

 REGIONE
PIEMONTE
GIUNTA REGIONALE

Verbale n. 130

Adunanza 30 maggio 2016

L'anno duemilasedici il giorno 30 del mese di maggio alle ore 10:15 in Torino presso la Sede della Regione, Piazza Castello n.165, nella apposita sala delle adunanze di Giunta, si è riunita la Giunta Regionale con l'intervento di Sergio CHIAMPARINO Presidente, ~~Aide~~ ~~RESCHIGNA~~ Vicepresidente e degli Assessori Francesco BALOCCO, Monica CERUTTI, Giuseppina DE SANTIS, Augusto FERRARI, Giovanni Maria FERRARIS, Giorgio FERRERO, Antonella PARIGI, Giovanna PENTENERO, Antonino SAITTA, Alberto VALMAGGIA, con l'assistenza di Guido ODICINO nelle funzioni di Segretario Verbalizzante.

E' assente il Vicepresidente RESCHIGNA

(Omissis)

D.G.R. n. 44 - 3399

OGGETTO:

Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale erogate da soggetti accreditati esclusivamente per prestazioni ambulatoriali e/o di Day Surgery: individuazione dei criteri per la definizione dei tetti di spesa per l'anno 2016 e disposizioni in merito alle prestazioni di specialistica ambulatoriale di Ossigeno Terapia Iperbarica.

A relazione dell' Assessore SAITTA:

Ai sensi dell'art. 8 quinquies del D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i., l'erogazione di prestazioni sanitarie da parte degli erogatori privati accreditati presuppone, previa verifica dei fabbisogni assistenziali, la fissazione di precisi tetti di spesa compatibili con la programmazione economica.

Con D.G.R. n. 25-6992 del 30.12.2013 sono stati approvati i Programmi Operativi 2013-2015 predisposti ai sensi dell'art. 15, comma 20, del D.L. n. 95/2012, come convertito in L. n. 135/2012. Nell'ambito dei medesimi il Programma 14 - intervento 14.3.4 "Assistenza specialistica ambulatoriale" prevede, fra gli altri, l'obiettivo della riduzione della inappropriata offerta, maggiore appropriatezza". In attuazione, la DGR 23 aprile 2014, n. 15-7486 (recante ad oggetto "Assistenza specialistica ambulatoriale: attuazione punto 14.3.4 dei Programmi operativi per il triennio 2013-2015 di cui alla D.G.R. n. 25-6992 del 30 dicembre 2013") prevede di abbassare l'indicatore prestazioni per abitante per avvicinarlo allo standard nazionale.

Con DGR n. 30-3307 del 16.05.2016 recante "Art. 3 bis, commi 5 e ss. D.lgs. n. 502/1992 e s.m.i. Assegnazione obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai direttori generali/commissari delle aziende sanitarie regionali finalizzati al riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2016. Approvazione criteri e modalità di valutazione" è stato previsto, quale specifico obiettivo assegnato ai direttori generali delle ASR per l'anno 2016 "Tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali – Assistenza specialistica e ospedaliera", che si prefigge di misurare, attraverso indicatori trasparenti ed efficaci, la capacità di risposta tempestiva del SSR, nell'erogazione di prestazioni ambulatoriali al cittadino.

I tetti di spesa della specialistica ambulatoriale degli erogatori privati, per l'anno 2014, sono stati definiti dalla DGR n. 46-233 del 4 agosto 2014 in sintonia con gli anni precedenti, ovvero sulla base alla spesa storica, con l'indicazione di un importo al netto del ticket incassato nel 2012 (non comprensivo della quota aggiuntiva fissa per ricetta non esente ex DGR 29 luglio 2011, n. 11-2490). Con il medesimo provvedimento veniva anche sospesa la sottoscrizione dei contratti ex art. 8 quinquies D. Lgs. n. 502/1992 del biennio 2014-2015 sulla base dello schema tipo approvato con DGR n. 83-7673 del 21 maggio 2014, stante la necessità di adeguare lo stesso alle osservazioni dei Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze (verbale tavolo monitoraggio "PIEMONTE-010-13/01/2014-0000008-A").

Per gli anni 2015 e 2016 si è provveduto alla quantificazione dei tetti di spesa della specialistica ambulatoriale erogata dalle case di cura con DGR n. 67-1716 del 6 luglio 2015 (importi netto ticket) e DGR 5 agosto 2015, n. 13-2022 (importi al valore tariffario delle prestazioni), in occasione della revisione delle rete ospedaliera.

