

**Allegato n. 1**

**LINEE GUIDA PER LA DEFINIZIONE DEGLI ACCORDI CONTRATTUALI  
ANNO 2015**

## **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 2015.

### **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 e Coesione Sociale provvede al monitoraggio della stipula degli accordi contrattuali.

Per il 2015 si riconferma 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. A tale scopo e al fine di supportare le analisi in merito all'andamento di ciascuna Azienda, sono stati elaborati i report più significativi:

**TAB. 1 INDICE DI OSPEDALIZZAZIONE GREZZO E PESATO PER AZIENDE U.S.L. - ANNO 2014**

<b>Aziende Sanitarie</b>	<b>Popolazione al 1/1/2014 ISTAT</b>	<b>Residenti Dimessi anno 2014</b>	<b>Tasso di Osped. grezzo 2014</b>	<b>Tasso di Osped. Standard. 2014</b>
<b>Az. USL 101</b>	506.999	77.979	153,8	148,2
<b>Az. USL 102</b>	389.743	63.636	163,3	152,9
<b>Totale</b>	<b>896.742</b>	<b>141.615</b>	<b>157,9</b>	<b>150,2</b>

L'elaborazione è stata effettuata sul file dei dimessi del 2014 integrato con la mobilità passiva del 2013. 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 1-1-2014.

Nella successiva tabella 2 viene indicata l'attività di ricovero effettuata nel 2014 dagli erogatori pubblici e privati accreditati.

**TAB. 2 ANDAMENTO RICOVERI - ANNO 2014**

<b>AZIENDE SANITARIE</b>	<b>TOTALE RICOVERI</b>	<b>RICOVERI PER PAZIENTI EXTRAREGIONE</b>	<b>RICOVERI UMBRI IN UMBRIA</b>
<b>Azienda USL Umbria n. 1</b>	31.836	3.415	28.421
<b>Azienda USL Umbria n. 2</b>	36.918	5.400	31.518
<b>Az. Osp. Perugia</b>	38.345	3.450	34.895
<b>Az. Osp. Terni</b>	28.261	5.473	22.788
<b>Case di cura private</b>	9.740	5.443	4.297
<b>Totale</b>	<b>145.100</b>	<b>23.181</b>	<b>121.919</b>

A completamento dell'analisi vengono di seguito riportati 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.

**TAB. 3 TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE STANDARDIZZATI – ANNO 2014**

AZIENDE SANITARIE	POPOLAZ. ISTAT AL 1-1-2014	TASSO TOTALE	TASSO ACUTI ORDINARI	TASSO ACUTI DH			TASSO POST ACUZIE
				Medici	Chirurgici	Totale	
<b>Az. USL Umbria n. 1</b>	506.999	148,2	116,1	10,8	15,3	27,0	5,1
<b>Az. USL Umbria n. 2</b>	389.743	152,9	116,9	17,0	10,4	30,8	5,2
<b>Totale</b>	<b>896.742</b>	<b>150,2</b>	<b>116,4</b>	<b>13,5</b>	<b>13,1</b>	<b>28,7</b>	<b>5,1</b>

Alla luce del 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; è perciò 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 di DRG ad alto rischio di inappropriata se erogati in regime di ricovero ordinario.

##### **4.2.1 DRG a rischio di inappropriata**

Le percentuali di ammissibilità della casistica in degenza ordinaria (riportate nell'allegato 2 della presente linea guida) sono state individuate rispettando le indicazioni riportate nell'Allegato B del citato Patto per la Salute, con l'aggiunta di non considerare inappropriati i casi chirurgici con degenza di un giorno, riferibili ad attività di one-day surgery.

##### **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 per le quali è previsto il passaggio all'attività ambulatoriale.

Solo una percentuale di tali prestazioni può essere erogata in regime di degenza (ordinaria o DS) a causa delle particolarità della patologia, della tipologia dell'approccio chirurgico o a causa delle caratteristiche socio-sanitarie del paziente.

Di seguito si riportano le percentuali di ammissibilità in degenza (sia ordinaria che DS) individuate in base alle caratteristiche storiche degli archivi, ipotizzando che la casistica trattata negli anni passati in DS o in ordinario di un giorno possa essere trasferita in attività ambulatoriale senza problemi per il paziente.

Non vengono riportate nella tabella i DRG del Tunnel Carpale e della Vitrectomia passati già da tempo al setting ambulatoriale.

<b>Descrizione intervento specialistica ambulatoriale</b>	<b>codice intervento specialistica</b>	<b>DRG</b>	<b>% ammissibilità per DRG</b>
ricostruzione palpebra	08.72	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
artroplastica dell'articolazione metacarpofalangea...	81.72	228 (*)	65
artroplastica dell'articolazione carpodocarpale ...	81.75	228 (*)	65
artroscopia sede non specificata (diagnostica)	80.20	232 (*)	50
litotrissia extracorporea rene ...	98.51.1	323 (*)	9
amputazione e disarticolazione dita mano/pollice	84.01	441 (*)	50

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

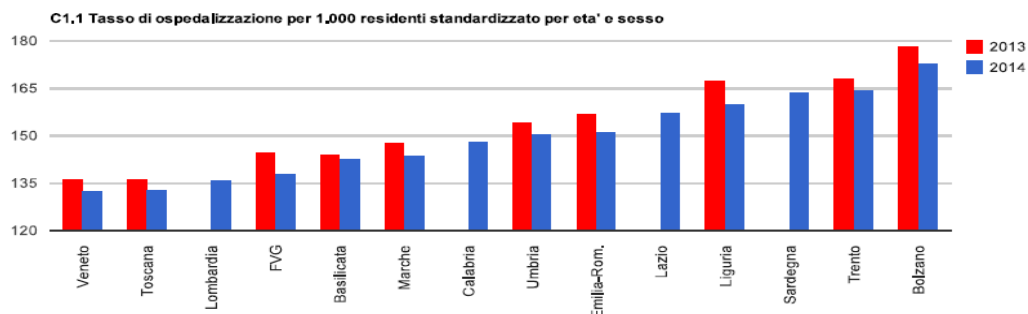
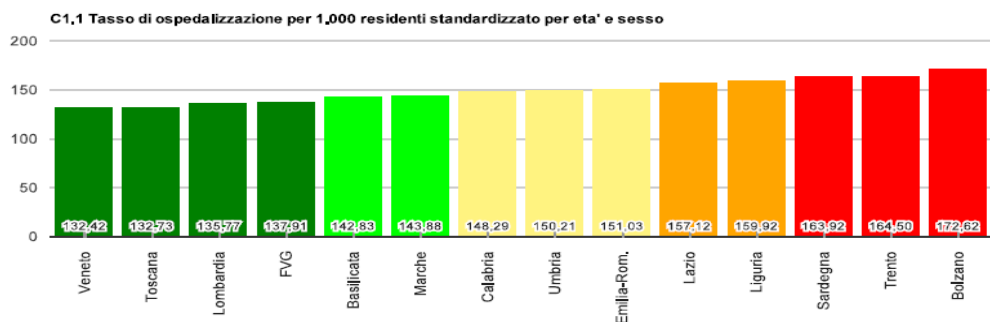
Si ribadisce comunque la necessità di modificare il setting assistenziale di tali prestazioni, anche in relazione alle previste linee guida per la riorganizzazione della chirurgia ambulatoriale che dovranno essere elaborate dallo specifico gruppo tecnico.

### 4.2.3 Miglioramento indicatori proposti nel Patto per la Salute 2010-2012

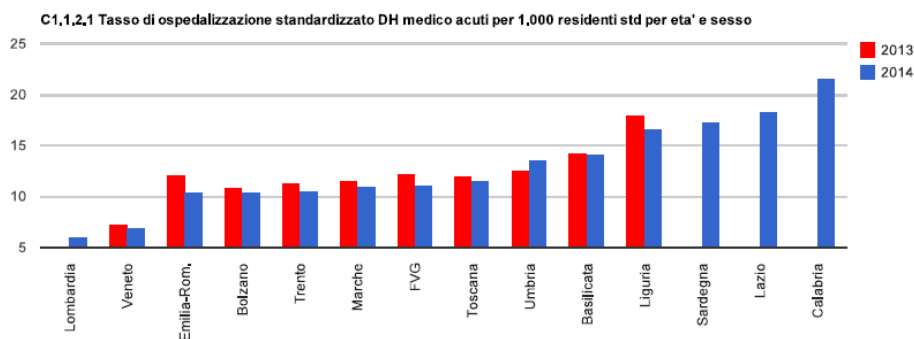
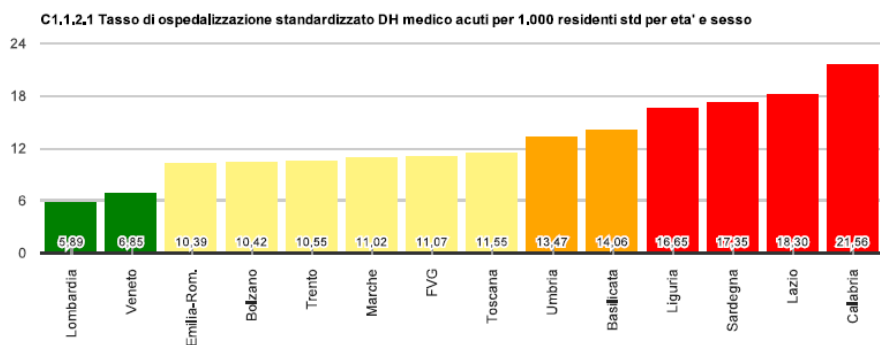
La Regione Umbria aderisce al network di regioni che partecipano alla “Valutazione delle performance dei servizi sanitari regionali” sviluppato dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant’Anna di Pisa per la valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali.

