

Deliberazione della Giunta Regionale 26 gennaio 2018, n. 30-6425

Programmazione Sanitaria 2018. Definizione dei tetti di spesa provvisori per l'acquisto, da parte delle ASL, di prestazioni sanitarie da erogatori privati.

A relazione dell'Assessore Saitta:

Premesso che:

L'art. 8 bis, comma 1, del D.Lgs. 502/92 e s.m.i. prevede che le Regioni assicurano i livelli essenziali e uniformi di assistenza di cui all'articolo 1 del richiamato decreto, avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle Aziende unità sanitarie locali, delle Aziende ospedaliere, dalle Aziende universitarie e degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonché di soggetti accreditati ai sensi dell'art. 8-quater, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies

L'art. 8 quinquies del D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i., prevede che l'erogazione di prestazioni sanitarie per conto e a carico del Servizio Sanitario presuppone, previa verifica dei fabbisogni assistenziali, la fissazione di tetti di spesa compatibili con la programmazione economica e la stipulazione di specifici accordi/contratti sulla base di uno schema tipo approvato dalla Regione. Il comma 2 del medesimo articolo dispone che *"la regione e le unità sanitarie locali, anche attraverso valutazioni comparative della qualità e dei costi, definiscono accordi con le strutture pubbliche ed equiparate, comprese le aziende ospedaliero-universitarie, e stipulano contratti con quelle private e con i professionisti accreditati, anche mediante intese con le loro organizzazioni rappresentative a livello regionale"*.

In attuazione dell'art. 15, comma 13, lett. c) del D.L. n. 95/2012 - a seguito di un articolato processo di rideterminazione della rete ospedaliera, anche alla luce delle indicazioni contenute nel Decreto del Ministero della Salute n. 70/2015 con il quale è stato approvato il *"Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera"* - la Regione ha rivisto i fabbisogni di ricovero del SSR (DGR 19 novembre 2014, n. 1-600 e s.m.i.) e, con DGR 6 luglio 2015 n. 67-1716 e s.m.i., ha definito il fabbisogno ospedaliero da privato accreditato in termini di numero di posti letto, articolati per specialità, nonché quantificato i tetti di spesa massima sostenibile per il triennio 2014-2016 da contrattare con le Case di cura private e con i presidi ex artt. 42 e 43 della L. n. 833/78. Con detti provvedimenti è stata altresì quantificata la spesa massima prevista per la specialistica ambulatoriale erogata dai medesimi soggetti. Con questi provvedimenti è stata quantificata anche la spesa massima per la specialistica ambulatoriale erogata dalle Case cura e dai Presidi per un importo che si somma a quello stanziato per le strutture fornitrici di sole prestazioni ambulatoriali (DGR 27 Luglio 2016, n. 13-3731).

Con DGR n. 73-5504 del 3.8.2017 sono state approvate le nuove regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie di ricovero e di specialistica ambulatoriale da erogatori privati accreditati per le annualità 2017-2018-2019 nonché lo schema di contratto ed i tetti di spesa regionali ed aziendali per l'annualità 2017. Gli aspetti più innovativi introdotti dal citato provvedimento deliberativo possono esser riassunti come di seguito indicato:

- passaggio dall'attuale sistema di definizione dei limiti di spesa per singolo erogatore privato alla quantificazione del vincolo complessivo per ASL in corrispondenza della complessiva spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie per residenti da erogatori pubblici e privati;
- sviluppo della funzione di committenza delle AASSLL, a cui vengono attribuiti compiti di negoziazione dei fabbisogni, anche in termini di miglioramento dell'accessibilità dei

pazienti alle cure, nei limiti dei tetti di spesa dell'ASL di residenza e sulla base degli indirizzi definiti a livello regionale;

