

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Delibera Num. 2275 del 27/12/2018

Seduta Num. 53

Questo giovedì 27 **del mese di** dicembre
dell' anno 2018 **si è riunita nella residenza di** via Aldo Moro, 52 BOLOGNA
la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:

1) Bonaccini Stefano	Presidente
2) Gualmini Elisabetta	Vicepresidente
3) Bianchi Patrizio	Assessore
4) Caselli Simona	Assessore
5) Corsini Andrea	Assessore
6) Gazzolo Paola	Assessore
7) Mezzetti Massimo	Assessore
8) Petitti Emma	Assessore

Funge da Segretario l'Assessore: Bianchi Patrizio

Proposta: GPG/2018/2394 del 20/12/2018

Struttura proponente: DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE

Assessorato proponente: ASSESSORE ALLE POLITICHE PER LA SALUTE

Oggetto: APPROVAZIONE DELLO SCHEMA DI ACCORDO DI COLLABORAZIONE AI SENSI DELL'ART. 15 DELLA L. 241/1990 TRA REGIONE EMILIA-ROMAGNA E MINISTERO DELLA SALUTE PER LO SVILUPPO DI UNA METODOLOGIA PER LA RILEVAZIONE DEI COSTI DEI RICOVERI DI RIABILITAZIONE.

Iter di approvazione previsto: Delibera ordinaria

Responsabile del procedimento: Kyriakoula Petropulacos

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Visti e richiamati:

-la L. 7 agosto 1990, n. 241 "Nuove norme sul procedimento amministrativo", ed in particolare l'art. 15 che prevede che le amministrazioni pubbliche possono concludere tra loro accordi per disciplinare lo svolgimento in collaborazione di attività di interesse comune;

- il D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, il quale prevede che le azioni del Servizio Sanitario Nazionale vengano indirizzate verso il rispetto del principio di appropriatezza e l'individuazione di percorsi diagnostici terapeutici e di linee guida, e che spettano alle Regioni la determinazione dei principi sull'organizzazione dei servizi e sull'attività destinata alla tutela della salute delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, nonché le attività di indirizzo tecnico, promozione e supporto nei confronti delle medesime;

- il decreto del Ministro della Salute del 18 ottobre 2012, adottato ai sensi dell'articolo 15, commi da 15 a 18 del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazione dalla Legge 7 agosto 2012, n. 135, che ha determinato le tariffe massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, di assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza posta acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale, in deroga alla procedura di cui all'art. 8-sexies, comma 5, del decreto legislativo 502/1992;

- il Patto per la Salute di cui all'Intesa Stato Regioni del 10 luglio 2014 che, all'art. 3, prevede l'elaborazione di un documento di indirizzo che individui i criteri di appropriatezza di utilizzo dei vari setting riabilitativi;

- la propria delibera n.1267/2002 avente ad oggetto "Piano Sanitario Regionale 1999/2001 - Approvazione di linee guida per l'organizzazione delle aree di attività di livello regionale secondo il modello hub and spoke" tra le cui aree sono ricomprese le alte specialità riabilitative;

- la propria delibera n. 1673 del 20 ottobre 2014, successivamente integrata dalla delibera 1905 del 28 novembre 2014 con le quali sono state determinate le tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti e post-acuti, per le strutture pubbliche e private accreditate;

Considerato che questa Regione, in applicazione del D.M. 261 del 7/12/2016 - Regolamento nuova SDO - ha introdotto, con

Circolare n. 6 del 7 luglio 2016, in via sperimentale, per tutti i pazienti ricoverati in riabilitazione, le scale per la valutazione della disabilità (Barthel Index - BI) e della complessità clinico-riabilitativa (Rehabilitation Complexity Scale - RCS);

Richiamato infine il Piano sociale sanitario approvato con delibera dell'Assemblea Legislativa n. 120/2017 e le relative schede attuative, in particolare la scheda n. 2 relativa alla riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale integrata;

Dato atto che il Ministero della Salute ha inviato a questa Regione, con PEC prot. PG/2018/757412, la proposta di Accordo di collaborazione, allegato parte integrante del presente atto, finalizzato ad uno studio pilota per lo sviluppo di una metodologia di rilevazione dei costi dei ricoveri di riabilitazione, che tenga conto dei livelli di complessità della casistica e dei diversi gradi di intensità riabilitativa previsti dai documenti sopracitati;

Richiamati:

- il D.Lgs. 14 marzo 2013, n.33 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" e s.m., e in particolare l'art. 23;

Richiamate, inoltre, le proprie deliberazioni:

- n. 2416 del 29 dicembre 2008 avente per oggetto: "Indirizzi in ordine alle relazioni organizzative e funzionali tra le strutture e sull'esercizio delle funzioni dirigenziali. Adempimenti conseguenti alla delibera 999/2008. Adeguamento e aggiornamento della delibera 450/2007" e successive modificazioni;
- n. 193 del 27 febbraio 2015 concernente "Contratto di lavoro ai sensi dell'art. 43 L.R. 43/2001 e affidamento dell'incarico di Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali";
- n. 628 del 29 maggio 2015 ad oggetto "Riorganizzazione della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali" come rettificata dalla n. 1026 del 27 luglio 2015;
- n. 270 del 29 febbraio 2016 ad oggetto "Attuazione prima fase della riorganizzazione avviata con delibera 2189/2015";
- n. 622 del 28 aprile 2016 ad oggetto "Attuazione seconda fase della riorganizzazione avviata con delibera 2189/2015"
- n. 702 del 16 maggio 2016 ad oggetto "Approvazione incarichi dirigenziali prorogati e conferiti nell'ambito delle Direzioni Generali, Agenzie, Istituto e nomina dei responsabili della prevenzione della corruzione, della trasparenza e accesso civico, della sicurezza del trattamento

dei dati personali, e dell'anagrafe per la stazione appaltante".

