

Deliberazione della Giunta Regionale 11 novembre 2013, n. 55-6670

Modificazioni ed integrazioni alla DGR n. 14-6039 del 2.7.2013 "Determinazione delle tariffe per attività di ricovero erogate dagli istituti pubblici, da quelli classificati, dagli IRCCS e dalle case di cura accreditate ai sensi dell'art. 15 del D.L. 6.7.2012 n. 95 convertito nella Legge 135 del 7.8.2012. Revoca delle DGR n. 34-251 del 19.6.2000 e n. 57-644 del 31.7.2000" .

A relazione dell'Assessore Cavallera:

Con la DGR n. 14-6039 del 2/7/2013 è stato approvato l'aggiornamento del sistema tariffario per le attività di ricovero ospedaliero in coerenza alle indicazioni del D.M. del 18.10.2012.

Tale nuovo sistema tariffario tiene conto, per quanto concerne i giorni soglia dei ricoveri di post acuzie, di quanto previsto dalla programmazione regionale riguardo l'attivazione di posti letto per l'attività di continuità assistenziale a valenza sanitaria correlata alla riorganizzazione della rete ospedaliera come previsto dalla D.G.R n. 6-5519 del 14/03/2013, in particolare prevedendo percorsi di cura per le attività di post acuzie più appropriati soprattutto per quanto riguarda la durata delle degenze ospedaliere e le modalità di ammissione a tale setting assistenziale.

In particolare, per l'attività relativa alla continuità assistenziale a valenza sanitaria, il citato provvedimento regionale ha individuato la tipologia di soggetti coinvolti in tale funzione ed i relativi criteri di selezione ed ammissione dei pazienti, i requisiti organizzativi, nonché il fabbisogno regionale di posti letto per tale attività.

E' stato altresì previsto che l'attivazione della nuova funzione, afferente al livello assistenziale territoriale, possa avvenire attraverso la riconversione di posti letto ospedalieri, dedicati alla post acuzie, pubblici e privati accreditati, di posti letto convenzionati di strutture riabilitative ex art. 26 L.833/78 e di posti convenzionati in RSA dedicati all'assistenza residenziale.

Per permettere l'attuazione concreta di tali indicazioni, con D.G.R n. 1-6045 del 9/07/2013 è stato approvato il progetto di riconversione della rete ospedaliera per quanto concerne le attività di post-acuzie delle strutture sanitarie private accreditate con il SSR (Case di Cura).

Tale progetto, coerentemente con quanto previsto dai Programmi Operativi 2013-2015 della Regione Piemonte che, in continuità con il Piano di Rientro 2010-2012 ed il suo Addendum, ha individuato, tra gli altri interventi di sistema, anche quello relativo all'attivazione di una rete di strutture di continuità assistenziale a valenza sanitaria, derivante dagli interventi di razionalizzazione della rete ospedaliera previsti dalla già citata D.G.R n. 6-5519 del 14/03/2013, è ancora in fase attuativa.

Pertanto, nelle more della piena operatività delle azioni previste dai Programmi Operativi 2013-2015, con particolare riferimento a quelle finalizzate a migliorare l'appropriatezza della risposta sanitaria, anche attraverso il potenziamento della rete territoriale, compresa l'attività di continuità assistenziale a valenza sanitaria, si rende necessario modificare i giorni soglia e alcuni aspetti del riconoscimento tariffario dei ricoveri di post acuzie per mantenere i necessari livelli assistenziali già in atto, coerentemente agli indirizzi del D.M. 18.10.2012 in materia di tariffazione delle prestazioni di ricovero come risulta dalla Tabella 1 che costituisce parte integrante della presente D.G.R.

In particolare, si tratta di estendere al 20% la quota massima dei ricoveri di post acuzie effettuati in ogni struttura di ricovero, per ogni disciplina e setting assistenziale, di pazienti ammissibili

direttamente dal domicilio, nonché di ripristinare, per tali discipline, il numero di giorni soglia, oltre i quali decorre il relativo abbattimento tariffario, così come previsti dal D.M. 18.10.2012 e come indicato nella Tabella 1, allegata alla presente deliberazione per farne parte integrante e sostanziale.