Alcuni degli indicatori proposti sono stati costruiti sulla base di quelli riportati nel Patto per la Salute 2010-2012. Se ne propongono di seguito alcuni al fine di permettere il confronto tra Aziende sia all’interno della Regione che extra regionali, nell’intento di favorire azioni di miglioramento dell’appropriatezza valutabili con il miglioramento degli indicatori.

#### C1.1 Tasso di ospedalizzazione per 1.000 residenti standardizzato per eta' e sesso

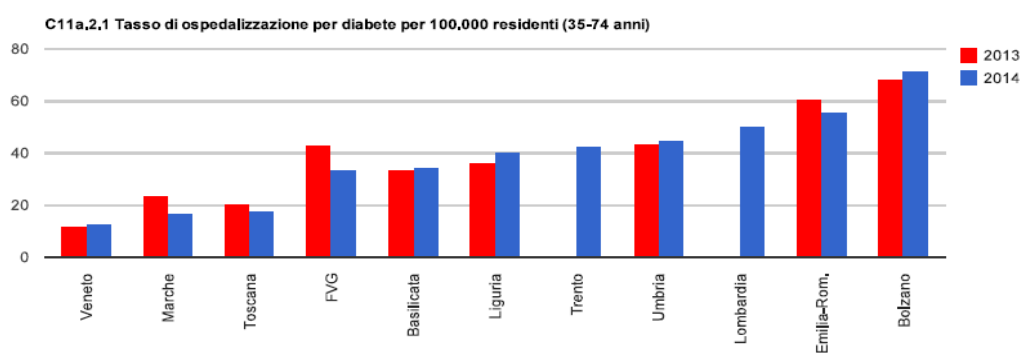
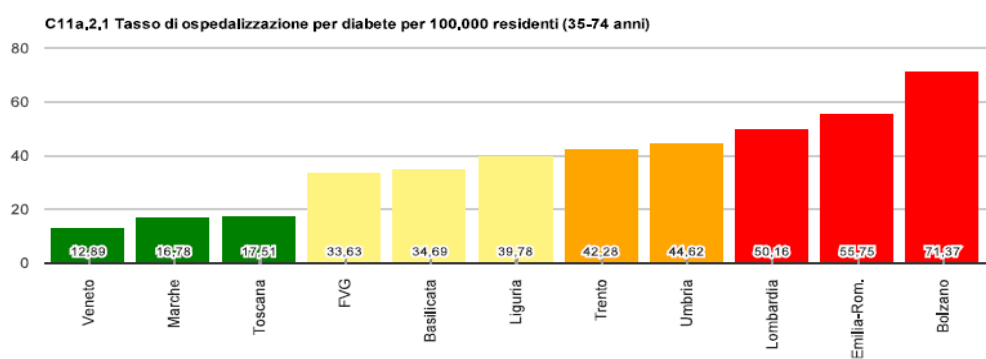


### C1.1.2.1 Tasso di ospedalizzazione standardizzato DH medico acuti per 1.000 residenti std per eta' e sesso



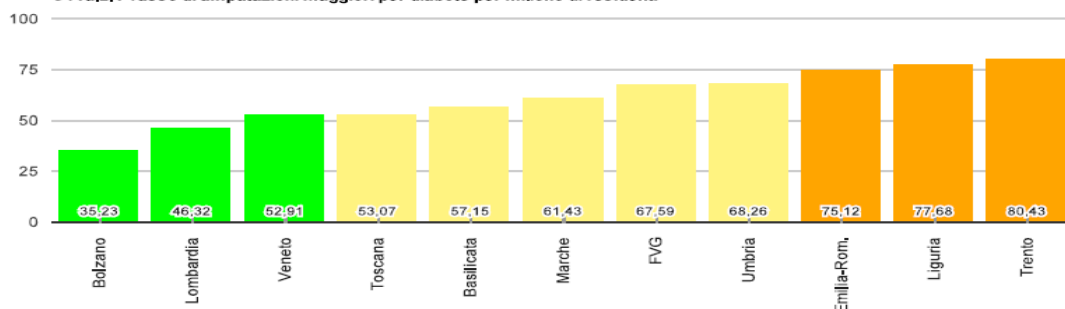


## C11a.2.1 Tasso di ospedalizzazione per diabete per 100.000 residenti (35-74 anni)

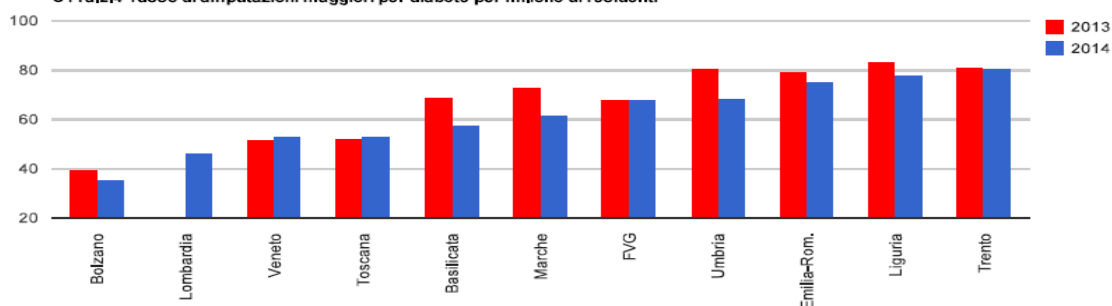


## C11a.2.4 Tasso di amputazioni maggiori per diabete per milione di residenti

C11a,2,4 Tasso di amputazioni maggiori per diabete per milione di residenti

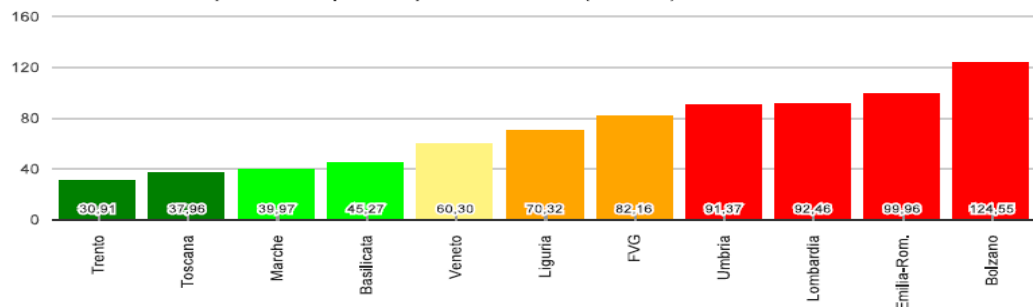


C11a,2,4 Tasso di amputazioni maggiori per diabete per milione di residenti

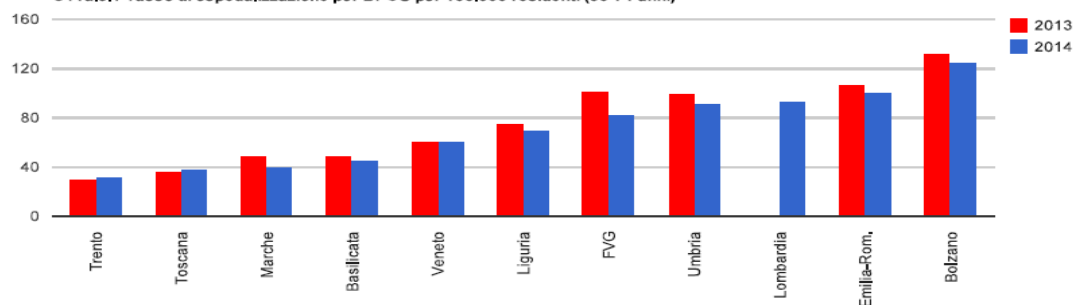


## C11a.3.1 Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)

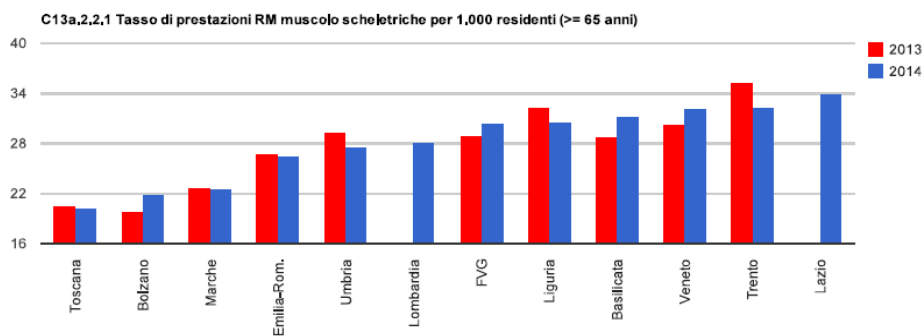
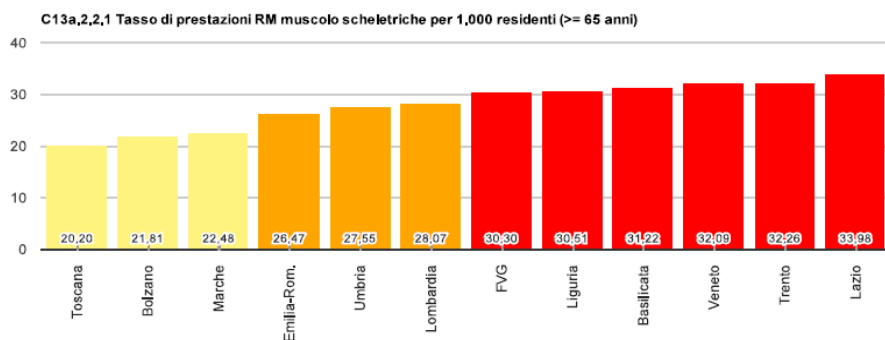
C11a,3,1 Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100,000 residenti (50-74 anni)