- assegnazione ad ogni ASL di residenza di due tetti di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie di ricovero (di cui, il primo, per le prestazioni di acuzie e, il secondo, per le prestazioni di post-acuzie) e di un ulteriore tetto di spesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale da privato accreditato per il consumo dei propri residenti;
- assegnazione, ad integrazione dei tetti di spesa di cui sopra, di risorse aggiuntive, con riguardo a talune ASL (ASL NO, ASL VCO e ASL AL), per finalità di negoziazione con strutture di diritto privato di prestazioni aggiuntive per il recupero della mobilità passiva fuori Regione, attraverso l'utilizzo di quota parte delle risorse accantonate in GSA nell'esercizio 2016. Sempre con finalità di riduzione della mobilità passiva fuori regione nel corso del triennio, è stata altresì vincolata una quota residua degli accantonamenti della GSA operati nell'esercizio 2016, pari a Euro 3.000.000 di cui euro 2.000.000 per l'anno 2018, da assegnare alle ASL di residenza con successivo provvedimento della Giunta regionale, a seguito di specifiche istruttorie aziendali;
- assegnazione agli erogatori accreditati di un valore annuale di riferimento definito in base al valore del budget 2016;
- introduzione nel sistema di meccanismi di concorrenzialità, al fine di favorire la libera scelta del cittadino del luogo di cura negli ambiti riconosciuti dalla normativa, e migliorare i livelli di efficienza della spesa e di qualità dell'assistenza erogata;
- definizione di meccanismi di regressione economica, differenziati per classi o tipologia di prestazioni o servizi atti, nel caso di eccedenze, a ricondurre il valore complessivo delle prestazioni erogate all'interno del vincolo di spesa dell'ASL di residenza;
- previsione di un'attività regionale di supporto alle AASSLL nella fase negoziale e di monitoraggio sull'applicazione degli indirizzi definiti, anche attraverso l'implementazione di strumenti informatici di analisi e di informazione sul fabbisogno contrattato e sulla produzione resa dai singoli erogatori.

Con successive DD 13 settembre 2017, n. 574, DD 15 novembre 2017 n. 671 e DD 917 del 28 dicembre 2017 sulla base del valore del budget assegnato con riguardo all'annualità 2016, sono stati definiti i valori di riferimento da assegnare a ciascuna Azienda Sanitaria locale per la fase di negoziazione di prestazioni sanitarie per residenti piemontesi con le Strutture private accreditate con il SSR, ubicate sul territorio di competenza.

Con la citata DGR n. 73-5504 del 3.8.2017, inoltre, si rinviava a successivi provvedimenti della Giunta regionale:

- la revisione del fabbisogno di p.l. di post acuzie territoriali (ivi compresi i p.l. di post acuzie psichiatriche) al fine di avviare il percorso di graduale riqualificazione dei p.l. di post-acuzie psichiatriche (lungodegenza psichiatrica, riabilitazione psichiatrica e CAVS psichiatrici) nonché di aggiornamento del fabbisogno di attività di continuità assistenziale – CAVS – e di, eventualmente, rivedere i requisiti organizzativi e le regole specifiche di finanziamento di tali tipologie assistenziali;
- la definizione, entro il 30.11.2017, dei tetti di spesa 2018-2019 di ciascuna Azienda Sanitaria Locale per l'acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori privati accreditati con il SSR;

Rilevato che:

- la definizione, per l'annualità 2018, dei tetti di spesa per ASL di residenza per l'acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori pubblici e privati presuppone una puntuale attività di verifica della produzione realizzata nel corso dell'annualità 2017, con specifico riguardo al dato della produzione remunerabile in applicazione delle nuove regole di appropriatezza e di

regressione definite dalla DGR n. 73-5504 del 3.8.2017, anche ai fini della definizione delle eventuali modalità di storicizzazione degli incrementi prodotti dalle singole Strutture rispetto ai valori di riferimento. Dette attività non potranno essere ultimate sino al momento della validazione dei relativi flussi informativi e del completamento delle attività di verifica di competenza regionale;

