

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 12 gennaio 2018, n. 22

Modifica ed integrazione DGR 951/2013 del 13/5/2013, avente ad oggetto: Approvazione del nuovo tariffario regionale — remunerazione delle prestazioni di assistenza Ospedaliera, di riabilitazione, di lungodegenza e di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili dal SSR.

Il Presidente, sulla base dell'istruttoria espletata dal Funzionario responsabile A.P., confermata dal Dirigente dello stesso Servizio e dal Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, riferisce quanto segue:

- Con DGR del 13.5.2013 n. 951, in esecuzione del D.M. 18 ottobre 2012, la Regione Puglia provvedeva ad approvare il nuovo tariffario regionale per la remunerazione delle prestazioni di assistenza Ospedaliera, di riabilitazione, di lungodegenza e di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili dal SSR, nel rispetto delle statuizioni contenute nell'art. 2 co.95 della Legge 2 dicembre 2009 n. 191, che dispone testualmente : *“gli interventi individuati dal piano di rientro sono vincolanti per la Regione, che è obbligata a rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro”* .
- Con il recepimento del nuovo tariffario regionale si prendeva atto che lo stesso veniva proposto ad invarianza delle risorse economiche destinate a finanziare i fondi unici di remunerazione, rispetto al consolidato anno 2009, e non comportava alcuna modifica in ordine alle specifiche condizioni di erogabilità, che rimanevano confermate quelle previste dall'art. 1 punto 2 del D.M. 22/07/96, a tutt'oggi ancora vigente.
- L'art. 1 co. 2 del D.M. 22/7/96 (pag.5) dispone : *“le seguenti tipologie di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, ivi comprese, quelle di diagnostica strumentale e di laboratorio, sono soggette a specifiche condizioni di erogabilità:*
 - a) *Prestazioni erogabili presso ambulatori protetti, ossia presso ambulatori situati nell'ambito di istituti di ricovero ospedaliero.*Tali prestazioni sono contrassegnate con la **lettera H.**
- Con circolare prot. 100/SCPS/21.4075 del 1/4/1997, il Ministero della Salute, ha impartito le prime linee guida per l'applicazione del D.M. 22/7/1996, a pag. 7) sez. – I SIMBOLI – dispone : *“Oltre al codice identificativo, alcune prestazioni sono contrassegnate anche da un simbolo che ne indica le specifiche condizioni di erogabilità. In particolare:*
 - “le prestazioni contrassegnate con la lettera H sono erogabili solo presso ambulatori protetti ossia presso ambulatori situati nell'ambito di istituti di carattere ospedaliero. In merito si evidenzia che si intendono ambulatori protetti quelli situati presso istituti di ricovero, sia pubblici, sia privati, accreditati”* .
- Dette linee guida, venivano recepite con D.G.R. n. 478 del 20.03.1998, e comunicate alle AA.SS.LL. con nota circolare n.24/7600/116/18 del 09.04.1998, in ordine all'applicazione del tariffario delle prestazioni ambulatoriali, definendo il livello di assistenza da garantire nella Regione Puglia ai pazienti uremici cronici. A tutt'oggi tale disposizione non è stata mai modificata. Sulla base di tali prescrizioni normative è indubbio ed indiscutibile che le prestazioni contrassegnate la lettera H sono erogabili solo presso ambulatori protetti ossia presso ambulatori situati nell'ambito di istituti di carattere ospedaliero.
- *Avverso tali direttive regionali, ribadite anche con nota regionale prot. n. AOO/151/12624 del 26 novembre 2012, le strutture autorizzate ed accreditate hanno promosso ricorso innanzi alla autorità giudicante amministrativa, sostenendo che le stesse potevano erogare siffatte prestazioni seppur in un contesto “non protetto”* .
- *L'autorità giudiziaria adita, in primo grado ha ritenuto :“prima facie fondata la ricostruzione operata in ricorso e prevalente in sede cautelare la tutela delle garanzie di appropriatezza, considerato il numero considerevole di pazienti dializzati assistiti nella struttura di cui si tratta per i quali non è stata contestualmente prevista la riallocazione in altre strutture, con tempi e modalità ragionevoli e senza soluzione di continuità assistenziale; e tenuto altresì conto che “le prestazioni contrassegnate con la lettera ‘H’ di cui si è inteso*

interdire l'erogazione alla società ricorrente, con i provvedimenti gravati, rappresentano il nerbo delle prestazioni sanitarie rese dalla società stessa”.

