

# Incontro FNOMCeO e FISM

---

*Roma, 20 settembre 2016  
Auditorium "Biagio D'Alba"  
Ministero della Salute*



*Ministero della Salute*

**Renato Botti – Direttore Generale della Programmazione Sanitaria  
del Ministero della Salute**



## Agenda

- Commissione Permanente Tariffe;
- Dm 70/15: Riorganizzazione delle reti ospedaliere;
- Piano Nazionale Cronicità;
- Piano di efficientamento e riqualificazione delle aziende pubbliche;
- Acquisto di beni e servizi: aggiornamento Tavolo Soggetti Aggregatori;
- Varie ed Eventuali



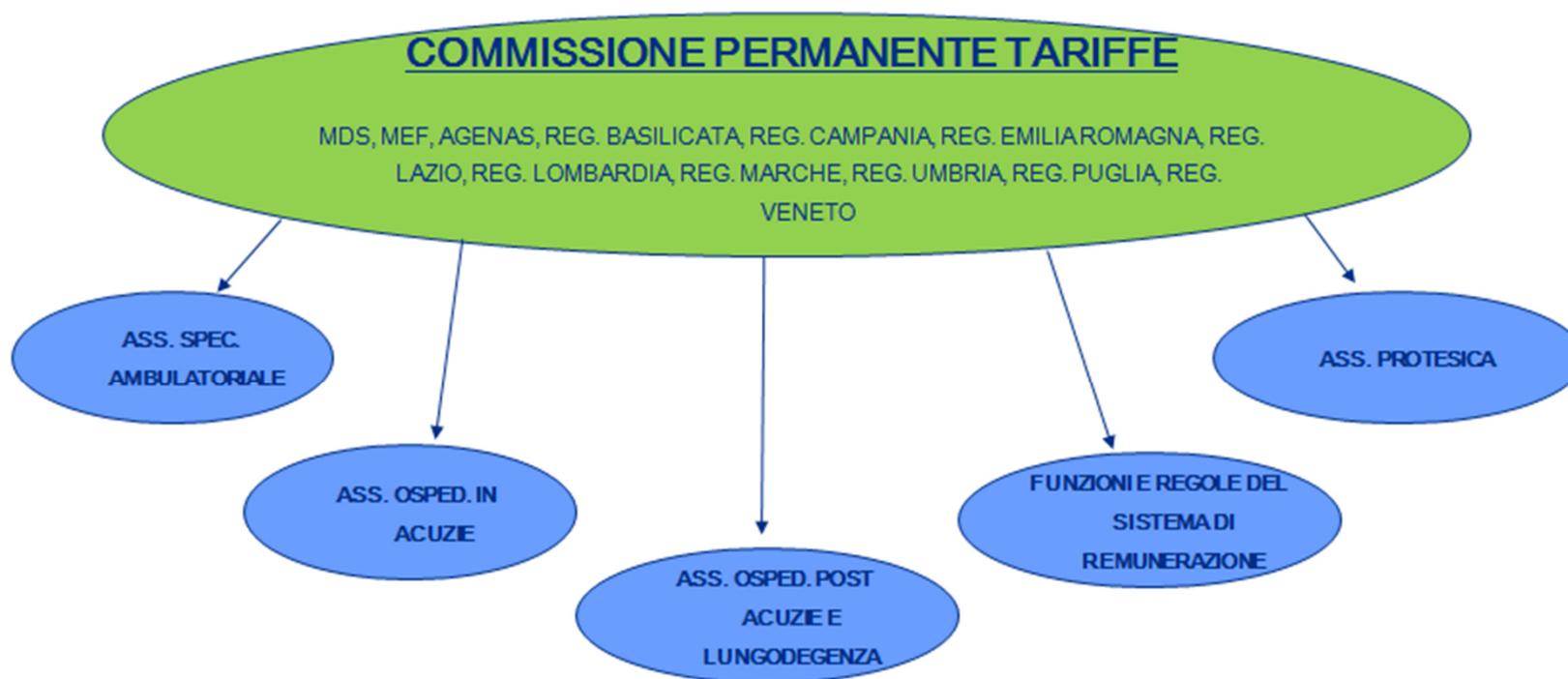
*Ministero della Salute*

## **Commissione permanente tariffe (CPT)**

## **Obiettivi della Commissione permanente tariffe**

1. Aggiornare e mantenere le tariffe massime di riferimento per le prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera per acuti, di riabilitazione, di lungodegenza post-acuzie, di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza protesica
2. Individuare le funzioni assistenziali ed i relativi criteri di remunerazione massima
3. Definire criteri e parametri di riferimento per l'individuazione di classi tariffarie
4. Promuovere la sperimentazione di metodologie per la definizione di tariffe per i percorsi terapeutici assistenziali territoriali
5. Definire regole e criteri di remunerazione dei servizi di telemedicina (in senso lato)

## Modello organizzativo della Commissione permanente tariffe



N. B. Nei lavori della commissione verranno coinvolte le associazioni di categoria, le società scientifiche e l'ordine dei medici e chirurghi.

## **Commissione permanente tariffe – tempi Decreto Legge milleproroghe**

### **ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE**

Obiettivo:

**AGGIORNAMENTO TARIFFE : 30 Settembre 2016**

### **ASSISTENZA OSPEDALIERA IN ACUZIE, POST ACUZIE IN RIABILITAZIONE E LUNGODEGENZA**

Obiettivo:

**AGGIORNAMENTO TARIFFE : 31 Dicembre 2016**

### **OBIETTIVI**

Nella **Fase 1** i lavori della sottogruppo sono finalizzati a:

- Aggiornare le tariffe delle prestazioni già presenti nel nomenclatore nazionale
- Definire le tariffe per le «nuove prestazioni» introdotte nel nomenclatore

La definizione delle tariffe per le prestazioni di specialistica ambulatoriale è condizione necessaria per l'applicazione del nuovo nomenclatore.



### **METODOLOGIA (1 di 3)**

L'aggiornamento e definizione delle tariffe del nuovo nomenclatore nazionale avverrà sulla base:

- dell'utilizzo di **analisi dei costi** delle prestazioni messe a disposizione dalle Regioni: **laboratorio** (AO di Padova, presidio ospedaliero di Treviso\*, laboratorio unico per l'Azienda Usl della Romagna di Pievesestina, laboratorio Unico Metropolitano di Bologna-LUM), **medicina fisica e di riabilitazione** (ASUR Area Vasta 3) o rese disponibili dalle società scientifiche: (**genetica**: SIGU nel gruppo di lavoro SIGU-Sanità);

\*è stato anche fatto un focus sulla microbiologia insieme al direttore dell'U.O. di Microbiologia dell'azienda ULSS9 di Treviso

### **METODOLOGIA (2 di 3)**

- dell'analisi della **variabilità tariffaria regionale**, alle quali è stato chiesto di procedere alla transcodifica dei codici-prestazioni regionali rispetto al nomenclatore vigente e a quello nuovo;
- di **approfondimenti ad hoc sui costi delle prestazioni**: (i) oggetto di trasferimento di setting assistenziale, (ii) prestazioni connesse a presenza di dispositivi e farmaci, (iii) nuove prestazioni non associabili ai tariffari regionali vigenti (es. adroterapia);

### **METODOLOGIA (3 di 3)**

Per le **tariffe della Radioterapia** si sta procedendo, con la collaborazione dell'AIRO:

- alla definizione di **valori tariffari per le singole prestazioni**, a partire dall'analisi delle tariffe regionali ricondotte alle nuove definizioni nazionali, prevedendo dei valori soglia oltre i quali prevedere un abbattimento;
- alla definizione di “**percorsi di trattamento per tipo di caso trattato e tipo di tecnologia**” proposti alle regioni a fini di programmazione e di controllo;
- fanno eccezione le tariffe per **le 3 prestazioni di Adroterapia**, già definite in termini di “percorsi”.

# CPT: Specialistica ambulatoriale

## Dati di spesa da flusso informativo NSIS (TS 2014)

### IMPORTI COMPLESSIVI PRODUZIONE PER REGIONE

DESCR REGIONE	Q 2014	VALORE 2014
PIEMONTE	80.827.527	€ 1.006.189.870,83
VALLE D'AOSTA	1.598.829	€ 17.707.386,56
LOMBARDIA	128.674.816	€ 2.152.907.375,98
P. A. BOLZANO	6.452.544	€ 88.766.531,90
P. A. TRENTO	7.910.061	€ 89.828.493,51
VENETO	63.895.334	€ 1.081.765.824,69
FRIULI V. G.	15.131.738	€ 275.799.952,20
LIGURIA	19.692.130	€ 234.749.352,32
EMILIA ROMAGNA	55.614.321	€ 784.273.165,55
TOSCANA	45.340.683	€ 591.083.308,30
UMBRIA	13.821.078	€ 179.525.466,13
MARCHE	20.272.742	€ 244.585.283,73
LAZIO	81.418.974	€ 958.646.098,24
ABRUZZO	17.294.892	€ 183.178.788,07
MOLISE	4.304.987	€ 76.398.400,39
CAMPANIA	57.848.564	€ 868.061.583,77
PUGLIA	51.748.869	€ 524.667.873,81
BASILICATA	9.616.427	€ 133.255.831,09
CALABRIA	24.172.612	€ 237.588.553,72
SICILIA	60.275.422	€ 718.151.450,98
SARDEGNA	19.308.305	€ 254.143.251,73

**785.220.855**

**€ 10.701.273.843,50**



# CPT: Specialistica ambulatoriale

## Lavoro di transcodifica delle prestazioni regionali (TS 2014)

### ANALISI PER REGIONE

DESCR REGIONE	Q TS 2014	VALORE TS	N° COD REGIONALI ASSOCIATI	% assorbimento codici NN
PIEMONTE	78.558.821	€ 974.742.452,23	1688	54,4%
VALLE D'AOSTA	1.502.186	€ 16.941.381,86	721	27,7%
LOMBARDIA	123.803.895	€ 2.017.180.342,40	1793	56,3%
P. A. BOLZANO	6.275.737	€ 84.490.680,56	1300	45,2%
P. A. TRENTO	7.703.247	€ 83.358.549,06	1229	42,8%
VENETO	60.601.772	€ 1.054.565.432,39	1865	65,1%
FRIULI V. G.	14.817.438	€ 272.694.149,10	1496	48,4%
LIGURIA	18.282.444	€ 188.989.632,62	1271	42,9%
EMILIA ROMAGNA	55.223.616	€ 777.880.256,80	1761	52,7%
TOSCANA	44.760.100	€ 578.039.361,50	1402	48,4%
UMBRIA	13.690.636	€ 176.518.101,80	1355	45,1%
MARCHE	19.551.317	€ 233.193.221,95	1598	48,4%
LAZIO	80.280.512	€ 942.881.496,91	1608	48,4%
ABRUZZO	16.769.592	€ 163.930.192,30	1884	45,0%
MOLISE	4.180.318	€ 72.300.609,59	1103	36,6%
CAMPANIA	55.091.616	€ 759.591.517,49	1621	44,5%
PUGLIA	43.335.180	€ 372.290.896,68	1001	43,5%
BASILICATA	8.567.346	€ 120.588.616,95	2043	48,0%
CALABRIA	23.439.781	€ 226.458.222,33	1471	46,5%
SICILIA	59.384.528	€ 694.733.608,18	2798	50,0%
SARDEGNA	18.203.025	€ 247.296.334,56	1462	46,4%
<b>754.023.107</b>		<b>€ 10.058.665.057,26</b>		



