESIDENTI</u> <u>IN ALTRE REGIONI</u> (C)	TOTALE 2017 (A+C)
VILLA FIORITA	1.523.535	1.356.059	2.343.086	3.866.621
PORTA SOLE	6.441.793	5.733.674	3.370.264	9.812.057
SAGISC	5.312.667	4.728.668	2.893.293	8.205.960
LIOTTI	5.858.464	5.214.468	3.646.177	9.504.641
VILLA AURORA	1.695.778	1.509.368	1.054.113	2.749.891
S. STEFANO	(*)	(*)	(*)	(*)
TOTALE	20.832.237	18.542.237	13.306.933	34.139.170

(*) Vedasi precedente Nota riferita alla Tabella n. 6.

Il volume finanziario massimo evidenziato nella Tabella n. 6 si intende quale limite invalicabile ed è rappresentato dalla somma dell'attività intra-regionale ed extra-regionale; all'interno del volume finanziario massimo, tuttavia, i tetti intra ed extra possono essere utilizzati in forma flessibile, sulla base

di specifici accordi contrattuali stipulati con la rispettiva Azienda USL competente per territorio, anche con riguardo a talune specialità per le quali le Direzioni ritengono di voler rimodulare l'offerta.

Si prevede, limitatamente a questo primo anno di attuazione, un'applicazione flessibile dei volumi finanziari intra ed extra regionali assicurando l'obiettivo minimo di prestazioni in favore di cittadini residenti nelle Regioni riportato nella Tabella n. 7 colonna B.

Inoltre, si richiama quanto previsto dall'art. 15, comma 13, lettera c) del DL 95/2012, convertito in L. 135/2012 e dal successivo Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, n. 70, avente ad oggetto: "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera".

Il suddetto Decreto, al punto 2.5 dell'Allegato 1 aveva precisato che *"...(omissis)...l'attività assistenziale esercitata per conto del Servizio sanitario nazionale viene annualmente programmata dalla regione con la fissazione dei volumi di attività ed i tetti di remunerazione per prestazioni e funzioni da indicarsi negli appositi accordi contrattuali annuali, le strutture ospedaliere private sono accreditate, in base alla programmazione regionale...(omissis)...stabilendo altresì che, a partire dal 1° gennaio 2015, entri in vigore e sia operativa una soglia di accreditabilità e di sottoscrivibilità degli accordi contrattuali annuali, non inferiore a 60 p.l. per acuti, ad esclusione delle strutture monospecialistiche per le quali è fatta salva la valutazione regionale dei singoli contesti ...(omissis)... Conseguentemente, dal 1° luglio 2015 non possono essere sottoscritti contratti con strutture accreditate con meno di 40 posti letto per acuti...(omissis)... Con specifica Intesa in Conferenza Stato-regioni, da sottoscrivere entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto, sono individuati gli elenchi relativi alle strutture monospecialistiche e alle strutture dotate di discipline complementari, ivi ricomprendendo le relative soglie di accreditabilità e di sottoscrivibilità dei contratti, nonché sono definite le attività affini e complementari relative all'assistenza sanitaria ospedaliera per acuti". ...(omissis)... "dal 1° gennaio 2017 non possono essere sottoscritti contratti con strutture accreditate con posti letto per acuti ricompresi tra 40 e 60, facendo salvo, per le strutture monospecialistiche, quanto verrà stabilito dalla specifica Intesa che dovrà essere raggiunta in Conferenza Stato-Regioni, con cui saranno individuati gli elenchi delle strutture stesse, con relative soglie di accreditabilità e sottoscrivibilità dei contratti relativi"*.