- *Tale decisione è stata confermata in i appello dal Consiglio di Stato con ordinanza n. 4627/2016 del 14.10.2016, in considerazione dell'emergenza determinata dalla mancata predisposizione di “..misure atte a consentire l'allocazione dei molti pazienti assistiti presso il centro gestito da(omissis) presso altre strutture, con tempi e modalità ragionevoli e, soprattutto, senza soluzione di continuità assistenziale’; e ritenute viceversa appropriate le misure previste nel protocollo operativo stipulato con la(omissis) finalizzato a regolamentare le modalità di trasporto per i pazienti, in caso di complicanze, presso strutture ospedaliere attrezzate per tali casi”. Questo a prescindere dalla necessità —pure ivi rimarcata- di un approfondimento nel merito della “questione dell’appropriatezza clinica delle prestazioni contrassegnate con la lettera H.*
- *Tutto ciò, veniva determinato nonostante le prestazioni senza la lettera H (erogabili dai centri privati accreditati) siano sovrapponibili a quelle con la lettera H (erogabili in ambulatori protetti, ossia presso ambulatori situati nell’ambito di istituti di ricovero ospedaliero), con una sola differenza: l’importo della tariffa. È evidente, dunque, che l’adozione dei provvedimenti (regionali in applicazione delle disposizioni statali) non precludevano e non andavano ad incidere sulla prosecuzione dell’attività e quindi sull'erogazione delle tipologie di prestazioni, bensì la remunerazione delle stesse, senza alcun nocumento per gli assistiti. Difatti, lo stesso Consiglio di Stato con la sentenza n 2951/2015, non ha disconosciuto tra i criteri di erogabilità quello riconducibile alla lett. H), ma si è limitato a disporre “Nei limiti e per le ragioni esposte, dunque la sentenza appellata merita conferma dovendosi respingere entrambe le impugnazioni, principale ed incidentale, Ferma restando naturalmente la potestà dell’Amministrazione, una volta scaduto l’accordo, di rivalutare la situazione, nella cura dell’interesse pubblico ad essa demandato, previa adeguata istruttoria, e nel rispetto del quadro legislativo, nazionale e regionale, che disciplina la materia assicurando che le strutture deputate all'erogazione di tali prestazioni posseggano i requisiti , strutturali e funzionali, previsti dalla legge per l’adeguata assistenza.*
- *Al fine di provare a superare la fase conflittuale determinatasi con gli erogatori privati accreditati ed autorizzati, in attesa dell’emanando nuovo tariffario Nazionale, sono state avviate procedure di raffreddamento dei conteziosi in atto, promuovendo una serie di conferenze dei servizi con gli erogatori pubblici e privati, finalizzati a superare la dicotomia, dal punto di vista erogativo dei soggetti legittimati ad erogare le prestazioni contrassegnate con o senza lett. H).*
- *Gli incontri in questione si sono tenuti nelle sedute del 21/09/2017, del 10/10/2017 e del 12/10/2017, in cui sono stati sentiti gli erogatori privati, gli erogatori pubblici ed i rappresentanti dei pazienti facenti capo all’ANED. In tali sedute veniva prospettata, da parte della Regione, l’ipotesi risolutiva per superare la fase conflittuale. In tale contesto venivano accolti e recepiti alcuni suggerimenti proposti dagli erogatori.*
- *Dopo la conclusione dei lavori, la S.p.A la CBH Città di Bari Hospital, la Diaverum Italia SRL e la s.r.l Tourist Haemodialysis, hanno inviato delle note, con le quali manifestavano una serie di osservazioni, in ordine alla proposta regionale.*
- *Preso atto che, con DGR 981/2016, in ottemperanza a quanto richiamato dallo stesso C.d.S. con le ultime pronunce (cfr. n. 77 n. ,78 e n. 436 tutte del 2016 e relative all’ attività di ricovero), si è provveduto ad espungere :*
 1. dal punto 12) della DGR n. 1494/2009 la locuzione “ a realizzare il confronto con le organizzazioni rappresentative a livello regionale e/o a definire le intese finalizzate ” ;
 2. dal punto 13) della DGR n. 1494/2009 la locuzione “tenendo conto degli esiti del percorso di consultazione e/o delle intese di cui al punto precedente”.