# CPT: Specialistica ambulatoriale

## Lavoro di transcodifica delle prestazioni regionali (TS 2014)

### ANALISI PER BRANCA

Branca	Q_TS 2014	VALORE_TS	INCID. % VALORE ECONOMICO	% cumulata
Diagnostica per immagini	39.256.248	€ 2.606.857.077,59	28,1%	28,1%
Laboratorio*	561.969.886	€ 2.573.917.130,08	27,8%	55,9%
<i>di cui genetica</i>	<i>8.781.602</i>	<i>€ 371.050.740,80</i>		
Nefrologia	6.738.260	€ 890.928.355,64	9,6%	65,5%
Oculistica	9.204.782	€ 639.196.478,13	6,9%	72,4%
Cardiologia	16.603.731	€ 546.466.642,25	5,9%	78,3%
Radioterapia	4.425.186	€ 393.046.811,77	4,2%	82,6%
Medicina fisica e riabilitazione	25.031.366	€ 341.504.539,10	3,7%	86,3%
Gastroenterologia	2.117.363	€ 151.156.255,49	1,6%	87,9%
Neurologia	7.721.167	€ 143.505.532,31	1,5%	89,4%
Ortopedia	3.399.482	€ 128.550.598,07	1,4%	90,8%
Oncologia	2.950.064	€ 121.957.746,09	1,3%	92,1%
Odontostomatologia	3.992.255	€ 108.322.866,31	1,2%	93,3%
Ostetricia e ginecologia	2.809.356	€ 88.804.654,36	1,0%	94,3%
Dermatologia / Allergologia	4.709.209	€ 77.993.929,09	0,8%	95,1%
Chirurgia generale	1.408.314	€ 68.413.136,81	0,7%	95,9%
Otorinolaringoiatria	3.990.847	€ 62.622.462,88	0,7%	96,5%
Neurochirurgia	98.471	€ 53.791.557,83	0,6%	97,1%
Urologia	1.437.251	€ 49.446.493,11	0,5%	97,6%
Chirurgia vascolare	472.115	€ 48.018.234,57	0,5%	98,2%
Pneumologia	1.389.112	€ 36.065.849,28	0,4%	98,6%
Anestesia/Analgesia	614.068	€ 32.527.632,56	0,4%	98,9%
Endocrinologia	2.024.174	€ 30.708.929,34	0,3%	99,2%
Chirurgia plastica	590.500	€ 29.943.683,85	0,3%	99,6%
Psichiatria/Psicologia- Psicoterapia	1.271.900	€ 25.097.630,86	0,3%	99,8%
Psichiatria	1.011.891	€ 16.021.989,77	0,2%	100,0%
OdontostomaOdontostomatol ogiatologia	2	€ 232,40	0,0%	100,0%
	<b>705.237.000</b>	<b>€ 9.264.866.449,54</b>		
branca da associare (lavoro in progress)	48.786.107	€ 793.798.607,72		
<b>TOTALE</b>	<b>754.023.107</b>	<b>€ 10.058.665.057,26</b>		



Ministero della Salute

# CPT: Specialistica ambulatoriale

## Lavoro di transcodifica delle prestazioni regionali (TS 2014)

Branca	cod coperti	cod totali	% copertura
Endocrinologia	10	10	100%
Oncologia	9	9	100%
Psichiatria	2	2	100%
Psichiatria/Psicologia- Psicoterapia	10	10	100%
Oculistica	109	116	94%
Urologia	27	29	93%
Neurologia	48	52	92%
Ortopedia	47	51	92%
Diagnostica per immagini	351	384	91%
Chirurgia Vascolare	21	23	91%
Radioterapia	38	42	90%
Cardiologia	35	39	90%
Chirurgia Generale	78	88	89%
Pneumologia	28	32	88%
Dermatologia / Allergologia	22	26	85%
Ostetricia e ginecologia	32	38	84%
Medicina fisica e riabilitazione*	45	54	83%
Odontostomatologia	62	76	82%
Otorinolaringoiatria	54	67	81%
Gastroenterologia	59	74	80%
Chirurgia plastica	15	19	79%
Anestesia/Analgesia	10	13	77%
Laboratorio**	542	737	74%
Neurochirurgia	3	5	60%
Nefrologia	31	59	53%
branca da associare (lavoro in progress)	28	38	74%
	<b>1.716</b>	<b>2.093</b>	<b>82%</b>

\* a fronte di 9 prestazioni apparentemente scoperte il GDL dispone di una proposta tariffaria proveniente da parte di 1 Regione.

\*\* a fronte di 195 prestazioni apparentemente scoperte il GDL dispone di informazioni su n.78 prestazioni di genetica (per le quali esiste un'analisi dei costi effettuata dalla SIGU) e n.87 prestazioni per le quali è al vaglio una proposta tariffaria proveniente da parte di 1 regione

N.B. NON ATTUALIZZATO CON ULTIMO AGGIORNAMENTO DEL NUOVO NOMENCLATORE CHE PREVEDE N. 2108 CODICI PRESTAZIONE

## CPT: Specialistica ambulatoriale

Laboratorio – prestazioni al netto della genetica (classificazione FARE): quantità e valore prestazioni oggetto di analisi dei costi

LABORATORIO AL NETTO DI GENETICA  
(QUANTITA' E IMPORTI COMPLESSIVI  
TRANSCODIFICATI - TS 2014)

Q_TS 2014	VALORE_TS
553.188.284,00	€ 2.202.866.389,28

classificazione FARE	Q_TS 2014	IMPORTI TS 2014
Chimica clinica di base	379.355.744	€ 1.155.958.549,21
Chimica clinica	20.220.173	€ 240.860.198,10
Ematologia/coagulazione di base	65.087.226	€ 205.230.944,14
Microbiologia/virologia	8.209.519	€ 118.804.747,35
Microbiologia/virologia di base	11.154.032	€ 100.881.472,58
Autoimmunologia	689.469	€ 9.638.060,40
Sierologia	736.455	€ 9.436.264,36
Proteine	416.558	€ 9.275.726,77
Ematologia/coagulazione	711.284	€ 7.855.733,29
Biologia Molecolare	111.335	€ 7.676.240,12
Immunometria	401.509	€ 7.587.583,50
HPLC Spettrometria massa	753.183	€ 4.604.750,09
Batteriologia	535.391	€ 3.750.818,37
Anatomia ed istologia patologica	191.543	€ 3.702.207,30
Altra diagnostica strumentale	132.118	€ 2.579.088,15
Coagulazione	78.409	€ 1.072.571,55
Farmacotossicologia	18.142	€ 233.740,00
Immunoematologia e trasfusionale	11.437	€ 202.405,26
Parassitologia	2.855	€ 51.068,21
Urine	3.222	€ 11.467,84
<b>Totale complessivo</b>	<b>488.819.604</b>	<b>€ 1.889.413.636,59</b>

**COPERTURA 88%  
DEI VOLUMI E 86%  
DEGLI IMPORTI**

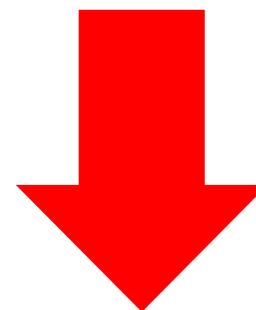
## CPT: Specialistica ambulatoriale

Laboratorio – prestazioni al netto della genetica  
(classificazione FARE) non coperte da analisi dei costi

CLASSIFICAZIONE FARE	% COPERTURA ANALISI COSTI
Genetica/citogenetica	0%
Liquidi biologici/feci	0%
Prelievo	0%
Trasfusioni	0%
classif FARE mancante	0%
Immunoematologia e trasfusionale	1%
Anatomia ed istologia patologica	6%
Batteriologia	46%
Parassitologia	74%
Sierologia	92%
Microbiologia/virologia	99%
HPLC Spettrometria massa	99%
Ematologia/coagulazione	99%
Chimica clinica	99%
Immunometria	100%
Altra diagnostica strumentale	100%
Autoimmunologia	100%
Biologia Molecolare	100%
Coagulazione	100%
Farmacotossicologia	100%
Proteine	100%
Urine	100%
	<b>86%</b>



87 CODICI «coperti» con ipotesi tariffaria proveniente da 1 Regione



53 CODICI ANCORA SCOPERTI

## **CPT: Specialistica ambulatoriale**

### **FASE 2: OBIETTIVI E METODOLOGIA (1 di 2)**

#### **Obiettivi**

Nella **Fase 2** i lavori della Sottogruppo, che verranno condotti con il supporto dell'Università Bocconi (aggiudicataria della gara), sono finalizzati a:

- Progettare una metodologia di analisi dei costi delle prestazioni di specialistica ambulatoriale ;
- Sperimentare la metodologia in alcune strutture pilota (pubbliche e private accreditate);
- Consolidare la metodologia per un monitoraggio sistematico e continuo dei costi delle prestazioni.

## **CPT: Specialistica ambulatoriale**

### **FASE 2: OBIETTIVI E METODOLOGIA (1 di 2)**

#### **Metodologia**

Metodologia basata su **approccio top-down** di analisi dei costi:

- Analisi dei costi diretti di CdC/linee di produzione rilevati dalla Contabilità Analitica;
- Definizione di pesi relativi per fattore produttivo, espressivi del grado di assorbimento del fattore produttivo da parte di ciascuna prestazione / gruppo di prestazioni “traccianti”;
- Uso dei pesi per l'imputazione dei costi diretti di CdC alle prestazioni/gruppi;
- Allocazione di una quota di costi generali di struttura.

Sperimentazione della metodologia in alcune strutture pilota individuate dalle associazioni di categoria (per il privato accreditato) e dalle Regioni (per le strutture pubbliche), sulla base di criteri definiti dal Sottogruppo.

## **CPT: Specialistica ambulatoriale**

### **Il contributo richiesto alle società scientifiche nelle due Fasi**

#### **FASE 1**

Per le prestazioni già presenti nel nomenclatore vigente, si invitano le società scientifiche a segnalare eventuali singole prestazioni sovra-finanziate o sotto-finanziate in modo significativo (in seguito a significative innovazioni tecnologiche o di metodo di erogazione), fornendo eventuali risultati delle analisi dei costi svolte (Format vedi slide successiva).

Per le prestazioni per le quali la transcodifica non ha consentito l'associazione con le prestazioni presenti nel vigente ed emanando nuovo nomenclatore, fornire una collaborazione nell'associazione.

## **CPT: Specialistica ambulatoriale**

### **Il contributo richiesto alle società scientifiche nelle due Fasi**

#### **FASE 2**

Si chiede la disponibilità delle società scientifiche nella definizione e/o validazione del sistema di “pesi” da utilizzare come driver per l’allocazione dei costi diretti alle prestazioni.

La definizione dei pesi per ciascuna prestazione per fattore produttivo richiede di:

- Identificare i fattori produttivi collegati a ciascuna prestazione;
- Identificare il grado di assorbimento di ciascun fattore produttivo da parte di ciascuna prestazione. Ad esempio, si tratta di identificare quanto tempo medico viene “consumato” da ogni prestazione, quanto mezzo di contrasto, quanti reagenti, ecc.

Per le prestazioni presenti nel nuovo nomenclatore e non riconducibili ai nomenclatori regionali si chiede, in ogni caso, la collaborazione delle società scientifiche perché forniscano alla Commissione i risultati di studi esistenti sui costi di prestazioni innovative.