A tale proposito, con DGR n. 829 del 06/07/2015 recante: "Decreto del Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70. Determinazioni", la Giunta Regionale aveva stabilito, tra l'altro, di *"dare atto che, a far data dal 1 luglio 2015, le Aziende Unità Sanitarie locali - nelle more dell'Intesa da raggiungere in Conferenza Stato-Regioni con la quale saranno individuati gli elenchi relativi alle strutture monospecialistiche con relative soglie di accreditabilità e sottoscrivibilità dei contratti - hanno facoltà di stipulare con la Casa di Cura Villa Aurora S.p.a contratti per la sola specialità di ortopedia, nei limiti di quanto stabilito nelle linee guida per la stipula degli accordi contrattuali per le strutture che intrattengono rapporti con il SSR"*.

Preso atto che la specifica Intesa di cui al punto precedente non risulta ancora essere definita, con Determinazione Dirigenziale n. 6067 del 15.06.2017 recante *"Applicazione del DM n. 70/2015 – allegato 1, punto 2.5. - Classificazione della Casa di cura Clinica Lami Spa in struttura monospecialistica ad indirizzo ortopedico"*

è stata recepita l'istanza presentata dalla Casa di cura Clinica Lami Spa per il formale riconoscimento della propria natura di casa di cura ad indirizzo monospecialistico ortopedico.

Analogamente, con Determinazione Dirigenziale n. 6068 del 15.06.2017 recante “*Applicazione del DM n. 70/2015 – allegato 1, punto 2.5. - Classificazione della Casa di cura Villa Fiorita in struttura monospecialistica ad indirizzo ortopedico.*” è stata recepita l'istanza presentata dalla Casa di cura Villa Fiorita per il formale riconoscimento della propria natura di casa di cura ad indirizzo monospecialistico ortopedico.

Si precisa inoltre quanto segue. Con la Determinazione Dirigenziale n. 7371 del 16.9.2014 del Servizio “Accreditamento e Valutazione di Qualità” della Direzione regionale “Salute e Coesione Sociale” è stato disposto il rilascio dell’Accreditamento Istituzionale all’“Istituto di Riabilitazione S. Stefano s.r.l. – Unità Speciale Stati Vegetativi”, sito nel Comune di Foligno (PG) per l’attività di una Struttura destinata a Residenza Sanitaria Assistenziale - Unità Speciale Stati Vegetativi per 20 posti letto. Con successiva DD n. 7701 del 24.09.2014 è stato inoltre disposto assenso all’autorizzazione alla trasformazione di n. 20 posti letto di Residenza Sanitaria Assistenziale per Unità Speciale Stati Vegetativi in n. 20 posti letto di lungodegenza ospedaliera cod. 60 - Stati vegetativi. Con DD n. 9815 del 17.12.2015 si è proceduto ad ampliare l’Accreditamento Istituzionale, già rilasciato all’Istituto di Riabilitazione S. Stefano s.r.l. con la citata DD n. 7371/2014, per l’attività di struttura destinata a lungodegenza ospedaliera cod. 60 - Stati vegetativi per n. 20 posti letto (attività ospedaliera post-acuzie). Da ultimo, con DD n. 5354 del 20.06.2016 recante “Ampliamento dell’Accreditamento Istituzionale, già rilasciato con DD n. 9815 del 17/12/2015 all’Istituto di Riabilitazione S. Stefano s.r.l. per l’Unità Speciale Stati Vegetativi, per l’attività di Lungodegenza-stati vegetativi (cod. 60) sita nel comune di Foligno (PG). Sospensiva” è stata disposta la sospensione dell’ampliamento dell’Accreditamento Istituzionale per l’attività di struttura destinata a lungodegenza ospedaliera cod. 60 – stati vegetativi per n. 20 posti letto. Nella Determinazione citata veniva precisato che il procedimento sarebbe potuto essere riavviato entro 12 mesi dalla notifica della stessa, a fronte di richiesta del soggetto (contestualmente all’avvio dell’attività) e di verifica di Audit con esito positivo. Veniva inoltre stabilito che la sospensione dell’Accreditamento avrebbe consentito alle Aziende sanitarie regionali di stipulare accordi convenzionali con la struttura interessata e per le prestazioni oggetto della sospensiva, a condizione che l’accordo prevedesse la decadenza del medesimo in caso di mancato riavvio del procedimento.

