



Regione Umbria

Giunta Regionale

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

N. 857 SEDUTA DEL 24/07/2017

OGGETTO: Linee guida per la stipula degli accordi contrattuali tra le strutture erogatrici pubbliche e tra le Aziende USL e le strutture private che intrattengono rapporti con il Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2017.

| | | PRESENZE |
|--------------------|------------------------------|----------|
| Marini Catiussia | Presidente della Giunta | Presente |
| Paparelli Fabio | Vice Presidente della Giunta | Presente |
| Barberini Luca | Componente della Giunta | Presente |
| Bartolini Antonio | Componente della Giunta | Presente |
| Cecchini Fernanda | Componente della Giunta | Presente |
| Chianella Giuseppe | Componente della Giunta | Presente |

Presidente: **Catiussia Marini**

Segretario Verbalizzante: Catia Bertinelli

Atto firmato digitalmente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge

L'atto si compone di 17 pagine

Fanno parte integrante dell'atto i seguenti allegati:

Allegato n. 1.

Allegato n. 2.

LA GIUNTA REGIONALE

Visto il documento istruttorio concernente l'argomento in oggetto: **“Linee guida per la stipula degli accordi contrattuali tra le strutture erogatrici pubbliche e tra le Aziende USL e le strutture private che intrattengono rapporti con il Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2017.”** e la conseguente proposta dell'Assessore Luca Barberini

- a) del parere favorevole di regolarità tecnica e amministrativa reso dal responsabile del procedimento;
- b) del parere favorevole sotto il profilo della legittimità espresso dal Dirigente competente;
- c) del parere favorevole del Direttore in merito alla coerenza dell'atto proposto con gli indirizzi e gli obiettivi assegnati alla Direzione stessa;

Vista la Legge Regionale 1 febbraio 2005, n. 2 e la normativa attuativa della stessa;

Visto il Regolamento interno di questa Giunta;

Visto il D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i di *“Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”*;

Richiamato l'art. 8-quinquies, comma 1, del citato Decreto Legislativo n. 502/1992 che prevede in capo alle Regioni la definizione dell'ambito di applicazione degli accordi contrattuali e l'individuazione dei soggetti interessati;

Richiamato altresì l'art. 8-sexies il quale definisce i criteri di remunerazione delle strutture che erogano assistenza ospedaliera e ambulatoriale a carico del Servizio Sanitario Nazionale;

Richiamato inoltre il comma 1-bis, dell' art. 8-sexies il quale prevede che il valore complessivo della remunerazione delle funzioni non possa in ogni caso superare il 30 per cento del limite di remunerazione assegnato;

Richiamato l'art. 1, comma 796, lett. t) della Legge 27.12.2006, n. 296 e s.m.i il quale dispone che: *“le Regioni provvedono ad adottare provvedimenti finalizzati a garantire che dal 1° gennaio 2011 cessino gli accreditamenti provvisori delle strutture private ospedaliere e ambulatoriali, di cui all'articolo 8-quater, comma 7, del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, non confermati dagli accreditamenti definitivi di cui all'articolo 8-quater, comma 1, del medesimo Decreto Legislativo n. 502 del 1992; le Regioni provvedono ad adottare provvedimenti finalizzati a garantire che dal 31 ottobre 2014 cessino gli accreditamenti provvisori di tutte le altre strutture sanitarie e socio-sanitarie private, nonché degli stabilimenti termali come individuati dalla Legge 24 ottobre 2000, n. 323, non confermati dagli accreditamenti definitivi di cui all'articolo 8-quater, comma 1, del Decreto Legislativo n. 502 del 1992...(omissis)...”*;

Vista la Determinazione Dirigenziale n. 626 del 04.02.2016 recante *“Rinnovo dell'Accreditamento Istituzionale alla “Casa di Cura Villa Fiorita s.r.l.” sita nel comune di Perugia, ai sensi dell'art.8-quater del D. Lgs. 502/92.”*;

Vista la Determinazione Dirigenziale n. 2037 del 03.03.2017 recante *“Rinnovo dell'Accreditamento Istituzionale alla “Casa di Cura Clinica Lami S.p.A.” sita nel comune di Perugia, ai sensi dell'art.8-quater del D. Lgs. 502/92.”*;

Vista la Determinazione Dirigenziale n. 2039 del 03.03.2017 recante *“Rinnovo dell'Accreditamento Istituzionale alla “Casa di Cura Liotti S.p.A.” sita nel comune di Perugia, ai sensi dell'art.8-quater del D. Lgs. 502/92.”*;

Vista la Determinazione Dirigenziale n. 2040 del 03.03.2017 recante *“Rinnovo dell'Accreditamento Istituzionale alla “Casa di Cura Porta Sole s.r.l.” sita nel comune di Perugia, ai sensi dell'art.8-quater del D. Lgs. 502/92.”*;

Vista la Determinazione Dirigenziale n. 3114 del 31.03.2017 recante *“Rinnovo dell'Accreditamento Istituzionale alla “Casa di Cura Villa Aurora S.p.A.”, sita nel comune di Foligno (PG), ai sensi dell'art.8-quater del D. Lgs. 502/92.”*;

Vista la Determinazione Dirigenziale n. 7371 del 16.9.2014 recante “Rilascio dell’Accreditamento Istituzionale all’Istituto di Riabilitazione S. Stefano s.r.l. – Unità Speciale Stati Vegetativi”, sito nel Comune di Foligno (PG), ai sensi dell’art.8- quater del D.Lgs. 502/92”;

Vista la Determinazione Dirigenziale n. 7701 del 24.09.2014 recante “Istituto di Riabilitazione S. Stefano S.r.l.: assenso all'autorizzazione alla realizzazione (trasformazione) della struttura autorizzata con D.D. n. 638 del 12.02.2013 da destinare a lungodegenza ospedaliera cod. 60 – stati vegetativi per n. 20 posti letto sita in Foligno (PG)”;