## CPT: Specialistica ambulatoriale

Il contributo richiesto alle società scientifiche nelle due Fasi

### PROPOSTA FORMAT

			Osservazioni sul valore tariffario	Proposta modifica tariffa:	Documentazione della proposta :
Codice nomenclatore	Prestazione	Tariffa nazionale vigente (in euro)	rispetto ai costi associati alla erogazione della prestazione, il valore tariffario attuale è considerato	indicare la proposta di modifica del valore tariffario	Allegare la/le analisi dei costi a supporto della proposta (cfr. allegato n. ...)

**Nota : specificare se la tariffa è: remunerativa (R), sotto-remunerativa (sotto R), sovra-remunerativa (sovra-R)**



## CPT: Ospedaliera in acuzie

### Focus: assistenza ospedaliera in acuzie – i Dati

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<b>Totale dimissioni - Ricoveri Ordinari Acuti</b>	7.585.269	7.374.765	7.043.070	6.837.823	6.634.977	6.486.438
<b>Totale giornate erogate per Acuti in Regime ordinario</b>	50.745.131	49.672.178	47.963.625	46.422.668	44.802.526	44.089.980
<b>Degenza media per Acuti in Regime ordinario (giornate)</b>	6,689	6,735	6,810	6,789	6,753	6,797
<b>Peso medio (Acuti in Regime ordinario)</b>	1,066	1,084	1,111	1,130	1,147	1,158
<b>Valorizzazione teorica - Ricoveri Ordinari Acuti (euro)</b>	25.154.253.533	24.998.872.094	24.586.115.169	23.931.327.433	23.657.494.364	23.488.826.616
<b>Valorizzazione teorica - Ricoveri Diurni Acuti (euro)</b>	3.272.076.743	3.166.393.153	3.060.548.218	3.117.140.369	2.948.400.742	2.829.670.917

## CPT: Ospedaliera in acuzie

### Contesto vigente

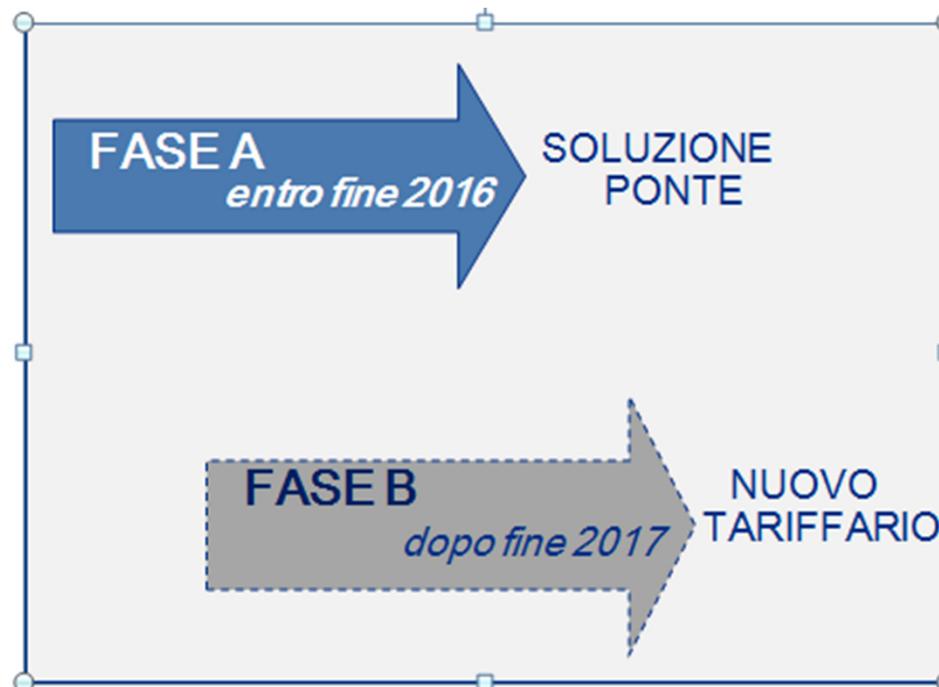
- la classificazione DRG non è cambiata rispetto al DM 2012
- le tariffe del DM 2012 sono state adottate diffusamente
- i risultati finali del Progetto It.DRG non saranno disponibili prima di fine 2017

### Fase A: Soluzione Ponte

- revisione del tariffario nazionale vigente

### Fase B: Recepimento risultati Progetto It.DRG

- nuove classificazioni (diagnosi, procedure, ricoveri)
- nuovi pesi relativi calcolati su costi osservati
- nuovo tariffario associato agli It.DRG



### Fase A: Soluzione Ponte

- revisione del tariffario nazionale vigente delle prestazioni di ass. ospedaliera per acuti:
  - ancorato alla **classificazione vigente** dei ricoveri per acuti, DRG v.24
  - apportando **modifiche ai valori tariffari vigenti**, per tenere conto dell'impatto dell'evoluzione dei **costi dei fattori produttivi** e delle **innovazioni tecnologiche**, nonché delle specificità dell'**area neonatale e pediatrica** non adeguatamente rappresentate dai DRG
  - che risponda all'esigenza di allineamento con i **criteri normativi** vigenti e con gli **obiettivi /vincoli imposti dal contesto generale di riferimento**
- revisione dei criteri per definire DRG ad "alta complessità"
- revisione dei valori-soglia per DRG

## Revisione tariffaria: soluzione ponte (Fase A)

### Analisi - Verifiche

- **Evoluzione del contesto ospedaliero italiano (trend 2009 – 2014)**
  - ricoveri acuti, ordinari e diurni (volumi e durate di degenza per DRG)
  - costi ospedalieri
  - consumi e costi **Dispositivi Medici**
  - consumi e costi **Farmaci H**
- **Studi sui costi dei ricoveri per acuti disponibili**
- **Variabilità tariffaria regionale e TUC**
- **Criticità segnalate**

### Criteria principali delle modifiche tariffarie per DRG

- **Dinamica dei Volumi e Durata Media Degenza per DRG**
- **Dinamica dei Costi Consumi Sanitari**
- **Dinamica dei Costi Farmaci e Dispositivi costosi**
- **Uso di tecnologie molto costose**
- **Specificità casistica neonatale e pediatrica**
- **Rilevanti variabilità dei profili assistenziali intra-DRG**

## **CPT: Ospedaliera in acuzie**

### **Il contributo richiesto alle società scientifiche nelle due Fasi**

#### ➤ Fase A

- Segnalazione di **criticità** delle vigenti tariffe nazionali per DRG (all. 1 DM 18.10.2012), supportate da **evidenze** sui costi dei ricoveri (Format vedi slide successiva)
- Contributo alla revisione dei criteri di definizione dei **DRG ad “alta complessità”**

#### ➤ Fase B

- Collaborazione attivata nell’ambito del **Progetto It.DRG**, per la revisione dei sistemi di classificazione dei ricoveri per acuti, in corso di definizione operativa con FISM



# CPT: Ospedaliera in acuzie

## Il contributo richiesto alle società scientifiche nelle due Fasi

### PROPOSTA FORMAT

Codice DRG	definizione DRG	Tariffa Vigente Ricovero Ordinario (euro)	Tariffa Vigente Ricovero Diurno (euro)	Tariffa Vigente Giornata Oltre-soglia (euro)	Osservazioni sul valore tariffario	Proposta modifica tariffa			Documentazione della proposta		
					rispetto ai costi associati alla erogazione della prestazione, il valore tariffario attuale è considerato	indicare la proposta di modifica del valore tariffario vigente					
		A	B	C		A	B	C	A	B	C
											allegare analisi sui dati di costo a supporto della proposta di modifica

**Nota : per ciascuna delle tre colonne specificare se la tariffa è: remunerativa (R), sotto-remunerativa (sotto R), sovra-remunerativa (sovra-R)**

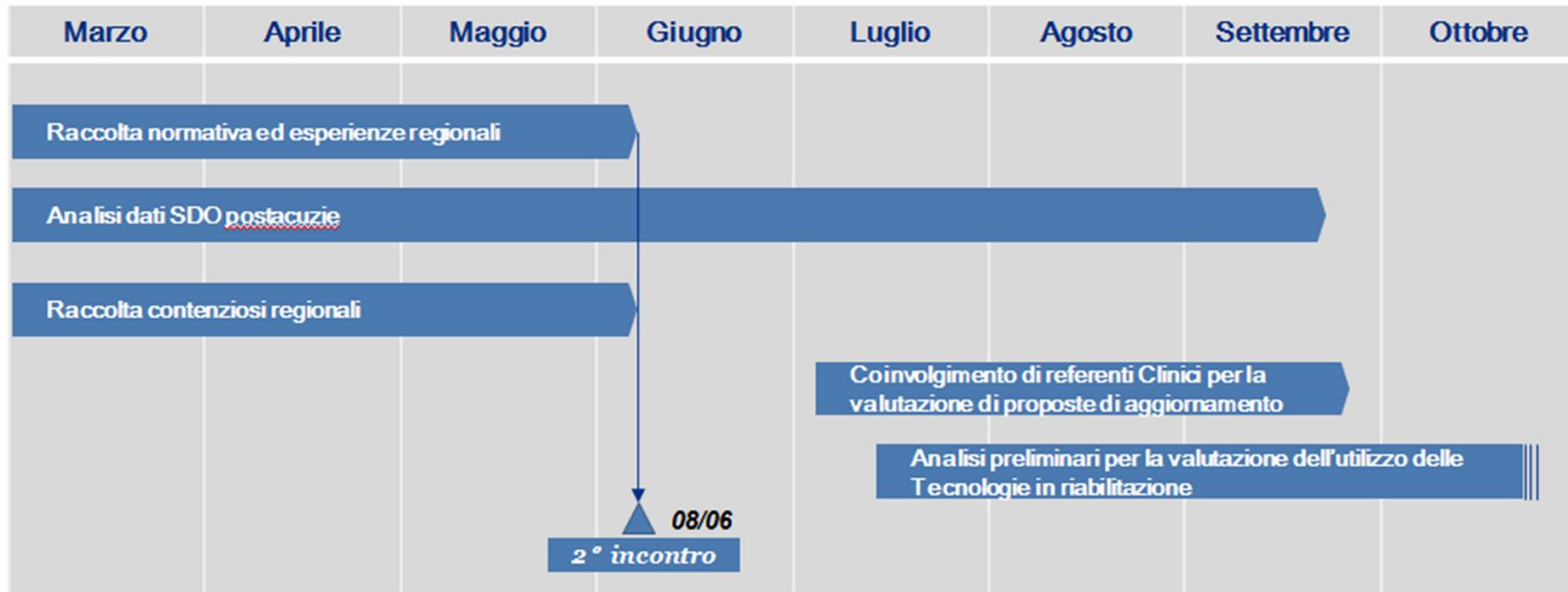
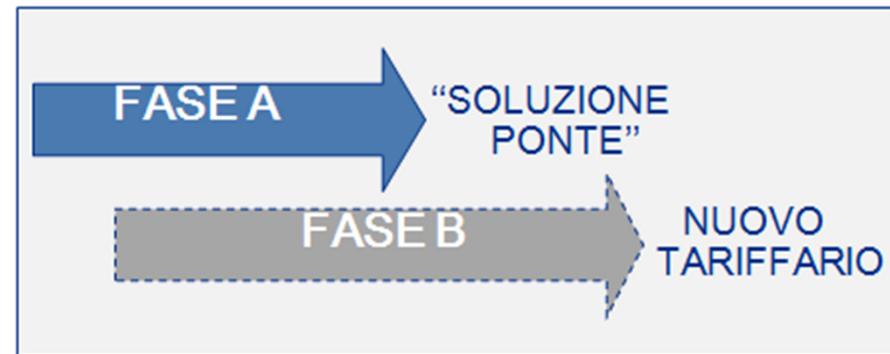


# CPT: Ospedaliera in post acuzie

## Approccio metodologico e stato avanzamento lavori

Le attività del sottogruppo sulle post-acuzie saranno organizzate in due fasi:

- **FASE A:** aggiornamento del tariffario sulla base della normativa e sulle esperienze regionali;
- **FASE B:** definizione del nuovo tariffario sulla base di una rilevazione dei costi per l'erogazione delle prestazioni.