Con nota e-mail del 21.07.2017 il Dirigente del Servizio “Assistenza Ospedaliera. Accreditamento. Autorizzazioni e Valutazione di Qualità” della Regione ha comunicato, con riferimento alla DD n. 5354/2016 quanto segue: “*non è ancora stato riattivato l’accreditamento istituzionale nei confronti della Struttura per l’attività di stati vegetativi cod. 60*”.

Pertanto, alla luce di quanto sopra descritto, il tetto di prestazioni già previsto con DGR n. 1298 del 14.11.2016 (Indirizzi vincolanti alle Aziende Sanitarie per la predisposizione del Bilancio di previsione

per l'esercizio 2017) per l'Istituto Santo Stefano s.r.l. non viene confermato con il presente provvedimento, fatti salvi gli eventuali effetti economici già prodotti.

4.6 Accordi con altre Regioni

Come auspicato dall'Accordo della Conferenza Stato-Regioni del 22 novembre 2001, confermato dall'art. 19 del Patto per la Salute 2010-2012 e reso obbligatorio dall'art. 9 comma 3 del Patto per la Salute 2014-2016, le Regioni sono tenute ad individuare adeguati strumenti di governo della domanda tramite accordi bilaterali per disciplinare la mobilità sanitaria.

La Regione Umbria ha stipulato accordi bilaterali con le Regioni Toscana, Emilia Romagna, Lazio nonché con strutture di alta specializzazione quali l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma e l'Azienda Ospedaliera Meyer di Firenze.

La Conferenza delle Regioni e delle Province autonome nella riunione del 24 novembre 2016 ha tuttavia approvato lo Schema tipo di riferimento per gli accordi bilaterali fra Regioni per la regolarizzazione della mobilità sanitaria interregionale, sulla base del quale le Regioni dovranno stipulare gli Accordi futuri. Si riporta di seguito lo stato attuale degli accordi stipulati e si precisa che tali accordi sono in fase di aggiornamento, anche sulla base di quanto stabilito dalla Conferenza sopra indicata.

Toscana

- DGR 588/2015 Accordo quadro interregionale triennale 2015-2017 tra la Regione Toscana e la Regione Umbria per la gestione della mobilità sanitaria: Accordo in vigore per un periodo di tre anni a partire dall'anno 2015. Il tetto di riferimento è il dato 2013 per l'attività ospedaliera e il dato 2014 per la specialistica, ma non sono state definite le aree da abbattere al superamento del tetto.

Emilia Romagna

- DGR 1440/2013 Accordo triennale 2014-2016 per la gestione della mobilità sanitaria tra le Regioni Emilia-Romagna e Umbria.
- DD 358/2014 Definizione del Piano triennale di attività 2014-2016 per la gestione della mobilità sanitaria fra le Regioni Emilia-Romagna e Umbria ex DGR n. 1440/2013.

Lazio

- DGR 1198/2014: Accordo quadro triennale 2015-2017 per la gestione della mobilità sanitaria fra le regioni Umbria e Lazio (articolo 9 del Patto per la salute 2014-2016): Accordo in vigore per un periodo di tre anni a partire dall'anno 2015. Il tetto di riferimento è il dato 2013 sia per l'ospedaliera che per la specialistica, ma non sono state definite le aree da abbattere al superamento del tetto.

4.7 Criteri di abbattimento delle tariffe

Alle strutture erogatrici, limitatamente all'attività remunerata a prestazione, saranno applicate le tariffe piene fino al raggiungimento dei volumi stabiliti.

Oltre tale limite, le tariffe verranno abbattute dell'85% fino ad un incremento massimo del 10% di attività; superata questa seconda soglia non verrà pagato alcun corrispettivo.

