



R E G I O N E P U G L I A

Proposta di Deliberazione della Giunta Regionale

***Area Politiche per la Promozione della Salute delle Persone e delle Pari Opportunità
Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica***

Codice CIFRA: AOS / DEL / 2013 / _____

OGGETTO: - D.M. 18 OTTOBRE 2012 - Remunerazione delle Prestazioni di assistenza Ospedaliera, di riabilitazione, di lungodegenza e di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili dal SSR - Approvazione del nuovo tariffario regionale -.

L'Assessore al Welfare, sulla base dell'istruttoria espletata dall'Ufficio n.3, confermata dal Dirigente dello stesso Ufficio e dal Dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica, riferisce quanto segue:

- Il D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. all'art. 2 attribuisce alle Regioni l'esercizio delle funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ospedaliera, nel rispetto dei principi stabiliti dalle leggi statali.
- L'art. 8 sexies co. 5 lett. a) b) e c) del D.L.vo 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni, ha disciplinato i criteri per la determinazione delle tariffe massime nazionali da corrispondere alle strutture accreditate, da individuarsi con apposito decreto del Ministero della Sanità.
- Nel rispetto del principio del perseguimento dell'efficienza e dei vincoli di bilancio derivanti dalle risorse programmate a livello nazionale, le Regioni, in sede di adozione dei propri tariffari, articolano le tariffe per classi di strutture, secondo le caratteristiche organizzative e di attività, verificate in sede di accreditamento istituzionale, attraverso il riconoscimento di livelli tariffari inferiori ai massimi nazionali per le classi di erogatori che presentano requisiti organizzativi e di attività di minore complessità.
- L'art. 8 quinquies, co. 2 del D. L.vo 30 dicembre 1992 n. 502, stabilisce che, in sede di definizioni degli accordi con le strutture pubbliche e equiparate, comprese le aziende ospedaliere – universitarie, e dei contratti con quelle private e con i professionisti accreditati, siano indicati, tra l'altro, il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate, globalmente risultante dall'applicazione dei valori tariffari e della remunerazione extra tariffaria delle funzioni incluse nell'accordo, la modalità con cui viene comunque garantito il rispetto del limite di remunerazione delle strutture correlato ai volumi di prestazioni, prevedendo che in caso di incremento a seguito di modificazioni comunque intervenute nel corso dell'anno dei valori unitari dei tariffari regionali, per la remunerazione di assistenza ospedaliera, delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché delle altre prestazioni remunerate a tariffa, il volume massimo di prestazioni remunerate s'intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti indicati nel corrispettivo preventivato, fatta salva la possibilità di stipula di accordi integrativi, nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario programmato, ai sensi dell'art 1 co. 180 della Legge 30 dicembre n. 311 e dell'art. 1 della L.R. 9 febbraio 2011 n. 2 .
- L'art. 1 co. 18 della L 23 dicembre 1996 n. 66, ha previsto che le prestazioni strettamente e direttamente correlate al ricovero programmato, preventivamente erogate al paziente dalla medesima struttura che esegue il ricovero, sono remunerate dalla tariffa omnicomprensiva relativa al ricovero stesso.
- Il decreto – legge 6 luglio 2012, n. 95 recante le disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini, convertito con modificazioni, in legge 7 agosto 2012, n. 135, al fine di garantire un quadro di riferimento certo delle tariffe, per le Regioni e le Province autonome, quale presupposto essenziale, per una corretta programmazione e gestione sanitaria, ha previsto :” in deroga alla procedura prevista dall'art.8- sexies co. 5 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, in materia di remunerazione delle strutture che erogano assistenza ospedaliera ed ambulatoriale a carico del SSN, che il Ministro della Salute con proprio decreto entro il 15 settembre 2012, determina le tariffe massime che le Regioni e le Province autonome possono corrispondere alle strutture accreditate, di cui all'art. 8 – quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.
- Il decreto legge 13 settembre 2012 n.158 , convertito con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, all'art. 2 bis – Misure in materia di tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni sanitarie - ad integrazione dell'art. 17 del decreto – legge 6 luglio 2012, n. 95, ha previsto l'art. 17 bis, con il quale è stato disposto :” *con decreto di natura regolamentare del Ministero della Salute è istituita, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, una commissione per la formulazione di proposte, nel rispetto degli equilibri di finanza pubblica, per l'aggiornamento delle tariffe determinate ai sensi del comma 15”. Le eventuali risultanze saranno recepite dalla Regione con successivo provvedimento.*
- L'art 20 (tariffe per la remunerazione dei ricoveri ospedalieri a partire dall'anno 2009) della legge regionale n. 34/2009 ha previsto che la Giunta regionale definisca la metodologia ed i criteri per la definizione delle tariffe e del calcolo dei “valori dei ricoveri” da applicare dal 1° gennaio 2010.
- Con deliberazione di Giunta Regionale n. 2858 del 20 dicembre 2010, si è provveduto, in ottemperanza alla L.R. n. 34/2009, ad approvare la metodologia ed i criteri per la definizione delle tariffe e del calcolo dei valori delle prestazioni erogate in regime di ricovero, applicate a far tempo dal 1 °gennaio 2010, secondo i criteri di erogabilità e nel rispetto delle tariffe di cui agli allegati, A), B),C e D).
- L'art. 15 co. 15, 16, 17 e 18 del decreto – legge 6 luglio 2012, n. 95, ha introdotto, in deroga alla procedura prevista dall'art. 8 sexies , co. 5 del D.L.vo 30 dicembre 1992 n. 502 e successive