# CPT: Ospedaliera in post acuzie

## Classificazione normativa riabilitazione – Ricognizione regionale

La raccolta dei provvedimenti regionali ha evidenziato **3 cluster in funzione della tipologia di impostazione rispetto al DM nazionale** (adozione del DM 18 ottobre 2012; adozione del DM 18 ottobre 2012 con modifiche; altro schema tariffario regionale).

In particolare, la **Regione Lombardia** ha previsto l'adozione di un **tariffario più specifico con tariffe giornaliere e soglie massime di durata della degenza definite per singolo DRG** (maggiore dettaglio rispetto alle MDC del tariffario nazionale).

TIPOLOGIA PROVVEDIMENTO	REGIONE	PROVVEDIMENTO	ANNO	ELEMENTI PRINCIPALI
Adozione D.M. 2012	BASILICATA	D.G.R. n° 463	2013	
	CALABRIA	D.P.G.R. n° 19	2013	
	CAMPANIA	D.C.A. n° 32	2013	
	LIGURIA	D.G.R. n° 1353	2014	
	P.A. TRENTO	D.G.P. n° 16	2015	
	PUGLIA	D.G.R. n° 951	2013	
	SICILIA	D.A.S. n° 923	2013	
	UMBRIA	D.G.R. n° 1599	2013	
Adozione D.M. 2012 con modifiche	ABRUZZO	D.C.A. n° 13	2013	Applicata riduzione tariffaria pari al -2,35%
	EMILIA ROMAGNA	D.G.R. n° 167	2014	Tariffa Mielolesi e GCA solo se oltre alla verifica della patologia i pazienti sono dimessi da MDC1 e cod.28-cod.75
	LAZIO	D.C.A. n° 444	2014	Modulazione soglie di durata per MDC, ACC e percorso del paziente
	LOMBARDIA	D.G.R. n° X/3993	2015	Tariffe e soglie per DRG, strutture con alta complessità (IAC) +8%
	MARCHE	D.G.R. n° 709	2014	Tariffa 470€ per tutti i dimessi da cod.75 e cod.28
	MOLISE	D.C.A. n° 19	2013	Tariffa 376€ per cod.75 e 403€ per cod.28. Soglia di 120gg oltre il quale abbattimento 100%
	PIEMONTE	D.G.R. n° 14/6039	2013	Tariffe per tipologia di strutture e soglie più basse
	VALLE D'AOSTA	D.G.R. n° 427	2013	Tariffe per tipologia di struttura
Schema tariffario regionale	FIULI-VENEZIA GIULIA	D.G.R. n° 1535	2009	Tariffe più alte per tutte le MDC. Soglia 40 gg per tutte le MDC
	P.A. BOLZANO	D.G.P. n° 3173	2009	Tariffe più alte per tutte le MDC. 470€ per codice 75
	SARDEGNA	D.G.R. n° 9/3	2005	Tariffe più basse. Soglia 60 gg per tutte le MDC
	TOSCANA	D.G.R. n°86	2005	Tariffa 470€ per cod.75 e 490€ per cod.28, soglie di durata progressive
	VENETO	D.G.R. n° 442	2013	Tariffe più alte per tutte le MDC. Soglie inferiori al DM



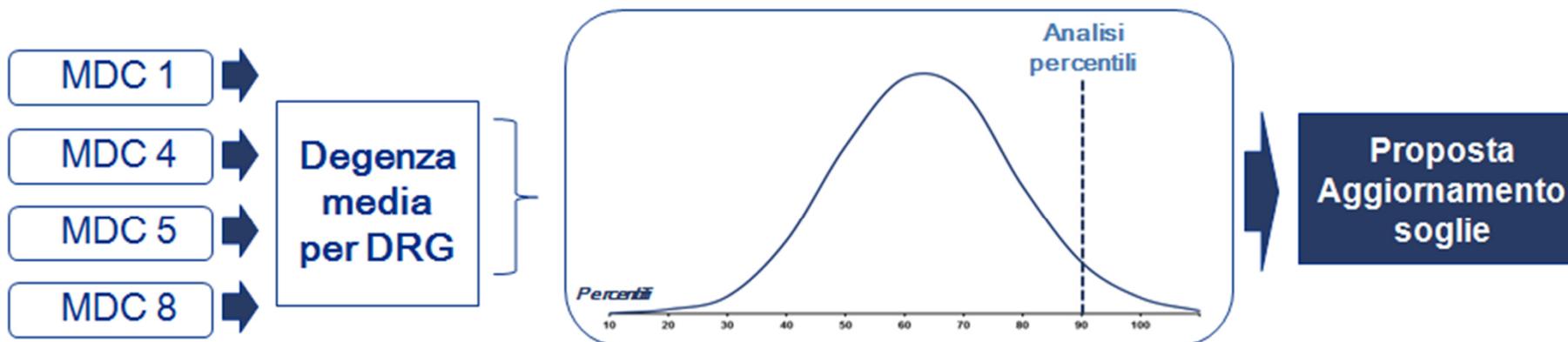
Ministero della Salute

# CPT: Ospedaliera in post acuzie

## Proposte aggiornamento tariffario – fase «ponte»

## Metodologia applicata – Analisi percentili delle soglie

Sulla base di quanto emerso dalla raccolta delle esperienze regionali, è stata presa in considerazione una metodologia per il calcolo delle soglie di durata dei ricoveri di riabilitazione, che prende in considerazione la distribuzione delle degenze medie dei singoli DRG (delle MDC 1-4-5-8), indipendentemente dal codice di disciplina, ad esclusione dei pazienti affetti da Mielolesione e/o da GCA.



- MDC 1:** proposta aggiornamento in corso di valutazione
- MDC 4:** proposta aggiornamento in corso di valutazione
- MDC 5:** proposta 1: aggiornamento soglia a 25 GG per tutti i DRG - proposta 2: aggiornamento soglia a 25 GG per i DRG 145 e 133 (per gli altri DRG soglia a 30 GG)
- MDC 8:** proposta 1: aggiornamento soglia a 30 GG per tutti i DRG proposta 2: aggiornamento soglia a 30 GG per tutti

DRG	Descrizione	Ricoveri	% cumulata	Degenza Media					Soglia Lombardia	
				Media	Mediana	Percentile 75	Percentile 80	Percentile 90		
006	Altre diagnosi di malattie muscolo-scheletriche e di disturbi della...	11.275	24%	18	17	25	25	20	24	22
008	Altre lesioni e fratture per trauma (escluso il sistema muscolo-scheletrico del...	24.489	72%	27	25	35	37	44	22	22
015	Malattie dell'orecchio e della gola (escluso il sistema muscolo-scheletrico del...	9.221	79%	17	12	21	22	29	24	18
047	Segni e sintomi relativi al sistema muscolo-scheletrico del tronco...	7.201	82%	22	22	32	32	40	42	18
052	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	10
056	Paralisi, sindrome di Guillain-Barré e sindrome di Miller-Fisher	2.712	90%	21	21	28	28	20	28	12
058	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	18
061	Malattie del sistema circolatorio	1.122	100%	21	21	32	32	38	21	12
064	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	18
065	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
066	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
067	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
068	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
069	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
070	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
071	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
072	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
073	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
074	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
075	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
076	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
077	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
078	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
079	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
080	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
081	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
082	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
083	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
084	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
085	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
086	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
087	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
088	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
089	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
090	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
091	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
092	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
093	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
094	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
095	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
096	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
097	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
098	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
099	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
100	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
101	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
102	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
103	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
104	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
105	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
106	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
107	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
108	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
109	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
110	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
111	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
112	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
113	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
114	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
115	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
116	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
117	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
118	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
119	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
120	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
121	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
122	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
123	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
124	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
125	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
126	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
127	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
128	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
129	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
130	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
131	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
132	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
133	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
134	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
135	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
136	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
137	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
138	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
139	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
140	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
141	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
142	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
143	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
144	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
145	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
146	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
147	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
148	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
149	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12
150	Malattie del sistema circolatorio	2.222	100%	21	21	32	32	38	21	12

Esempio MDC8

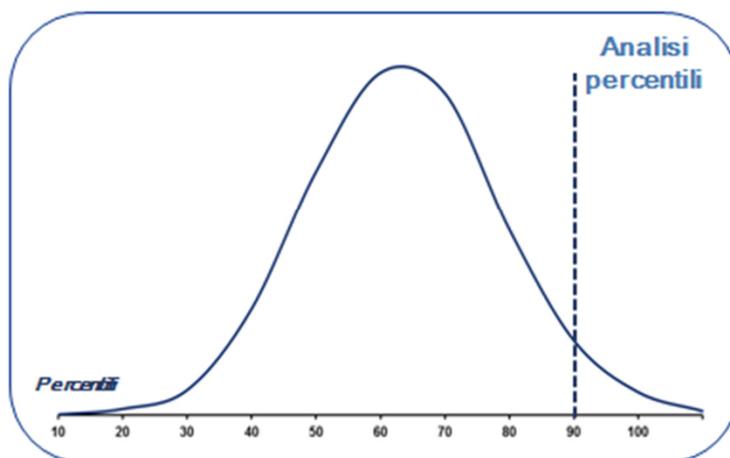
## CPT: Ospedaliera in post acuzie

### Proposte aggiornamento soglie di durata salvaguardia complessità

La metodologia di aggiornamento delle soglie prevede una **salvaguardia per i ricoveri di pazienti affetti da particolari condizioni di complessità e/o comorbidità** che consente di prevedere una durata della degenza che tenga conto di tale complessità:

- per i pazienti affetti da **mielolesione e/o Grave Cerebrolesione Acquisita** è stato individuato un elenco di codici di diagnosi ICD9-CM per l'individuazione puntuale di tali ricoveri ed è stata poi definita una soglia di **durata massima della degenza in funzione del 90° percentile**;
- è in corso di valutazione l'individuazione di ulteriori "gruppi di patologie" che possano essere considerati particolarmente complessi, per i quali definire dei criteri di salvaguardia in termini di durata della degenza.

#### Salvaguardia complessità



L'analisi per percentili ha permesso di individuare, **in corrispondenza del 90° percentile**, un valore pari a 106 giornate di degenza per la mielolesione e 124 per la CGA.

Sono pertanto state proposte soglie cautelative pari a **120GG per la Mielolesione** e **140 per la CGA.**

## **CPT: Ospedaliera in post acuzie**

### **Proposte aggiornamento tariffario**

### **Work in progress**

Sono in corso di valutazione ulteriori elementi per l'aggiornamento del tariffario, da adottare se possibile in fase A, sulla base di spunti emersi nel gruppo di lavoro, quali:

- **definire le tariffe e soglie per alcune patologie che non sono adeguatamente remunerate con le tariffe attuali (prevalentemente appartenenti alla MDC1 neurologico) identificabili attraverso i codici di diagnosi ICD9-CM, presenti nella SDO;**
- **individuare alcune tipologie di trattamenti attualmente erogati in riabilitazione (tramite DRG o ACC/ICD9-CM) per i quali, per consumo di risorse e complessità assistenziale, è possibile riconoscere una tariffa pari a quella attuale della lungodegenza;**
- **introdurre eventuali riconoscimenti tariffari per l'utilizzo delle tecnologie avanzate (quali ad es. le robotiche) in riabilitazione.** In particolare è in corso:
  - l'individuazione di patologie per le quali è efficace il trattamento con tecnologie avanzate;
  - l'individuazione di modalità di rilevazione dell'effettivo utilizzo per paziente di tali tecnologie.