L'adozione della tariffa regressiva è l'unica misura in grado di incidere sul contenimento dei volumi di attività; il 15% della tariffa base che viene riconosciuto oltre i tetti programmati è mediamente pari al costo marginale di produzione e lascia una certa flessibilità ai programmi di attività delle strutture erogatrici che possono superare il tetto senza peggiorare il risultato di gestione, ma al tempo stesso eliminano lo stimolo ad aumentare i volumi di produzione come mezzo più semplice per ridurre i costi medi, obiettivo che va invece ricercato attraverso la razionalizzazione dei processi produttivi.

4.8 Erogazione diretta dei farmaci da parte di Aziende e Presidi Ospedalieri

Fermo restando che per i farmaci somministrati in regime di ricovero (ordinario e day hospital) non può essere richiesto alcun rimborso e rientrano quindi nella tariffa del DRG (ad eccezione dei farmaci somministrati in regime di ricovero ad assistiti emofilici nonché dei farmaci oncologici come specificato al successivo punto 4.8.2), nel presente paragrafo vengono riepilogate le tipologie di farmaci oggetto di somministrazione o erogazione diretta, già individuate con precedenti provvedimenti regionali, elencate in base alle modalità di rimborso alle strutture erogatrici. In ogni caso al fine della compilazione del file F si rimanda al vigente "Disciplinare tecnico per la compensazione della mobilità sanitaria intraregionale".

4.8.1 Rimborso alle strutture erogatrici

Fermo restando che, per tutte le prestazioni che seguono, il rimborso alle strutture erogatrici è dovuto dall'Azienda di residenza del paziente, le attività elencate nel paragrafo 4.8.2 vanno considerate all'interno dei tetti (c.d. global budget) di cui al paragrafo 4.5, mentre le attività elencate nel paragrafo 4.8.3 vanno rimborsate, sempre dall'azienda di residenza, in base agli addebiti effettivi.

Inoltre, si ravvisa la necessità che negli accordi interaziendali vengano individuati idonei strumenti per la corresponsabilizzazione tra la struttura che prescrive e l'Azienda che sostiene effettivamente il costo, nonché interventi volti a sensibilizzare gli specialisti operanti nelle strutture sia ospedaliere che ambulatoriali in ordine alla rilevanza delle terapie prescritte in dimissione o ad esito di una visita specialistica sulla spesa farmaceutica convenzionata e sulla distribuzione diretta/per conto.

In particolare, si ritiene opportuna la predisposizione di specifici protocolli d'intesa interaziendali volti a disciplinare le prescrizioni effettuate in ambito ospedaliero o ambulatoriale che impattano sul territorio,

con il fine di individuare percorsi condivisi che favoriscano l'impiego dei farmaci con il miglior rapporto costo/beneficio. L'obiettivo principale di tali protocolli è la promozione dell'appropriatezza prescrittiva e la incentivazione della prescrizione dei farmaci a brevetto scaduto, in linea con gli obiettivi attribuiti ai Direttori Generali, in quanto spesso si registra, in ambito ospedaliero, un ricorso a prescrizioni farmacologiche che non sempre sono aderenti a Linee guida/raccomandazioni basate sulle evidenze scientifiche o alle limitazioni previste dalle Note dell'Agenzia Italiana del Farmaco. A tal fine, per quanto riguarda le categorie terapeutiche che più impattano sulla spesa farmaceutica convenzionata, dovranno essere attivati tavoli di lavoro congiunti tra medici di medicina generale e specialisti.

4.8.2 Farmaci che rientrano nei tetti (c.d. "global budget")

a) Farmaci H

Rientrano nei tetti i farmaci classificati H-OSP, indipendentemente dalla via di somministrazione. Per i farmaci classificati H-RR, H-RNRL, H-RRL, si rimanda al successivo paragrafo 4.8.3.

b) Farmaci somministrati in regime di ricovero ad assistiti emofilici

L'introduzione di tali farmaci risulta essere un'eccezione dovuta al loro alto costo non compensato dalla tariffa del DRG e dal numero esiguo di casi trattati nel corso dell'anno.