Vista la Determinazione Dirigenziale n. 9815 del 17.12.2015 recante “Ampliamento dell’Accreditamento Istituzionale, già rilasciato all’Istituto di Riabilitazione S. Stefano s.r.l. per l’Unità Speciale Stati Vegetativi con D.D. n. 7371/2014, per l’attività di Lungodegenza- stati vegetativi (cod. 60) sita nel comune di Foligno (PG)”;

Vista la Determinazione 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.”;

Vista la Legge 11 dicembre 2016, n. 232 recante “Bilancio di previsione dello Stato per l’anno finanziario 2017 e bilancio pluriennale per il triennio 2017-2019” pubblicata sulla G.U. n. 297 del 21.12.2016 (Supplemento Ordinario n. 57);

Richiamati i commi 398 e 399 della suddetta Legge ai sensi dei quali a decorrere dall’anno 2017:

- il tetto della spesa farmaceutica ospedaliera di cui all’articolo 5, comma 5 del Decreto-legge 1 ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla Legge 29 novembre 2007, n. 222, è calcolato a lordo della spesa per i farmaci di classe A in distribuzione diretta e distribuzione per conto, ed è rideterminato nella misura del 6,89%. Conseguentemente, il tetto della spesa farmaceutica ospedaliera assume la denominazione di «tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti»;
- il tetto della spesa farmaceutica territoriale, di cui all’articolo 5 del Decreto-legge 1 ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla Legge 29 novembre 2007, n. 222, è rideterminato nella misura del 7,96% per cento. Conseguentemente, il tetto della spesa farmaceutica territoriale assume la denominazione di «tetto della spesa farmaceutica convenzionata»;

Richiamato il comma 400 della Legge n. 232/2016 il quale ha stabilito che a decorrere dal 1 gennaio 2017 nello stato di previsione del Ministero della salute è istituito un Fondo per il concorso al rimborso alle regioni per l’acquisto dei medicinali innovativi, con una dotazione di 500 milioni di euro annui;

Richiamato altresì il comma 401 ai sensi del quale a decorrere dal 1 gennaio 2017 nello stato di previsione del Ministero della salute è istituito un Fondo per il concorso al rimborso alle regioni per l’acquisto dei medicinali oncologici innovativi, con una dotazione di 500 milioni di euro annui;

Considerato che con determinazione del Direttore generale dell’Agenzia italiana del farmaco (AIFA), previo parere della Commissione consultiva tecnico-scientifica, da adottare entro il 31 marzo 2017, dovevano essere stabiliti i criteri per la classificazione dei farmaci innovativi e a innovatività condizionata e dei farmaci oncologici innovativi, le modalità per la valutazione degli effetti dei predetti farmaci ai fini della permanenza del requisito di innovatività e le modalità per la eventuale riduzione del prezzo di rimborso a carico del Servizio sanitario nazionale;

Vista la Determina dell’Agenzia italiana del farmaco n. 519 del 31 marzo 2017 recante “Criteri per la classificazione dei farmaci innovativi e dei farmaci oncologici innovativi”, pubblicata nella GU n. 80 del 5 aprile 2017;

Considerato che in data 26.06.2017 l’AIFA ha reso disponibili gli elenchi dei farmaci innovativi che accedono ai fondi previsti mediante comunicato pubblicato sul proprio sito istituzionale;

Richiamato il Decreto Legge del 24 aprile 2017 n. 50, pubblicato sulla G.U. n. 95 del 24.04.2017, recante “Disposizioni urgenti in materia finanziaria, iniziative a favore degli enti territoriali, ulteriori interventi per le zone colpite da eventi sismici e misure di sviluppo” che ha introdotto il comma 402 bis ai sensi del quale i farmaci, ivi compresi quelli oncologici per i quali è stato riconosciuto, da parte dell’AIFA, il possesso del requisito dell’innovatività condizionata, sono inseriti esclusivamente nei prontuari terapeutici regionali e non accedono alle risorse di cui ai Fondi previsti ai commi 400 e 401;

Considerato che ai sensi dei commi 405 e 406 della Legge n. 232/2016 le risorse di cui ai suddetti Fondi sono versate in favore delle regioni in proporzione alla spesa sostenuta dalle regioni medesime secondo le modalità individuate con apposito Decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e che la spesa per l'acquisto dei farmaci innovativi e dei farmaci oncologici innovativi concorre al raggiungimento del tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti di cui al comma 398 per l'ammontare eccedente annualmente l'importo di ciascuno dei suddetti Fondi;

Visto il D.M. 9 ottobre 2015 recante: "Rimborso alle Regioni per l'acquisto dei farmaci innovativi";

Visto l'art. 21 del Decreto Legge 24.06.2016, n. 113 recante "Misure di governo della spesa farmaceutica e di efficientamento dell'azione dell'Agenzia italiana del farmaco";

Richiamato altresì l'art. 15, comma 14 Legge 135/2012, così come integrato dal comma 574 della Legge 28.12.2015, n. 208 recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di stabilità 2016)" il quale dispone che ai contratti e agli accordi vigenti per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, si applica una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi d'acquisto in misura determinata dalla Regione o dalla Provincia autonoma, tale da ridurre la spesa complessiva annua, rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011 del 2% a decorrere dall'anno 2014;

Considerato l'articolo 9-quater, comma 7, del Decreto-Legge 19.6.2015, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla Legge 6.8.2015, n. 125;

Vista la DGR n.1084 del 22.09.2015 recante "Efficientamento della spesa sanitaria – Misure di indirizzo alla Aziende Sanitarie Regionali circa l'applicazione degli art. 9 e ss. della Legge 6 agosto 2015, n.125";