**SISTEMA PIU' EQUO e INCENTIVANTE  
ALL'INNOVAZIONE**



# CPT: Ospedaliera in post acuzie

## Il contributo richiesto alle società scientifiche nelle due Fasi

### PROPOSTA FORMAT

codice MDC	Definizione prestazione	Tariffa Ricovero Ordinario (euro)	Tariffa Ricovero Diurno (euro)	Tariffa Giornata Oltre-soglia - Ordinari (euro)	Tariffa Giornata Oltre-soglia - Diurni (euro)	Osservazioni sul valore tariffario				Proposta modifica tariffa				Documentazione della proposta
		A	B	C	D	rispetto ai costi associati alla erogazione della prestazione, il valore tariffario attuale è considerato				indicare la proposta di modifica del valore tariffario				
						A	B	C	D	A	B	C	D	allegare analisi sui dati di costo a supporto della proposta di modifica

**Nota : per ciascuna delle quattro colonne (A,B,C,D) specificare se la tariffa è: remunerativa (R), sotto-remunerativa (sotto R), sovra-remunerativa (sovra-R)**

## **CPT: Il contributo richiesto alle società scientifiche**

Tutti i contributi richiesti devono essere inviati a:

**[consultazionetariffe@sanita.it](mailto:consultazionetariffe@sanita.it)**



*Ministero della Salute*

# **Dm 70/15: Riorganizzazione delle reti ospedaliere**



## **DM 70/15**

### **Riferimenti normativi**

D.M. 2 aprile 2015 n. 70 – c.d. «Regolamento»

D.M. 29 luglio 2015 – Tavolo di monitoraggio

L. 28 dicembre 2015 n. 208 – stabilità 2016

Art. 1 c. 541 lettera a ) e lettera b)



*Ministero della Salute*

**DM 70/15**

# **I compiti del Tavolo tecnico Ministeri/Regioni**

**Tavolo per il monitoraggio  
dell'attuazione del D.M. 70/2015**



**Attuazione del D.M.  
70/2015**

**Piano di fabbisogno del  
personale**



*Ministero della Salute*

**DM 70/15**

# **Le “istruzioni” operative per le Regioni**

**Circolare MdS 20 febbraio 2016 – istruzioni operative**

**Tabella A – sintesi della dotazione di posti letto ospedalieri**

**Tabella B - posti letto di residenzialità territoriale**

**Tabella C – mappature strutture di degenza e servizi senza posti letto**

**Tabella D – CO 118 e rete territoriale di soccorso**

**Articolazione della rete dell'emergenza-urgenza**

# DM 70/15

## Gruppo di lavoro tecnico

- ❖ Coordinato nell'ambito dell'Ufficio III DGPROGS
- ❖ Costituito da Professionisti esperti in programmazione, gestione ed efficientamento dei sistemi sanitari:
  - ❖ Regioni
  - ❖ Agenas
  - ❖ Aziende Sanitarie
  - ❖ Ministero della Salute
- ❖ Affiancamento e supporto tecnico-operativo alle Regioni per il perfezionamento degli atti di programmazione (colloqui, e-mail, incontri tecnici, audit)



*Ministero della Salute*

**Dm 70/15**

## **Metodologia uniforme e omogenea - 1**

Conduzione dell'istruttoria sulla documentazione inviata dalle Regioni (delibere, tabelle, relazioni tecniche) per:

- ❖ Completezza formale
- ❖ Aderenza della programmazione regionale ai criteri del DM 70
- ❖ Dimensionamento dell'offerta di posti letto ospedalieri secondo gli standard
- ❖ Rilevazione dei posti letto di residenzialità territoriale equivalenti a quelli ospedalieri – inserimento nella programmazione regionale

- ❖ Coerenza dei bacini di utenza per disciplina con le soglie individuate dal DM 70
- ❖ Presenza delle discipline nella rete dell'emergenza in relazione al ruolo strutture (DEA II, DEA I, PS)
- ❖ Rete emergenza-urgenza territoriale (CC.OO. 118, PPI, elisoccorso)
- ❖ Atti di programmazione per reti ospedaliere di patologia (con particolare attenzione a quelle tempodipendenti)

## Dm 70/15 - Stato dell'arte

Riunioni del Tavolo di Monitoraggio D.M. 70/2015			
5 aprile 2016	25 maggio 2016	22 giugno 2016	3 agosto 2016
Calabria ●	Emilia Romagna ●	Abruzzo* ●	Sicilia ●
Piemonte ●	Marche *	Puglia ●	
Umbria ★	Toscana *		
Abruzzo*	Veneto ●		
Puglia*			

★ Istruttoria completata

● Istruttoria completata con condizioni alla verifica dei Ministeri affiancanti

\* Istruttoria non completata con nuovo esame del Tavolo DM 70/2015

- Il provvedimento della **Regione Abruzzo** è stato approvato nella riunione congiunta del Tavolo Adempimenti e del Comitato LEA del 19 luglio 2016

N.B. Le regioni non presenti nella tabella devono ancora essere valutate

- Standard minimi e massimi di strutture per singola disciplina
  - ❖ Tra le discipline elencate al punto 3.1 del Regolamento è mancante la Cardiologia pediatrica
  - ❖ Il bacino d'utenza previsto per il dimensionamento dei servizi trasfusionali induce un'eccessiva parcellizzazione dell'offerta, sia per l'attività assistenziale sia per quella di lavorazione e testing
  - ❖ Necessità di procedere al dimensionamento delle strutture di recupero e riabilitazione funzionale
- **Complessità nel dimensionamento dei punti privati di erogazione**
  - ❖ Punto privato di erogazione = Struttura complessa pubblica: è in fase di definizione una metodologia che dimensiona l'offerta privata, tenendo in considerazione i volumi erogati
- **Volumi ed esiti**
  - ❖ Le soglie minime individuate al punto 4 per il BPAC appaiono non tener conto dell'evoluzione tecnologica che ha portato alla riduzione degli specifici volumi di attività

# European reference networks

## Endorsement rilasciati – MALATTIE RARE

regioni	tipologia di ERN																			N° endorsement rilasciati	N° centri a cui è stato rilasciato endorsement per regione
	Rare bone diseases	Rare cardiac diseases	Rare connective tissue and musculoskeletal	Rare craniofacial anomalies and ENT	Rare endocrine diseases	Rare eye diseases	Rare gastrointestinal diseases	Rare hepatic diseases	Rare haematological diseases	Rare hereditary metabolic disorders	Rare immunological and auto-inflammatory diseases	Rare malformations and developmental anomalies and rare intellectual disabilities	Rare multi-systemic vascular diseases	Rare neurological diseases	Rare neuromuscular diseases	Rare pulmonary diseases	Rare renal diseases	Rare skin disorders	Rare urogenital diseases		
Abruzzo						1														1	1
Basilicata			1																	1	1
Campania		1	1		1	1		1	2	2	1	2		1	2	1	2			18	4
Emilia-Romagna	1	1		1	1	1	1	1	3			2	2	1	2	3	1	2		23	11
Friuli Venezia Giulia	1	1								1						1				5	3
Lazio	1	1	3	2	3	3	3	1	3	3	3	4	2	3	3	4	2	4	2	50	8
Liguria	1		2		1		1		2	1	1	1		1	2		1		1	15	3
Lombardia	1	4	3	3	2		1	3	4	2	4	1	5	4	5	4	2	1	2	51	15
Molise														1						1	1
Piemonte	1	1		1	1		1	1	2	1	2	1	1	2	1	2	1	1	1	21	3
Puglia							2		1	1	1		1	1	1	2	1			11	6
Sardegna									1											1	1
Sicilia							1	1				1			1	1				5	5
Toscana	2	1	2		2	2	1		2	3	4	2	2	2	2	3	2	1		33	6
Umbria													1							1	1
Veneto	2	1	2	2	2	3	1	1	3	2	1	1	1	2	2	2	1	3	1	33	6
N° endorsement per ERN	10	11	14	9	13	11	12	9	23	16	17	15	16	18	21	23	13	12	7	270	totale centri 74

# European reference networks

## Endorsement rilasciati – TUMORI RARI

regioni	tipologia di ERN - TUMORI RARI			N° endorsement rilasciati	N° centri a cui è stato rilasciati endorsement per regione
	CANCERS AND TUMOURS ADULTS (SOLID)	ONCOHAEMATOLOGY IN ADULTS	PAEDIATRIC CANCERS AND TUMORS		
<b>Abruzzo</b>				0	
<b>Basilicata</b>				0	
<b>Campania</b>	3	1		4	3
<b>Emilia-Romagna</b>	4	1	1	6	4
<b>Friuli Venezia Giulia</b>	1	1		2	1
<b>Lazio</b>	2	2	1	5	5
<b>Liguria</b>	1	1	1	3	2
<b>Lombardia</b>	5	2	4	11	7
<b>Molise</b>				0	
<b>Piemonte</b>	2	1	1	4	2
<b>Puglia</b>		1		1	1
<b>Sardegna</b>				0	
<b>Sicilia</b>				0	
<b>Toscana</b>	2	2	2	6	3
<b>Umbria</b>	1	1		2	2
<b>Veneto</b>	2			2	2
<b>N° endorsement per ERN</b>	23	13	10	46	totale centri 32



*Ministero della Salute*

**Piano Nazionale Cronicità  
Accordo sancito in Conferenza Stato  
Regioni il 15 settembre 2016**

## **Piano Nazionale Cronicità**

### **La cronicità**

Il fenomeno della cronicità ha una significativa portata nel Sistema sanitario ed è in progressiva crescita: si stima che circa il 70-80% delle risorse sanitarie nei paesi avanzati sia oggi speso per la gestione delle malattie croniche e che nel 2020 le stesse rappresenteranno l'80% di tutte le patologie nel mondo.

# Piano Nazionale Cronicità

## Il contesto

Speranza di vita alla nascita: **M** 80,2 anni nel 2014 vs 79,8 anni nel 2013  
**F** 84,6 anni nel 2014 vs 84,9 anni nel 2013

Indice di vecchiaia in Italia: **157,7%** al 31.12.2015

(rapporto tra la popolazione  $\geq 65$  e quella  $< 15$  anni)

l'indice di vecchiaia più alto  $\Rightarrow$  Liguria 242,7 anziani ogni 100 giovani

l'indice di vecchiaia più basso  $\Rightarrow$  Campania 113,4%

Nella **Ue28**, l'Italia si conferma al secondo posto, dopo la Germania (160% circa).