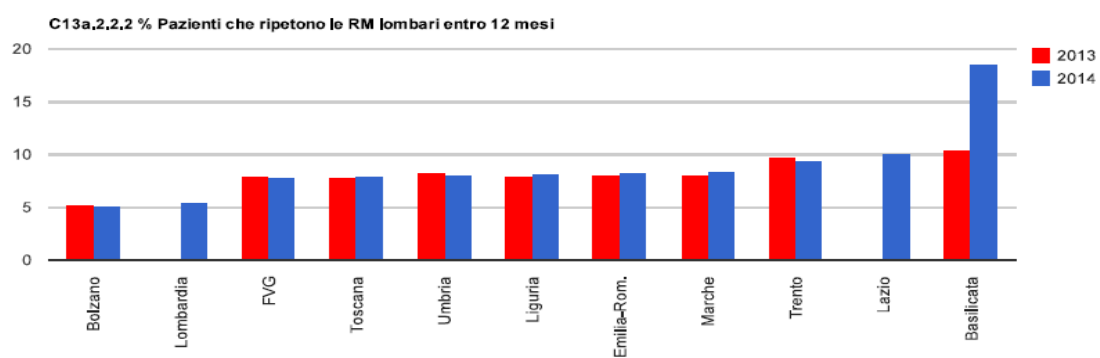
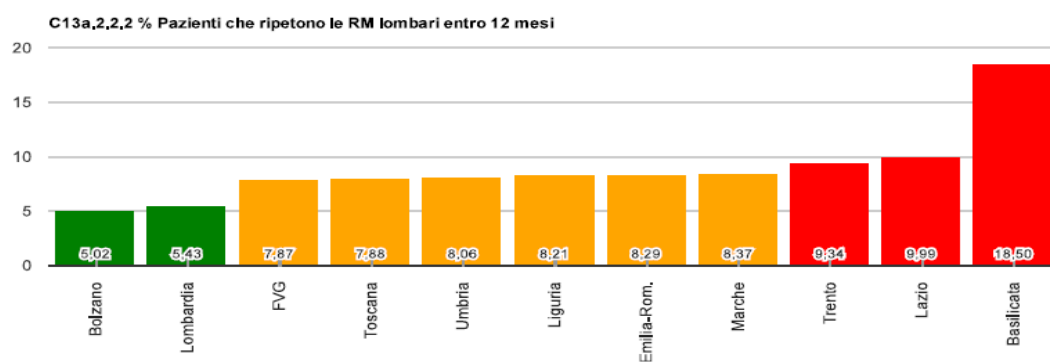
C11a,3,1 Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100,000 residenti (50-74 anni)



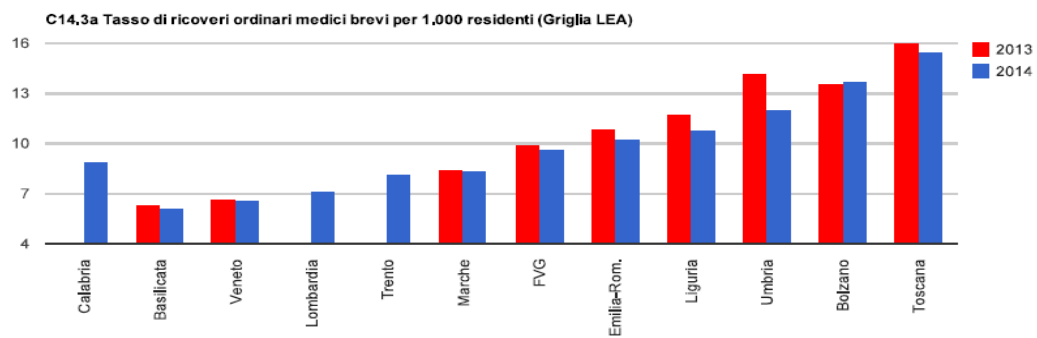
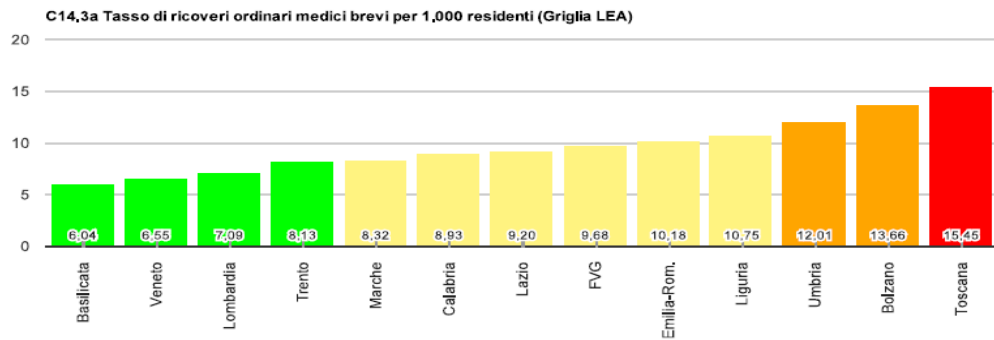
### C13a.2.2.1 Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1.000 residenti (>= 65 anni)



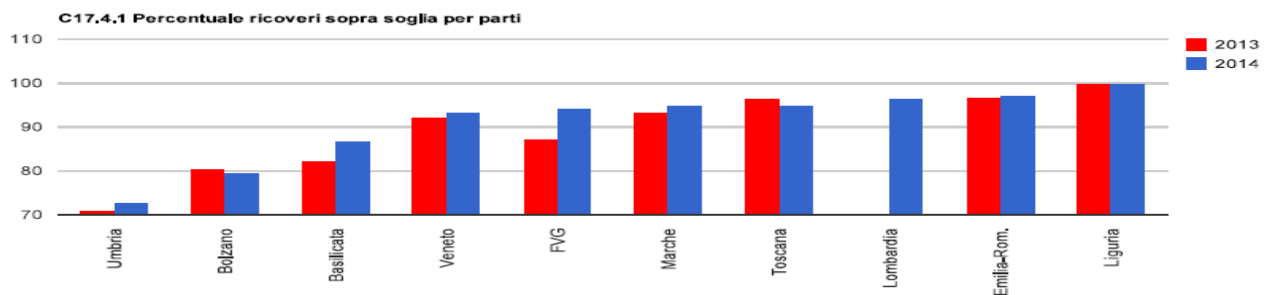
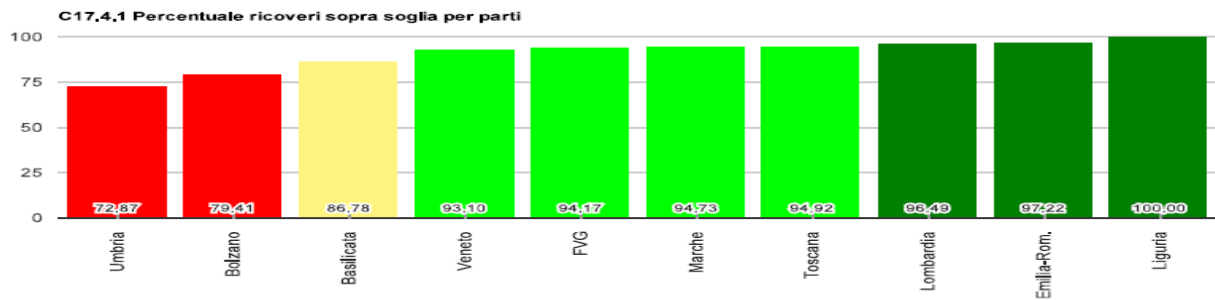
## C13a.2.2.2 % Pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi



## C14.3a Tasso di ricoveri ordinari medici brevi per 1.000 residenti (Griglia LEA)



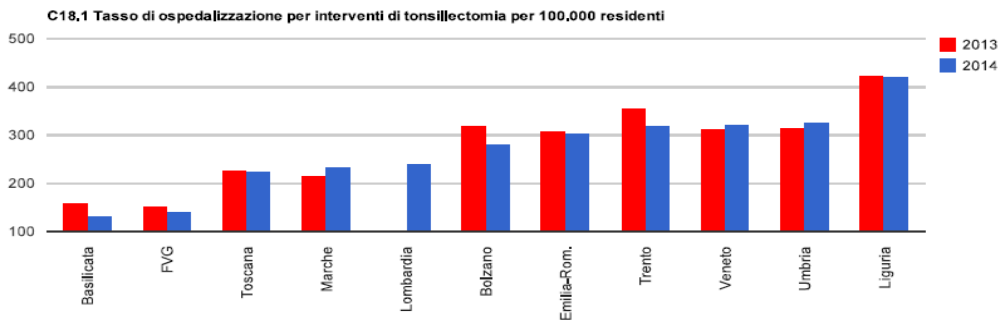
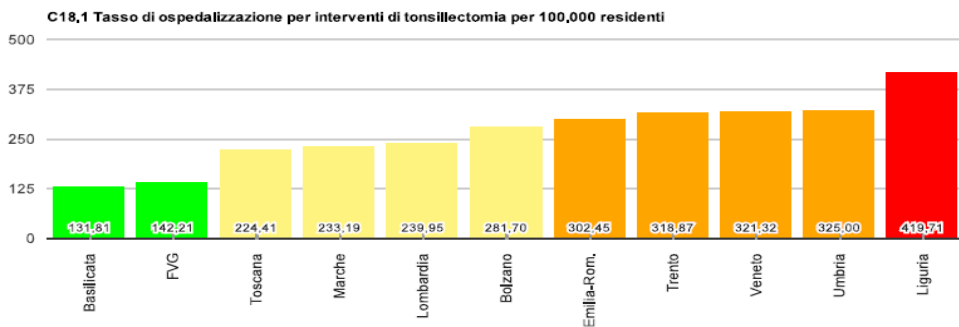
## C17.4.1 Percentuale ricoveri sopra soglia per parti



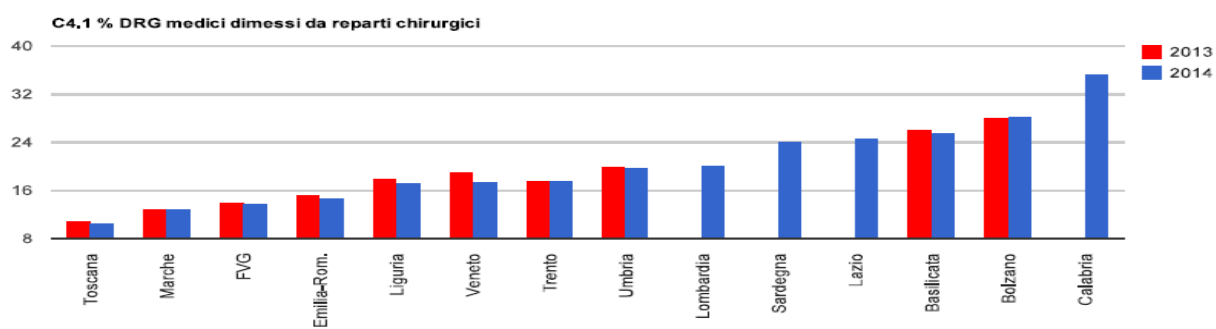
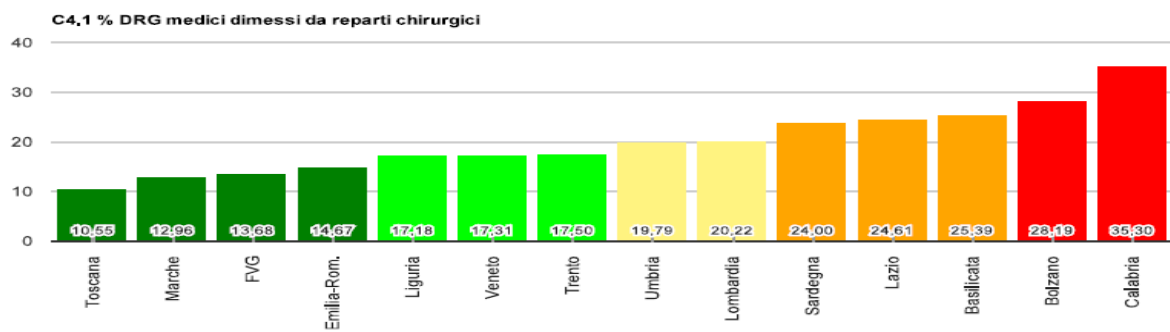
## C17.4.1 Scheda indicatore

<b>Definizione</b>	
<b>Numeratore</b>	N, parti in stabilimenti sopra soglia
<b>Denominatore</b>	N, parti totali
<b>Note</b>	<p>L'indicatore è costruito sulla base dei protocolli del Programma Nazionale Esiti 2012 Ed, 2013 (PNE).</p> <p>Si considerano i ricoveri con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- DRG 370-375,</li> <li>- o codici ICD-9-CM di diagnosi principale o secondaria V27.x, 650, 640.xy-676.xy dove y =1 o 2,</li> <li>- o codici di procedura 72.x, 73.2x, 73.5x, 73.6, 73.8, 73.9x, 74.0, 74.1, 74.2, 74.4, 74.99</li> </ul> <p>Si considerano gli stabilimenti con punti nascita.</p> <p>La soglia minima di volume di attività prevista dal regolamento Balduzzi è pari a 500 parti annui.</p>
<b>Fonte</b>	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO

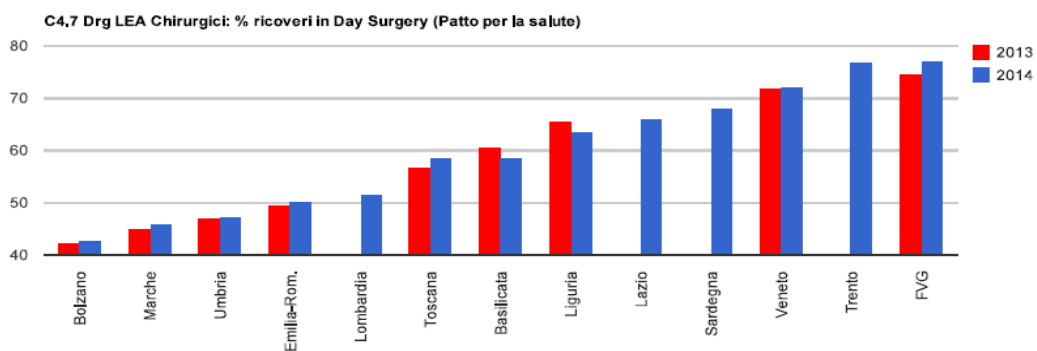
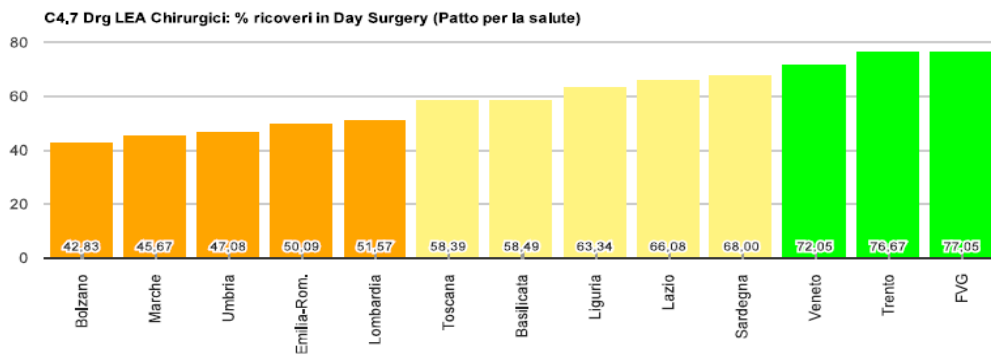
## C18.1 Tasso di ospedalizzazione per interventi di tonsillectomia per 100.000 residenti



## C4.1 % DRG medici dimessi da reparti chirurgici

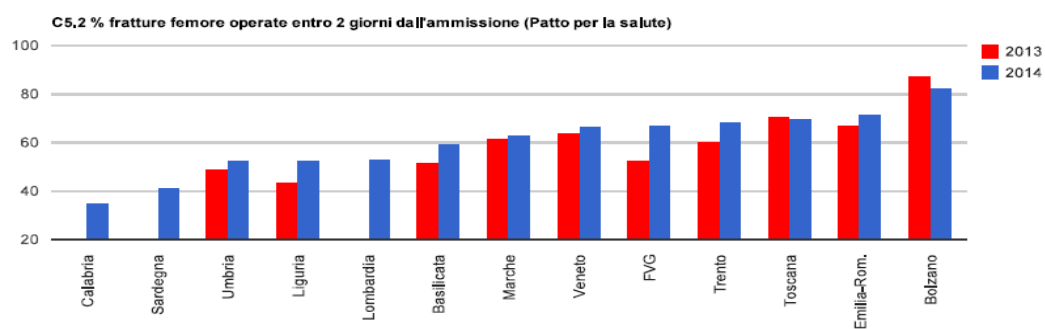
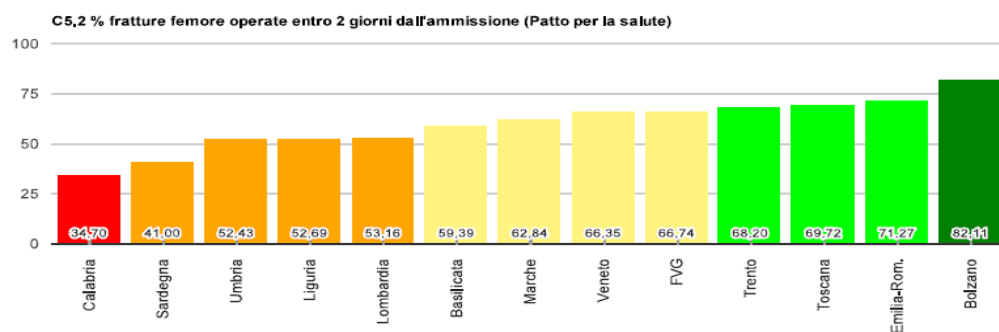