Tanto si era reso necessario, in quanto le parti espunte, risultavano in discordanza con quanto previsto dall’art. 8 quinquies 2 co. del D.L.gs 502/92, che prevede non già un obbligo ma una facolta’ in capo alla Amministrazione regionale, di consultare le Organizzazioni rappresentative. Quanto sopra in virtù dell’ampio potere autoritativo riconosciuto in capo all’Ente Regione, così come ripetutamente confermato, dalle AA.GG. adite, nelle diverse pronunce giurisprudenziali in materia di programmazione.

Pertanto, a far tempo dal 1/1/2018, si propone:

1. di espungere tariffario regionale, recepito con DGR 951/2013, le prestazioni dialitiche di seguito riportate :

Codice	Descrizione	Tariffa €
H 39.95.1	<i>Emodialisi in acetato o in bicarbonato</i>	154,94
H 39.95.4	<i>Emodialisi bicarbonato e membrane molto biocompatibili</i>	165,27
H 39.95.5	<i>Emodiafiltrazione</i>	232,41
H 39.95.7	<i>Altra emodiafiltrazione</i>	258,23
H 39.95.8	<i>Emofiltrazione</i>	258,23

Codice	Descrizione	Tariffa €
39.95.2	<i>Emodialisi in acetato o in bicarbonato ad assistenza limitata</i>	129,11
39.95.3	<i>Emodialisi in acetato o in bicarbonato domiciliare</i>	103,29
39.95.Z	<i>Emodialisi bicarbonato e membrane molto biocompatibili</i>	* 154,94
39.95.6	<i>Emodiafiltrazione ad assistenza limitata</i>	206,58

2. di adottare, dal 1/1/2018, sia per le strutture pubbliche che per le strutture private accreditate ed autorizzate, due sole tipologie di prestazioni con le relative tariffe, entrambe comprensive delle prestazioni aggiuntive (iniezioni di ormoni, fasciatura, medicazione, lavaggio catetere, prelievo venoso ed arterioso) oltre agli esami strumentali, di laboratorio, e del piano anamnesi e valutazione complessiva e stesura del piano di trattamento dialitico, secondo il protocollo e lo scadenziario delle prestazioni rivisitato ed allegato al presente provvedimento (allegati : A) e B)). Eventuali ulteriori esami strumentali che dovessero rendersi necessari, per particolari condizioni cliniche del paziente, devono essere documentate e portate a conoscenza del committente. Di conseguenza, da pari data, il tariffario delle prestazioni aggiuntive previste dalla DGR 478 del 20.3.1998, deve intendersi abrogato. Di seguito si riportano le due tipologie di prestazioni:

Prestazione A) tariffa unica		
Descrizione	Codice	Tariffa per seduta
Prestazione dialitica	Da definire	€ 205,00
Appendice : Tali prestazioni comportano nel loro mix almeno <u>del 40%</u> delle prestazioni HDF cod. 39.95.5		

Prestazione B)		
Descrizione	Codice	Tariffa per seduta
Altra Emodiafiltrazione	HFR – AFB- Mid Dilution, - cod. 39.95.7	€ 232,00

Linee guida :

1. Le prestazioni "Altra Emodiafiltrazione" cod. 39.95.7 potranno essere erogate nella misura massima del 10% del volume di prestazioni erogabili: A titolo di esempio fatto 100% il numero di prestazioni:

es. a) : il 10% - Altra Emodiafiltrazione - ;
il 54% - Acetato e bicarbonato ;
il 36% di HDF cod. 39.95.5.

es. b) : il 5% - Altra Emodiafiltrazione - ;
il 57% - Acetato e bicarbonato ;
il 38% di HDF cod. 39.95.5 .