Visto il Decreto Ministeriale 18.10.2012, pubblicato nel Supplemento Ordinario n. 8 della Gazzetta Ufficiale n. 23 del 28.01.2013, recante: "*Remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale*";

Richiamate le Deliberazioni di Giunta Regionale n. 957 del 4.9.2013 e n. 1599 del 30.12.2013 di recepimento del tariffario nazionale di cui al sopra richiamato DM 18.10.2012;

Visto il Decreto Ministeriale 2.4.2015, n. 70 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 127 del 04.06.2015, avente ad oggetto: "*Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*";

Considerato che il suddetto Decreto stabiliva che: *...omissis "fermo restando che 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"*;

Preso atto inoltre che lo stesso Decreto stabiliva 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 inferiori a 60 posti letto per acuti, ad esclusione delle strutture monospecialistiche per le quali è fatta salva la valutazione regionale dei singoli contesti;

Considerato altresì la previsione secondo cui gli eventuali processi di rimodulazione delle specialità delle strutture accreditate sarebbero stati effettuati in base alle esigenze di programmazione regionale. Conseguentemente, dal 1° luglio 2015, non potevano essere sottoscritti contratti con strutture accreditate con meno di 40 posti letto per acuti;

Considerato altresì che con specifica Intesa in Conferenza Stato-regioni, da sottoscrivere entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del sopra richiamato Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, dovevano essere individuati gli elenchi relativi alle strutture monospecialistiche e alle strutture dotate di discipline complementari, ivi ricomprese le relative soglie di accreditabilità e di sottoscrivibilità dei contratti, nonché le attività affini e complementari relativi all'assistenza sanitaria ospedaliera per acuti;

Preso atto che non risulta approvata a tutt'oggi l'Intesa di cui sopra con la quale dovevano essere individuati gli elenchi relativi alle strutture monospecialistiche e alle strutture dotate di discipline complementari;

Richiamata la DGR n. 829 del 06.07.2015 recante: *“Decreto del Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70. Determinazioni”*;

Considerato che con la citata Deliberazione n. 829/2015 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”*;

Considerato inoltre che il Decreto Ministeriale n. 70/2015 al punto 2.5 dell'Allegato 1 ha poi stabilito che *“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”*.

Vista la 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”* con la quale è stata recepita l'istanza presentata dalla Casa di cura Clinica Lami Spa in data 30.12.2014 per il formale riconoscimento della propria natura di casa di cura ad indirizzo monospecialistico ortopedico per 54 posti letto per acuti (di cui 4 privati) oltre all'attività di riabilitazione per 15 posti letto;

Vista la 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.”* con la quale è stata recepita l'istanza presentata dalla Casa di cura Villa Fiorita in data 19.03.2015 per il formale riconoscimento della propria natura di casa di cura ad indirizzo monospecialistico ortopedico per 40 posti letto per acuti oltre all'attività di riabilitazione per 10 posti letto;

Considerato che la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, di assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie viene effettuata ai sensi del D.M.18 ottobre 2012;

Vista la DGR n. 1298 del 14/11/2016 avente ad oggetto *“Indirizzi vincolanti alle Aziende Sanitarie per la predisposizione del Bilancio di previsione per l'esercizio 2017”*;

Richiamata la nota PEC protocollo n. 0260015 del 15.12.2016 del Direttore regionale alla “Salute, Welfare. Organizzazione e Risorse Umane” con la quale, facendo seguito agli approfondimenti tecnici effettuati dalla competente struttura regionale con i referenti delle Aziende USL si trasmetteva la nuova Tabella n. 2 – Mobilità intraregionale anno 2017;

Visti gli esiti delle riunioni tenutesi presso la Regione in data 3.1.2017 e 20.1.2017, alle quali hanno preso parte il Direttore regionale alla “Salute, Welfare. Organizzazione e Risorse Umane”, i rappresentanti delle Case di Cura private e delle Aziende USL regionali, nel corso delle quali è emersa, tra l'altro, la necessità di una gestione unitaria dei tetti massimi previsti per i cittadini residenti nel territorio regionale;

Vista la Legge Regionale n. 18/2012 e s.m.i. (Ordinamento del Servizio Sanitario regionale) consolidata nella Legge Regionale 9 aprile 2015, n. 11 “Testo unico in materia di Sanità e Servizi sociali”;

Vista la Legge Regionale 17 agosto 2016, n. 10 recante “Modificazioni ed integrazioni alla Legge regionale 9 aprile 2015, n. 11 (Testo unico in materia di Sanità e Servizi sociali) e alla Legge regionale 30 marzo 2015, n. 8 (Disposizioni collegate alla manovra di bilancio 2015 in materia di entrate e di spese - Modificazioni ed integrazioni di leggi regionali)”;

Richiamata la DGR n. 970 del 30.07.2012 avente ad oggetto: *“Misure di riordino e razionalizzazione dei Servizi del Sistema Sanitario Regionale di cui alla DGR n. 609/2012. Adozione e provvedimenti conseguenti”*;

Vista la DGR n. 1344 del 02.12.2013 recante *“Riorganizzazione area materno infantile e razionalizzazione della rete dei punti nascita della Regione Umbria”*;

Richiamata la DGR n. 1040 del 04.08.2014 recante: *“Riorganizzazione della rete regionale dei punti nascita ed approvazione dei protocolli interaziendali di attuazione della DGR n. 1344/2013.”*;

Richiamata la DGR n. 914 del 21.07.2014 con oggetto: *“Linee di indirizzo per la gestione della malnutrizione”*;

Richiamata la DGR n. 528 del 20.04.2015 in ordine al Protocollo generale d’Intesa fra Regione Umbria e Università degli Studi di Perugia;