Inoltre, considerato che in fase applicativa si è riscontrata la necessità di precisare alcuni aspetti della DGR n. 14-6039 del 2/7/2013 riguardanti, in particolare, la normalizzazione dei valori delle nuove tariffe, le specificazioni relative alle due diverse modalità di individuazione dei giorni soglia per i ricoveri di MDC 8 in RRF e la non applicabilità della DGR n. 36 – 12813 del 14/11/2009 per ulteriori incrementi tariffari, occorre adeguare i giorni soglia e le tariffe anche dei ricoveri di RRF, MDC 8, a quanto previsto dal D. M. 18.10.2012, rinviando al completamento delle azioni previste dai Programmi Operativi 2013-2015 l'applicazione di quanto previsto dalla Tabella 2, allegato 1, alla DGR n.14-6039 del 02/07/2013, che viene sostituita dalla Tabella 2, allegata alla presente deliberazione per farne parte integrante e sostanziale.

Ritenuto infine opportuno disciplinare, per le Case di Cura private accreditate, gli Istituti Classificati e gli IRCCS, la gestione e la relativa tariffazione dei ricoveri di post acuzie durante i quali sia necessario il ricorso al pronto soccorso per il trattamento di evenienze emergenti, non prevedibili al momento dell'ammissione al ricovero e non gestibili nelle stesse strutture, in quanto la regolamentazione attuale ha trovato difficoltà interpretative che hanno reso difficile la gestione di tali situazioni. Ritenuto pertanto necessario prevedere la possibilità di mantenere aperta la SDO del relativo ricovero anche per il periodo trascorso in pronto soccorso per un limite temporale massimo di 48 ore, assicurando al paziente la possibilità di proseguire il ricovero nella stessa unità operativa di provenienza, si stabilisce che:

- in questi casi non è necessario chiudere e riaprire una nuova SDO;
- le giornate trascorse, anche parzialmente e fino ad un limite massimo di due, presso il pronto soccorso vengano remunerate al 50%;
- venga conservata copia della documentazione relativa al passaggio in pronto soccorso anche nella relativa cartella clinica, in cui dovranno essere annotate le motivazioni del ricorso al pronto soccorso e l'ora di uscita e di riammissione nell'unità operativa di provenienza;
- il trasporto dal e al pronto soccorso sia a carico della Casa di Cura privata accreditata, dell'Istituto Classificato, o dell'IRCCS che ha disposto il ricorso al pronto soccorso.

La remunerazione abbattuta del 50% della tariffa giornaliera è motivata dal fatto che la struttura deve garantire comunque la preparazione e la riammissione del paziente secondo le indicazioni provenienti dal pronto soccorso, l'organizzazione dei trasferimenti e il mantenimento del posto libero nella struttura.

Constatata, altresì, la necessità di stabilire che per i ricoveri di post acuzie disposti dall'Autorità Giudiziaria, nelle cui SDO viene utilizzato convenzionalmente il codice V62.5, gli abbattimenti previsti per il superamento dei giorni soglia non si applicano per il periodo di ricovero disposto da detta Autorità.