Di seguito l'elenco dei farmaci suddetti: si dovranno considerare validi tutti i codici MINSAN10, corrispondenti ai codici ATC indicati nella tabella.

Codice ATC	Descrizione Principio attivo
B02BB01	Fibrinogeno
B02BD01	Complesso protrombinico FIX,FII,FX
B02BD02	Fattore VIII rDNA Octocog alfa
B02BD02	Fattore VIII di coagulazione
B02BD03	Inibitore bypassante l'attivita' del fattore VIII
B02BD04	Fattore IX di coagulazione
B02BD05	Fattore VII di coagulazione
B02BD08	eptacog alfa (attivato)
B02BD09	Nonacog alfa
B05AA02	Altre frazioni proteiche plasmatiche

c) Farmaci oncologici somministrati in regime di ricovero

Anche in questo caso l'introduzione di tali farmaci risulta essere un'eccezione dovuta al loro alto costo non compensato dalla tariffa del DRG.

In questo caso l'elenco è costituito dai farmaci inclusi nei Registri AIFA.

4.8.3 Farmaci che rientrano nelle previsioni di spesa della farmaceutica Territoriale

a) Farmaci utilizzati in regime ambulatoriale

Con DGR n. 1698 del 29/12/2011, è stato aggiornato il nomenclatore tariffario regionale per prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili a carico del SSN e le relative tariffe di rimborso. Tali tariffe, quando espressamente specificato, comprendono anche il rimborso dei farmaci, altrimenti si riferiscono al solo atto medico.

Pertanto è soggetta a compensazione la somministrazione di farmaci in occasione delle terapie ambulatoriali, se non compresi nella tariffa della prestazione (eccetto HOSP).

I farmaci eventualmente utilizzati per prestazioni il cui rimborso si riferisce al solo atto medico, sono a carico del SSN sulla base della riclassificazione dei medicinali ai sensi dell'art. 8, comma 10, della legge 537/93 e della Determinazione AIFA 29 ottobre 2004 e successivi aggiornamenti.

Si elencano di seguito le prestazioni la cui tariffa non comprende il costo del farmaco somministrato:

Codice	Descrizione
08.99.1	Infiltrazione di angioma palpebrale
10.91	Iniezione sottocongiuntivale
39.92	Iniezione intravenosa di sostanze sclerosanti
44.19.2	Breath test per Helicobacter pylori (Urea C13)
83.98	Iniezione di sostanze terapeutiche ad azione locale all'interno di altri tessuti molli
86.02.2	Infiltrazione di cheloide
96.49	Instillazione genitorurinaria
99.06.1	Infusione di fattori della coagulazione
99.12	Immunizzazione per allergia
99.13	Immunizzazione per malattia autoimmune
99.14.1	Infusione di immunoglobuline endovena
99.23	Iniezione di steroidi
99.24.1	Infusione di sostanze ormonali
99.24.2	Infusione di altre sostanze farmaceutiche
99.25	Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore
99.29.1	Iniezione perinervosa
99.29.2	Iniezione periarteriosa
99.29.3	Iniezione perineale
99.29.4	Infiltrazione medicamentosa del pene
99.29.5	Iniezione endocavernosa di farmaci
99.29.6	Iniezione modificatrice in ascesso freddo
99.29.8	Iniezione intra o periuretrale
99.29.9	Iniezione di tossina botulinica
14.75	Iniezione intravitale di sostanze terapeutiche

b) Dispensazione diretta dei farmaci che richiedono un controllo ricorrente del paziente

Si tratta dei farmaci compresi nell'elenco 2 allegato alla Determinazione AIFA 29 ottobre 2004, e successivi aggiornamenti, contenente il PHT - Prontuario della distribuzione diretta per la continuità ospedale territorio.