Richiamata la DGR n. 945 del 3.08.2015 con oggetto: *“Riorganizzazione della rete dei punti nascita regionali ai sensi dell’Accordo del 16 dicembre 2010 ed approvazione protocolli interaziendali di attuazione”*;

Richiamata la DGR n. 1591 del 21.12.2015 recante *“Riorganizzazione della rete dei punti nascita regionali ai sensi dell’Accordo del 16 dicembre 2010 ed approvazione relazioni delle Aziende sanitarie territoriali sullo stato di avanzamento degli adempimenti”*;

Richiamata la DGR n. 55 del 25.01.2016 con oggetto *“Linee di indirizzo alle aziende sanitarie regionali per la istituzione dei centri di senologia (breast unit), la definizione dei requisiti organizzativi ed assistenziali degli stessi e contestuale recepimento del documento tecnico di cui all’intesa stato regione Rep.n.144/CSR del 30 Ottobre 2014 e delle linee di indirizzo di cui all’intesa stato regioni ep.n.185/CSR del 18 Dicembre 2014”*;

Richiamata la DGR n. 212 del 29.02.2016 con oggetto *“Provvedimento generale di programmazione di adeguamento della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati (pubblici e privati) ed effettivamente a carico del Servizio Sanitario regionale” attuativo del Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera (D.M. 2 Aprile 2015, n. 70); Adozione”*;

Richiamata la DGR n. 705 del 27.06.2016 avente ad oggetto *“Aggiornamento accordo regionale per la disciplina dei rapporti con le farmacie pubbliche e private ai sensi dell’art. 8, comma 2, del D.Lgs 502/92 e s.m.i.”*;

Vista la legge regionale 28 febbraio 2000, n. 13;

Vista L.R. 28/12/2016, n. 17 *“Bilancio di previsione della Regione Umbria 2017-2019”*;

Vista DGR 1573 del 28/12/2016: *“Approvazione del Documento Tecnico di accompagnamento al Bilancio di previsione 2017-2019 di cui all’articolo 39, comma 10 del D.Lgs. 118/2011 e ss.mm.ii..”*;

Vista DGR 1574 del 28/12/2016: *“Approvazione Bilancio finanziario gestionale di previsione 2017-2019 ai sensi dell’art. 39, comma 10 del D.Lgs. 118/2011 e s.m.i..”*;

Vista la d.g.r. 7 dicembre 2005, n. 2109 che ha attivato la contabilità analitica ex art. 94 e 97 della l.r. n. 13/2000;

Vista la d.g.r. 21 dicembre 2015 n. 1541 avente ad oggetto *“D.lgs. 118/2011- Adeguamento del sistema di rilevazioni della contabilità economico- patrimoniale ed analitica”*;

A voti unanimi espressi nei modi di legge,

DELIBERA

per le motivazioni contenute nel documento istruttorio che è parte integrante e sostanziale della presente deliberazione

- 1) di approvare gli indirizzi e i criteri per la stipula, per l'anno 2017, degli accordi contrattuali tra le Aziende U.S.L. e gli erogatori di prestazioni sia pubblici che privati, nel rispetto delle linee guida di cui agli Allegati n. 1 e n. 2, che costituiscono parti integranti e sostanziali della presente deliberazione;
- 2) di disporre che la stipula accordi e dei contratti dovrà prevedere, oltre ai volumi di attività previsti alle Tabelle n. 4, n. 5, n. 6 e n. 7 dell'Allegato n. 1, che vengano definiti specifici programmi di appropriatezza clinica, anche con riferimento a qualità ed esiti delle cure;
- 3) di disporre che i volumi finanziari massimi previsti per i residenti nella Regione nella Tabella n. 6 siano relativi a prestazioni erogate in favore di tutti i cittadini umbri, indipendentemente dall'Azienda USL di residenza; ogni cittadino potrà pertanto recarsi presso ciascuna Casa di Cura privata, fino a concorrenza del tetto stabilito;
- 4) di incaricare l'Azienda USL sul cui territorio insiste la Casa di Cura Privata alla stipula e alla gestione del contratto con la medesima, fermo restando il rispetto a livello regionale dei tetti di spesa previsti dalla vigente normativa. A tal fine il legale rappresentante dell'altra Azienda USL è tenuto a fornire all'Azienda USL che contrattualizza specifica certificazione per singola struttura privata in ordine al corrispondente tetto di spesa derivante dall'applicazione della vigente normativa e riferito all'anno 2011, oltre all'attestazione del volume finanziario delle prestazioni erogate al 31.07.2017;
- 5) di dare mandato alle Aziende USL regionali di provvedere, entro il 31 marzo dell'anno successivo a quello di riferimento, al conguaglio dei costi di rispettiva competenza, nel rispetto del tetto massimo programmato;
- 6) di prevedere, limitatamente a questo primo anno di attuazione, un'applicazione flessibile dei volumi finanziari intra ed extra regionali, nel rispetto dei volumi massimi complessivi di cui alla Tabella n. 6;
- 7) di stabilire, con riferimento al precedente punto 6), che le Case di Cura dovranno comunque assicurare l'obiettivo minimo di prestazioni in favore di cittadini residenti nella Regione riportato nella Tabella n. 7 – colonna B, allegata alla presente quale parte integrante e sostanziale;
- 8) di prevedere, anche per le altre strutture private con le quali le Aziende Sanitarie stipulano contratti per l'erogazione di prestazioni di assistenza specialistica, il libero accesso dei cittadini umbri nelle strutture del territorio regionale, nel rispetto dei limiti finanziari previsti dalle vigenti normative e con le modalità previste ai precedenti punti 4) e 5);
- 9) di individuare, per l'anno 2017, i tetti relativi alla spesa farmaceutica riportati nel suddetto Allegato n.1 e determinati secondo quanto previsto dalla Legge 11 dicembre 2016, n. 232;
- 10) di impegnare i Direttori Generali a stipulare accordi entro il 31 ottobre 2017, prevedendo, soprattutto tra Azienda USL e Azienda Ospedaliera di riferimento, che, oltre ai volumi di attività previsti, vengano definiti:
 - a. programmi interaziendali di appropriatezza clinica e organizzativa, anche in attuazione della D.G.R. n. 970/2012;
 - b. attività a valenza interaziendale attuative della D.G.R. n. 528/2015;
 - c. protocolli operativi integrati relativi alla riorganizzazione dell'area materno-infantile, in applicazione alle DD.G.R. n. 1344/2013, n. 1040/2014, n. 945 del 3.08.2015, e n. 1591 del 21.12.2015;