2. I pazienti eleggibili dovranno rispondere ai seguenti requisiti:

- a) pazienti con instabilità cardiovascolare (come i pazienti diabetici) non stabilizzati da altre metodiche extracorporee miste con sistemi biofeedback;
- b) pazienti che presentano una spiccata tendenza ad acidosi metabolica severa ovvero iperkaliemia con elevato rischio di aritmia (come i pazienti anziani o cardiopatici).

- In questa ottica di rivisitazione del modello di fruizione delle prestazioni da parte degli utenti – pazienti uremici cronici, da un punto di vista clinico, come da valutazione espressa dai responsabili delle strutture pubbliche nella seduta del 10/12/2017, la classificazione surriportata garantisce la migliore dialisi e quindi la migliore prestazione per il paziente uremico cronico.

3. Di elevare il rapporto ottimale dei posti rene accreditati da (1: 3,5) a (1: 4,0) facendo comunque salvo il numero minimo (ad esempio 1 posto dialisi ogni 12 posti rene) da lasciare libero ogni turno per le urgenze e il numero dei pazienti in carico alla data del 31/12/2017, su cui non vanno applicate le regressioni previste dalla L.R. 4/2010, già oggetto di modifica, con l'obbligo, per le strutture erogatrici private, di rientrare gradualmente nel loro rapporto ottimale (1: 4,0) correlato ai posti rene accreditati.

4. Di stabilire, contestualmente che dalla data 1/1/2018 , non potranno essere acquisite ulteriori pazienti da strutture che hanno già raggiunto e superato il rapporto ottimale. Tanto, si rende necessario in attesa di definire nei 180 gg, successivi alla data di adozione del presente provvedimento, una rivisitazione della rete dialitica regionale, e quindi dei posti rene, in ragione del proprio fabbisogno.

COPERTURA FINANZIARIA L.r. 16/11/2011, n. 28/01 e s.m.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 provvedimento del quale si propone l'adozione rientra tra quelli di competenza della Giunta regionale ai sensi dell'art.4, comma 4, lett. "a) e d)" della Legge regionale n. 7/1997.

Il Presidente sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta l'adozione del conseguente atto finale:

LAGIUNTA

- udita la relazione e la conseguente proposta del Presidente;
- viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal funzionario istruttore, dal responsabile A.P., dal Dirigente del Servizio e dal Direttore della Sezione;
- a voti unanimi espressi nei termini di legge:

DELIBERA

Di prendere atto delle premesse che costituiscono parte integrante e sostanziale del presente provvedimento :

Di stabilire, a far tempo dal 1/1/2018:

1. di espungere tariffario regionale, recepito con DGR 951/2013, le prestazioni dialitiche di seguito riportate :

Codice	Descrizione	Tariffa €
H 39.95.1	<i>Emodialisi in acetato o in bicarbonato</i>	154,94
H 39.95.4	<i>Emodialisi bicarbonato e membrane molto biocompatibili</i>	165,27
H 39.95.5	<i>Emodiafiltrazione</i>	232,41
H 39.95.7	<i>Altra emodiafiltrazione</i>	258,23
H 39.95.8	<i>Emofiltrazione</i>	258,23

Codice	Descrizione	Tariffa €
39.95.2	<i>Emodialisi in acetato o in bicarbonato ad assistenza limitata</i>	129,11
39.95.3	<i>Emodialisi in acetato o in bicarbonato domiciliare</i>	103,29
39.95.Z	<i>Emodialisi bicarbonato e membrane molto biocompatibili</i>	* 154,94
39.95.6	<i>Emodiafiltrazione ad assistenza limitata</i>	206,58