## Il trend dell'invecchiamento

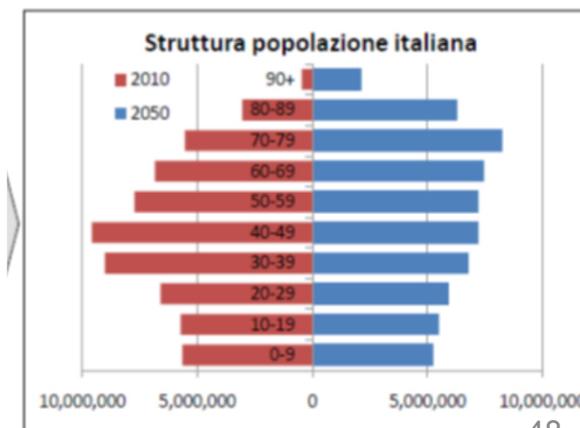
12,3% over 65 (2011)  $\Rightarrow$  16,6% (2030)

6,03% over 80 (2011)  $\Rightarrow$  8,93% (2030)



Il 38,3% dei residenti dichiara di essere affetto da almeno una patologia cronica:

- ✓ ipertensione (17,1%),
- ✓ artrosi/artrite (15,6%),
- ✓ malattie allergiche (10,1%),
- ✓ osteoporosi (7,3%),
- ✓ bronchite cronica e asma bronchiale (5,6%),
- ✓ diabete (5,4%).



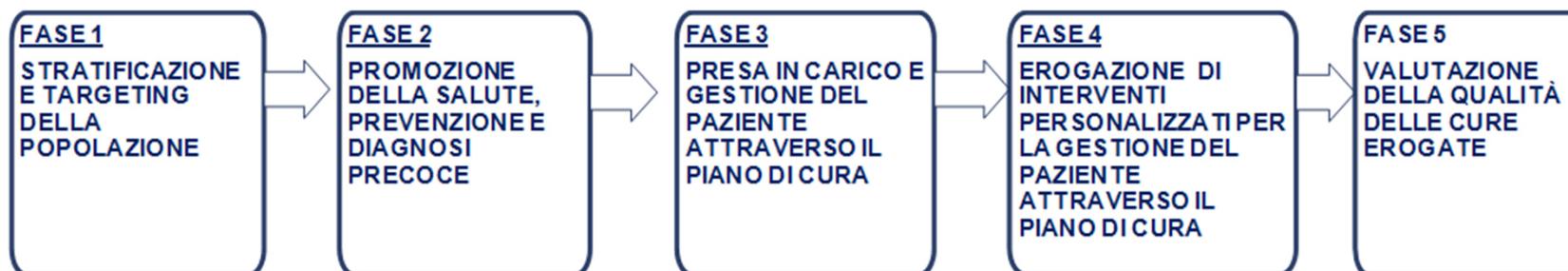
Over 60ys 2010 = 26,4 vs 2060 = 39%

## **Piano Nazionale Cronicità**

- Definisce a livello nazionale un “**disegno strategico**” per la gestione della cronicità, che le singole Regioni potranno attuare sul proprio territorio, in considerazione dei servizi e delle risorse disponibili (**parte I del Piano**)
- Detta **linee di indirizzo su patologie** con caratteristiche e bisogni assistenziali specifici (**parte II del Piano**)
- Il Piano segna una svolta importante nell’approccio alla malattia: **la persona diviene il centro del sistema di cure**

## Piano Nazionale Cronicità

Il Piano, dopo una definizione del contesto e dei principi generali, illustra il macro-processo della gestione della persona con cronicità, che si sviluppa attraverso le seguenti fasi:



Nel Piano sono elencate e descritte, per ogni singola fase, i risultati attesi (nonché le principali macroattività, gli obiettivi e le proposte di intervento) del percorso di gestione della persona con malattia cronica.

## PRESA IN CARICO E GESTIONE DEL PAZIENTE ATTRAVERSO IL PIANO DI CURA

3

### MACRO ATTIVITA'

- Riorganizzazione delle attività dei MMG
- Rete assistenziale a forte integrazione sul territorio
- Adozione di percorsi assistenziali
- Reti specialistiche multidisciplinari e team professionali dedicati
- Potenziamento dell'assistenza sul territorio
- Welfare di comunità ed integrazione socio-sanitaria
- Assistenza domiciliare integrata
- Assistenza presso le strutture residenziali e i centri diurni
- Assistenza ospedaliera finalizzata alla gestione della cronicità



REGIONE



AZIENDA  
SANITARIA



MEDICO E  
INFERMIERE



TEAM MULTI-  
DISCIPLINARI

### ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI

#### OBIETTIVI

- Migliorare l'organizzazione dei Servizi sanitari, attraverso l'individuazione e l'attuazione di strategie che perseguano la riqualificazione della rete di offerta e l'appropriatezza organizzativa delle prestazioni erogate, secondo una declinazione adeguata alle realtà territoriali.
- Attuare gli interventi previsti a livello nazionale (Legge n.189/2012, Patto per la Salute 2014-2016), riorganizzando le cure primarie e l'assistenza territoriale.
- Definire e adottare percorsi diagnostici terapeutici (PDTA) sia a livello territoriale che ospedaliero e percorsi integrati ospedale - territorio
- Adottare modelli di gestione integrata

#### RISULTATI ATTESI

- Sviluppo di modelli e strumenti atti a garantire la continuità delle cure per il paziente cronico, in particolare durante la transizione tra i diversi livelli di assistenza
- Incremento di progetti di formazione del team multidisciplinare
- Sviluppo di modelli che prevedano una risposta integrata ai bisogni di salute sociali e sanitari
- Sperimentazione di modalità diverse di remunerazione delle prestazioni per la persona con malattia cronica sia a livello territoriale che in ospedale

### LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE

1. realizzare un censimento dell'offerta, dal punto di vista strutturale, organizzativo e delle risorse (umane, strumentali, dei servizi)
2. razionalizzare la distribuzione delle risorse, promuovendo l'integrazione dell'assistenza
3. creare una rete tra le strutture che assicuri la continuità assistenziale
4. valorizzare le diverse e specifiche competenze anche attraverso la creazione di reti specialistiche multidisciplinari
5. inserire ogni singolo paziente, fin dal momento della diagnosi, in un processo di gestione integrata condivisa, che preveda l'adozione di PDTA ai quali partecipino tutte le figure assistenziali coinvolte con impegno diversificato in funzione del grado di complessità della malattia (team multiprofessionali)
6. individuare figure di coordinamento che garantiscano la continuità territorio-ospedale e l'appropriatezza degli interventi e la valutazione di efficacia dei percorsi di cura
7. definire PDTA nazionali nel rispetto delle raccomandazioni e linee guida, almeno per le più importanti malattie croniche, ai fini di un uso appropriato delle risorse
8. utilizzare indicatori che permettano la valutazione periodica della performance e della qualità dell'assistenza
9. sperimentare modelli di remunerazione adeguati al malato cronico

## **Piano Nazionale Cronicità Alcuni elementi fondanti**

- Il ruolo delle cure primarie e dei MMG
- L'organizzazione e i nuovi ruoli e attività – ripensamento dei modelli organizzativi
- Formazione e partecipazione dei professionisti responsabili della fasi del percorso di cura
- Il lavoro in rete (informatica, organizzativa)
- La tecnologia quale strumento abilitante al modello organizzativo e all'erogazione dei servizi (Patto Sanità Digitale Intesa CSR del 7 luglio 2016)
- La valutazione degli esiti e i sistemi di remunerazione
- Dati e informazioni ad personam (stratificazione, piani di cura, qualità cure, esiti)
- Un nuovo ruolo del cittadino (empowerment,...)

## **Piano Nazionale Cronicità Per una concreta attuazione ...**

Molto si giocherà sulla capacità di governance (**Cabina di Regia**) e collaborazione tra Governo centrale e Regioni, nelle fasi che caratterizzano la concreta realizzazione del Piano.

- Coordinare e indirizzare l'attuazione
- Monitorare la realizzazione dei risultati
- Diffondere buone pratiche
- Valutare modelli innovativi (tra cui, sistemi di remunerazione)
- Proporre, quando necessario, l'aggiornamento del Piano.

## **UNA SFIDA DI SISTEMA**

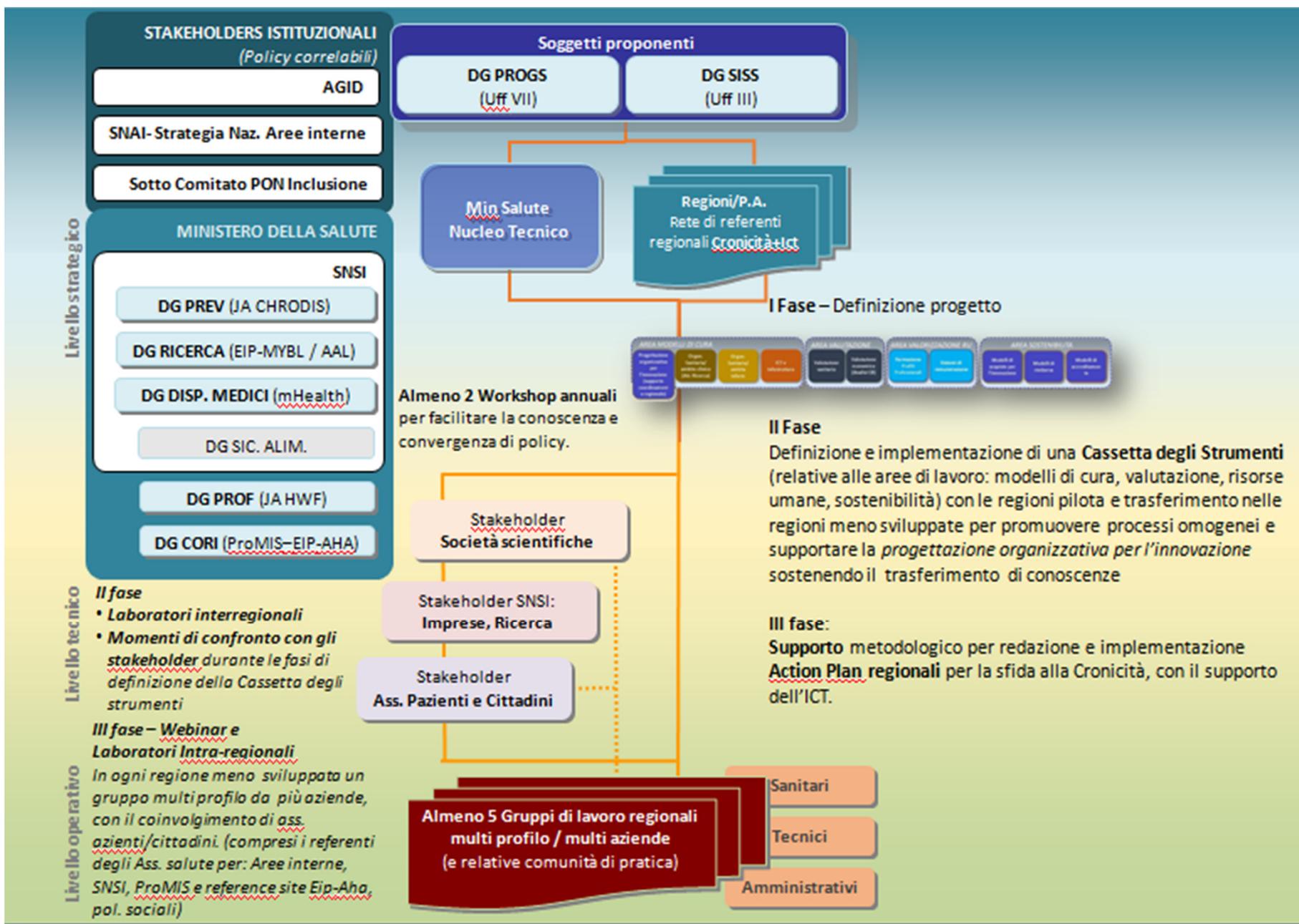
## **Piano Nazionale Cronicità Gli strumenti**

Necessità di regole e strumenti che accompagnino la trasformazione del SSN da un **modello per sylos** verticali a **percorsi integrati e trasversali** (integrated care)

- sistemi di valutazione (Nuovo Sistema di Garanzia)
- sistemi informativi
- sistemi di remunerazione delle prestazioni degli erogatori
- compensation dei professionisti
- elasticità/flessibilità dei luoghi di erogazione delle cure
- sistemi di accreditamento e autorizzazione
- regole di telemedicina (accreditamento, remunerazione, definizione di servizi)



# POV GOV – Piano Nazionale Cronicità





Ministero della Salute

## Piani di efficientamento e riqualificazione

La legge 208 del 28 dicembre 2015, ai commi d 522 – 547, disciplina le procedure per conseguire miglioramenti nella produttività e nell'efficienza degli enti del Servizio Sanitario Nazionale, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario e nel rispetto della garanzia dei LEA.