- 11) di dare mandato alla Direzione regionale Salute, Welfare. Organizzazione e Risorse Umane di monitorare l'attività di contrattazione anche al fine di apportare le eventuali modifiche che si dovessero rendere necessarie nel corso della definizione degli accordi stessi;
- 12) di disporre che, in relazione all'esigenza di monitoraggio delle attività di contrattazione da parte della Direzione regionale Salute, Welfare. Organizzazione e Risorse Umane, le Aziende sono tenute alla trasmissione di tutti gli accordi/contratti sottoscritti;
- 13) di notificare il presente atto alle Direzioni aziendali e alle Case di Cura private interessate.

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Oggetto: Linee guida per la stipula degli accordi contrattuali tra le strutture erogatrici pubbliche e tra le Aziende USL e le strutture private che intrattengono rapporti con il Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2017.

Il Decreto Legislativo n. 502/92 e successive modifiche, con riferimento al meccanismo di finanziamento del Servizio Sanitario regionale, prevede che la regolamentazione dell'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie per conto e a carico del S.S.R., da parte delle strutture erogatrici pubbliche e delle strutture private, avvenga attraverso la stipula di appositi accordi contrattuali.

In particolare, l'art. 8-quinquies affida alla Regione il compito di definire l'ambito di applicazione degli accordi contrattuali nonché di individuare i soggetti interessati e stabilisce gli elementi che devono essere oggetto di contrattazione.

L'art. 8-sexies definisce inoltre i criteri di remunerazione delle strutture che erogano assistenza ospedaliera e ambulatoriale a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

Il comma 1-bis dello stesso art. 8-sexies, introdotto dalla Legge n. 135/2012, prevede che il valore complessivo della remunerazione delle funzioni contemplate per le Aziende Ospedaliere non possa in ogni caso superare il 30 per cento del limite di remunerazione assegnato.

Il sistema di finanziamento delle strutture che erogano assistenza ospedaliera e ambulatoriale a carico del Servizio Sanitario Nazionale, ai sensi della sopra citata normativa, è basato su un ammontare globale predefinito, indicato in appositi accordi contrattuali e determinato in base alle funzioni assistenziali e alle attività svolte. Tale sistema prevede, per le Aziende U.S.L. che fanno fronte al bisogno sanitario con offerta propria o con offerta contrattata con altre strutture pubbliche e/o private, il fabbisogno sanitario standard in base al costo standard e alla popolazione residente (pesata secondo determinati coefficienti che tengono conto del diverso assorbimento di risorse) e per le Aziende Ospedaliere, oltre all'assegnazione di una quota a mandato per specifiche attività, la stipula di accordi con le Aziende U.S.L. per la definizione dei volumi di attività che vengono remunerati a prestazione sulla base delle tariffe vigenti. Tali sistemi di finanziamento, basati sul bisogno di assistenza e sui livelli di produzione, consentono alla Regione di guidare i comportamenti delle Aziende verso livelli più elevati di efficacia, efficienza ed appropriatezza, nel quadro delle compatibilità economico-finanziarie del sistema.

La Legge 11 dicembre 2016, n. 232 recante "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2017 e bilancio pluriennale per il triennio 2017-2019" pubblicata sulla G.U. n. 297 del 21.12.2016 (Supplemento Ordinario n. 57) è intervenuta sul livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard, sui tetti della spesa farmaceutica e sui farmaci innovativi.

In particolare, il comma 392 dell'art. 1 della suddetta Legge ha previsto che per l'anno 2017 il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato, indicato dall'intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano dell'11 febbraio 2016 (Rep. Atti n. 21/CSR), in attuazione dell'articolo 1, comma 680, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, sia rideterminato in 113.000 milioni di euro.

Il successivo comma 393 ha stabilito che a decorrere dall'anno 2017 una quota del livello di cui sopra, pari a 1.000 milioni di euro, sia destinata a particolari finalità (commi 400, 401, 408 e 409).

In tema di tetti della spesa farmaceutica, i commi 398 e 399 hanno previsto che a decorrere dall'anno 2017:

- il tetto della spesa farmaceutica ospedaliera di cui all'articolo 5, comma 5 del Decreto-legge 1 ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla Legge 29 novembre 2007, n. 222, sia calcolato al lordo della spesa per i farmaci di classe A indistribuzione diretta e distribuzione per conto, e sia rideterminato nella misura del 6,89%. Conseguentemente, il tetto della spesa farmaceutica ospedaliera assume la denominazione di «tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti»;
- il tetto della spesa farmaceutica territoriale, di cui all'articolo 5 del Decreto-legge 1 ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla Legge 29 novembre 2007, n. 222, sia rideterminato nella misura del 7,96% per cento. Conseguentemente, il tetto della spesa farmaceutica territoriale assume la denominazione di «tetto della spesa farmaceutica convenzionata»;