modificazioni, un metodo per la fissazione delle tariffe in materia di assistenza specialistica ambulatoriale ed ospedaliera.

- Con il D.M. 18 ottobre 2012 sono state determinate le tariffe massime, che le regioni e le province autonome possono corrispondere alle strutture accreditate di cui all'art 8 quater del D.L.vo 30 dicembre 1992 n. 502.
- L'art. 2 co. 4 del D.M. 18 ottobre 2012, ha autorizzato le Regioni a prevedere una remunerazione aggiuntiva, limitatamente a erogatori espressamente individuati ed in relazione a quantitativi massimi espressamente indicati, per i costi associati all'eventuale utilizzo di specifici dispositivi ad alto costo, esclusivamente nei casi, specifici e circoscritti, individuati e regolamentati nei vigenti accordi interregionali per la compensazione della mobilità sanitaria.
- L'art. 1 della L.R. 9 febbraio 2011 n. 2, ha approvato l'Accordo sottoscritto il 29 novembre 2010 tra il Ministro della Salute, il Ministro dell'Economia e delle finanze e il Presidente della Giunta Regionale, relativo al Piano di Rientro e di riqualificazione del sistema sanitario regionale 2010/2012.
- L'art. 2 comma 95 della L. 23 dicembre 2009, n. 191 di recepimento della Intesa sottoscritta tra il Governo, le Regioni e le province di Trento e di Bolzano concernente il nuovo patto per la salute per gli anni 2010/2012 prevede che :*" gli interventi individuati dal piano di rientro sono vincolanti per la Regione che è obbligata a rimuovere i provvedimenti legislativi, e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro"*.
- In ottemperanza alla statuizione di cui all'art. 2 comma 95 della L. 23 dicembre 2009, n. 191, al fine di non creare condizioni che vanifichino gli equilibri economici finanziari assunti sia con il Piano di Rientro che con il Piano Operativo, si rende necessario recepire il nuovo tariffario delle prestazioni di ricovero ed ambulatoriali, di cui al DM 18 ottobre 2012, in sostituzione dei tariffari per l'attività di ricovero ed ambulatoriale, di cui rispettivamente alla DGR 2858/2010 ed al D.M. 22/7/1996. Restano confermate le tariffe e le prestazioni non ricomprese nei LEA, giusti provvedimenti regionali, adottati in materia.
- Resta inteso che il recepimento del nuovo tariffario regionale viene proposto ad invarianza delle risorse economiche destinate a finanziare i fondi unici di remunerazione, rispetto al consolidato anno 2009, così come previsto dalla DGR 1494/2009 e nel rispetto degli obblighi assunti con il Piano di Rientro, che ha comportato una progressiva riduzione dei fondi unici di remunerazione, secondo la progressione riportata nel quadro sinottico di seguito riportato:

Branca	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012
Radiodiagnostica	-2%	-5%	-10%
Patologia clinica	-2%	-10%	-10%
FKT	-2%	-10%	-20%
Branche a visita	-2%	- 5%	-10%
Case di cura		-5%	-10%

- Inoltre, in conformità al D.L. 6 luglio 2012 n. 95, convertito nella L. 7 agosto 2012, n. 135, ed in ottemperanza all'art. 15 comma 14 dello stesso, restano confermati gli adeguamenti dei fondi unici di remunerazione, in misura aggiuntiva rispetto alle misure già adottate con il piano di rientro di cui alla L.R. 24 settembre 2010 n.12, approvato con L.R. 9 febbraio 2011 n. 2, in precedenza richiamati, che comportano una riduzione dell'0,5% della spesa già sostenuta nell'anno 2012, dell'1% di quella da sostenersi nell'anno 2013, e del 2% di quella da sostenersi per l'anno 2014.
- Per quanto attiene i trapianti di rene e fegato, rimangono confermate le tariffe previste dal D.M. 18 ottobre 2012, rapportate rispettivamente al 50% ed al 75% della tariffa TUC.
- Resta confermato, l'obbligo, per tutte le attività chirurgiche, di trascrivere sulla Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO), in campo dedicato, la valutazione della condizione clinica del soggetto secondo la classificazione ASA.
- Inoltre, costituisce obbligo di segnalare sulle SDO le protesi utilizzate nei ricoveri con i Codici della Classificazione Nazionale dei Dispositivi Medici (d.lgs. 24 febbraio 1997 n. 46) e s.m.i. oltre al Numero di Repertorio dei Dispositivi Medici di cui al D.M. 21 dicembre 2009, e già richiamato nella DGR 2858 del 20/12/2010 e nella DGR n. 633 del 5/4/2011.
- Infine, per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, riconducibili a RMN - segmentarie - con apparecchiature - c.d. a basso campo -, le strutture accreditate dovranno operare una

decurtazione del 10 % sulla tariffa richiamata nel tariffario allegato. Nella fase di prima attuazione in attesa che la società Svim Service predisponga i nuovi codici per le prestazioni di RMN effettuate con apparecchiature a basso campo : piede, gomito, polso, ginocchio, caviglia, tibio-tarsica, rachide cervicale e rachide lombare, le UU.OO. preposte alla liquidazione, dovranno operare le decurtazioni in regime di trattenute e/o rimborsi.

Per quanto su esposto :

- si propone alla Giunta Regionale di recepire ed approvare il nuovo tariffario per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, di riabilitazione, di lungodegenza e di assistenza specialistica ambulatoriale, erogabili dal SSR, giusto Decreto Ministeriale 18 ottobre 2012, pubblicato sulla G.U. suppl. n. 23 del 28/01/2013, allegato quale parte integrante alla presente, distinto per i singoli ambiti di assistenza :

Prestazioni Assistenza Ospedaliera per acuti erogate in regime di ricovero e diurno

- **Nell'allegato A)** sono riportate le tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di Assistenza Ospedaliera per acuti erogate in regime di ricovero e diurno. Si precisa che per i ricoveri diurni attribuiti ai DRG chirurgici e ai DRG 124, 125, e 323 la tariffa si applica all'episodio di ricovero. Per i ricoveri diurni attribuiti ai restanti DRG la tariffa si applica per accesso.

A partire dalla data di entrata in vigore del tariffario adottato con DGR 2858/2010 , così come stabilito dall'art. 20 co.3 della L.R. n. 34/2009, la remunerazione delle endoprotesi, dei dispositivi medici e del relativo impianto, sono ricomprese nelle tariffe dei DRGs. Dette tariffe sono applicate al 100% per le AA.OO, gli IRCCS pubblici, gli Enti Ecclesiastici e l'IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza. Per quanto attiene invece, gli Ospedali, gli IRCCS privati e le Case di Cura Private, la valorizzazione delle tariffe dei DRG, comprensivi di protesi, di dispositivi medici e del relativo impianto, sarà commisurata in relazione alla classificazione delle strutture, secondo le loro caratteristiche organizzative e di attività, verificate in sede di accreditamento, secondo la seguente declaratoria:

- Classe A al 98%;
- Classe B al 92%;
- Classe C al 85%;

Con separato provvedimento, saranno individuate le strutture che utilizzano dispositivi ad alto costo, nei casi specifici e circoscritti, così come di seguito riportate e nel rispetto delle procedure previste :

- **Protesi cocleare**
(codice intervento 20.96 o 20.97 o 20.98)
- **Stimolatore cerebrale**
(codice intervento 02.93 associato alla diagnosi 332.0, in qualsiasi posizione sia codificata)
- **Neurostimolatore vagale**
(codice intervento 04.92 associato alle diagnosi 345.01 o 345.11 o 345.41 o 345.51, in qualsiasi posizione siano codificate) associati ai DRG 7 e 8
- **Pompe di infusione totalmente impiantabile**
(codice intervento 86.06) ;
- **Trapianto di cellule staminali limbari**
DRG 42 con diagnosi principale 370.62 e diagnosi secondaria V42.9, intervento principale 11.59 e intervento secondario 11.99.

Resta inteso che dette prestazioni rientrano nelle funzioni assistenziali non adeguatamente tariffate, di cui all'art. 8 sexies co .2 del D. L.vo 502/92 , il cui valore complessivo della remunerazione non potrà in ogni caso superare il 30% del limite di remunerazione assegnato, e nel rispetto delle tariffe aggiuntive richiamate nell'allegato tariffario (allegato A)

Per quanto riguarda i valori soglia dei ricoveri ordinari, per classi di categorie diagnostiche maggiori, si applica la specifica tariffa giornaliera di cui al D.M. 18/12/2008, così come richiamato nell'allegato A).

- In ordine ai DRG relativi alle fratture di femore per pazienti ultrasessantacinquenni ricoverati presso le Unità Operative di ortopedia, è previsto:

1. Un aumento del 5% delle tariffe del DRG chirurgico, qualora il paziente sia stato operato **entro il terzo giorno**;
 2. Una riduzione del 20% della tariffa del DRG chirurgico qualora il paziente sia stato operato **dopo il quarto giorno**;
 3. Nel caso in cui l'unità operativa di ortopedia presenti un'incidenza del 50% dei ricoverati per frattura del femore che non siano stati operati, la relativa tariffa viene decurtata del 30%;
- Di applicare a tutti i ricoveri per parto cesareo (DRG 370 e 371) che **non** presentano annotata nelle relative SDO, in diagnosi principale o nelle diagnosi secondarie, almeno una delle diagnosi di rischio di seguito riportate, la tariffa prevista per il DRG 373 - parto vaginale senza cc. :

DESCRIZIONE DIAGNOSI	Categoria codice ICD9CM
Pregresso parto cesareo complicante la gravidanza, il parto e il puerperio	654.2
Posizione e presentazione anomale del feto	652
Parto post termine	645
Parto pre termine	644 - 644.1
Ritardo di crescita intrauterina	656.5 - 764
Sproporzione/ eccessivo sviluppo del feto	653 - 656.6 - 656.61-656.63
Gravidanza multipla	651- V27.2- V27.9- V31-V.37-761.5
Anomalie fetale	655
Perdita ematica antepartum / abruptio placenta/ placenta previa	641
Eclampsia /pre eclampsia	642.4 -642.7
Diabete mellito	648
Patologia liquido amniotico/infezione cavità amniotica	657- 658.0- 658.4
Rottura prematura delle membrane	658.1

Metodologia dei controlli. Le Strutture UVARP aziendali, in conformità alla DGR 1491/2010, per le suddette prestazioni dovranno assicurare e garantire il 100% delle cartelle cliniche correlate alla produzione privata e/o pubblica.

Assistenza Ospedaliera di lungodegenza e di riabilitazione post acuzie

Nell 'allegato B), sono riportate le tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di riabilitazione ospedaliera, erogate in regime di ricovero ordinario e diurno a carico del SSR. Nello stesso allegato, sono riportati anche i valori soglia dei ricoveri ordinari, per classi di categorie diagnostiche maggiori, oltre i quali si applica la specifica tariffa giornaliera ridotta, indicata nel medesimo allegato.