Pertanto sentite le argomentazioni del relatore e visti:
il D.M. 18/10/2012

la D.G.R. n. 36–2813 del 14/11/2009

la D.G.R. n. 6-5519 del 14/03/2013

la D.G.R. n. 14-6039 del 2/7/2013

la D.G.R. n. 1-6045 del 9/07/2013

la Giunta Regionale con voto unanime espresso nelle forme di legge,

delibera

- di stabilire che, nelle more della piena operatività delle azioni previste dai Programmi Operativi 2013-2015, con particolare riferimento a quelle finalizzate a migliorare l'appropriatezza della risposta sanitaria, anche attraverso il potenziamento della rete territoriale, compresa l'attività di continuità assistenziale a valenza sanitaria (allorquando sarà data piena attuazione a quanto previsto in materia dalla DGR n. 14-6039 del 2/7/2013), i giorni soglia per i ricoveri di Recupero e Riabilitazione Funzionale di I° e II° livello e di Lungodegenza, oltre i quali decorre il relativo abbattimento tariffario, sono quelli determinati dalla Tabella 1, allegata al presente provvedimento di cui è parte integrante e sostanziale, definita in coerenza con quanto previsto dal D.M. 18.10.2012 in materia di tariffazione delle prestazioni di ricovero;
- di stabilire che, nelle more della piena operatività delle azioni previste dai Programmi Operativi 2013-2015, con particolare riferimento a quelle finalizzate a migliorare l'appropriatezza della risposta sanitaria, anche attraverso il potenziamento della rete territoriale, compresa l'attività di continuità assistenziale a valenza sanitaria, (allorquando sarà data piena attuazione alla DGR n. 14-6039 del 2/7/2013 relativamente ai limiti posti alla provenienza dei pazienti da domicilio come indicato nel capitolo 5 dell'allegato 1 e in calce alla tabella 2 dello stesso allegato), il numero di ricoveri di pazienti provenienti dal domicilio in reparti di post acuzie non può superare il 20% dei ricoveri effettuati in ogni struttura di ricovero per ogni disciplina e setting assistenziale. Superato tale limite, il valore dei ricoveri successivi sarà annullato. Per il 2013 tale valore sarà calcolato sulla quota parte relativa ai dimessi nel secondo semestre;
- di prevedere che, a regime, e comunque entro il 2015 nell'attuazione della DGR n. 14-6039 del 2/7/2013 per la parte riguardante i ricoveri di Recupero e Riabilitazione Funzionale, la specificazione descrittiva relativa alla MDC 8 viene definita come indicato nella tabella 2, allegata al presente provvedimento di cui è parte integrante e sostanziale, che sostituisce quanto previsto dalla tabella 2 dell'allegato 1 alla DGR n. 14-6039 del 2/7/2013 per la stessa tipologia di ricoveri;
- di disciplinare, per le Case di Cura private accreditate, gli Istituti Classificati e gli IRCCS, la gestione e la relativa tariffazione dei ricoveri di post acuzie durante i quali sia necessario il ricorso al pronto soccorso per il trattamento di evenienze emergenti, non prevedibili al momento dell'ammissione al ricovero e non gestibili nelle stesse strutture, con la finalità di assicurare al paziente la possibilità di proseguire il ricovero nella stessa unità operativa di provenienza, prevedendo che:
 - in tali casi e per un limite temporale massimo di 48 ore, non è necessario chiudere e riaprire una nuova SDO;
 - le giornate trascorse, anche parzialmente e fino ad un limite massimo di due, presso il pronto soccorso vengano remunerate al 50%;
 - venga conservata copia della documentazione relativa al passaggio in pronto soccorso anche nella relativa cartella clinica, in cui dovranno essere annotate le motivazioni del ricorso al pronto soccorso e l'ora di uscita e di riammissione nell'unità operativa di provenienza;
 - il trasporto dal e al pronto soccorso sia a carico della Casa di Cura privata accreditata, dell'Istituto Classificato, o dell'IRCCS che ha disposto il ricorso al pronto soccorso;
- di stabilire che per i ricoveri di post acuzie disposti dall'Autorità Giudiziaria, nelle cui SDO viene utilizzato convenzionalmente il codice V62.5, gli abbattimenti previsti per il superamento dei giorni soglia non si applicano per il periodo di ricovero disposto da detta Autorità;

- di precisare che le tariffe previste dalla DGR n. 14-6039 del 2/7/2013 costituiscono l'unico valore di riferimento per la relativa valorizzazione e, pertanto, gli incrementi previsti dalla DGR n. 36 – 12813 del 14/11/2009 non sono più applicabili;
- di precisare che le tariffe, già presenti nelle tabelle allegate alla DGR n. 14-6039 del 2/7/2013, vengono normalizzate al centesimo di Euro, con i relativi arrotondamenti;
- di incaricare la Direzione Sanità di predisporre i necessari atti per l'attuazione del presente provvedimento.