Con DGR 30 marzo 2015, n. 43-1272 sono stati attribuiti i tetti di spesa provvisori per l'anno 2015, per prestazioni di specialistica ambulatoriale e di day surgery di tipo C, alle rimanenti strutture private accreditate, stabilendo che l'importo definitivo sarebbe stato quantificato anche in relazione al livello della quota di compartecipazione alla spesa incassata nel 2014.

Con DGR 12 ottobre 2015, n. 28-2233 – dovendosi, tra l'altro, applicare le disposizioni dell'articolo 9-quater, comma 7 del D.L. 19 giugno 2015, n. 78, convertito con modificazioni in legge 6 agosto 2015 n. 125, che stabiliva di "ridurre la spesa per l'assistenza specialistica ambulatoriale complessiva annua da privato accreditato, di almeno l'1 per cento del valore complessivo della relativa spesa consuntivata per l'anno 2014" – venivano fissati i tetti di spesa definitivi per il 2015, precisandosi al contempo, per praticità, anche i valori "lordi" (rectius al valore tariffario) di quelli del 2014, in relazione al ticket incassato nel 2012.

Con DGR 29 dicembre 2015, n. 77-2775 si demandava la definizione dei tetti di spesa 2016 per le strutture eroganti esclusivamente prestazioni ambulatoriale e/o di day surgery di tipo C ad un successivo provvedimento, da adottarsi entro il 29 febbraio 2016, nel frattempo fissando per ciascuna struttura un valore di riferimento pari a due dodicesimi dell'importo definito per il 2015.

Con DGR n. 30-3016 del 7 marzo 2016, essendo ancora in corso il lavoro di ridefinizione dei fabbisogni, veniva posticipata al 30 aprile 2016 la definizione dei tetti di spesa per le strutture eroganti esclusivamente prestazioni ambulatoriale e/o di day surgery di tipo C, fissando nel frattempo per ciascuna struttura un valore di riferimento pari a quattro dodicesimi dell'importo definito, per l'anno 2015, dalla DGR 12 ottobre 2015, n. 28-2233. Il citato provvedimento prescriveva alle ASL la definizione del fabbisogno in termini di prestazioni per le strutture di competenza, chiarendo altresì che la produzione del periodo transitorio sarebbe rientrata nell'ambito del budget annuale definitivo. Nell'occasione veniva ribadita l'attualità della citata DGR 23 aprile 2014, n. 15-7486 tendente ad abbassare l'indicatore prestazioni ambulatoriali per abitante.

A livello regionale è, nel frattempo, proseguita l'analisi dei fabbisogni ambulatoriali per singola ASL, nell'ottica di una revisione dell'appropriatezza delle prestazioni, in linea con i lavori già avviati nel corso del 2015 dal Tavolo Metropolitano. L'attenzione, in particolare, è stata focalizzata su alcune prestazioni a maggior rischio di inappropriatazza, tra cui quelle appartenenti ai gruppi A142b (Radiologia diagnostica RMN), e A147b RRF (Terapia fisica strumentale) e A144 (Laboratorio analisi).

Come da documento denominato "Metodi e criteri generali per la ridefinizione del fabbisogno regionale di prestazioni ambulatoriali sulla base di criteri di appropriatezza", elaborato dalla direzione Sanità in collaborazione con l'IREC ed allegato al presente provvedimento a farne parte integrante e sostanziale, l'obiettivo posto è stato quello di raggiungere un consumo pro

capite più appropriato assimilabile, per valore, a quello massimo del terzo della popolazione più virtuosa. Il percorso metodologico seguito ha comportato anzitutto la pesatura della popolazione di ciascuna ASL rispetto al consumo di prestazioni ambulatoriali nel 2015. Per i primi due gruppi di prestazioni (RMN e RRF) si è fatto riferimento a quanto indicato dalla letteratura scientifica e nei documenti nazionali di riferimento (DM 9/12/2015) e si è proceduto come di seguito indicato:

- a) si è calcolato il consumo pro capite delle prestazioni di ciascun gruppo utilizzando la popolazione pesata;
- b) si sono identificate le ASL che rappresentano circa un terzo della popolazione con il minor consumo pro capite;
- c) si è utilizzato il valore più alto di questo gruppo per il calcolo dell'obiettivo pro capite da raggiungere;
- d) si sono identificate le ASL al di sopra di questo obiettivo con la relativa riduzione percentuale prevista;
- e) si sono identificate le strutture che hanno erogato le prestazioni per queste ASL e, applicando la percentuale di riduzione, per ciascuna si è definito il valore di riduzione.