Nell'allegato B), sono riportate anche le tariffe giornaliere massime per la remunerazione delle prestazioni di lungodegenza post acuzie. Per tali prestazioni, si applica la tariffa giornaliera ridotta, riportata nel medesimo allegato, per la remunerazione delle giornate erogate oltre il valore soglia della degenza.

Per quanto attiene la specialità clinica cod. 28 (unità spinale) e la specialità clinica cod. 75 (neuroriabilitazione) restano confermate le tariffe ed i valori soglia previsti dall'art. 19 della L.R. 34/2009 e di seguito riportate, i cui ricoveri siano classificati nella MDC1 laddove dimessi dai reparti con cod. 28 e 75. Per tutti gli altri ricoveri classificati con MDC diversi da - 1 - si applicano le tariffe ed i valori soglia richiamati nell' Allegato 2) al DM 18 ottobre 2012.

Codice disciplina	Ricovero ordinario	Ricovero diurno	Valore soglia ricovero ordinario	Tariffa oltre valore soglia ricovero ordinario - 40%
Cod. 28	€ 400,22	€ 308,96	120gg	€ 240,13
Cod. 75	€ 373,53	€ 264,15	120gg	€ 224,11

Legenda: criteri di erogabilità

Cod. 75 - Per soggetti affetti da grave cerebri lesione acquisita : s' intendono "persone affette da danno cerebrale, di origine traumatica o di altra natura, tale da determinare una condizione di coma con punteggio GCS inferiore o uguale a 8 e protratto per almeno 24 ore, ed associate a menomazioni sensomotorie, cognitive o comportamentali, che comportano disabilità grave": 1) in continuità con il momento acuto della malattia; 2) in discontinuità con il momento acuto per completamento del progetto riabilitativo o per rivalutazioni per aggravamenti da parte dello stesso presidio di alta specialità che lo aveva in carico.

Cod. 28 - Per pazienti mielolesi con una gravità di lesione A, B, C - s' intendono secondo la classificazione dell'American Spinal Injury Association (A.S.I.A.) – :

- 1) in immediata continuità con il momento acuto (conseguentemente trasferiti da un reparto di terapia intensiva, neurochirurgia, ortopedia od altro reparto per acuti);
- 2) in discontinuità con il momento acuto per completamento del progetto riabilitativo o per rivalutazioni per aggravamenti da parte dello stesso presidio di alta specialità che lo aveva in carico.

Inoltre, atteso i requisiti organizzativi, richiesti e richiamati nella DGR 1621/2006, la tariffa per le prestazioni di assistenza intensiva post - acuzie ad alta complessità erogate dalla Casa di Cura Villa Verde di Lecce, è quella prevista dall'art. 19 della L.R. 34/2009 quantificata in € 876,07 per giornata di degenza.

Assistenza specialistica ambulatoriale

Nell'allegato C sono riportate le tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica. Dette tariffe devono intendersi soggette allo sconto del 2% e del 20% previsto dall'art. 1 comma 796 lett. o) della L. 27 dicembre 2006, n. 296, (mai abrogata). Analogamente rimane a carico degli assistiti non esenti, la quota fissa di partecipazione al costo della prestazione, pari a 10 € per ricetta.

Infine, restano confermate le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio extra LEA , previste dall'art. 22 L.R. 26/2006 e dall'art. 21 L.R. 25/2007 e di seguito riportate, i cui oneri ricadono sul bilancio regionale, trattandosi di spesa consolidata e già prevista nel Piano di Rientro di cui alla L.R. 2/2011:

54.98.3	DIALISI PERITONEALE DOMICILIARE NIPD E OCPD	€ 77,47
40.19.3	BIOPSIA MICROISTOLOGICA CON ASPIRAZIONE FORZATA AUTOMATICA SOTTO GUIDA ECOGRAFICA	€ 464,81
40.19.4	BIOPSIA MICROISTOLOGICA CON ASPIRAZIONE FORZATA AUTOMATICA SOTTO GUIDA STEROSTASSICA	€ 774,68
11.99.4	CORREZIONE DEI VIZI DI REFRAZIONE (CON LASER A ECCIMERI TECNICA LASIK O LAMELLARE)	€ 182,82
90.39.6	RAPAMICINA (SIROLIMUS) DOSAGGIO CON METODICA HPCL	€ 40,00
91.13.6	ELASTASI 1 PANCREATICA/F EIA	€ 20,00
91.35.6	PEPTIDE NATRIURETICO CEREBRALE (BNP O NT-PROBNP)	€ 15,40
91.58.2	ANTICORPI ANTI-ENDOMISIO IGA (EMA)(IGG,IGA)	€ 11,88
91.58.3	ANTICORPI ANTI-TRANSGLUTAMINASI (TTG)(IGG,IGA)	€ 11,40
91.58.4	HLA PER IDENTIFICAZIONE DEGLI ALOTIPI DQ2 E DQ8	€ 180,8
91.58.5	ANTICORPI ANTI-DESMOGLEINA 1(DSG1) EIA	€ 17,63
91.58.6	ANTICORPI ANTI-DESMOGLEINA 3(DSG3) EIA	€ 17,63
91.58.7	ANTICORPI B.P.180 EIA	€ 18,34
18.91.1	RM SPETTROSCOPIA (ASSOCIATA AD ESAME DI BASE 88.91.1)	€ 33,32
18.91.2	RM SPETTROSCOPIA (ASSOCIATA AD ESAME DI BASE 88.91.2)	€ 49,50

Inoltre, si precisa che per quanto riguarda la prestazione con codice 90.68.1- IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE : QUANTITATIVO la tariffa risulta rideterminata nella misura di € 71,18 a fronte di € 101,69, prevista nel precedente tariffario. Pertanto, in conformità a quanto previsto con DD.GG.RR. n. 384 del 22/09/98 e n. 141 del 02/03/99 la tariffa deve intendersi, rideterminata in proporzione, ed è pari ad € 8,09 per ciascun allergene, fermo restando il limite massimo di 8 prestazioni per ricetta.

Infine, restano confermati i criteri di erogabilità dei day service da ricondursi nell'ambito dell'assistenza specialistica ambulatoriale, mentre, ai fini della imputabilità della spesa, le suddette prestazioni devono essere

ricondotte nell'ambito del regime di ricovero, così come già determinato con DGR 433/2011 e DGR 2863/2011, di seguito riportate:

Day service		Importo	Provvedimento
04.44	LIBERAZIONE DEL TUNNEL TARSALE	1.398,52	DGR n.2863/2011
08.72	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA NON A TUTTO SPESSORE	695,78	DGR n.2863/2011
08.74	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA A TUTTO SPESSORE	695,78	DGR n.2863/2011
13.70.1	INSERZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE A SCOPO REFRATTIVO (IN OCCHIO FACHICO)	1261,60	DGR n.2863/2011
13.72	IMPIANTO SECONDARIO DI CRISTALLINO ARTIFICIALE	1.261,60	DGR n.2863/2011
13.8	RIMOZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE IMPIANTATO	713,60	DGR n.2863/2011
14.75	INIEZIONE INTRAVITREALE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE	213,33	DGR n.2863/2011
53.00.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE DIRETTA O INDIRETTA	1.041,00	DGR n.2863/2011
53.00.2	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE CON INNESTO O PROTESI DIRETTA O INDIRETTA	1.041,00	DGR n.2863/2011
53.21.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE CON INNESTO O PROTESI DIRETTA O INDIRETTA	1.041,00	DGR n.2863/2011
53.29.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE	1.041,00	DGR n.2863/2011
53.41	RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE CON PROTESI	1.041,00	DGR n.2863/2011
53.49.1	RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE	1.069,67	DGR n.2863/2011
77.56	RIPARAZIONE DI DITO A MARTELLO/ARTIGLIO	1.298,33	DGR n.2863/2011
80.20	ARTROSCOPIA SEDE NON SPECIFICATA	1.058,43	DGR n.2863/2011
81.72	ARTROPLASTICA DELL'ARTICOLAZIONE METACARPOFALANGEA E INTERFALANGEA SENZA IMPIANTO	1.248,52	DGR n.2863/2011
81.75	ARTROPLASTICA DELL'ARTICOLAZIONE CARPOCARPALE E CARPOMETACARPALE SENZA IMPIANTO	1.248,52	DGR n.2863/2011
84.01	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DI DITA DELLA MANO	1.200,00	DGR n.2863/2011
84.02	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DEL POLLICE	1.200,00	DGR n.2863/2011
84.11	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DI DITA DEL PIEDE	1.200,00	DGR n.2863/2011
98.51.1	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE CON CATETERISMO URETERALE PRIMA SEDUTA	581,57	DGR n.2863/2011
98.51.2	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE CON CATETERISMO URETERALE PER SEDUTA SUCCESSIVA ALLA PRIMA	386,92	DGR n.2863/2011
98.51.3	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE E/O VESCICA PER SEDUTA	386,92	DGR n.2863/2011
PA.C0.1	FOLLOW-UP DIABETE	101,49	DGR n. 433/2011
PA.C0.2	FOLLOW-UP IPERTENSIONE	129,17	DGR n. 433/2011
PC.A0.1	INTERVENTO DI FACOEMULSIONE E ASPIRAZIONE DI CATARATTA ED INSERZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE INTRAOCULARE	750,00	DGR n. 433/2011
PC.A0.2	INTERVENTO DI LIBERAZIONE TUNNEL CARPALE	650,00	DGR n. 433/2011