Con riferimento ai Farmaci innovativi il comma 400 ha stabilito che a decorrere dal 1 gennaio 2017 nello stato di previsione del Ministero della Salute sia istituito un Fondo per il concorso al rimborso alle regioni per l'acquisto dei medicinali innovativi, con una dotazione di 500 milioni di euro annui, finanziato per l'anno 2017 per 325 milioni di euro mediante l'incremento di risorse previsto dal comma 393 e per 175 milioni di euro mediante utilizzo delle risorse destinate alla realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale. Inoltre, il comma 401 ha disposto che a decorrere dal 1 gennaio 2017 nello stato di previsione del Ministero della Salute sia istituito un Fondo per il concorso al rimborso alle regioni per l'acquisto dei medicinali oncologici innovativi, con una dotazione di 500 milioni di euro annui, a valere sulle risorse del finanziamento complessivo (comma 393). Con determinazione del direttore generale dell'Agenzia italiana del farmaco (AIFA), previo parere della Commissione consultiva tecnico-scientifica, da adottare entro il 31 marzo 2017, dovevano essere stabiliti i criteri per la classificazione dei farmaci innovativi e a innovatività condizionata e dei farmaci oncologici innovativi, le modalità per la valutazione degli effetti dei predetti farmaci ai fini della permanenza del requisito di innovatività e le procedure per la eventuale riduzione del prezzo di rimborso a carico del Servizio sanitario nazionale.

L'Agenzia Italiana del Farmaco a tal fine ha adottato la Determina n. 519 del 31 marzo 2017 recante "Criteri per la classificazione dei farmaci innovativi e dei farmaci oncologici innovativi", pubblicata nella GU n. 80 del 5 aprile 2017, 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.

Inoltre, il Decreto Legge del 24 aprile 2017 n. 50, pubblicato sulla G.U. n. 95 del 24.04.2017, recante "Disposizioni urgenti in materia finanziaria, iniziative a favore degli enti territoriali, ulteriori interventi per le zone colpite da eventi sismici e misure di sviluppo" ha introdotto il comma 402 bis ai sensi del quale i farmaci, ivi compresi quelli oncologici per i quali è stato riconosciuto, da parte dell'AIFA, il possesso del requisito dell'innovatività condizionata, sono inseriti esclusivamente nei prontuari terapeutici regionali e non accedono alle risorse di cui ai citati Fondi.

Le risorse di cui ai suddetti Fondi sono versate in favore delle regioni in proporzione alla spesa sostenuta dalle stesse secondo le modalità individuate con apposito decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano; la spesa per l'acquisto dei farmaci innovativi e dei farmaci oncologici innovativi concorre pertanto al raggiungimento del tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti per l'ammontare eccedente annualmente l'importo di ciascuno dei suddetti Fondi.

Si richiamano inoltre:

- l'art. 15, comma 14 della Legge 135/2012, così come integrato dal comma 574 della Legge 28.12.2015, n. 208 (Legge di Stabilità 2016) ha stabilito che ai contratti e agli accordi vigenti nell'esercizio 2012, per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, si applicasse una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi d'acquisto in misura determinata dalla Regione o dalla Provincia autonoma, tale da ridurre la spesa complessiva annua, rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011 del 2% a decorrere dall'anno 2014;
- l'articolo 9-quater, comma 7, del Decreto-Legge 19.6.2015, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla Legge 6.8.2015, n. 125, aveva stabilito che per l'anno 2015 le Regioni o gli enti del SSN rideterminassero il valore dei contratti con gli erogatori privati accreditati delle prestazioni di specialistica ambulatoriale in modo da ridurre la spesa per l'assistenza specialistica ambulatoriale complessiva annua da privato accreditato, di almeno l'1% del valore complessivo della relativa spesa consuntivata per l'anno 2014;
- la Deliberazione di Giunta Regionale n. 1084 del 22.09.2015 recante "Efficientamento della spesa sanitaria – Misure di indirizzo alla Aziende Sanitarie Regionali circa l'applicazione degli art. 9 e ss. della Legge 6 agosto 2015, n.125".

Inoltre, il DM Salute del 9 dicembre 2015 reca: *"Condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale"*.

Il Decreto 2 aprile 2015, n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici", al punto 2.5 dell'Allegato n. 1 ha 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"*.

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"*.

Il Decreto Ministeriale n. 70/2015 al punto 2.5 dell'Allegato 1 ha poi stabilito che *"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”.

Preso atto che la specifica Intesa di cui al punto precedente non risulta 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 in data 30.12.2014 per il formale riconoscimento della propria natura di casa di cura ad indirizzo monospecialistico ortopedico per 54 posti letto per acuti (di cui 4 privati) oltre all'attività di riabilitazione per 15 posti letto.

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 in data 19.03.2015 per il formale riconoscimento della propria natura di casa di cura ad indirizzo monospecialistico ortopedico per 40 posti letto per acuti oltre all'attività di riabilitazione per 10 posti letto.

Infine, l'art. 1, comma 796, lett. t) della Legge 27.12.2006, n. 296 e s.m.i dispone che: *“le Regioni provvedono ad adottare provvedimenti finalizzati a garantire che dal 1° gennaio 2011 cessino gli accreditamenti provvisori delle strutture private ospedaliere e ambulatoriali, di cui all'articolo 8-quater, comma 7, del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, non confermati dagli accreditamenti definitivi di cui all'articolo 8-quater, comma 1, del medesimo Decreto Legislativo n. 502 del 1992; le Regioni provvedono ad adottare provvedimenti finalizzati a garantire che dal 31 ottobre 2014 cessino gli accreditamenti provvisori di tutte le altre strutture sanitarie e socio-sanitarie private, nonché degli stabilimenti termali come individuati dalla Legge 24 ottobre 2000, n. 323, non confermati dagli accreditamenti definitivi di cui all'articolo 8-quater, comma 1, del Decreto Legislativo n. 502 del 1992...(omissis)...”.*

Come più volte rilevato, si ritiene che l'attuale programmazione debba porre particolare attenzione al fenomeno della “fuga” dei residenti verso strutture private extraregionali, fenomeno che comporta un considerevole aggravio di costi economici e sociali.

