



# ***Regione Molise***

## **Presidente della Regione Molise**

COMMISSARIO AD ACTA PER LA ATTUAZIONE  
DEL PIANO DI RIENTRO DAI DISAVANZI  
DEL SETTORE SANITARIO

Delibera del Consiglio dei Ministri in data 28.7.2009

### **DECRETO**

N. 20

IN DATA 10/05/2010

### **OGGETTO**

**MODALITA' DI RICONOSIMENTO ECONOMICO DELLE PROCEDURE DI  
ALTO COSTO SECONDO LA T.U.C. - RIMBORSO DEI FARMACI  
ANTIBLASTICI E PROTESI - ANNULLAMENTO DISPOSIZIONI  
CONTRARIE**

Il Responsabile del Servizio

Il Direttore Generale



# **Regione Molise**

## **Presidente della Regione Molise**

**COMMISSARIO AD ACTA PER LA ATTUAZIONE  
DEL PIANO DI RIENTRO DAI DISAVANZI  
DEL SETTORE SANITARIO**

Delibera del Consiglio dei Ministri in data 28.7.2009

**DECRETO N.** 20

**DEL** 10/05/2010

**Oggetto:** MODALITA' DI RICONOSCIMENTO ECONOMICO DI PROCEDURE DI ALTO COSTO SECONDO LA T.U.C. - RIMBORSO DEI FARMACI ANTIBLASTICI E PROTESI - ANNULLAMENTO DISPOSIZIONI CONTRARIE -

### **IL PRESIDENTE DELLA REGIONE MOLISE COMMISSARIO AD ACTA**

**PREMESSO:** che con delibera del Consiglio dei Ministri in data 28.7.2009 il Presidente della Regione Molise è stato nominato Commissario ad acta per la attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Molise, avvalendosi delle strutture tecniche ed amministrative della Regione;

**PREMESSO** che in data 18 aprile 2008 il Presidente della Giunta Regionale ed il Rettore dell'Università Cattolica del Sacro Cuore hanno stipulato un accordo in base al quale la regione si impegna a pagare per gli anni 2006, 2007, 2008, 2009 gli oneri extra DRG relativi al costo dei farmaci antiblastici, retrovirali, chemioterapici e presidi sanitari di nuova generazione che saranno riconosciute al centro a seguito delle verifiche di rito che saranno effettuate congiuntamente dalla regione Molise e dal centro dell'università cattolica entro 120 giorni dalla data del presente accordo;

**RITENUTO** che dall'accordo di cui sopra derivava altresì l'onere di concordare preliminarmente un sistema di rilevazione analitica di tutti i farmaci e presidi di ultima generazione e pertanto particolarmente costosi e che solo successivamente a tale verifica sarebbero state effettuate le liquidazioni;

**RILEVATO** che sebbene tra le parti non sono state effettuate rilevazioni, il servizio ispettivo regionale durante l'anno 2010 ha comunque effettuato verifiche sulla produzione del Centro anche alla presenza di rappresentanti del centro stesso analizzando le schede di dimissione ospedaliera e cartelle cliniche;

**RITENUTO** necessario chiarire l'effetto economico dell'accordo sulla contabilità della regione e quindi renderne coerenti le finalità con il quadro normativo vigente;

VISTO l'art. 8, comma 6, del Decreto legislativo 30.12.1992 n. 502, ha stabilito che le prestazioni erogate dai professionisti e dalle strutture pubbliche e private accreditate con il S.S.N. siano remunerate mediante l'applicazione di tariffe omnicomprensive;

CONSIDERATO che il Ministro della Sanità ha emanato in data 14.12.94 un proprio decreto con il quale vengono approvate le tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere che avrebbero dovuto essere applicate dal 1.1.1995 qualora le Regioni non avessero adottato propri provvedimenti di fissazione delle tariffe da valere per i presidi operanti in ciascun territorio.

CONSIDERATO che le linee-guida n. 1/95 pubblicate sulla G.U. n. 150 del 29.6.95 stabiliscono che la tariffa è riferita alla "somma dei costi relativi a tutte le singole prestazioni (diagnostiche, chirurgiche, anestesilogiche, riabilitative, ecc.) mediamente erogate ai pazienti attribuiti a ciascun D.R.G. nel corso dei rispettivi episodi di ricovero".