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

(omissis)

Allegato

Tabella 1**Giorni soglia per ricoveri di RRF I e II livello**

MDC	Valore soglia per ricoveri ordinari (gg)
MDC 1 - MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA NERVOSO	60
MDC 2 - MALATTIE E DISTURBI DELL'OCCHIO	30
MDC 3 - MALATTIE E DISTURBI DEL L'ORECCHIO, DEL NASO, DELLA BOCCA E DELLA GOLA	30
MDC 4 - MALATTIE E DISTURBI DEL L'APPARATO RESPIRATORIO	30
MDC 5 - MALATTIE E DISTURBI DEL L'APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO	30
MDC 6 - MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO DIGERENTE	30
MDC 7 - MALATTIE E DISTURBI EPATOBILIARI E DEL PANCREAS	30
MDC 8 - MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	40
MDC 9 - MALATTIE E DISTURBI DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTO-CUTANEO E DELLA MAMMELLA	30
MDC 10 - MALATTIE E DISTURBI ENDOCRINI, NUTRIZIONALI E METABOLICI	30
MDC 11 - MALATTIE E DISTURBI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE	30
MDC 12 - MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE	30
MDC 13 - MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	30
MDC 14 - GRAVIDANZA, PARTO E PUERPERIO	30
MDC 15 - MALATTIE E DISTURBI DEL PERIODO NEONATALE	30
MDC 16 - MALATTIE E DISTURBI DEL SANGUE, DEGLI ORGANI EMOPOIETICI E DEL SISTEMA IMMUNITARIO	30
MDC 17 - MALATTIE E DISTURBI MIELOPROLIFERATIVI E NEOPLASIE SCARSAMENTE DIFFERENZIATE	30
MDC 18 - MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE (SISTEMICHE O DI SEDI NON SPECIFICATE)	30
MDC 20 - ABUSO DI ALCOL/FARMACI E DISTURBI MENTALI ORGANICI INDOTTI	30
MDC 21 - TRAUMATISMI, AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEI FARMACI	30
MDC 22 - USTIONI	30
MDC 23 - FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE ED IL RICORSO AI SERVIZI SANITARI	30
MDC 24 - TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	30
MDC 25 - INFEZIONI DA H.I.V.	30
DRG NON CLASSIFICABILI	30

Giorni soglia per ricoveri di Lungodegenza

LUNGODEGENZA	60
--------------	----

Tabella 2

MDC	Valore soglia per ricoveri ordinari (gg)	Ricovero ordinario, durata di degenza entro valore soglia	Ricovero ordinario, durata di degenza oltre valore soglia	Ricovero diurno, entro valore soglia	Ricovero diurno, oltre valore soglia	Ricovero ordinario, durata di degenza entro valore soglia	Ricovero ordinario, durata di degenza oltre valore soglia	Ricovero diurno, entro valore soglia	Ricovero diurno, oltre valore soglia	Ricovero ordinario, durata di degenza entro valore soglia	Ricovero ordinario, durata di degenza oltre valore soglia	Ricovero diurno, entro valore soglia	Ricovero diurno, oltre valore soglia
		(per giornata)	(per giornata)	(per accesso)	(per accesso)	(per giornata)	(per giornata)	(per accesso)	(per accesso)	(per giornata)	(per giornata)	(per accesso)	(per accesso)
MDC 8 (A) - MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO in continuità con episodio di acuzie	15	246,90	148,13	197,51	118,51	227,10	136,30	181,70	109,00	209,90	125,90	167,90	100,70
MDC 8 (B)- MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO- successivo a interventi chirurgici non in elezione in continuità con episodio di acuzie con indicazione in Diagnosi principale dei codici da 805__ a 809__ e da 820__ a 828__ o per reinterventi sulle protesi identificabili con le diagnosi principali 9964 __, 99677 e 99678.	30	246,90	148,13	197,51	118,51	227,10	136,30	181,70	109,00	209,90	125,90	167,90	100,70