c) Dispensazione diretta da parte delle Aziende sanitarie dei medicinali necessari al trattamento del paziente domiciliare, residenziale e semiresidenziale (DGR n. 291 del 13 marzo 2002)

Come noto, sono erogabili direttamente dalle Aziende Sanitarie, i seguenti farmaci e presidi necessari al trattamento dei pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale:

- Tutti i farmaci a carico del SSN, tenendo conto dei principi attivi inclusi nell'Elenco Terapeutico Ospedaliero Regionale al fine di favorire l'integrazione fra medici di medicina generale e medici specialisti;
- Presidi e diagnostici destinati all'assistenza integrativa e protesica, secondo le normative vigenti;
- Soluzioni e antisettici.

Le Aziende Sanitarie provvedono altresì alla dispensazione diretta dei medicinali inclusi nell'Elenco Terapeutico Ospedaliero Regionale prescritti ai pazienti in trattamento nei DSM.

d) Dispensazione diretta in continuità assistenziale (DGR n. 291 del 13 marzo 2002)

La dispensazione diretta di medicinali da parte delle Aziende Sanitarie, attraverso i Servizi Farmaceutici, agli assistiti in dimissione dal ricovero ospedaliero è limitata a garantire la continuità assistenziale fino alla stabilizzazione della fase acuta della patologia già trattata in regime di ricovero, ovvero per il periodo che intercorre tra la dimissione o la visita di controllo prima del passaggio in cura al medico curante. Viene di seguito riportato l'elenco dei medicinali oggetto di dispensazione diretta in continuità assistenziale:

- ciclo terapeutico completo con antibiotici di esclusiva competenza specialistica ospedaliera;
- ciclo terapeutico completo con sostanze ad azione immunosoppressiva;
- ciclo terapeutico completo con antibiotici ed antisecretivi per l'eradicazione dell'*Helicobacter pylori*;
- ciclo terapeutico completo con farmaci antiemetici;
- ciclo terapeutico completo con antiandrogeni e inibitori enzimatici;
- ciclo completo di terapia post-chirurgica antibiotica, analgesica e anticoagulante.

Vengono inoltre erogati i seguenti medicinali necessari ai pazienti in dialisi:

- ciclo completo di farmaci cardiovascolari quali antiipertensivi, diuretici ecc..
- farmaci per il trattamento di iperkalemia o iperfosfatemia.

e) Farmaci forniti ai sensi del comma 4, art. 1, della legge 23/12/1996 n. 648

Questi prodotti vengono prescritti nel rispetto delle procedure e delle condizioni indicate per ciascun farmaco nel relativo provvedimento AIFA di inserimento ed erogati dai servizi farmaceutici dei centri prescrittori, dove possibile, o dal servizio farmaceutico della Azienda USL di residenza del paziente (per l'elenco aggiornato dei farmaci e i relativi provvedimenti si rimanda al sito istituzionale dell'Agenzia Italiana del Farmaco <http://www.agenziafarmaco.it> (percorso: Attività > Sperimentazione e ricerca > legge 648/96).

f) Terapie iposensibilizzanti e preparati galenici

Ci si riferisce alle seguenti tipologie di farmaci:

- preparati iposensibilizzanti
- preparati galenici

4.8.4 Livelli di spesa farmaceutica programmati.

A decorrere dall'anno 2017 la Legge n. 232 dell'11/12/2016 (Legge di Bilancio 2017) ha rideterminato l'onere a carico del SSN per la spesa farmaceutica.

In particolare, pur risultando invariato il tetto complessivo della spesa farmaceutica (confermato al 14,85% del FSN), il tetto della spesa farmaceutica ospedaliera viene calcolato al lordo della spesa per i farmaci di classe A in distribuzione diretta e distribuzione per conto, ed è rideterminato nella misura del 6,89% del Fabbisogno Sanitario, assumendo la denominazione di “tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti” mentre il tetto della spesa farmaceutica territoriale viene rideterminato nella misura del 7,96% ed assume la denominazione di “tetto della spesa farmaceutica convenzionata”.