- con riferimento all'attività di post-acuzie ospedaliera (riabilitazione codici 56, 28 e 75; lungodegenza codice 60) risulta in via di perfezionamento il percorso di revisione finalizzato all'aggiornamento della dotazione di posti letto sull'intero territorio regionale, alla ridefinizione dei contenuti dei diversi livelli di assistenza e di riabilitazione domiciliare, all'identificazione del modello organizzativo-funzionale della rete nonché alla revisione delle tariffe. Nelle more della formalizzazione degli atti di cui sopra rimane pertanto vigente l'attuale organizzazione delle attività di post-acuzie ospedaliera;
- con specifico riguardo alle attività di ricovero neuropsichiatrico risulta tuttora in itinere il processo di riconversione e riqualificazione di tale tipologia assistenziali, che prevede, nell'arco massimo del triennio, di ricondurre i relativi posti letto all'ambito dell'assistenza territoriale;
- la DGR n. 73-5504 del 3.8.2017 ha disposto, a modifica della DGR 7 novembre 2016, n. 17-4167 in materia di regole applicabili ai ricoveri in regime di post-acuzie, che, nelle more dell'individuazione di specifici criteri di appropriatezza dei ricoveri in ambito riabilitativo, il criterio della percentuale massima del 20% della provenienza dal territorio non si applica ai pazienti candidabili ai ricoveri di riabilitazione affetti da alcool-farmaco dipendenza inviati dai Servizi per le Dipendenze, Servizi di Alcologia e dai Dipartimenti di Salute Mentale delle ASL poiché tali attività corrispondono alle previsioni del DPCM del 12 gennaio 2017 (nuovi Livelli Essenziali di Assistenza) in materia di tutela delle persone dipendenti da alcool. Si ritiene necessario, con il presente provvedimento, estendere tale indicazione anche ai pazienti ricoverati per attività di *“riabilitazione nutrizionale”*, data la peculiarità delle caratteristiche dei pazienti stessi (spesso affetti da disturbi del comportamento alimentare) e della loro presa in carico ed in linea con quanto previsto relativamente al *“cambio di setting terapeutico”* nel documento recante *“Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione”* oggetto di Accordo Stato-Regioni in data 22 giugno 2017, in corso di recepimento.

Ciò premesso, tenuto conto dell'esigenza di garantire senza soluzione di continuità l'erogazione delle prestazioni sanitarie a favore del SSR nel more del completamento delle attività di cui all'alinea precedente, si ritiene, con il presente atto:

1. di demandare a successivo provvedimento deliberativo, da adottarsi entro il 30 aprile 2018, la definizione, nell'ambito delle regole di finanziamento disposte per le annualità 2017-2018-2019 con DGR 3 agosto 2017, n. 73-5504, dei tetti di spesa definitivi per ASL di residenza per l'acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori pubblici e privati, confermando provvisoriamente per il periodo transitorio i tetti di spesa disposti con riguardo all'acquisto di prestazioni sanitarie di ricovero in acuzie, in post acuzie e di assistenza ambulatoriale da erogatori privati nell'allegato A), tabelle A e B, della DGR 3 agosto 2017, n. 73-5504;
2. di confermare l'assegnazione alle ASL individuate all'allegato A) - tabella C - alla DGR 3 agosto 2017, n. 73-5504 delle risorse aggiuntive vincolate per l'annualità 2018, che potranno essere negoziate anche nel periodo transitorio, per finalità di sviluppo della sanità erogata dalle strutture private nel territorio piemontese nell'ottica della riduzione della mobilità passiva fuori regione (ASL NO: Euro 4.600.000, ASL VCO: Euro 2.400.000, ASL AL: Euro 6.500.000), demandando a successivo provvedimento della Giunta regionale, a seguito di specifiche istruttorie aziendali, la destinazione dell'ulteriore quota vincolata per l'anno 2018, pari a Euro 2.000.000, nonché dell'eventuale avanzo rispetto alla quota