Di precisare altresì, che l'autorizzazione rilasciata alle Case di Cura, non comporta alcun riconoscimento implicito di accreditamento istituzionale di attività specialistica, ma trattasi soltanto di una autorizzazione finalizzata ad erogare prestazioni ad alto rischio di inappropriately, che si intendono trasferite da un regime di ricovero ad un regime ambulatoriale. L'autorizzazione in parola potrà essere revocata, nel caso di una diversa pianificazione e riorganizzazione dell'intera rete ospedaliera regionale sia pubblica che privata.

In ultimo, per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del SSN, sono confermate le tariffe fissate dal Decreto del Ministero della Sanità 27 agosto 1999, n. 332, così come incrementate dall'art. 2 co. 380 della L. 24 dicembre 2007, n. 244 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato" (legge finanziaria 2008).

“COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DELLA L.R. n.28/2001 E S. M. E I.”

La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria sia di entrata che di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

IL DIRIGENTE DI UFFICIO
(Vito Parisi)

L'Assessore relatore sulla base delle risultanze istruttorie, come innanzi illustrate, propone alla Giunta l'adozione del conseguente atto finale, ai sensi della L.R. n.7/97, art.4, comma 4, lett. f).

LA GIUNTA

- Udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;
- Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal Dirigente dell'Ufficio e dal Dirigente del Servizio;
- A voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

Per i motivi esposti in narrativa che qui s'intendono integralmente riportati per farne parte integrante e sostanziale:

- Di prendere atto delle nuove tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, di riabilitazione, di lungodegenza e di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili dal SSR, approvate con Decreto Ministeriale 18 ottobre 2012, pubblicato sulla G.U. suppl. n. 23 del 28/01/2013.
- Di approvare con il presente provvedimento il nuovo tariffario regionale, mentre per quanto attiene le specifiche condizioni di erogabilità, restano confermate le prescrizioni previste dall'art. 1 punto 2 del D.M. 22/07/96.
- Di prendere atto che il recepimento del nuovo tariffario regionale viene proposto ad invarianza delle risorse economiche destinate a finanziare i fondi unici di remunerazione, rispetto al consolidato anno 2009, così come previsto dalla DGR 1494/2009 e nel rispetto degli obblighi assunti con il Piano di Rientro, che ha comportato una progressiva riduzione dei fondi unici di remunerazione, secondo la progressione riportata nel quadro sinottico di seguito riportato:

Branca	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012
Radiodiagnostica	-2%	-5%	- 10%
Patologia clinica	-2%	-10%	- 10%
FKT	-2%	-10%	- 20%
Branche a visita	-2%	- 5%	- 10%
Case di cura		-5%	-10%

