



**Regione Molise**  
Struttura commissariale per il Piano sanitario di rientro  
86100 CAMPOBASSO

DECRETO n.19 del 27/06/2013

**OGGETTO: Nomenclatore Tariffario Regionale delle Prestazioni di Ricovero ospedaliero**

**IL PRESIDENTE DELLA REGIONE MOLISE**  
COMMISSARIO AD ACTA PER LA ATTUAZIONE  
DEL PIANO DI RIENTRO DAI DISAVANZI  
DEL SETTORE SANITARIO

**PREMESSO:**

Con l'Accordo sottoscritto il 27 marzo 2007 tra il Ministero della Salute, il Ministero dell'Economia e delle Finanze, la regione Molise è stato approvato il Piano di riqualificazione funzionale e di risanamento economico (Piano di rientro) del Servizio sanitario regionale ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311.

Con deliberazione in data 28 luglio 2009 il Consiglio dei ministri, sussistendo le condizioni di legge, ha nominato il Presidente pro tempore della regione Commissario ad acta per la attuazione del Piano; la nomina è stata successivamente ribadita dal Consiglio dei ministri con deliberazione 21 marzo 2013, nei confronti del Presidente pro tempore insediatosi il 16 marzo 2013 a seguito delle elezioni amministrative di febbraio.

Il Commissario ad acta continua ad essere affiancato dal Sub Commissario, nominato con deliberazione del Consiglio dei ministri 20 gennaio 2012, confermato con la successiva deliberazione 7 giugno 2012.

**VISTO:**

Il d.lgs. 30 dicembre 1992, n.502 e successive modificazioni, che all'art. 8-sexies, comma 4 e 5, introduce il sistema di finanziamento e di remunerazione a prestazione dei soggetti pubblici e privati che erogano assistenza sanitaria, mediante tariffe che le regioni possono determinare assumendo a base i medesimi criteri di quelle massime approvate con decreto del Ministro della sanità;

La legge 27 dicembre 1997, n. 449, art. 32, comma 7, che estende l'obbligo del pareggio di bilancio, previsto per le aziende ospedaliere, ai presidi ospedalieri delle aziende unità sanitarie locali;

Ciò comporta che le medesime tariffe valide per le strutture pubbliche e private finanziate a tariffa per prestazione e per un ammontare complessivo annualmente determinato, dagli accordi contrattuali (per le strutture pubbliche) e da contratti (per le strutture private), devono essere applicate dalle aziende unità sanitarie locali per valorizzare la produzione degli ospedali in gestione diretta, allo scopo di misurarne il risultato economico in termini di costi e ricavi e di verificare il rispetto del predetto art. 32, comma 7, della legge 449/1997;

L'art. 1, comma 170, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, il quale dispone, tra l'altro, che, le tariffe massime approvate con decreto ministeriale sono assunte come riferimento per la valutazione delle congruità delle risorse a disposizione del Servizio sanitario nazionale, con la conseguenza che importi tariffari fissati dalle singole regioni in misura maggiore di quelle nazionali devono essere coperte finanziariamente da risorse regionali aggiuntive rispetto alla quota di fondo sanitario nazionale assegnata alla regione;

Tale facoltà, di approvare tariffe maggiori di quelle nazionali, è tuttavia inibita alle regioni in Piano di rientro, a norma dell'art. 15, comma 7, del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito con

modificazioni in legge 7 agosto 2012, n. 135, per cui le tariffe nazionali costituiscono per la regione Molise un valore limite invalicabile;

L'art. 1, comma 171, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, il quale vieta l'applicazione alle singole prestazioni di importi tariffari diversi a seconda della residenza del paziente, indipendentemente dalle modalità con cui viene regolata la compensazione della mobilità sia intraregionale che interregionale:

Il decreto ministeriale 18 dicembre 2008, recepito dalla regione Molise con deliberazione della Giunta regionale 20 luglio 2009, n. 783, che aggiorna sia la classificazione dei codici di diagnosi e procedure con la introduzione della ICD-9-CM 2007, sia il sistema di classificazione dei DRG,s, passaggio dalla versione 19 alla versione 24 del Grouper, e definisce le tariffe provvisorie per i DRG,s di nuova introduzione;