## C4.7 Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery (Patto per la salute)

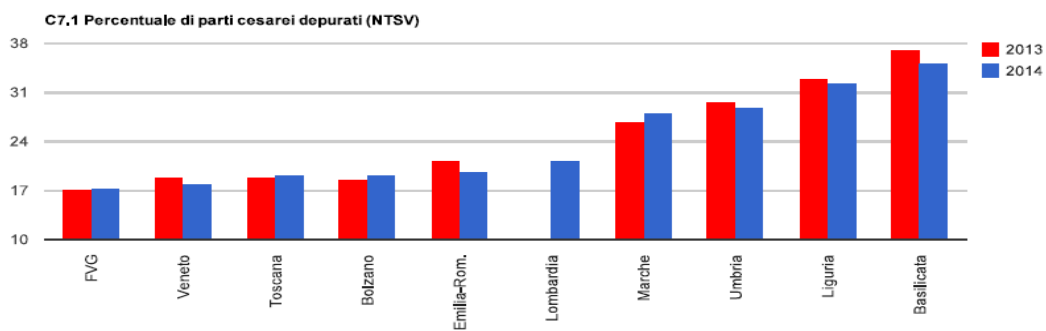
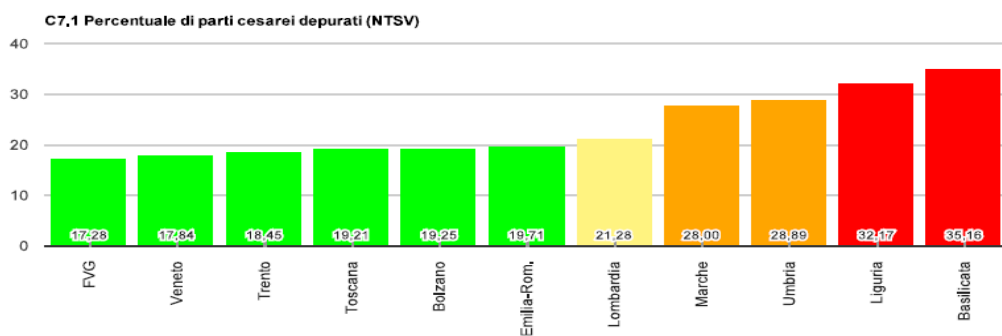




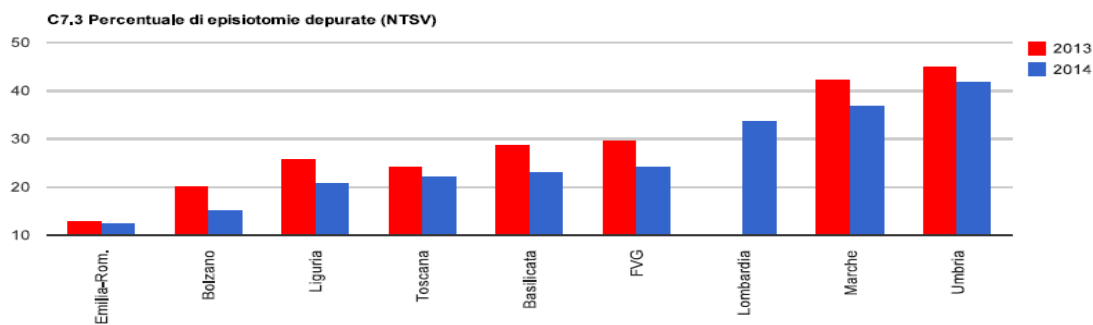
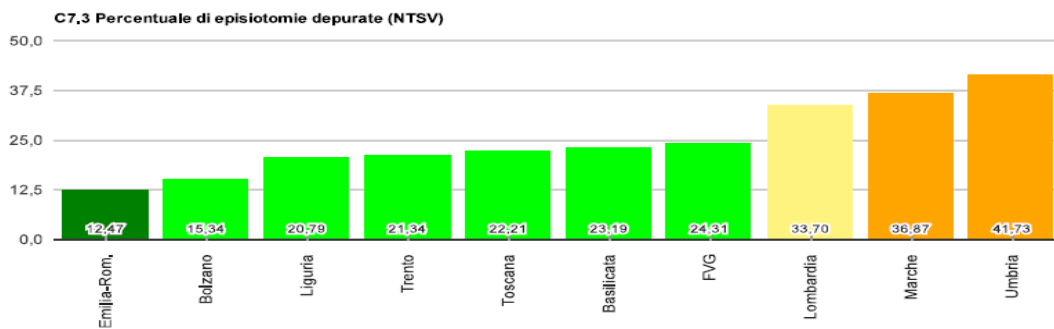
## C5.2 % fratture femore operate entro 2 giorni dall'ammissione (Patto per la salute)



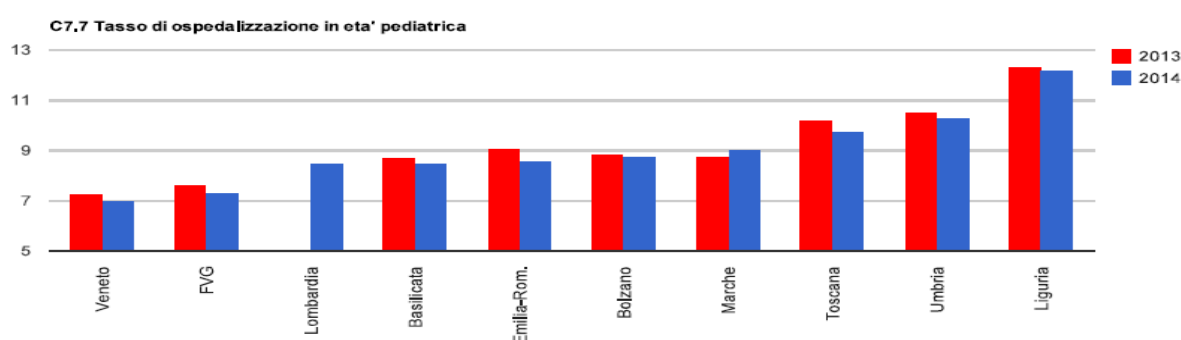
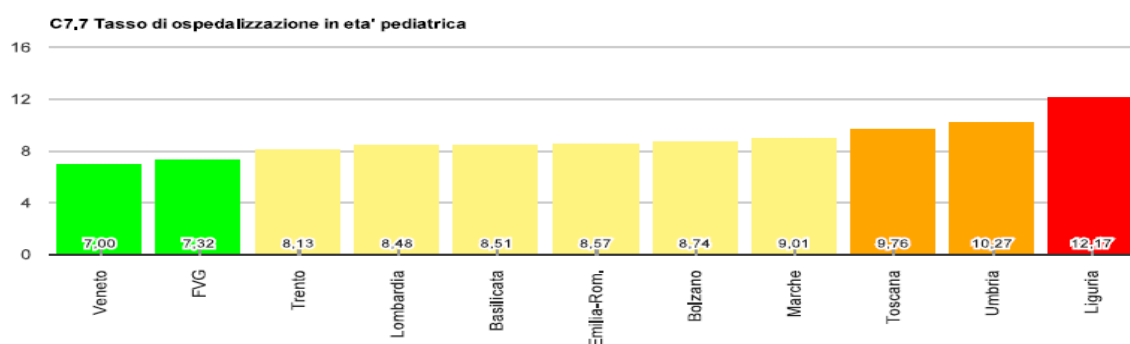
## C7.1 Percentuale di parti cesarei depurati (NTSV)



### C7.3 Percentuale di episiotomie depurate (NTSV)



## C7.7 Tasso di ospedalizzazione in eta' pediatrica



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 (All.2.). Tra questi controlli c’è anche quello relativo ai parti cesarei.

Il Ministero della Salute, sulla base dell’analisi demografica ed epidemiologica della popolazione femminile italiana e dei relativi comportamenti riproduttivi, ha raccomandato di non superare la soglia del 20% di parti cesarei.

Le Aziende si dovranno adeguare al suddetto valore soglia e nel caso in cui dovesse essere superato, la casistica in eccedenza verrà tariffata con la tariffa del parto semplice.

La percentuale di cesarei nella nostra Regione è al di sopra del suddetto standard, di seguito si riporta l’indicatore calcolato secondo le schede del MES mettendo a confronto gli ultimi due anni.

### **4.3 Mobilità passiva**

Il trend finanziario della mobilità extraregionale della Regione Umbria relativa al complesso delle prestazioni (ricoveri, specialistica, medicina di base, farmaceutica, trasporti con ambulanza o elisoccorso) evidenzia anche per l'anno 2014 un saldo positivo dovuto ad un significativo aumento della mobilità attiva. Tale risultato dimostra lo sviluppo della capacità di attrazione raggiunto dalle strutture erogatrici presenti nella nostra Regione e assume ancora maggiore rilevanza se si tiene conto del fatto che l'Umbria è una Regione di piccole dimensioni nelle quali risulta difficile esercitare attrazione.