- Di disporre, in conformità al D.L. 6 luglio 2012 n. 95, convertito nella L. 7 agosto 2012, n. 135, ed in ottemperanza all'art. 15 comma 14 dello stesso, che restano confermati gli adeguamenti dei fondi unici di remunerazione, in misura aggiuntiva rispetto alle misure già adottate con il piano di rientro di cui alla L.R. 24 settembre 2010 n.12, approvato con L.R. 9 febbraio 2011 n. 2, che comportano una riduzione dell'0,5% della spesa già sostenuta nell'anno 2012, dell'1% di quella da sostenersi nell'anno 2013, e del 2% di quella da sostenersi per l'anno 2014.
- Di disporre che per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, riconducibili a RMN - segmentarie - con apparecchiature - c.d. a basso campo -, le strutture accreditate dovranno operare una decurtazione del 10 % sulla tariffa richiamata nel tariffario allegato. Nella fase di prima attuazione in attesa che la società Svim Service predisponga i nuovi codici per le prestazioni di RMN effettuate con apparecchiature a basso campo : piede, gomito, polso, ginocchio, caviglia, tibio-tarsica, rachide cervicale e rachide lombare, le UU.OO. preposte alla liquidazione, dovranno operare le decurtazioni in regime di trattenute e/o rimborsi.
- Di stabilire che a decorrere dal 1° giorno del mese successivo a quello di adozione del presente provvedimento, e comunque fino al 31/12/2014, le tariffe da corrispondersi per l'esecuzione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, di riabilitazione, di lungodegenza e di assistenza specialistica ambulatoriale, sono quelle indicate negli allegati sotto le lettere A – composto da n. 10 pag.), B –composto da n. 3 pag.) e C – composto da n. 35 pag.) con le precisazioni, le modifiche e le integrazioni richiamate nella parte narrativa del presente provvedimento. Inoltre, in relazione alle prestazioni c.d. a cavaliere, ai fini della remunerazione, sia per le prestazioni in regime di ricovero che per quelle ambulatoriali, si fa riferimento alla data di dimissione, ovvero alla data di consegna del referto e/o di chiusura ciclo. La Regione s'impegna comunque a recepire eventuali e nuove determinazioni che dovessero scaturire dalle risultanze dei lavori della commissione, istituita ai sensi dell'art. 17 bis) del decreto – legge 6 luglio 2012, n. 95.

- Di stabilire, l'obbligo, per tutte le attività chirurgiche, di trascrivere sulla Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO), in campo dedicato, la valutazione della condizione clinica del soggetto secondo la classificazione ASA.
- Di stabilire, altresì, l'obbligo, per le strutture erogatrici, di segnalare sulle SDO le protesi utilizzati nei ricoveri con i Codici della Classificazione Nazionale dei Dispositivi Medici (d.lgs. 24 febbraio 1997 n. 46) e s.m.i. oltre al Numero di Repertorio dei Dispositivi Medici di cui al D.M. 21 dicembre 2009, già richiamato nella DGR 2858 del 20/12/2010 e nella DGR n. 633 del 5/4/2011.
- Di dare mandato al Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica di trasmettere il presente provvedimento alle Aziende Ospedaliere Universitarie, alle Aziende Sanitarie Locali, agli IRCCS pubblici, Enti Ecclesiastici, IRCSS Casa Sollievo della Sofferenza, IRCSS privati ed alla Svim Service.
- Di disporre che le Aziende Sanitarie Locali trasmettano il presente provvedimento alle Strutture Private accreditate insistenti nel proprio territorio,
- Di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, ai sensi dell'art. 6 co.1 della L.R. 13/94.

IL SEGRETARIO

IL PRESIDENTE

I sottoscritti attestano che il procedimento istruttorio loro affidato, è stato espletato nel rispetto della normativa regionale, nazionale e comunitaria e che il presente schema di provvedimento, dagli stessi predisposto ai fini dell'adozione dell'atto finale da parte della Giunta Regionale, è conforme alle risultanze istruttorie.

Il Responsabile A.P. (*Vito Carbone*)

Il Dirigente di Ufficio (*Vito Parisi*)

Il Dirigente del Servizio (*Silvia Papini*)

Il sottoscritto direttore di area non ravvisa la necessità di esprimere sulla proposta di delibera le osservazioni ai sensi del combinato disposto degli artt. 15 e 16 del DPGR n.161/2008.

Il Direttore dell'Area

Politiche per la Promozione della Salute

delle Persone e delle Pari Opportunità (*Dr. Vincenzo Pomo*)

L'Assessore proponente

(*Elena Gentile*)