La deliberazione di Giunta regionale 8 gennaio 2003, n. 15, con cui le strutture private accreditate vengono classificate in due fasce, A e B, e stabilisce per le strutture di fascia B una remunerazione delle singole prestazioni pari all'85% (ottantacinque per cento) della tariffa regionale massima, in considerazione delle caratteristiche organizzative e di attività di minore complessità, verificate in sede di accreditamento istituzionale;

La valutazione tecnica allegata alla deliberazione di Giunta regionale 10 agosto 2006, n.1205, che ha previsto le variazioni relative ad alcuni DRG,s, assieme alla descrizione, alla MDC di appartenenza e al tipo;

La deliberazione di Giunta regionale 4 luglio 2005, n. 874, "Approvazione A.P.P.R.O. Regione Molise" elaborata per definire i criteri di appropriatezza distinti in maggiori e minori (almeno 3 per singolo accesso) dei ricoveri in regime di Day Hospital, ribadendo che tali ricoveri, come previsto da linee guida nazionali, devono avere approccio multidisciplinare ed includere solo patologie che richiedono prestazioni complesse non eseguibili a livello ambulatoriale;

Il decreto commissariale 16 ottobre 2009, n. 01, "Adempimenti L.E.A. – Riferimento documento Ministero dell'Economia e Finanze e Intesa Stato-Regioni 23/03/2005. Recepimento legge del 06 agosto 2008 n. 133, art. 79, 1° comma, septies – estensione del controllo della totalità delle SDO e delle Cartelle Cliniche per i DRG,s dell'allegato 2C del D.P.C.M. 29 novembre 2001. Ridefinizione Linee Guida per l'attività generale di controllo e monitoraggio dei ricoveri ospedalieri ai fini della verifica della qualità dell'assistenza secondo criteri di appropriatezza";

Il decreto commissariale 1 febbraio 2010, n. 03 "Sistema regionale di controllo e monitoraggio dell'attività ospedaliera. Linee Guida per l'organizzazione dei controlli delle prestazioni in regime di ricovero (DRGs, SDO e cartelle cliniche) e delle prestazioni di medicina specialistica ambulatoriale (A.P.G.)";

**RITENUTO** che tutta la suddetta disciplina debba essere confermata per la determinazione delle nuove tariffe regionali;

**VISTO** il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001 e successive modifiche ed integrazioni, recante: «Definizione dei livelli di assistenza»;

**VISTO** il Decreto del Ministero della Salute del 18 ottobre 2012 "Remunerazione prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale", pubblicato in G.U. Serie Generale, n. 23 del 28 gennaio 2013;

**RITENUTO:**

L'approvazione del nuovo Nomenclatore Tariffario, sulla base di quello nazionale approvato col decreto ministeriale del 18 ottobre 2012, delle prestazioni di assistenza ospedaliera deve temperare le esigenze di congrua remunerazione delle strutture private accreditate, di promozione di una sempre maggiore appropriatezza e qualità delle prestazioni, di sviluppo delle procedure eseguibili in sicurezza, secondo consolidate evidenze scientifiche, in day hospital medico o chirurgico, di deospedalizzazione delle prestazioni eseguibili in ambiente ambulatoriale dotato di requisiti di sicurezza conformi al manuale di accreditamento e di equilibrio economico della gestione del Servizio sanitario regionale con gli ordinari stanziamenti provenienti alla regione dal fondo sanitario nazionale e, quindi, senza il ricorso a terze economie (addizionali fiscali a carico dei cittadini).

Tali obiettivi sono conseguibili attraverso la seguente modulazione tariffaria, fondata sui seguenti criteri:



1. Suddivisione dei DRG,s in tre classi corrispondenti alla diversa complessità: alta complessità, normale complessità, potenzialmente inappropriati per bassa complessità, in base a MDC di appartenenza, tipologia medica o chirurgica, setting assistenziale (ricovero ordinario o diurno), peso relativo del caso trattato e valore soglia del DRG;
2. Determinazione della soglia percentuale del 20% (venti per cento) di casi trattati in ricovero ordinario, fatto cento il totale dei ricoveri ordinari e in day hospital per i 108 DRG,s ad alto rischio di inappropriatazza, giusta elenco approvato con Intesa Stato Regioni e Province autonome 3 dicembre 2009, n. 243/CSR, **allegato B**, ad esclusione del DRG 410, la cui soglia è fissata al 30% (trenta per cento);
3. Le tariffe costituiscono la remunerazione omnicomprensiva degli episodi di ricovero, salvo quando diversamente stabilito negli allegati che costituiscono parte integrante e sostanziale del presente decreto commissariale;
4. Invarianza dei tetti di spesa contrattualizzati con i fornitori accreditati, tenuto conto che alla soglia minima di efficienza delle strutture concorrono, a seconda dei casi, insieme ai proventi delle prestazioni erogate per conto del servizio sanitario regionale, i finanziamenti per la ricerca, i proventi per attività a pagamento diretto dei cittadini o di assicurazioni, i finanziamenti pubblici per le funzioni assistenziali a norma dell'art. 8 sexies, comma 1, 1 bis, 2 e 3, del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni. L'invarianza dei tetti di spesa consegue all'equilibrio della varianza tariffaria tra i vari DRG,s in funzione degli obiettivi di qualità e appropriatezza che il Servizio sanitario regionale persegue, in linea con gli obiettivi della pianificazione sanitaria nazionale.