Le principali voci di spesa per la mobilità passiva riguardano tuttavia solo alcune discipline legate a problematiche specifiche quali Ortopedia e Protesi Ortopediche, Oncologia Chirurgica e Medica, Chirurgia Pediatrica, Riabilitazione.

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 degli accordi contrattuali interaziendali, sia tra Aziende USL e Aziende Ospedaliere che con le Case di Cura private accreditate, per favorire l'utilizzo delle funzionalità disponibili a livello regionale, attraverso una rete integrata delle attività dei diversi presidi ospedalieri, ai fini del contenimento della mobilità 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 dell'attuale 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 extraregionali. Oltre tale limite devono essere effettuati gli abbattimenti previsti al paragrafo 4.8. Tenuto conto che le tariffe regionali sono mediamente più remunerative rispetto alla TUC, nell'atto di ripartizione delle risorse fra le Aziende è stato previsto un opportuno accantonamento con il quale coprire la differenza fra fatturato regionale e fatturato TUC.

Nel caso di superamento dei volumi contrattati l'abbattimento non si applica a quelle prestazioni di "elevata complessità" effettuate in degenza ordinaria dalle Aziende Ospedaliere relative ai DRG che, nell'ambito dell'alta specialità, sono caratterizzati da particolare complessità e che prevedono l'utilizzo di tecnologie innovative. Si tratta di 80 DRG il cui elenco viene riportato nella Tabella 4 che segue.

**TAB. 4 - DRG DI ELEVATA COMPLESSITÀ**

<b>MDC</b>	<b>DRG</b>	<b>Tipo</b>	<b>Descrizione</b>
1	1	C	CRANIOTOMIA, ETÀ > 17 ANNI CON CC
1	2	C	CRANIOTOMIA, ETÀ > 17 ANNI SENZA CC
1	3	C	CRANIOTOMIA, ETÀ < 18 ANNI
4	75	C	INTERVENTI MAGGIORI SUL TORACE
Pre	103	C	TRAPIANTO DI CUORE O IMPIANTO DI SISTEMA DI ASSISTENZA CARDIACA
5	104	C	INTERVENTI SULLE VALVOLE CARDIACHE E ALTRI INTERVENTI MAGGIORI CARDIOTORACICI CON CATETERISMO CARDIACO
5	105	C	INTERVENTI SULLE VALVOLE CARDIACHE E ALTRI INTERVENTI MAGGIORI CARDIOTORACICI SENZA CATETERISMO CARDIACO
5	106	C	BYPASS CORONARICO CON PTCA
5	108	C	ALTRI INTERVENTI CARDIOTORACICI
5	110	C	INTERVENTI MAGGIORI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE CON CC
5	111	C	INTERVENTI MAGGIORI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE SENZA CC
5	113	C	AMPUTAZIONE PER DISTURBI CIRCOLATORI ECCETTO AMPUTAZIONE ARTO SUPERIORE E DITA PIEDE
5	126	M	ENDOCARDITE ACUTA E SUBACUTA
6	146	C	RESEZIONE RETTALE CON CC
6	170	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO DIGERENTE CON CC
7	191	C	INTERVENTI SU PANCREAS, FEGATO E DI SHUNT CON CC
7	192	C	INTERVENTI SU PANCREAS, FEGATO E DI SHUNT SENZA CC
7	193	C	INTERVENTI SULLE VIE BILIARI ECCETTO COLECISTECTOMIA ISOLATA CON O SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE CON CC

<b>MDC</b>	<b>DRG</b>	<b>Tipo</b>	<b>Descrizione</b>
7	194	C	INTERVENTI SULLE VIE BILIARI, ECCECETO COLECISTECTOMIA ISOLATA CON O SENZA ESPLOAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE SENZA CC
7	200	C	PROCEDURE DIAGNOSTICHE EPATOBILIARI NON PER NEOPLASIE MALIGNI
7	201	C	ALTRI INTERVENTI EPATOBILIARI O SUL PANCREAS
8	217	C	SBRIGLIAMENTO FERITA E TRAPIANTO CUTANEO ECCECETO MANO, PER MALATTIE DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO
9	263	C	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI PER ULCERE DELLA PELLE O CELLULITE CON CC
10	285	C	AMPUTAZIONI DI ARTO INFERIORE PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI O METABOLICHE
10	288	C	INTERVENTI PER OBESITA' (associato ad uno dei codici di intervento 44.31, 44.32, 44.38, 44.39, 44.5, 44.68, 44.69, 44.96, 44.99, 45.90, 45.91 in qualsiasi posizione)
11	302	C	TRAPIANTO RENALE
15	386	M	NEONATI GRAVEMENTE IMMaturi O CON SINDROME DA DISTRESS RESPIRATORIO
15	387	M	PREMATURITÀ CON AFFEZIONI MAGGIORI
17	401	C	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI CON CC
17	405	M	LEUCEMIA ACUTA SENZA INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI, ETÀ < 18 ANNI
17	406	C	ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE CON INTERVENTI MAGGIORI CON CC
21	442	C	ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER TRAUMATISMO CON CC
NA	468	C	INTERVENTO CHIRURGICO ESTESO NON CORRELATO CON LA DIAGNOSI PRINCIPALE
17	473	M	LEUCEMIA ACUTA SENZA INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI, ETÀ > 17 ANNI
Pre	480	C	TRAPIANTO DI FEGATO E/O TRAPIANTO DI INTESTINO
Pre	481	C	TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO
Pre	482	C	TRACHEOSTOMIA PER DIAGNOSI RELATIVE A FACCIA, BOCCA E COLLO
24	484	C	CRANIOTOMIA PER TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI
24	485	C	REIMPIANTO DI ARTI, INTERVENTI SU ANCA E FEMORE PER TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI
24	486	C	ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI
25	488	C	H.I.V. ASSOCIATO AD INTERVENTO CHIRURGICO ESTESO
25	489	M	H.I.V. ASSOCIATO AD ALTRE PATOLOGIE MAGGIORI CORRELATE
Pre	495	C	TRAPIANTO DI POLMONE
8	496	C	ARTRODESI VERTEBRALE CON APPROCCIO ANTERIORE/POSTERIORE COMBINATO
8	497	C	ARTRODESI VERTEBRALE ECCECETO CERVICALE CON CC
8	498	C	ARTRODESI VERTEBRALE ECCECETO CERVICALE SENZA CC
22	504	C	USTIONI ESTESE O USTIONI A TUTTO SPESSORE CON VENTILAZIONE MECCANICA ≥ 96 ORE CON INNESTO DI CUTE
22	506	C	USTIONI ESTESE A TUTTO SPESSORE CON INNESTO DI CUTE O LESIONE DA INALAZIONE CON CC O TRAUMA SIGNIFICATIVO