Relativamente all'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera dalle strutture private, a seguito di varie riunioni organizzate presso l'Assessorato regionale alla Salute e Welfare, cui hanno preso parte, oltre al Direttore regionale alla “Salute, Welfare. Organizzazione e Risorse Umane”, i rappresentanti delle Case di Cura private e delle Aziende USL, si è condivisa l'opportunità di costituire un apposito Tavolo tecnico per procedere all'analisi delle prestazioni erogate dalle strutture stesse per conto del Servizio Sanitario regionale e alla ridefinizione dei fabbisogni, con l'obiettivo di recupero della mobilità passiva interregionale, avendo a riferimento i parametri relativi a volumi ed esiti delle cure di cui al DM 70/2015.

La necessità di contenimento della mobilità passiva extra-regionale costituisce un'esigenza emersa anche all'interno della Commissione Salute; pertanto, si ritiene di dover perseguire il recupero della mobilità passiva extra-regionale, anche attraverso un uso più flessibile dei volumi finanziari massimi tra budget regionale ed extra-regionale, nel rispetto dei parametri previsti dalla vigente normativa. L'attività riconosciuta alle Case di Cura private dovrà anche tener conto dell'incremento di prestazioni da queste erogate relativamente alle discipline per le quali si sono registrati significativi indici di fuga, al fine di qualificare l'attività svolta da tali strutture a carico del SSN e di modificare il setting assistenziale con riferimento alle prestazioni transitate al regime ambulatoriale.

Da ultimo si rappresenta che, nel corso di alcune riunioni tenutesi in data 3.1.2017 e 20.01.2017 alle quali hanno partecipato, tra l'altro, il Direttore regionale alla “Salute, Welfare. Organizzazione e Risorse Umane”, i rappresentanti delle Case di Cura private e delle Aziende USL regionali è emersa anche la necessità di una gestione unitaria dei tetti massimi previsti per i cittadini residenti nel territorio regionale.

In riferimento alle strutture ospedaliere private accreditate si ritiene necessario esplicitare 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 Determinazione Dirigenziale n. 7701 del 24.09.2014 è stato inoltre disposto assenso all'autorizzazione alla trasformazione di ulteriori 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 Determinazione Dirigenziale n. 9815 del 17.12.2015 è stato previsto l'ampliamento dell'Accreditamento Istituzionale, già rilasciato all'Istituto di Riabilitazione S. Stefano s.r.l. con la precedente DD n. 7371/2014, per l'attività di struttura destinata a lungodegenza ospedaliera cod. 60 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 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.", considerato che la Struttura ha comunicato che il servizio non era stato attivato, 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 medesima Determinazione è stato poi 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 altresì stabilito che la sospensione dell'Accreditamento avrebbe comunque consentito alle Aziende sanitarie regionali di stipulare accordi convenzionali con la struttura interessata per le prestazioni oggetto della sospensiva, a condizione che l'accordo prevedesse la decadenza del medesimo in caso di mancato riavvio del procedimento. Con DGR n. 1298 del 14.11.2016 recante "Indirizzi vincolanti alle Aziende Sanitarie per la predisposizione del Bilancio di previsione per l'esercizio 2017" la Giunta Regionale aveva stabilito, in linea di continuità con quanto previsto per l'esercizio 2016, un volume finanziario massimo anche per tale struttura. Allo stato attuale, per effetto di quanto sopra riportato, considerato che i termini previsti risultano decorsi, si prevede di sopprimere il global budget nei confronti dell'Istituto S. Stefano s.r.l., fatti salvi gli effetti nel frattempo prodotti dai provvedimenti sopra descritti.

Con riferimento all'erogazione diretta dei farmaci da parte di Aziende e Presidi Ospedalieri, si ritiene opportuno confermare il già avviato percorso di corresponsabilizzazione tra la struttura che prescrive e l'Azienda che sostiene effettivamente il costo.

Alla luce del quadro sopra descritto, si rende necessario aggiornare i volumi finanziari massimi degli scambi per mobilità intraregionale tra le Aziende Sanitarie, tra queste e le Case di Cura private nonché quelli relativi alla mobilità extraregionale sulla base dell'andamento dei flussi di attività, in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 8-sexies del citato D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i. e dal DM n. 70/2015.

Inoltre, al fine di rafforzare l'azione di contenimento delle liste di attesa, relativamente all'acquisto di prestazioni da privato, fermo restando i limiti previsti dalla normativa vigente ai quali si fa espresso rinvio, anche per l'anno 2017 si ritiene di dover favorire le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale con particolare riferimento ad ecografie, ecodoppler e mammografie.

Tutto ciò premesso si propone alla Giunta regionale:

- 1) di approvare gli indirizzi e i criteri per la stipula, per l'anno 2017, degli accordi contrattuali tra le Aziende U.S.L. e gli erogatori di prestazioni sia pubblici che privati, nel rispetto delle linee

guida di cui agli Allegati n. 1 e n. 2, che costituiscono parti integranti e sostanziali della presente deliberazione;