2. di adottare, dal 1/1/2018, sia per le strutture pubbliche che per le strutture private accreditate ed autorizzate, due sole tipologie di prestazioni con le relative tariffe, di seguito riportate, entrambe comprensive delle prestazioni aggiuntive (iniezioni di ormoni, fasciatura, medicazione, lavaggio catetere, prelievo venoso ed arterioso),oltre agli esami strumentali, di laboratorio, e del piano anamnesi e valutazione complessiva e stesura del piano di trattamento dialitico, secondo il protocollo e lo scadenziario delle prestazioni rivisitato ed allegato al presente provvedimento (allegati A) e B)). Eventuali ulteriori esami strumentali che dovessero rendersi necessari, per particolari condizioni cliniche del paziente, devono essere documentate e portate a conoscenza del committente:

Prestazione A) tariffa unica		
Descrizione	Codice	Tariffa per seduta
Prestazione dialitica	Da definire	€ 205,00
Appendice : Tali prestazioni comportano nel loro mix almeno <u>del 40%</u> delle prestazioni HDF cod. 39.95.5		

Prestazione B) tariffa unica		
Descrizione	Codice	Tariffa per seduta
Altra Emodiafiltrazione	HFR – AFB- Mid Dilution, - cod. 39.95.7	€ 232,00

Linee guida :

A) Le prestazioni “Altra Emodiafiltrazione” cod. 39.95.7 potranno essere erogate nella misura massima del 10% del volume di prestazioni erogabili: A titolo di esempio fatto 100% il numero di prestazioni:

- es. a) : il 10% - Altra Emodiafiltrazione - ;
 il 54% - Acetato e bicarbonato ;
 il 36% di HDF cod. 39.95.5.

- es. b) :il 5% - Altra Emodiafiltrazione - ;
il 57% - Acetato e bicarbonato ;
il 38% di HDF cod. 39.95.5 .

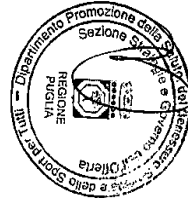
B) I pazienti eleggibili dovranno rispondere ai seguenti requisiti:

- 1) pazienti con instabilità cardiovascolare (come i pazienti diabetici) non stabilizzati da altre metodiche extracorporee miste con sistemi biofeedback;
 - 2) pazienti che presentano una spiccata tendenza ad acidosi metabolica severa ovvero iperkaliemia con elevato rischio di aritmia (come i pazienti anziani o cardiopatici).
- 4) Di abrogare dal 1/1/2018 , il tariffario delle prestazioni aggiuntive previste dalla DGR 478 del 20.3.1998,
- 5) Di elevare il rapporto ottimale dei posti rene accreditati da (1: 3,5) a (1: 4,0) facendo comunque salvo il numero minimo (ad esempio 1 posto dialisi ogni 12 posti rene) da lasciare libero ogni turno per le urgenze e il numero dei pazienti in carico alla data del 31/12/2017, su cui non vanno applicate le regressioni previste dalla L.R. 4/2010, già oggetto di modifica, con l'obbligo per le strutture erogatrici private di rientrare gradualmente nel loro rapporto ottimale correlato ai posti rene accreditati.
- 6) Di stabilire, contestualmente che dalla data 1/1/2018 , non potranno essere acquisite ulteriori pazienti da strutture che hanno già raggiunto e superato il rapporto ottimale. Tanto, si rende necessario in attesa di definire nei 180 gg, successivi alla data di adozione del presente provvedimento, una rivisitazione della rete dialitica regionale, e quindi dei posti rene, in ragione del proprio fabbisogno.
- 7) Di disporre che il presente atto sia notificato, a cura della Sezione SGO, a tutti i DD.GG. delle AA.SS.LL. ;
- 8) Di disporre la pubblicazione sul B.U.R.P. del presente atto.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
CARMELA MORETTI