<b>MDC</b>	<b>DRG</b>	<b>Tipo</b>	<b>Descrizione</b>
22	507	C	USTIONI ESTESE A TUTTO SPESSORE CON INNESTO DI CUTE O LESIONE DA INALAZIONE SENZA CC O TRAUMA SIGNIFICATIVO
Pre	512	C	TRAPIANTO SIMULTANEO DI PANCREAS/RENE
Pre	513	C	TRAPIANTO DI PANCREAS
5	515	C	IMPIANTO DI DEFIBRILLATORE CARDIACO SENZA CATETERISMO CARDIACO
8	519	C	ARTRODESI VERTEBRALE CERVICALE CON CC
5	525	C	IMPIANTO DI ALTRO SISTEMA DI ASSISTENZA CARDIACA
1	528	C	INTERVENTI VASCOLARI INTRACRANICI CON DIAGNOSI PRINCIPALE DI EMORRAGIA
1	529	C	INTERVENTI DI ANASTOMOSI VENTRICOLARE CON CC
1	531	C	INTERVENTI SUL MIDOLLO SPINALE CON CC
1	532	C	INTERVENTI SUL MIDOLLO SPINALE SENZA CC
5	535	C	IMPIANTO DI DEFIBRILLATORE CARDIACO CON CATETERISMO CARDIACO CON INFARTO MIOCARDICO ACUTO, INSUFFICIENZA CARDIACA O SHOCK
5	536	C	IMPIANTO DI DEFIBRILLATORE CARDIACO CON CATETERISMO CARDIACO SENZA INFARTO MIOCARDICO ACUTO, INSUFFICIENZA CARDIACA O SHOCK
17	539	C	LINFOMA E LEUCEMIA CON INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI CON CC
Pre	541	C	OSSIGENAZIONE EXTRACORPOREA A MEMBRANE O TRACHEOSTOMIA CON VENTILAZIONE MECCANICA ≥ 96 ORE O DIAGNOSI PRINCIPALE NON RELATIVA A FACCIA, BOCCA E COLLO CON INTERVENTO CHIRURGICO MAGGIORE
Pre	542	C	TRACHEOSTOMIA CON VENTILAZIONE MECCANICA ≥ 96 ORE O DIAGNOSI PRINCIPALE NON RELATIVA A FACCIA, BOCCA E COLLO SENZA INTERVENTO CHIRURGICO MAGGIORE
1	543	C	CRANIOTOMIA CON IMPIANTO DI DISPOSITIVO MAGGIORE O DIAGNOSI PRINCIPALE DI PATOLOGIA ACUTA COMPLESSA DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE
8	545	C	REVISIONE DI SOSTITUZIONE DELL'ANCA O DEL GINOCCHIO
8	546	C	ARTRODESI VERTEBRALE ECCETTO CERVICALE CON DEVIAZIONE DELLA COLONNA VERTEBRALE O NEOPLASIA MALIGNA
5	547	C	BYPASS CORONARICO CON CATETERISMO CARDIACO CON DIAGNOSI CARDIOVASCOLARE MAGGIORE
5	548	C	BYPASS CORONARICO CON CATETERISMO CARDIACO SENZA DIAGNOSI CARDIOVASCOLARE MAGGIORE
5	549	C	BYPASS CORONARICO SENZA CATETERISMO CARDIACO CON DIAGNOSI CARDIOVASCOLARE MAGGIORE
5	550	C	BYPASS CORONARICO SENZA CATETERISMO CARDIACO SENZA DIAGNOSI CARDIOVASCOLARE MAGGIORE
5	553	C	ALTRI INTERVENTI VASCOLARI CON CC CON DIAGNOSI CARDIOVASCOLARE MAGGIORE
5	555	C	INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE PER VIA PERCUTANEA CON DIAGNOSI CARDIOVASCOLARE MAGGIORE
1	560	M	INFEZIONI BATTERICHE E TUBERCOLOSI DEL SISTEMA NERVOSO
4	565	M	DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RESPIRATORIO CON RESPIRAZIONE ASSISTITA ≥ 96 ORE
6	567	C	INTERVENTI SU ESOFAGO, STOMACO E DUODENO, ETÀ > 17 ANNI CON CC CON DIAGNOSI GASTROINTESTINALE MAGGIORE
6	568	C	INTERVENTI SU ESOFAGO, STOMACO E DUODENO, ETÀ > 17 ANNI CON CC SENZA DIAGNOSI GASTROINTESTINALE MAGGIORE
6	569	C	INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE CON CC CON DIAGNOSI GASTROINTESTINALE MAGGIORE



MDC	DRG	Tipo	Descrizione
6	570	C	INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE CON CC SENZA DIAGNOSI GASTROINTESTINALE MAGGIORE
11	573	C	INTERVENTI MAGGIORI SULLA VESCICA
18	575	M	SETTICEMIA CON VENTILAZIONE MECCANICA ≥ 96 ORE, ETÀ > 17 ANNI
18	578	C	MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE CON INTERVENTO CHIRURGICO

Per tali DRG il tetto programmato è riportato nella tabella seguente.

**TAB. 5 TETTO ELEVATA COMPLESSITA' - ANNO 2015**

Azienda di residenza				
Aziende di ricovero	USL Umbria n. 1	USL Umbria n. 2	Totale	Extraregione
<b>Az. Osp. Perugia</b>	34.734.050	6.699.194	<b>41.433.244</b>	<b>8.902.338</b>
<b>Az. Osp. Terni</b>	1.848.012	18.564.606	<b>20.412.618</b>	<b>6.504.013</b>
<b>Totale</b>	<b>36.582.062</b>	<b>25.263.800</b>	<b>61.845.862</b>	<b>15.406.351</b>

#### **4.5 Volumi finanziari previsti per l'erogazione di prestazioni.**

Nella tabella n. 6 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 4.9.

**TAB. N. 6 MOBILITA' INTRAREGIONALE 2015 – VOLUMI FINANZIARI**

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

<b>AZIENDE ADDEBITANTI</b>	<b>Az. USL Umbria n. 1</b>	<b>Az. USL Umbria n. 2</b>	<b>Totale</b>	<b>Saldo 2015</b>
Azienda USL Umbria n. 1		4.904.682	<b>4.904.682</b>	<b>-201.505.555</b>
Azienda USL Umbria n. 2	15.931.549		<b>15.931.549</b>	<b>-108.342.558</b>
Azienda Ospedaliera di Perugia	172.797.528	18.713.949	<b>191.511.477</b>	<b>191.511.477</b>
Azienda Ospedaliera di Terni	5.901.251	97.893.148	<b>103.794.399</b>	<b>103.794.399</b>
Case di Cura private	11.779.909	2.762.328	<b>14.542.237</b>	<b>14.542.237</b>
<b>Totale</b>	<b>206.410.236</b>	<b>124.274.107</b>	<b>330.684.344</b>	<b>0</b>

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 e n. 1040/2014.

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.

**TAB. N. 7 - VOLUMI FINANZIARI MASSIMI COMPLESSIVI  
ANNO 2015**

<b>Aziende di ricovero</b>	<b>Mobilità intra- regionale 2015</b>	<b>Mobilità extra- regionale 2015</b>	<b>Totale</b>
<b>Az. USL 201</b>	4.904.682	15.096.860	20.001.542
<b>Az. USL 202</b>	15.931.549	18.836.170	34.767.719
<b>Az. Osp. di Perugia</b>	191.511.477	25.770.060	219.281.537
<b>Az. Osp. di Terni</b>	103.794.399	25.179.605	126.974.004
<b>Case di Cura private</b>	14.542.237	19.306.933	33.849.170
<b>Totale</b>	<b>330.684.344</b>	<b>104.189.628</b>	<b>434.873.972</b>

**TAB N. 7 BIS - VOLUMI FINANZIARI MASSIMI ANNO 2015- STRUTTURE PRIVATE**

<b>CASA DI CURA</b>	<b>Mobilità intra-regionale 2015</b>	<b>Mobilità extra-regionale 2015</b>	<b>TOTALE</b>
VILLA FIORITA	1.068.418	2.779.836	<b>3.848.254</b>
PORTA SOLE	4.450.571	5.244.975	<b>9.695.546</b>
SAGISC	3.725.643	4.416.268	<b>8.141.911</b>
LIOTTI	4.108.397	5.325.615	<b>9.434.012</b>
VILLA AURORA	1.189.208	1.540.239	<b>2.729.447</b>
<b>TOTALE</b>	<b>14.542.237</b>	<b>19.306.933</b>	<b>33.849.170</b>

Il volume finanziario massimo evidenziato nella tabella sopra riportata 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 di intra ed extra possono essere utilizzati in forma flessibile, sulla base di specifici accordi contrattuali stipulati con le singole Aziende USL, anche con riguardo a talune specialità per le quali le Direzioni ritengano di voler rimodulare l'offerta.

Inoltre, si richiama quanto previsto dall'art. 15, comma 13, lettera c) del DL 95/2012 (definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera) 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".

Tale DM stabilisce 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. Viene inoltre stabilito che gli eventuali processi di rimodulazione delle specialità delle strutture accreditate verranno effettuati in base alle esigenze di programmazione regionale e che, conseguentemente, dal 1° luglio 2015 non possono essere sottoscritti contratti con strutture accreditate con meno di 40 posti letto per acuti.

Lo stesso provvedimento ha previsto altresì che con specifica Intesa in Conferenza Stato-Regioni, da sottoscrivere entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del sopra richiamato DM 2 aprile 2015 n. 70, vengano 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.

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 ha 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"*.

#### **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 dell'attuale 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 ha stipulato accordi bilaterali con le Regioni Toscana, Emilia Romagna, Lazio e Marche nonché con strutture di alta specializzazione quali l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma e l'Azienda Ospedaliera Meyer di Firenze.

#### **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'abbattimento non si applica alle prestazioni di elevata complessità effettuate dalle Aziende Ospedaliere anche nel caso di superamento dei volumi contrattati, che vanno utilizzati solo ai fini della programmazione dell'attività. Per queste ultime, il tetto per le prestazioni di medio-bassa specialità è pari ai volumi finanziari riportati in Tabella 7, al netto dei corrispondenti valori di cui alla Tabella 5.

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 Rimborsi 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, al fine di introdurre elementi che consentano la verifica dell’appropriatezza prescrittiva da parte dei centri prescrittori e con il preciso intento di confermare il percorso di corresponsabilizzazione tra la struttura che prescrive e l’Azienda che sostiene effettivamente il costo (percorso già avviato con DGR n. 1733/2011), si ritiene di includere nei volumi finanziari massimi, riportati al paragrafo 4.5, il valore economico complessivo del c.d. ‘File F’ distribuito dalle strutture erogatrici nell’esercizio precedente (anno 2014). Resta inteso che eventuali eccedenze rispetto al valore economico di cui sopra, dovranno essere preventivamente previste nell’accordo interaziendale per la definizione della mobilità intra-regionale (da stipularsi entro settembre c.a.) e oggetto di regolazione diretta da parte delle strutture.

#### **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.

<b>Codice ATC</b>	<b>Descrizione Principio attivo</b>
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:

<b>Codice</b>	<b>Descrizione</b>
08.99.1	Infiltrazione di angioma palpebrale
10.91	Iniezione sottocongiuntivale
39.92	Iniezione intravenosa di sostanze sclerosanti
44.19.2	Breath test per <i>Helicobacter pylori</i> (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

<b>Codice</b>	<b>Descrizione</b>
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 (D.G.R. n. 291 del 13 marzo 2002)**

Come noto, sono erogabili direttamente dalle Aziende Sanitarie, attraverso i Servizi Farmaceutici, 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 > normativa di riferimento).