Pertanto le due componenti che costituiscono i tetti di spesa risultano le seguenti:

- **spesa farmaceutica per gli acquisti diretti** che risulta comprensiva della spesa precedentemente definita “ospedaliera” e dei farmaci erogati in distribuzione diretta e in distribuzione per conto;
- **spesa farmaceutica convenzionata** che è relativa ai soli farmaci distribuiti in regime convenzionale.

La verifica e l'attestazione del rispetto dei tetti di spesa da parte delle Regioni, come definiti dalle norme sopra richiamate, è effettuato dall'Agenzia Italiana del Farmaco e viene determinato al netto dei pay back e dei rimborsi che, a vario titolo (anche sotto forma di note di credito versate direttamente alle Aziende Sanitarie) vengono riconosciuti alle Regioni.

La citata Legge n. 232/2016 (art.1, commi da 400 a 405) ha inoltre previsto, a decorrere dal 2017, l'istituzione di un "Fondo per il concorso al rimborso alle regioni per l'acquisto dei medicinali innovativi" e di un "Fondo per il concorso al rimborso alle regioni per l'acquisto dei medicinali oncologici innovativi", entrambi con una dotazione di 500 milioni di euro annui a livello nazionale, che saranno assegnati alle Regioni in proporzione alla spesa sostenuta dalle medesime per l'acquisto di tali medicinali e secondo le modalità che darebbero state individuate con successivo decreto, a tutt'oggi non ancora emanato.

L'Agenzia Italiana del Farmaco, in attuazione del citato comma 402, con Determinazione AIFA n. 519 del 31 marzo 2017, pubblicata nella GU n. 80 del 5 aprile 2017, ha stabilito i criteri per la classificazione dei farmaci innovativi e in data 26/06/2017 ha reso disponibili gli elenchi dei farmaci innovativi che accedono ai fondi previsti dall'art. 1, commi 402, 403 e 404 della legge n. 232/2017, mediante comunicato pubblicato sul proprio sito istituzionale all'indirizzo: <http://www.agenziafarmaco.gov.it/content/elenchi-dei-farmaci-che-accedono-ai-fondi-dei-farmaci-innovativi-istituiti-ai-sensi-della-le>

Tali elenchi saranno oggetto di aggiornamento mensile da parte di AIFA, in base ai pareri resi dalla Commissione consultiva tecnico-scientifica, e pubblicati con le medesime modalità.

Ciò premesso, per quanto riguarda la **spesa farmaceutica convenzionata** (relativa ai soli farmaci distribuiti in regime convenzionale) si ritiene prudentiale confermare, quale limite di spesa 2017, la spesa effettivamente sostenuta nell'anno 2016.

Per quanto riguarda la **spesa farmaceutica per acquisti diretti** si ritiene di dover applicare il limite previsto dalla vigente normativa, secondo le modalità di calcolo dalla stessa indicate.

Si riportano pertanto di seguito i limiti previsti sia per la farmaceutica convenzionata che per la farmaceutica per acquisti diretti.

Tabella n. 8
SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA
ANNO 2017

AZIENDA SANITARIA REGIONALE	TETTO 2017 secondo i criteri previsti dalla Legge di Bilancio 2017
Azienda U.S.L. Umbria n. 1	72.908.134
Azienda U.S.L. Umbria n. 2	57.774.723
TOTALE REGIONE	130.682.857

Tabella n. 9
TETTO DELLA SPESA FARMACEUTICA PER ACQUISTI DIRETTI
ANNO 2017

AZIENDA SANITARIA REGIONALE	LIMITE 2017 secondo i criteri previsti dalla Legge di Bilancio 2017 (*)
Azienda U.S.L. Umbria n. 1	42.861.793
Azienda U.S.L. Umbria n. 2	34.834.929
Azienda Ospedaliera di Perugia	23.720.945
Azienda Ospedaliera di Terni	13.137.952
TOTALE REGIONE	114.555.619

(*) Il limite per ciascuna Azienda risulta al lordo delle ulteriori quote che non concorrono al tetto di spesa per le Voci previste dalla norma (Fondo Farmaci innovativi e farmaci oncologici innovativi, pay back,...)