- aggiuntiva – non assegnata alle ASL - vincolata per detta finalità per il II semestre 2017 pari a Euro 1.000.000,00;
3. di disporre, con riguardo ai finanziamenti correlati alle attività cosiddette “*a funzione*” (ossigenoterapia iperbarica in regime di urgenza, emergenza-urgenza), che sono confermati i livelli di spesa definiti e riportati nell’allegato A alla tabella B- bis “*Finanziamento limite relativo alle funzioni assistenziali ospedaliere, ai sensi dell’art. 8-sexies, comma 2, del D.Lgs. 502/92*” alla DGR 3 agosto 2017, n. 73-5504, rappresentando gli importi un limite annuo massimo attribuito da verificare dalle AASSLL a consuntivo, sulla base dei costi sostenuti in coerenza al servizio garantito, ai risultati raggiunti ed alle attività effettivamente svolte;
 4. di confermare, con riferimento alle funzioni relative ai programmi sperimentali di ricerca, che i livelli massimi di finanziamento assegnati nel triennio 2015-2017 agli IRCCS con D.G.R. n. 67-1716 del 06 luglio 2015 e s.m.i. - dovranno essere verificati dalle AASSLL a consuntivo nell’anno 2018, sulla base dei costi sostenuti in coerenza al servizio garantito, ai risultati raggiunti, alle attività effettivamente svolte e nel rispetto delle modalità e tempistiche richiamate nella DGR 73-5504/2017;
 5. confermare, nelle more dell’adozione dei provvedimenti di graduale riqualificazione delle relative attività, i posti letto contrattati ed il budget assegnato con riguardo ai soggetti privati accreditati e già contrattati per attività attualmente classificate come Lungodegenza psichiatrica, Riabilitazione psichiatrica e continuità assistenziale a valenza sanitaria – CAVS – e di assistenza domiciliare, di cui all’allegato A), tabella B, 3) e 4) alla DGR 3 agosto 2017, n. 73-5504;
 6. di disporre che, con riferimento alla programmazione aziendale, le AASSLL forniranno agli erogatori privati le necessarie indicazioni di fabbisogno da soddisfare nel periodo transitorio (ivi comprese quelle inerenti le cosiddette “prestazioni protette” le cui tipologie sono individuate secondo le indicazioni regionali di cui all’allegato C alla DGR 3 agosto 2017, n. 73-5504), e provvederanno all’erogazione di acconti in quote mensili posticipate nella misura pari al 90% del valore di riferimento previsto o in relazione alla minor produzione realizzata, detraendo gli importi incassati dalla struttura a titolo di compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket e di quota fissa ex DGR 29 luglio 2011, n. 11-2490);
 7. di disporre, con riguardo agli erogatori privati accreditati e contrattati con il SSR - ivi compresi le Strutture private convenzionate che, per l’annualità 2017, avevano optato per la stipulazione del contratto in conformità alle intese 2017 già stipulate con la Regione e recepite ex DGR n. 67-1716/2015 - che la produzione realizzata nel suddetto periodo transitorio, nei limiti di 1/12 per mese del valore annuo di riferimento definito dalle DD 13 settembre 2017, n. 574 e s.m.i. (ferme restando specifiche esigenze aziendali espresse in coerenza ai criteri definiti ex DGR 3 agosto 2017, n. 73-5504) rientrerà nell’ambito del budget annuale definitivo dei singoli erogatori e le prestazioni rese dovranno conformarsi ai bisogni espressi dalle AASSLL, sia in termini di volumi, sia di discipline, tenuto conto, salvo diverse indicazioni aziendali, delle prestazioni individuate nell’allegato C) al contratto sottoscritto per l’annualità 2017;
 8. di disporre, a modifica della DGR 7 novembre 2016, n. 17-4167 in materia di regole applicabili ai ricoveri in regime di post-acuzie ed in linea con quanto previsto relativamente al “*cambio di setting terapeutico*” nel documento recante “*Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell’alimentazione*” oggetto dell’Accordo Stato-Regioni del 22 giugno 2017, - in corso di recepimento - che, con decorrenza 1.01.2018, nelle more dell’individuazione di specifici criteri di appropriatezza dei ricoveri in ambito riabilitativo, il criterio della percentuale massima del 20% della provenienza dal territorio non si applica ai pazienti candidabili ai ricoveri per attività di “riabilitazione nutrizionale”.