N.B. I piani di efficientamento e riqualificazione delle **AO** a decorrere **dal 2016**

I piani di efficientamento e riqualificazione dei **presidi ospedalieri** di **ASL** a decorrere **dal 2017**

Art. 1  
Comma  
524 e  
Comma  
526

Ciascuna Regione entro il 30 giugno di ogni anno individua le Aziende ospedaliere (AO), le Aziende ospedaliere universitarie (AOU), gli IRCCS e gli altri enti pubblici che erogano prestazioni di ricovero e cura che presentano una o entrambe le seguenti condizioni:

1. uno **scostamento tra costi e ricavi** pari o superiore al 10% dei suddetti ricavi, o, in valore assoluto, pari ad almeno 10 milioni di euro;
2. il **mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure**.

Il decreto definisce, inoltre, le linee guida per la predisposizione dei piani

Art. 1  
Comma  
525

Le regioni individuano, con apposito provvedimento di Giunta regionale o del Commissario ad acta, gli enti del proprio Servizio sanitario regionale che presentano una o entrambe le condizioni di cui al comma 524.

Art. 1  
Comma  
528

Gli enti individuati presentano alla Regione, entro i novanta giorni successivi all'emanazione del provvedimento di individuazione, il piano di rientro di durata non superiore al triennio.

Art. 1  
Comma  
534

Tutti i contratti dei direttori generali, inclusi quelli in essere, prevedono la decadenza automatica del direttore generale in caso di mancata approvazione del piano di rientro o in caso di esito negativo della verifica annuale dello stato di attuazione del medesimo.

... il DM del 21 giugno 2016 ha dato attuazione a quanto previsto dalla  
Legge di stabilità<sup>56</sup>



## **Piani di efficientamento e riqualificazione**

La tempistica:

Entro il **15 settembre** le Regioni devono comunicare ai Ministeri le aziende interessate dai Piani

Entro il **15 Dicembre** le Regioni devono trasmettere ai Ministeri i Piani delle aziende

## Piani di efficientamento e riqualificazione

### Gli effetti della Legge di stabilità: 46 aziende in PdR dal 2016

Sintesi per Regione dell'applicazione della legge di stabilità 2016 - Dati CE IV Trimestre 2015 (scarico dati CE 15/09/2016)

Regione	Potenziale Eccesso Aziende in piano di rientro - dati CE IV Trimestre 2015	Numero Aziende in PdR per applicazione del solo punto A, comma 524 dell'art. 1 della Legge 28 dicembre 2015, n. 208	Numero in PdR per applicazione del solo punto B, comma 524 dell'art. 1 della Legge 28 dicembre 2015, n. 208	Numero in PdR per applicazione di entrambi i punti A e B, comma 524 dell'art. 1 della Legge 28 dicembre 2015, n. 208	Aziende in PdR per applicazione del punto A e/o B, comma 524 dell'art. 1 della Legge 28 dicembre 2015, n. 208
	€/000				
010 - PIEMONTE	162.974	1	-	-	1
020 - VALLE D'AOSTA	-	-	-	-	-
030 - LOMBARDIA (*)	119.110	3	1	-	4
041 - PROV. AUTON. BOLZANC	-	-	-	-	-
042 - PROV. AUTON. TRENTO	-	-	-	-	-
050 - VENETO	-	-	-	-	-
060 - FRIULI VENEZIA GIULIA	51.518	2	-	-	2
070 - LIGURIA	40.882	1	1	-	2
080 - EMILIA ROMAGNA	12.389	1	-	-	1
090 - TOSCANA	-	-	1	-	1
100 - UMBRIA	-	-	-	-	-
110 - MARCHE	-	-	2	-	2
120 - LAZIO	293.264	4	-	2	6
130 - ABRUZZO	-	-	-	-	-
140 - MOLISE	-	-	-	-	-
150 - CAMPANIA	257.921	2	3	4	9
160 - PUGLIA	36.459	2	1	-	3
170 - BASILICATA	-	-	1	-	1
180 - CALABRIA	100.616	-	-	4	4
190 - SICILIA	236.443	5	1	2	8
200 - SARDEGNA	23.835	1	1	-	2
<b>Totale</b>	<b>1.335.410</b>	<b>22</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>46</b>

(\*) Per Regione Lombardia, a fronte della riforma del SSR, occorre definire come evolvere le risultanze ottenute sull'assetto della rete precedente alla RL 23 del 11.08.2015



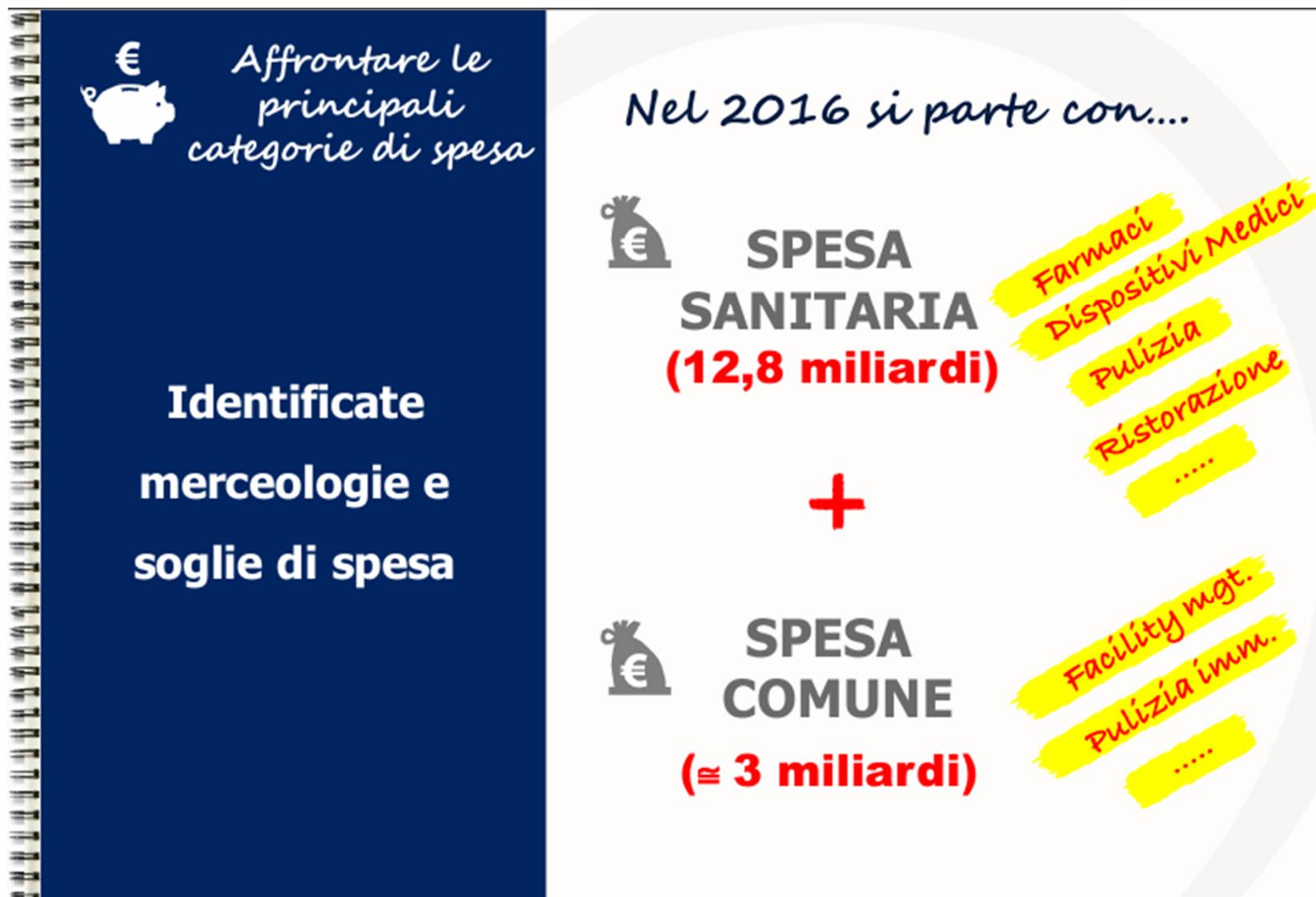
*Ministero della Salute*

# **Acquisto di beni e servizi: aggiornamento Tavolo Soggetti Aggregatori**

# Acquisto di beni e servizi: aggiornamento Tavolo Soggetti Aggregatori



# Acquisto di beni e servizi: aggiornamento Tavolo Soggetti Aggregatori



# Acquisto di beni e servizi: aggiornamento Tavolo Soggetti Aggregatori



Si parte con ...

**14 categorie  
merceologiche**

**≈12,8 Mld**  
la spesa stimata su base  
annua

**51% della spesa  
complessiva  
per beni e servizi**



Supporto alla individuazione delle  
categorie merceologiche in ambito  
Sanità

## Beni

Farmaci  
Vaccini  
Stent  
Ausili per incont.  
Protesi d'anca  
Medicazioni generali  
Defibrillatori  
Pacemaker  
Aghi e siringhe