Per quanto riguarda, invece, il gruppo di prestazioni A144 (Laboratorio analisi) l'obiettivo di fondo è stato calcolato sulla media di 9 prestazioni pro capite (come da DGR 15-7486 del 23 aprile 2014), secondo il percorso di seguito indicato:

- a) si è calcolato il numero di prestazioni medie regionali e la riduzione percentuale necessaria per raggiungere l'obiettivo regionale sopra indicato;
- b) si è applicata la riduzione percentuale di cui sopra sul valore medio regionale per ottenere l'obiettivo regionale a valore da raggiungere;
- c) per ciascuna ASL si è calcolato il valore economico di consumo pro capite;
- d) si è calcolata la differenza tra il consumo pro capite effettivo di ciascun'ASL e l'obiettivo regionale e la relativa riduzione percentuale;
- e) si sono identificate le strutture che, per ciascuna ASL con un consumo maggiore dell'obiettivo, hanno erogato le prestazioni per l'ASL e, a queste, applicando la percentuale di riduzione si è definito il valore di riduzione.

Il metodo e i criteri generali della manovra regionale, riassunti nel documento allegato, sono stati illustrati e sono stati oggetto di confronto nel corso di una serie di incontri con le Associazioni rappresentative degli Erogatori privati, le cui sintesi sono conservate presso il competente Settore della Direzione Sanità.

Ancorché ad oggi non si sia ancora raggiunta un'intesa definitiva in relazione all'erogazione delle prestazioni ambulatoriali ed ai tetti di spesa per l'anno 2016, di massima è stato convenuto con le Associazioni un percorso che si basa sui seguenti criteri:

- attribuzione a ciascun erogatore di un tetto di produzione pari al valore del liquidabile teorico massimo 2015 (minor importo tra budget e produzione, distintamente considerando regione e fuori regione) ridotto dell'1%;
- ulteriore riduzione aggiuntiva a singoli erogatori, in misura massima del 5%, variabile in relazione alle prestazioni risultate inappropriate sulla base dell'analisi regionale, da applicare su base annua con decorrenza 1° luglio 2016;
- possibile riutilizzo dei valori derivanti dalla revisione di appropriatezza entro il limite massimo del 5%, per remunerare a livello di ASL, preferibilmente all'interno delle stesse strutture, produzioni riconvertite in corrispondenza di prestazioni connotate da tempi di attesa medio/lunghi, secondo criteri che verranno individuati con specifico provvedimento regionale;

attenta valutazione delle problematiche dei centri mono specialistici per i quali risulta difficoltosa una rapida riconversione della produzione e considerazione delle cause che, in singoli particolari casi, hanno portato ad una contrazione straordinaria della produzione 2015 rispetto al biennio precedente.

Con specifico riguardo alle prestazioni di OTI (codice 93.95 del nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale), risulta inoltre necessario rilevare che:

- con DGR n. 55-3565 del 19 marzo 2012, a modifica ed integrazione della DCR n. 616-3149 del 22 febbraio 2000 e s.m.i., si sono stabiliti i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi di autorizzazione e accreditamento dei centri pubblici e privati di erogazione delle prestazioni di Ossigeno Terapia Iperbarica (OTI);
- con DD n. 278 del 27 aprile 2015 è stato approvato il manuale di accreditamento inerente i requisiti per l'accREDITamento dell'attività di OTI, secondo il sistema di classificazione già previsto con DGR n. 82-1597 del 5 dicembre 2000;
- con DGR n. 27-2232 del 12 ottobre 2015 e DGR n. 28-3147 dell'11 aprile 2016 sono state accreditate per l'erogazione di prestazioni di OTI le strutture OTIP di Torino (ASL TO1) e I Cedri di Fara Novarese (ASL NO);
- in considerazione della conclusione del processo di accreditamento delle sopracitate strutture, uniche strutture eroganti prestazioni ambulatoriali di OTI a livello regionale, si sono realizzati i presupposti per modificare la forma di erogazione sinora utilizzata, passando dall'assistenza indiretta, prevista dalla DGR n. 80-5989 del 7 maggio 2002, alla forma diretta.