## **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.**

Come noto, il tetto programmato della spesa **farmaceutica territoriale**, ai sensi dell'art. 15, comma 3, del Decreto Legge 6 Luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla Legge 7 agosto 2012, n. 135, dal 2013, è stato fissato all'11,35%. In sintesi, la spesa farmaceutica territoriale si compone delle seguenti voci: spesa farmaceutica convenzionata + distribuzione diretta di fascia A, inclusa la distribuzione per conto + ticket regionale per ricetta.

Il tetto alla spesa **farmaceutica ospedaliera** è stato introdotto, a partire dal 2008, dall'art. 5, comma 5, della legge n.222/2007.

L'articolo 15, commi da 4 a 11, del D.L. 6 luglio 2012, n. 95 ha rimodulato la spesa farmaceutica ospedaliera, innalzando il tetto dal 2,4% al 3,5%, precisandone la definizione e le sue componenti.

Nelle disposizioni recate dai commi citati, contestualmente all'innalzamento del tetto, viene stabilito che a decorrere dall'anno 2013, è posta a carico delle aziende farmaceutiche una quota pari al 50% dell'eventuale superamento del tetto di spesa a livello nazionale. Il restante 50% dell'intero disavanzo a livello nazionale è a carico delle sole regioni nelle quali è superato il tetto di spesa regionale, in proporzione ai rispettivi disavanzi, fermo restando che non è tenuta al ripiano la regione che abbia fatto registrare un equilibrio economico complessivo.

Dal 2013 il tetto è calcolato al netto della spesa per i farmaci di classe A in distribuzione diretta e distribuzione per conto, nonché, innovando, al netto della spesa per i vaccini e per i medicinali di classe C e al netto della spesa per le preparazioni magistrali e officinali effettuate nelle farmacie ospedaliere, per i medicinali esteri e per i plasmaderivati di produzione regionale.

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 che pubblica i monitoraggi mensili e il consuntivo.

Ai fini della verifica del rispetto del tetto da parte dell'Agenzia Italiana del Farmaco, la spesa farmaceutica ospedaliera è calcolata al netto delle seguenti somme:

- a) somme versate dalle aziende farmaceutiche, per i consumi in ambito ospedaliero, ai sensi dell'articolo 1, comma 796, lettera g) della legge 27 dicembre 2006, n. 296 e successive disposizioni di proroga, a fronte della sospensione, nei loro confronti, della riduzione del 5% per cento dei prezzi dei farmaci (c.d. pay back 5%);
- b) somme restituite dalle aziende farmaceutiche alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano a seguito del superamento del limite massimo di spesa fissato per il medicinale (stabilito da AIFA ad hoc per alcuni farmaci), in sede di contrattazione del prezzo;
- c) somme restituite dalle aziende farmaceutiche, anche sotto forma di extra-sconti, alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in applicazione di procedure di rimborsabilità condizionata (payment by results, risk sharing e cost sharing) sottoscritte in sede di contrattazione del prezzo del medicinale ai sensi dell'articolo 48, comma 33, del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, e successive modificazioni;

Si riportano di seguito i limiti previsti secondo i criteri della Legge n. 135/2012 sia per la farmaceutica territoriale che per la farmaceutica ospedaliera.

A tale proposito, occorre rilevare che l'Intesa Stato-Regioni del 2 luglio 2015 ha previsto l'istituzione di un Tavolo di lavoro composto da rappresentanti dei Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze, delle Regioni e di AIFA che, tenuto anche conto dell'andamento della spesa farmaceutica dell'anno 2015, inclusa quella per i farmaci innovativi di cui all'art. 1, comma 593 della legge 23 dicembre 2014, n. 190, predisponga entro il 30 settembre 2015 una proposta di revisione delle norme relative al governo della spesa farmaceutica, ivi incluse quelle relative al meccanismo di pay-back di cui all'art. 15 del decreto legge del 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, nel rispetto degli equilibri programmati per il settore sanitario. La suddetta proposta costituirà oggetto di apposito accordo Stato-Regioni da approvare entro il 10 ottobre 2015.

Occorre anche rilevare che non risulta ancora approvato il decreto che disciplina le modalità operative di erogazione delle risorse stanziare ai sensi del citato art. 1, comma 593 della legge n. 190/2014 a titolo di concorso al rimborso per l'acquisto dei medicinali innovativi.

Inoltre, non è ancora esattamente quantificabile l'importo dei rimborsi previsti per l'acquisto dei farmaci per l'epatite C in base agli accordi negoziali riservati tra AIFA e le case farmaceutiche.

In considerazione delle variabili sopra esplicitate, nel calcolo per la quantificazione degli obiettivi è stato utilizzato, prudenzialmente, il dato consolidato di spesa 2014 per la distribuzione diretta e dpc, non considerando, pertanto, l'impatto della spesa per i farmaci innovativi che sarà comunque oggetto delle compensazioni sopra menzionate.

Per quanto sopra esposto, le tabelle che seguono potranno pertanto subire possibili variazioni.

**TAB. 8 SPESA FARMACEUTICA TERRITORIALE - ANNO 2015**

<b>AZIENDA SANITARIA REGIONALE</b>	<b>SPESA FARM. CONV. 2015 (PROIEZ. DATI GENN.-MAGGIO 2015)</b>	<b>DD e DPC CLASSE A (FLUSSO NSIS GENNAIO - DICEMBRE 2014)</b>	<b>QUOTA DD CLASSE A AZ. OSP. INCLUSA NEL TETTO DELLE ASL IN PROPORZION E QUOTA UTILIZZO</b>	<b>TOTALE</b>	<b>POPOLAZ. PESATA</b>	<b>PRO CAPITE</b>	<b>OBIETTIVO 2015</b>	<b>OBIETTIVO PRO-CAPITE</b>
	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D=A+B+C</b>			<b>L. 135/2012</b>	
							<b>(*)</b>	
Azienda U.S.L. Umbria n. 1	75.569.164	25.323.927	4.000.212	<b>104.893.303</b>	493.057	212,74	<b>103.695.175</b>	210,31
Azienda U.S.L. Umbria n. 2	60.382.405	23.197.660	2.164.570	<b>85.744.635</b>	402.836	212,85	<b>84.765.743</b>	210,42
Az. Ospedaliera PERUGIA		4.364.813	-4.364.813					
Az. Ospedaliera TERNI		1.799.969	-1.799.969					
<b>TOTALE REGIONE</b>	<b>135.951.569</b>	<b>54.686.369</b>	<b>-</b>	<b>190.637.938</b>	<b>895.893</b>	<b>212,79</b>	<b>188.460.918</b>	<b>210,36</b>

(\*) L'obiettivo ex Legge n. 135/2012 è stato calcolato sulla base della stima del fabbisogno sanitario e delle altre entrate vincolate, in assenza dei provvedimenti formali di riparto, tenendo conto della manovra di finanza pubblica di cui all'Intesa Stato-Regioni del 2.7.2015.

**TAB. 9 SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA - ANNO 2015**

<b>Azienda Sanitaria Regionale</b>	<b>COSTO da MOD. CE CONSUNTIVO 2014</b> PROD. FARMACEUTICI VOCE BA0030 + FILE F VOCE BA0960 (SOLO PER ASL) <b>A</b>	<b>DD e DPC CLASSE A (FLUSSO NSIS - ANNO 2014)</b> <b>B</b>	<b>DD e DPC CLASSE A (FLUSSO NSIS - ANNO 2014)</b> <b>C</b>	<b>TOTALE COMPLESSIVO</b> <b>D=A-B-C</b>	<b>LIMITE 2015</b> <b>L. 135/2012</b>
Azienda U.S.L. Umbria n. 1	71.229.000	25.323.927	4.000.212	41.904.861	18.350.782
Azienda U.S.L. Umbria n. 2	56.973.000	23.197.660	2.164.570	31.610.770	13.842.841
Az. Ospedaliera PERUGIA	40.064.000	4.364.813	-4.364.813	40.064.000	17.544.640
Az. Ospedaliera TERNI	19.133.000	1.799.969	-1.799.969	19.133.000	8.378.634
<b>TOTALE REGIONE</b>	<b>187.399.000</b>	<b>54.686.369</b>	<b>0</b>	<b>132.712.631</b>	<b>58.116.898</b>

#### **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 di cui sopra le Aziende Ospedaliere sono debtrici delle Aziende USL delle informazioni relative agli approfondimenti diagnostici ai trattamenti terapeutici erogati alle rispettive popolazioni bersaglio, ovviamente per i soli residenti in Umbria. Le Aziende USL definiscono, d'intesa con le Aziende Ospedaliere e con i competenti servizi regionali, i contenuti informativi ed i tempi di consegna delle informazioni, ricevendo dalle Direzioni Sanitarie delle Aziende Ospedaliere l'elenco dei Dipartimenti e delle strutture coinvolte e ogni altra necessaria collaborazione.

#### **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 e Coesione Sociale 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. 3), 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 nel Patto per la Salute 2010-2012 da trattare preferibilmente in DH e DS.

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 stipulati dalle Aziende.