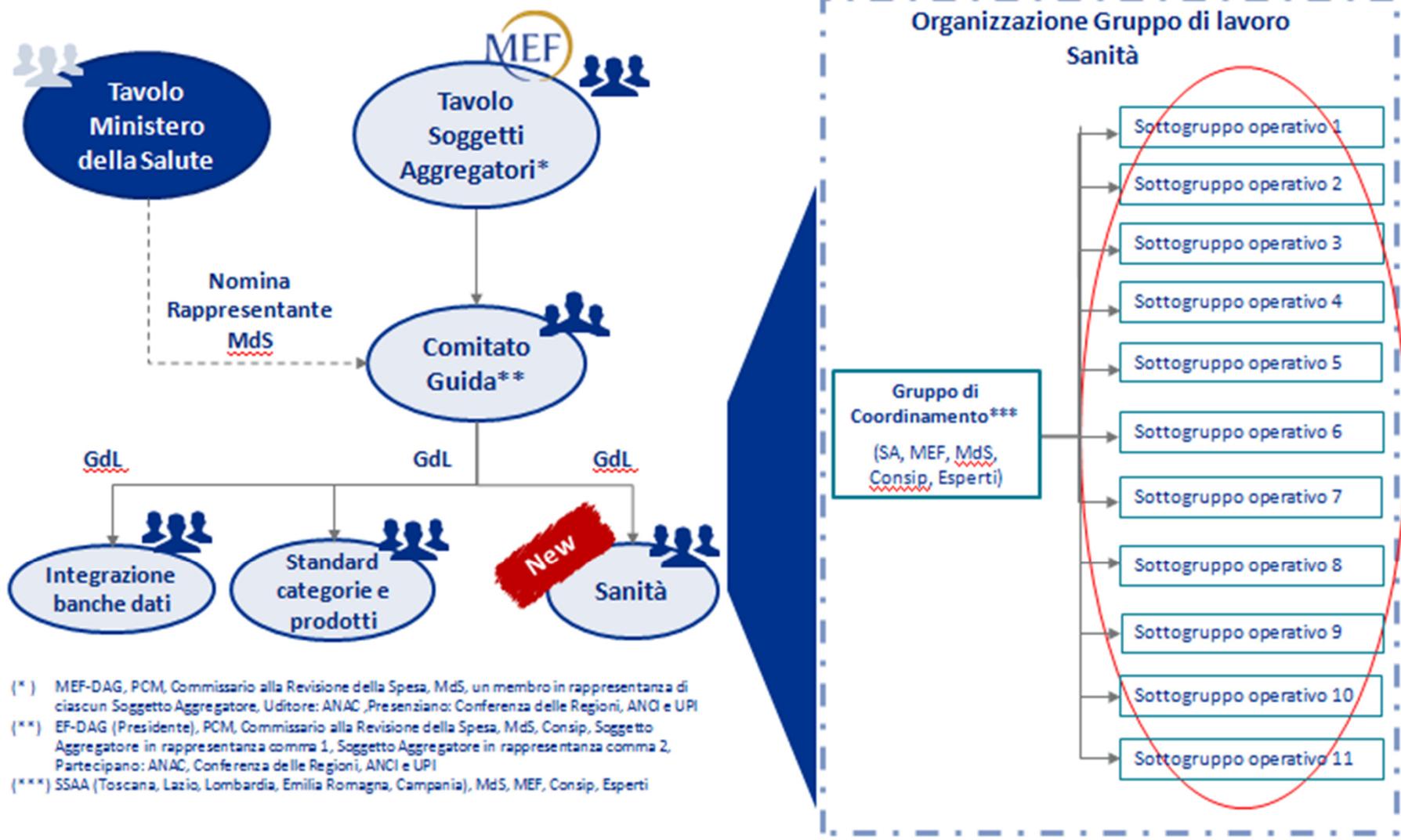
**9,6 mld€**

## Servizi

Gestione elettromedicali  
Pulizia  
Ristorazione  
Lavanderia  
Smaltimento rifiuti

**3,2 mld€**

# Tavolo Soggetti Aggregatori: sistema di governance



## Tavolo Soggetti Aggregatori: Attività dei sottogruppi di lavoro

- Attività degli **11 gruppi operativi** tematici avviate **il 23 marzo**



- Coinvolgimento di **tutte le Regioni italiane e le Province Autonome**, ognuna impegnata su **due o più categorie merceologiche**:

**59** Professionisti individuati dai SSAA e dal Ministero della salute esperti sulle singole categorie merceologiche

**49** Rappresentanti dei SSAA

**20** medici

**5** infermieri

**7** ingegneri clinici

**10** farmacisti

**6** direttori sanitari

**11** provveditori

# Tavolo Soggetti Aggregatori: Il Percorso Operativo (1 di 4)

## Il percorso tracciato

### Individuazione delle categorie merceologiche

### Analisi dello stato dell'arte

- Analisi delle iniziative di gara programmate dai soggetti aggregatori e dei contratti attivi su base nazionale
- Analisi dei valori di consumo per categorie merceologica su base nazionale

### Definizione di regole e meccanismi operativi

- Scomposizione del bene in attributi caratterizzanti e definizione di cluster di prodotti omogenei
- Supporto alla formulazione di strategie di gara per i SSAA

## Gli attori

■ Ministero della Salute



■ Ministero dell'Economia e delle Finanze



■ Consip



■ Professionisti e clinici individuati da Regioni, Soggetti Aggregatori e Ministero della Salute

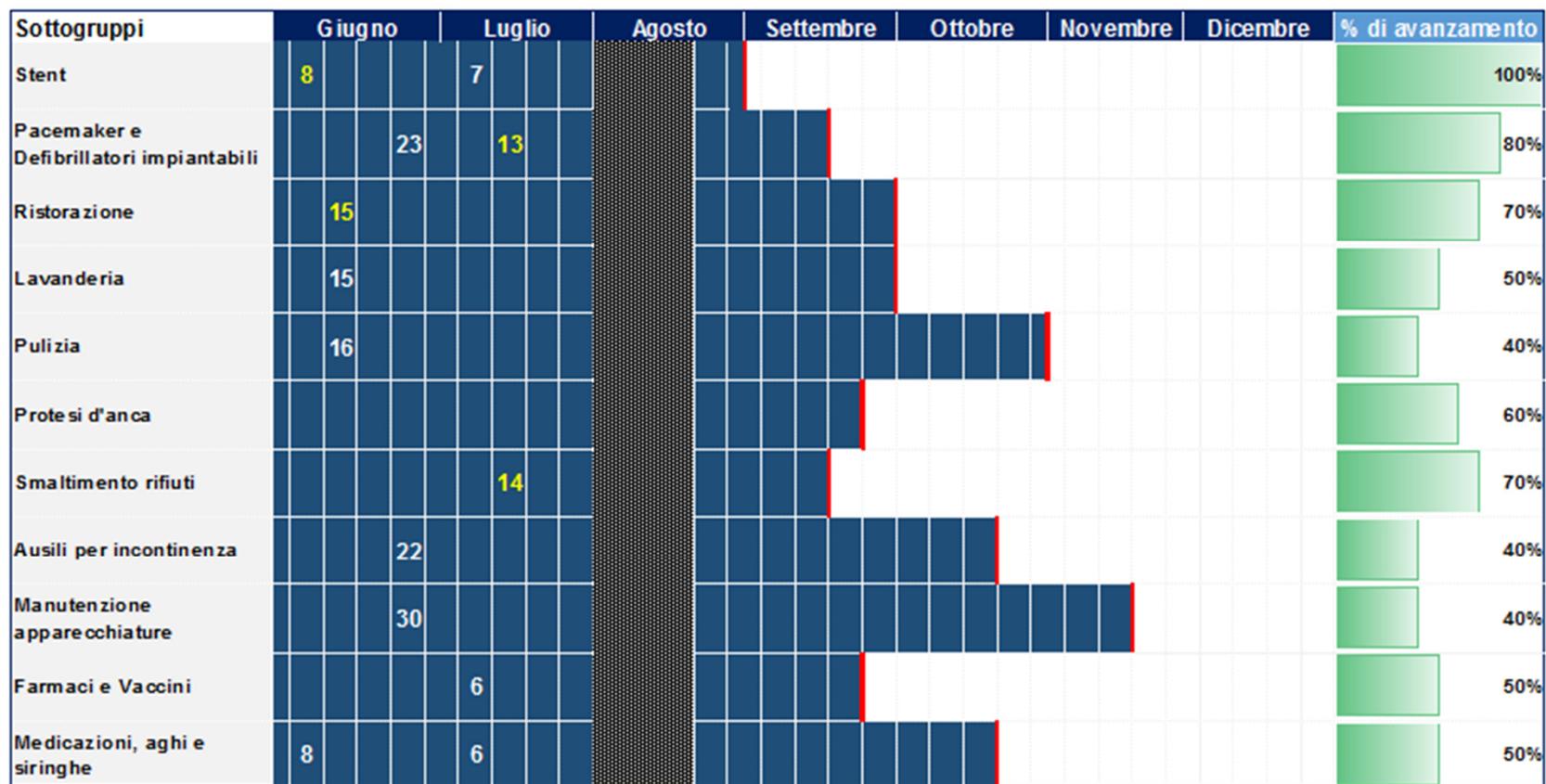
## Tavolo Soggetti Aggregatori: Il Percorso Operativo (2 di 4)

Analisi per fasce di valore medio per singolo cluster di prodotto e Regione (nell'esempio: STENT Coronarico DES con Polimero)

Regioni	Fasce di valore medio											
	0-190	190-370	370-420	420-470	470-500	500-560	560-680	680-750	750-800	800-840	840-1010	1010-
PIEMONTE			18%			8%	23%	13%	14%	18%	5%	
VAL D'AOSTA												
LOMBARDIA		1%	2%	5%	26%	50%	9%		4%			2%
PA BOLZANO		1%			1%	2%	46%		50%			
PA TRENTO						72%	28%					
VENETO		71%		27%								
FVG				66%	33%							
LIGURIA							8%	47%	45%			
EM. ROMAGNA			22%		77%							
TOSCANA			12%	78%		9%						
UMBRIA			64%				13%	8%	15%			
MARCHE						13%	31%	35%	20%			
LAZIO				1%		3%		14%	4%	65%	3%	9%
ABRUZZO							21%	6%	17%	36%	1%	19%
MOLISE										27%		73%
CAMPANIA								87%	13%			
PUGLIA						15%				2%	14%	69%
BASILICATA										9%	57%	34%
CALABRIA								5%	28%	19%	45%	3%
SICILIA									24%	31%	43%	
SARDEGNA							2%	7%	6%	8%	64%	20%

## Tavolo Soggetti Aggregatori: Il Percorso Operativo ( 3 di 4 )

Di seguito il GANTT con indicazione di massima della conclusione delle attività



*In bianco gli ultimi incontri dei GdL. In giallo le date che hanno visto la partecipazione del Commissario  
Il calendario di settembre è in corso di definizione sulla base della valutazione degli stati di avanzamento*

## **Tavolo Soggetti Aggregatori: Il Percorso Operativo (4 di 4)**

I documenti definiti dai sottogruppi operativi e validati dal Tavolo Soggetti Aggregatori vengono messi a disposizione del **mondo professionale** che potrà fornire contributi e osservazioni per il prosieguo dei lavori



*Ministero della Salute*

# **VARIE ED EVENTUALI**



## La Commissione nazionale Lea: obiettivi prioritari (Intesa del 7 settembre 2016 sul dPCM Lea)

- a) ridefinizione dei DRG a rischio di inappropriatazza in regime ordinario, in day surgery e in day hospital e le percentuali/soglia di ricoveri appropriati;
- b) aggiornamento delle condizioni di erogabilità dell'adroterapia;
- c) "delisting" delle prestazioni obsolete e le precisazioni "al fine di mantenere la compatibilità tra le risorse necessarie e le prestazioni da erogare in maniera omogenea sul territorio nazionale;
- d) definizione PDTA nazionali per le più diffuse malattie croniche;
- e) valutazione costo/efficacia degli interventi di prevenzione collettiva;
- f) procedure per valutare il profilo costo/efficacia dell'innovazione tecnologica e organizzativa;
- g) procedure per l'esecuzione di studi osservazionali sull'efficacia delle prestazioni, a valere sui finanziamenti per la ricerca



## Individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione

In continuità con il Piano di Indirizzo per la riabilitazione del 2011, il documento vuole fornire indicazioni e criteri per l'utilizzo appropriato dei diversi regimi di erogazione in cui può articolarsi il

### PERCORSO RIABILITATIVO definito dal PRI

riabilitazione ospedaliera in regime ordinario e diurno, assistenza ambulatoriale, assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale, assistenza domiciliare

#### in relazione a

- Specifiche menomazioni e disabilità valutate con strumenti standardizzati e condivisi;
- Condizioni cliniche e comorbidità mediche e/o chirurgiche;
- Obiettivi funzionali che il paziente ha raggiunto e può raggiungere;
- Condizioni personali, familiari e sociali.



*Ministero della Salute*

# **METODO DI LAVORO**



*Ministero della Salute*

**GRAZIE PER L'ATTENZIONE**