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
MICHELE EMILIANO

NUOVA proposta esami laboratorio														
	cod.	x 2	totale	bimestrale	feb-apr-giu-ago-ott-dic	giu-dic	Semestrale	giu-dic						AIILA)
Mensile														
CREATININA a	90.163		€ 1,13	1,13 Bilirubina tot e frazionata	90.10.5	€ 1,41	Beta2 microg.	90.101	€ 5,30	all.	€ 50,21			
UREA a/s	90.441	€ 1,13	€ 2,26	Colesterolo tot	90.143	€ 1,74	Virus epatite B (HBV) anticorpi HBsAg	91.183	€ 10,01	feb	€ 101,17			
SODIO a/s	90.404	€ 1,02	€ 2,04	Colesterolo LDL	90.141	€ 0,87	Virus epatite B (HBV) anticorpi HBsAb	91.185	€ 7,90	mar	€ 50,21			
POTASSIO a/s	90.374	€ 1,02	€ 2,04	Elettroforesi proteica	90.384	€ 4,23	Virus epatite C (HCV) anticorpi	91.195	€ 10,01	apr	€ 101,17			
CALCIO	90.114		€ 1,13	Femina	90.223	€ 6,36	Virus immunodef. acquisita (HIV 1-2) anticorpi	91.224	€ 10,90	mag	€ 50,21			
FOSFORO	90.245		€ 1,46	fosfatasi alcalina	90.235	€ 1,04	Vit. D	90.44.5	€ 15,86	giu	€ 161,15			
Glucosio	90.271		€ 1,17	Gamma GT	90.255	€ 1,70				ago	€ 101,17			
PROTEINE TOT.	90.385		€ 1,13	GOT	90.092	€ 1,04				sett	€ 50,21			
ALBUMINA	90.051		€ 1,42	GPT	90.045	€ 1,00				ott	€ 101,17			
EMOCROMO	90.622		€ 3,17	PTH	90.355	€ 18,92				nov	€ 50,21			
PCR	90.723		€ 3,87	Transferrina	90.425	€ 4,78				dic	€ 161,15			
TSAT (capacità ferro legante)	90.424		€ 3,62	Trigliceridi	90.432	€ 2,85								
Uricemia	90		€ 1,13	Sideremia	90.225	€ 1,14								
Ega sangue misto	89.66	€ 12,32	€ 24,64	PT	90.754	€ 2,06								
			€ 50,21	PTT	90.761	€ 2,02						€ 59,98		1028,24 paz/anno
Regione Puglia	Tot/Pz/Anno		519,0/156		3,32 paz/seduta									
nuova proposta	Tot/Pz/Anno		1028,24/156		6,59 paz/seduta									



NUOVA proposta esami strumentali		ALL. B)	
Esami Strumentali			
semestralmente	89.52	€ 11,62	€ 23,24
non di routine	88.72.1	€ 51,65	€ 103,30
annuale	93.08.1	€ 10,33	
non di routine	88.99.1	€ 21,17	€ 21,17
annuale	45.13	€ 56,81	
non di routine	88.76.1	€ 60,43	€ 60,43
non di routine	87.17.1	€ 22,21	
non di routine	88.23	€ 14,20	
non di routine	87.43.1	€ 24,27	
non di routine	88.26	€ 17,56	
almeno tre all'anno	95.42	€ 8,68 x 2	€ 52,08
			260,22 paz/anno
Regione Puglia	Tot/Pz/Anno	469,72/156	3,01 paz/secuta
Nuova proposta	Tot/Pz/Anno	260,22/156	1,97 paz/secuta
In Totale			3,32 + 3,01
			3,32
			6,59
			3,01
			1,67
			6,33 paz/secuta
			8,26 paz/secuta

89.03 anamnesi e valutazione complessiva e stesura del piano di trattamento dialitico è compresa nella tariffa indipendentemente dal numero di sedute