4.9 Screening e altre tipologie di prestazioni

4.9.1 Screening per la cervice uterina, la mammella e il colon retto

In relazione agli screening in oggetto, le Aziende Ospedaliere sono tenute a fornire alle Aziende USL le informazioni relative agli approfondimenti diagnostici ai trattamenti terapeutici erogati alle rispettive popolazioni bersaglio.

4.9.2 Altre tipologie di prestazioni

Per tutte le ulteriori prestazioni comunque regolate da tariffari regionali la Regione limita la sua competenza alla indicazione del tetto di risorse disponibili fissate dal riparto del fondo sanitario, delegando alle Aziende USL in sede di definizione degli accordi con le strutture erogatrici le clausole contrattuali per le modalità di erogazione, il controllo della qualità, il controllo dei livelli qualitativi e il sistema di regolazione finanziaria. I sistemi di remunerazione sono basati sui tariffari vigenti. Negli accordi vengono indicati i tetti, la riduzione tariffaria in caso di superamento, l'eventuale necessità di autorizzazioni preventive.

4.10 Addebiti

Le modalità e i tempi per gli addebiti, nonché le formulazioni di eventuali contestazioni sono definiti dal *“Disciplinare tecnico per la compensazione della mobilità sanitaria intraregionale”* e, per quanto di competenza, dall'*Accordo Interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria*.

4.11 Il sistema dei controlli di qualità e appropriatezza

Negli accordi contrattuali sono fissati i requisiti della funzione di controllo interno, che deve essere assicurata dalle strutture erogatrici, e le prerogative del controllo esterno per l'accesso alle strutture e alle informazioni.

La Regione Umbria, Direzione “Salute, Welfare. Organizzazione e Risorse Umane” ha aggiornato le linee guida per la funzione di controllo specificatamente per il monitoraggio delle prestazioni in regime di degenza e per l'applicazione di penalizzazioni al manifestarsi di effetti distorsivi (Vedi Allegato n. 2), nonché per regolamentare le modalità di erogazione diretta dei farmaci.

In particolare sono tenuti sotto controllo:

- 1) i ricoveri ripetuti per DRG diversi con finestre temporali di diversa lunghezza (0-1/2-3/4-7);
- 2) i ricoveri ripetuti per lo stesso DRG con finestra temporale 0-3 giorni e 4-30 giorni;
- 3) i ricoveri chirurgici preceduti da ricoveri medici sia in degenza ordinaria che DH per esami preoperatori;

- 4) i DRG medici o chirurgici potenzialmente inappropriati riportati nell'allegato B del Patto per la Salute 2010-2012 (Allegato 6A del DPCM 12.01.2017) da trattare preferibilmente in DH e DS;
- 5) le prestazioni riportate nell'allegato A del Patto per la Salute 2010-2012 (Allegato 6B DPCM 12.01.2017) per le quali è previsto il passaggio all'attività ambulatoriale.

Le linee guida dei controlli prevedono la verifica a campione delle SDO e delle cartelle cliniche, la cui modalità di applicazione deve essere prevista all'interno degli accordi contrattuali permettendo l'individuazione di potenziali problemi nell'accuratezza della compilazione e aree di priorità su cui intervenire per migliorare la qualità dei dati.

Le penalizzazioni da mettere in atto, nel caso del mancato rispetto delle regole ricordate, sono stabilite negli accordi/contratti stipulati dalle Aziende.