Sulla scorta dei suddetti criteri, le tariffe sono modulate nel modo seguente:

- a) Applicazione ai DRG,s di normale complessità e potenzialmente inappropriati per bassa complessità, della tariffa massima nazionale approvata con decreto ministeriale 18 ottobre 2012;
- b) Applicazione ai DRG,s di alta complessità, tenuto conto della preponderante attività delle principali strutture sanitarie private operanti nella regione Molise rivolta a domanda di prestazioni proveniente da cittadini residenti in altre regioni, della tariffa unica convenzionale applicata dalle regioni per le compensazioni finanziarie della mobilità attiva e passiva ossia, TUC 2012, emanata in data 11/04/2013, e successive rimodulazioni.
- c) Per i ricoveri in riabilitazione, codice 56, e lungodegenza, codice 60, tariffe decreto ministeriale 18 ottobre 2012;
- d) Per i ricoveri di neuroriabilitazione di alta complessità, codice 75, e unità spinale, codice 28, tariffa unica convenzionale applicata dalle regioni per le compensazioni finanziarie della mobilità attiva e passiva ossia, TUC 2012 e successivi aggiornamenti.

Tutto ciò premesso, visto e ritenuto, in virtù dei poteri conferiti con la delibera del Consiglio dei Ministri in data 21 marzo 2013,

#### DECRETA

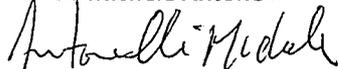
- È approvato il Regolamento, **Allegato 1** che disciplina le condizioni di erogazione dei ricoveri e per l'applicazione del tariffario, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.
- È approvato il Nomenclatore tariffario regionale per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, per la riabilitazione e lungodegenza come risulta da Allegati 2A e 2B, che costituiscono parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.
- Le tariffe, risultanti dagli allegati al presente provvedimento, si applicano ai ricoveri erogati ad utenti sia regionali che extraregionali, in conformità alla legge 30 dicembre 2004, n.311, art. 1, comma 171 a decorrere dalle dimissioni effettuate a partire dal giorno 12 febbraio 2013, data di entrata in vigore del decreto ministeriale 18 ottobre 2012, in Gazzetta Ufficiale 28 gennaio 2013, n. 23, serie generale. Sono revocate dalla medesima data tutte le precedenti disposizioni regionali in materia di tariffazione, sia di carattere generale o riservate a specifici soggetti erogatori per qualsivoglia prestazione.



- Il presente decreto, con gli allegati, è inviato per la validazione al Ministero della Salute, al Ministero dell'Economia e Finanze e all'AGENAS; è pubblicato nel Bollettino Ufficiale della regione Molise ed è notificato a cura della Direzione generale per la salute, all'ASREM, alla Società Molise Dati per gli adempimenti applicativi ed i necessari tempi di adeguamento dei sistemi informativi regionali, all'IRCSS Neuromed di Pozzilli e alla Fondazione Giovanni Paolo II di Campobasso. L'ASReM curerà la notifica alle case di cura private accreditate con le quali stipula i contratti di acquisto di prestazioni sanitarie ed ai Presidi ospedalieri pubblici.

**Il Direttore del Servizio Ispettivo Regionale**

**Dr Michele Antonelli**



**Il Direttore Generale della DG Salute**

**Dr Antonio Francioni**



**Il Sub Commissario Ad Acta**

**Dr Nicola Rosato**



**Il Commissario Ad Acta**

**Dr Arch. Paolo Di Laura Frattura**



2