Dato atto che la definizione del provvedimento definito per il biennio 2018-2019 avverrà anche a seguito di confronti, ex articolo 8 quinquies D.Lgs. n. 502/1992, con le Associazioni rappresentative degli erogatori privati.

Attestata la regolarità amministrativa del presente provvedimento ai sensi della DGR 17 ottobre 2016, 1-4046;

vista la normativa di settore e gli atti in premessa citati;

dato atto che la copertura economica del provvedimento rientra nella quota indistinta di finanziamento alle ASL, nell'ambito delle risorse assegnate con DGR n. 113-6305 del 22.12.2017 e degli accantonamenti effettuati nel bilancio della G.S.A. del 2016, senza oneri aggiuntivi per il bilancio regionale;

la Giunta regionale condividendo le motivate argomentazioni del relatore, a voti unanimi resi nelle forme di legge,

delibera

1. di demandare a successivo provvedimento deliberativo, da adottarsi entro il 30 aprile 2018, la definizione, nell'ambito delle regole di finanziamento disposte per le annualità 2017-2018-2019 con DGR 3 agosto 2017, n. 73-5504, dei tetti di spesa definitivi per ASL di residenza per l'acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori pubblici e privati, confermando provvisoriamente per il periodo transitorio i tetti di spesa disposti con riguardo all'acquisto di prestazioni sanitarie di ricovero in acuzie, in post acuzie e di assistenza ambulatoriale da erogatori privati nell'allegato A), tabelle A e B, della DGR 3 agosto 2017, n. 73-5504;
2. di confermare l'assegnazione alle ASL individuate all'allegato A) - tabella C - alla DGR 3 agosto 2017, n. 73-5504 delle risorse aggiuntive vincolate per l'annualità 2018, che potranno essere negoziate anche nel periodo transitorio, per finalità di sviluppo della sanità erogata dalle strutture private nel territorio piemontese nell'ottica della riduzione della mobilità passiva fuori regione (ASL NO: Euro 4.600.000, ASL VCO: Euro 2.400.000, ASL AL: Euro 6.500.000), demandando a successivo provvedimento della Giunta regionale, a seguito di specifiche istruttorie aziendali, la destinazione dell'ulteriore quota vincolata per l'anno 2018, pari a Euro 2.000.000, nonché dell'eventuale avanzo rispetto alla quota aggiuntiva – non assegnata alle ASL - vincolata per detta finalità per il II semestre 2017 pari a Euro 1.000.000,00;
3. di disporre, con riguardo ai finanziamenti correlati alle attività cosiddette “a funzione” (ossigenoterapia iperbarica in regime di urgenza, emergenza-urgenza), che sono confermati i livelli di spesa definiti e riportati nell'allegato A alla tabella B- bis “Finanziamento limite relativo alle funzioni assistenziali ospedaliere, ai sensi dell'art. 8-sexies, comma 2, del D.Lgs. 502/92” alla DGR 3 agosto 2017, n. 73-5504, rappresentando gli importi un limite annuo massimo attribuito da verificare dalle AASSLL a consuntivo, sulla base dei costi sostenuti in coerenza al servizio garantito, ai risultati raggiunti ed alle attività effettivamente svolte;
4. di confermare, con riferimento alle funzioni relative ai programmi sperimentali di ricerca, che i livelli massimi di finanziamento assegnati nel triennio 2015-2017 agli IRCCS – con D.G.R. n. 67-1716 del 06 luglio 2015 e s.m.i. - dovranno essere verificati dalle AASSLL a consuntivo nell'anno 2018, sulla base dei costi sostenuti in coerenza al servizio garantito, ai risultati raggiunti, alle attività effettivamente svolte e nel rispetto delle modalità e tempistiche” richiamante nella DGR 73-5504/2017;