- 2) di disporre che la stipula accordi e dei contratti dovrà prevedere, oltre ai volumi di attività previsti alle Tabelle n. 4, n. 5, n. 6 e n. 7 dell'Allegato n. 1, che vengano definiti specifici programmi di appropriatezza clinica, anche con riferimento a qualità ed esiti delle cure;
- 3) di disporre che i volumi finanziari massimi previsti per i residenti nella Regione nella Tabella n. 6 siano relativi a prestazioni erogate in favore di tutti i cittadini umbri, indipendentemente dall'Azienda USL di residenza; ogni cittadino potrà pertanto recarsi presso ciascuna Casa di Cura privata, fino a concorrenza del tetto stabilito;
- 4) di incaricare l'Azienda USL sul cui territorio insiste la Casa di Cura Privata alla stipula e alla gestione del contratto con la medesima, fermo restando il rispetto a livello regionale dei tetti di spesa previsti dalla vigente normativa. A tal fine il legale rappresentante dell'altra Azienda USL è tenuto a fornire all'Azienda USL che contrattualizza specifica certificazione per singola struttura privata in ordine al corrispondente tetto di spesa derivante dall'applicazione della vigente normativa e riferito all'anno 2011, oltre all'attestazione del volume finanziario delle prestazioni erogate al 31.07.2017;
- 5) di dare mandato alle Aziende USL regionali di provvedere, entro il 31 marzo dell'anno successivo a quello di riferimento, al conguaglio dei costi di rispettiva competenza, nel rispetto del tetto massimo programmato;
- 6) di prevedere, limitatamente a questo primo anno di attuazione, un'applicazione flessibile dei volumi finanziari intra ed extra regionali, nel rispetto dei volumi massimi complessivi di cui alla Tabella n. 6;
- 7) di stabilire, con riferimento al precedente punto 6), che le Case di Cura dovranno comunque assicurare l'obiettivo minimo di prestazioni in favore di cittadini residenti nella Regione riportato nella Tabella n. 7 – colonna B, allegata alla presente quale parte integrante e sostanziale;
- 8) di prevedere, anche per le altre strutture private con le quali le Aziende Sanitarie stipulano contratti per l'erogazione di prestazioni di assistenza specialistica, il libero accesso dei cittadini umbri nelle strutture del territorio regionale, nel rispetto dei limiti finanziari previsti dalle vigenti normative e con le modalità previste ai precedenti punti 4) e 5);
- 9) di individuare, per l'anno 2017, i tetti relativi alla spesa farmaceutica riportati nel suddetto Allegato n.1 e determinati secondo quanto previsto dalla Legge 11 dicembre 2016, n. 232;
- 10) di impegnare i Direttori Generali a stipulare accordi entro il 31 ottobre 2017, prevedendo, soprattutto tra Azienda USL e Azienda Ospedaliera di riferimento, che, oltre ai volumi di attività previsti, vengano definiti:
 - a. programmi interaziendali di appropriatezza clinica e organizzativa, anche in attuazione della D.G.R. n. 970/2012;
 - b. attività a valenza interaziendale attuative della D.G.R. n. 528/2015;
 - c. protocolli operativi integrati relativi alla riorganizzazione dell'area materno-infantile, in applicazione alle DD.G.R. n. 1344/2013, n. 1040/2014, n. 945 del 3.08.2015, e n. 1591 del 21.12.2015;

- 11) di dare mandato alla Direzione regionale Salute, Welfare. Organizzazione e Risorse Umane di monitorare l'attività di contrattazione anche al fine di apportare le eventuali modifiche che si dovessero rendere necessarie nel corso della definizione degli accordi stessi;
- 12) di disporre che, in relazione all'esigenza di monitoraggio delle attività di contrattazione da parte della Direzione regionale Salute, Welfare. Organizzazione e Risorse Umane, le Aziende sono tenute alla trasmissione di tutti gli accordi/contratti sottoscritti;
- 13) di notificare il presente atto alle Direzioni aziendali e alle Case di Cura private interessate.

PARERE DI REGOLARITÀ TECNICA E AMMINISTRATIVA

Ai sensi del vigente Regolamento interno della Giunta: si esprime parere favorevole in ordine alla regolarità tecnica e amministrativa del procedimento e si trasmette al Dirigente per le determinazioni di competenza.

Perugia, lì 21/07/2017

Il responsabile del procedimento
Donatella Bosco

FIRMATO

Firma apposta digitalmente ai sensi
delle vigenti disposizioni di legge

PARERE DI LEGITTIMITÀ

Ai sensi del vigente Regolamento interno della Giunta;

Visto il documento istruttorio;

Atteso che sull'atto è stato espresso:

- il parere favorevole in ordine alla regolarità tecnica e amministrativa reso dal responsabile del procedimento;

-

Si esprime parere favorevole in merito alla legittimità dell'atto

Perugia, lì 21/07/2017

Il dirigente del Servizio
Programmazione economico-finanziaria
degli investimenti e controllo di gestione

delle aziende sanitarie

Milena Tomassini
Titolare

FIRMATO

Firma apposta digitalmente ai sensi
delle vigenti disposizioni di legge

PARERE DEL DIRETTORE

Il Direttore, ai sensi e per gli effetti degli artt. 6, l.r. n. 2/2005 e 13 del Regolamento approvato con Deliberazione di G.R., 25 gennaio 2006, n. 108:

- riscontrati i prescritti pareri del vigente Regolamento interno della Giunta,
 - verificata la coerenza dell'atto proposto con gli indirizzi e gli obiettivi assegnati alla Direzione,
- esprime parere favorevole alla sua approvazione.

Perugia, lì 24/07/2017

IL DIRETTORE
DIREZIONE REGIONALE SALUTE, WELFARE.
ORGANIZZAZIONE E RISORSE UMANE
- Walter Orlandi
Titolare

FIRMATO

Firma apposta digitalmente ai sensi
delle vigenti disposizioni di legge

PROPOSTA ASSESSORE

L'Assessore Luca Barberini ai sensi del vigente Regolamento della Giunta regionale,

propone

alla Giunta regionale l'adozione del presente atto

Perugia, lì 24/07/2017

Assessore Luca Barberini
Titolare

FIRMATO

Firma apposta digitalmente ai sensi
delle vigenti disposizioni di legge