RITENUTO ancora che il sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere dei soggetti erogatori pubblici e privati è basato sul sistema dei Raggruppamenti omogenei di diagnosi (DRG - Diagnostic related groups), cui è associata una tariffa, che non costituisce un rimborso analitico delle spese sostenute per il trattamento di quella determinata patologia, ma una media elaborata sulla base delle rilevazioni effettuate per la verifica dei costi medi relativi al personale, alle indagini strumentali, alle prestazioni alberghiere, ai dispositivi medici ed ai farmaci utilizzati;

VISTO che, quindi, la tariffa DRG in linea di principio è destinata a coprire tutti i costi legati al ricovero, costi assistenziali, ancillari, generali di struttura e dei farmaci somministrati;

RITENUTO tuttavia che in esecuzione dell'accordo la rimborsabilità del farmaco innovativo di ultima generazione possa essere corrisposta nei casi in cui la tariffa del DRG non riesca neppure in parte a coprire il costo e quindi nei soli casi del ricovero in DAY HOSPITAL e non già nel caso del ricovero ordinario ;

VISTO il T.U. "*Compensazione interregionale della mobilità sanitaria*", per gli anni di riferimento, che costituisce l'atto normativo interno alle regioni che fissa i limiti della remunerazione dei DRG anche nella parte relativa all'elenco dei farmaci rimborsabili anche in presenza di ricovero ordinario;

RITENUTO che il *commissario ad acta*, nominato con la deliberazione del consiglio dei Ministri del 28 luglio 2009 è obbligato a non dare applicazione a tutti gli atti contrastanti con il Piano di Rientro o con la normativa nazionale di riferimento;

### DECRETA

- che per gli anni 2006- 2009 in esecuzione della normativa di riferimento e delle verifiche condotte, non è erogabile alcun altro onere aggiuntivo alla tariffa del DRG in presenza di ricovero ordinario;

- che per gli anni 2006 – 2009 nell'ambito dei ricoveri in day hospital finalizzati al trattamento di neoplasie attribuibili al DRG 410 è riconosciuto l'intero costo dei farmaci secondo il

rendiconto specifico che sarà inviato dal Centro e che al momento è quantificabile nei limiti degli importi di cui all'allegato n. 1 al presente decreto;

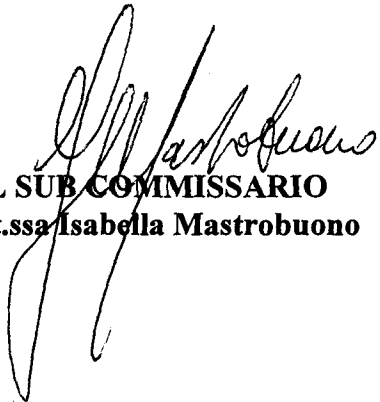
- che per l'anno 2010 si applicheranno le regole nazionali contenute nella Tariffa Unica Convenzionale per gli anni di riferimento e dal Testo Unico mobilità sanitaria interregionale 2009 approvato in data 6 maggio 2010 dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome;

- che per le protesi e le altre procedure di alto costo si procederà al riconoscimento economico secondo il richiamato testo unico della Mobilità Sanitaria, ed in particolare per l'ombrello atriale settale (cod. 35.52) associato al drg 518 alla tariffa aggiuntiva di euro 5.800, protesi aorta addominale (cod. 20.95) tariffa aggiuntiva euro 3,528, protesi aorta toracica (cod. 39.73) tariffa aggiuntiva euro 5.544, pompe di infusione totalmente impiantabile (cod. 86.06) tariffa aggiuntiva euro 3.500;

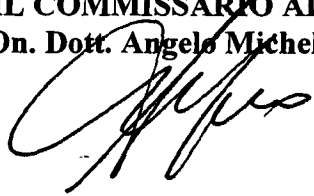
- che l'eccezione alle regole sopra descritte potranno avvenire solo in esecuzione di disposizione della T.U.C. o in presenza di normative che sanciscano l'obbligo di terapie in regime di ricovero protetto;

- di escludere la remunerabilità di qualsiasi altro onere relativo a costi della produzione;

- di annullare tutti gli altri atti incompatibili con il presente decreto.

  
**IL SUB COMMISSARIO**  
**Dott.ssa Isabella Mastrobuono**

**IL COMMISSARIO AD ACTA**  
**(On. Dott. Angelo Michele IORIO)**



Il presente decreto, composto da n. 4 pagine e da n. 1 allegati rispettivamente di pagine 2 (due), sarà pubblicato sul B.U.R.M. e sarà notificato ai competenti Dicasteri.