5. confermare, nelle more dell'adozione dei provvedimenti di graduale riqualificazione delle relative attività, i posti letto contrattati ed il budget assegnato con riguardo ai soggetti privati accreditati e già contrattati per attività attualmente classificate come Lungodegenza psichiatrica, Riabilitazione psichiatrica e continuità assistenziale a valenza sanitaria – CAVS – e di assistenza domiciliare, di cui all'allegato A), tabella B, 3) e 4) alla DGR 3 agosto 2017, n. 73-5504;
6. di disporre che, con riferimento alla programmazione aziendale, le AASSLL forniranno agli erogatori privati le necessarie indicazioni di fabbisogno da soddisfare nel periodo transitorio (ivi comprese quelle inerenti le cosiddette "prestazioni protette" individuate secondo le indicazioni regionali di cui all'allegato C alla DGR 3 agosto 2017, n. 73-5504), e provvederanno all'erogazione di acconti in quote mensili posticipate nella misura pari al 90% del valore di riferimento previsto o in relazione alla minor produzione realizzata, detraendo gli importi incassati dalla struttura a titolo di compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket e di quota fissa ex DGR 29 luglio 2011, n. 11-2490);
7. di disporre, con riguardo agli erogatori privati accreditati e contrattati con il SSR - ivi compresi le Strutture private convenzionate che, per l'annualità 2017, avevano optato per la stipulazione del contratto in conformità alle intese 2017 già stipulate con la Regione e recepite ex DGR n. 67-1716/2015 - che la produzione realizzata nel suddetto periodo transitorio, nei limiti di 1/12 per mese del valore annuo di riferimento definito dalle DD 13 settembre 2017, n. 574 e s.m.i. (ferme restando specifiche esigenze aziendali espresse in coerenza ai criteri definiti ex DGR 3 agosto 2017, n. 73-5504) rientrerà nell'ambito del budget annuale definitivo dei singoli erogatori e le prestazioni rese dovranno conformarsi ai bisogni espressi dalle AASSLL, sia in termini di volumi, sia di discipline, tenuto conto, salvo diverse indicazioni aziendali, delle prestazioni individuate nell'allegato C) al contratto sottoscritto per l'annualità 2017;
8. di disporre, a modifica della DGR 7 novembre 2016, n. 17-4167 in materia di regole applicabili ai ricoveri in regime di post-acuzie ed in linea con quanto previsto relativamente al "*cambio di setting terapeutico*" nel documento recante "*Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione*" oggetto dell'Accordo Stato-Regioni del 22 giugno 2017, - in corso di recepimento - che, con decorrenza 1.01.2018, nelle more dell'individuazione di specifici criteri di appropriatezza dei ricoveri in ambito riabilitativo, il criterio della percentuale massima del 20% della provenienza dal territorio non si applica ai pazienti candidabili ai ricoveri per attività di "riabilitazione nutrizionale";
9. di dare atto che la copertura economica del provvedimento rientra nella quota indistinta di finanziamento alle ASL nell'ambito delle risorse assegnate con DGR n. 113-6305 del 22.12.2017 e degli accantonamenti effettuati nel bilancio della G.S.A. del 2016, senza oneri aggiuntivi per il bilancio regionale.

Avverso la presente deliberazione è ammesso ricorso entro il termine di 60 giorni innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale, ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro 120 giorni. In entrambi i casi il termine decorre dalla data di pubblicazione sul BURP.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul B.U. della Regione Piemonte, ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della L.R. 22/2010.

(omissis)