Dato atto che a livello regionale le prestazioni ambulatoriali di OTI sono erogate unicamente dalle strutture sopra citate, che forniscono le medesime prestazioni anche in regime di emergenza in ragione della DD 23 marzo 2001 n. 62, si ritiene necessario:

- stabilire al 1° luglio 2016 la cessazione della modalità di erogazione delle prestazioni ambulatoriali di OTI in forma indiretta;
- demandare a successivo provvedimento da adottarsi entro il 30 giugno 2016 la definizione delle linee guida regionali per l'utilizzo dell'ossigeno terapia iperbarica e del fabbisogno regionale di specialistica ambulatoriale di OTI per il 2016, anche in relazione all'aggiornamento delle indicazioni clinico diagnostiche di accesso alle prestazioni, secondo le ultime evidenze disponibili della letteratura scientifica di riferimento.

Considerato infine che, date le difficoltà emerse in sede di invio dei pazienti, non risulta ad oggi ancora concluso il processo di avvio a regime, da parte delle ASR, delle attività di Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria - CAVS, e risulta pertanto necessario posticipare al 30 giugno 2016 il termine ultimo previsto dalla DGR n. 30-3016 del 7 marzo 2016 per l'avvio e la piena operatività della funzione, con conseguente possibilità per le strutture di compensare, in sede di liquidazione contrattuale, i maggiori volumi di ricovero ordinario o di attività residenziale ex art. 26 legge 833/1978, realizzati alla medesima scadenza, nei limiti dell'economia di spesa programmata per CAVS al 30 giugno.

La Giunta regionale;

condividendo le motivate argomentazioni del relatore;

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

a voti unanimi resi nelle forme di legge;

delibera

- di approvare il documento denominato "Metodi e criteri generali per la ridefinizione del fabbisogno regionale di prestazioni ambulatoriali sulla base di criteri di appropriatezza", allegato A) al presente provvedimento a farne parte integrante e sostanziale, che individua il percorso metodologico per la revisione dell'appropriatezza delle prestazioni ambulatoriali da erogare a carico del SSR;

- di programmare una spesa regionale complessiva massima 2016 per la specialistica ambulatoriale erogata da soggetti privati accreditati esclusivamente per prestazioni ambulatoriali e/o di day surgery di tipo C non superiore a quella del 2015 ridotta dell'1%;
- di demandare a successivo provvedimento, da adottarsi entro il 30 giugno 2016, secondo i criteri definiti in premessa, la definizione dei tetti di produzione 2016 per le strutture private eroganti esclusivamente prestazioni ambulatoriale e/o di day surgery di tipo C, con individuazione delle prestazioni connotate da tempi di attesa medio/lunghi che potranno essere remunerate dalle ASL in eccedenza ai tetti di produzione;
- di fissare per ciascuna erogatore un valore transitorio di riferimento sino al 30 giugno 2016 pari a sei dodicesimi del liquidabile teorico massimo 2015 (minor valore tra budget e produzione, distintamente considerando regione e fuori regione) ridotto dell'1%;
- la produzione realizzata nel suddetto periodo transitorio rientra nell'ambito del budget annuale definitivo e le prestazioni sono rese in relazione ai fabbisogni espressi dalle ASL nei limiti del titolo di accreditamento e, per quanto riguarda l'ASL TO5, in attuazione della DGR 28 luglio 2008, n. 5-9275;
- di stabilire al 1° luglio 2016 la cessazione della modalità di erogazione delle prestazioni ambulatoriali di ossigeno terapia iperbarica in forma indiretta, demandando la definizione del fabbisogno e delle linee guida regionali a specifico provvedimento da adottarsi entro il 30 giugno 2016;
- di posticipare al 30 giugno 2016 il termine ultimo per l'avvio e la piena operatività della funzione CAVS con conseguente possibilità di compensare, in sede di liquidazione contrattuale, i maggiori volumi di ricovero ordinario o di prestazioni per assistenza residenziale ex art. 26 legge 833/78, realizzati alla medesima scadenza, nei limiti dell'economia di spesa programmata per CAVS;
- le ASL erogano acconti in quote mensili posticipate rispetto alla fatturazione, nella misura pari al 90% del valore previsto o in relazione alla minor produzione realizzata, detraendo l'importo incassato dalla struttura a titolo di ticket e di quota fissa ex DGR 29 luglio 2011, n. 11-2490;
- la copertura economica del provvedimento rientra nella quota indistinta di finanziamento alle ASL, senza oneri aggiunti 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)

Il Presidente
della Giunta Regionale
Sergio CHIAMPARINO

Direzione Affari Istituzionali
e Avvocatura
Il funzionario verbalizzante
Guido ODICINO

Estratto dal libro verbali delle deliberazioni assunte dalla Giunta Regionale in adunanza 30 maggio
2016.

cr12n