- n. 1107 dell'11 luglio 2016 ad oggetto "Integrazione delle declaratorie delle strutture organizzative della giunta regionale a seguito dell'implementazione della seconda fase della riorganizzazione avviata con delibera 2189/2015";
- n. 1681 del 17 ottobre 2016 "Indirizzi per la prosecuzione della riorganizzazione della macchina amministrativa regionale avviata con delibera n. 2189/2015";
- n. 2344 del 21/12/2016 "Completamento della riorganizzazione della direzione generale cura della persona, salute e welfare";
- n.3 del 11 gennaio 2017 "Approvazione incarichi dirigenziali conferiti nell'ambito dell'Agenzia di informazione e comunicazione, dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale, della Direzione generale Agricoltura, caccia e pesca e della Direzione generale Cura della persona, salute e welfare e riconoscimento retribuzione di posizione frlsuper";
- n.468 del 10 aprile 2017 "Il sistema dei controlli interni nella Regione Emilia-Romagna" e le relative circolari del Capo di Gabinetto del Presidente della Giunta regionale PG/2017/660476 del 13 ottobre 2017 e PG/2017/779385 del 21 dicembre 2017;
- n. 477 del 10 aprile 2017 "Approvazione incarichi dirigenziali conferiti nell'ambito delle direzioni generali Cura della persona, salute e welfare; Risorse, Europa, innovazione e istituzioni e autorizzazione al conferimento dell'interim per un ulteriore periodo sul Servizio territoriale agricoltura, caccia e pesca di Ravenna";
- n.93 del 29/01/2018 "Approvazione piano triennale di prevenzione della corruzione. Aggiornamento 2018-2020";
- n. 931 del 18 giugno 2018 "Approvazione del catalogo dei processi amministrativi a rischio corruzione. Modifica integrativa del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione 2018-2020 della Giunta Regionale";
- n. 1059 del 03/07/2018 "Approvazione degli incarichi dirigenziali rinnovati e conferiti nell'ambito delle direzioni generali, agenzie e istituti e nomina del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT), del responsabile dell'anagrafe per la stazione appaltante (RASA) e del responsabile della protezione dei dati (DPO);
- n. 1123 del 16/07/2018 "Attuazione Regolamento (UE) 2016/679: definizione di competenze e responsabilità in materia di protezione dei dati personali. Abrogazione Appendice 5 della delibera di Giunta regionale n. 2416/2008 e ss.mm.ii.";

Dato atto che il responsabile del procedimento ha dichiarato di non trovarsi in situazioni di conflitto, anche potenziale, di interesse;

Dato atto dei pareri allegati;

Su proposta dell'Assessore alle Politiche per la Salute;

A voti unanimi e palesi

DELIBERA

- 1) di dare atto che il Ministero della Salute ha inviato a questa Regione, ai fini della sottoscrizione, apposito Accordo di collaborazione tra il Ministero della Salute e la Regione Emilia-Romagna, allegato al presente atto quale parte integrante e sostanziale;
- 2) di approvare lo schema di Accordo di collaborazione ai sensi dell'art. 15 della L. 241/1990, di cui al punto 1) e i relativi allegati, tra cui la scheda di progetto, che prevede lo svolgimento di uno studio pilota per la definizione di una metodologia di rilevazione dei costi dei ricoveri di riabilitazione comprensivo del progetto esecutivo tra questa Regione e il Ministero della Salute;
- 3) di dare atto che il suddetto Accordo avrà decorrenza dalla data di sottoscrizione e validità di dodici mesi (12), salvo proroga, per un massimo di sei mesi, come definito nell'art. 3 dell'Accordo medesimo;
- 4) di dare mandato alla Direttrice Generale Cura della persona, Salute e Welfare alla sottoscrizione dell'Accordo di Collaborazione;
- 5) di dare atto che l'Accordo in argomento sarà sottoscritto con firma digitale, ai sensi dell'art. 15, comma 2-bis della L. 241/1990;
- 6) di riservarsi di apportare al Bilancio di previsione regionale le conseguenti variazioni di Bilancio;
- 7) di dare, infine, atto che, per quanto previsto in materia di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni, si provvederà ai sensi dell'art. 23 del D.Lgs. 33/2013 e delle disposizioni normative ed amministrative richiamate in premessa.



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

ACCORDO DI COLLABORAZIONE AI SENSI DELL'ARTICOLO 15 DELLA LEGGE N. 241 DEL 1990

TRA

IL MINISTERO DELLA SALUTE, DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA, CON SEDE IN ROMA, VIALE GIORGIO RIBOTTA N. 5 – C.F. 97023180587 – RAPPRESENTATA DAL DOTT. ANDREA URBANI, NELLA QUALITÀ DI DIRETTORE GENERALE, DOMICILIATO PER LA CARICA PRESSO LA SEDE DEL MINISTERO MEDESIMO, DI SEGUITO DENOMINATO “MINISTERO”

E

LA REGIONE EMILIA-ROMAGNA CON SEDE IN BOLOGNA, VIALE ALDO MORO N. 52, C.F. 80062590379 RAPPRESENTATA DAL LEGALE RAPPRESENTANTE DOTT.SSA KYRIAKOULA PETROPULACOS DOMICILIATO PER LA CARICA PRESSO LA SEDE DELLA REGIONE MEDESIMA

PREMESSE

VISTO l'articolo 1 della legge 13 novembre 2009, n. 172, ha nuovamente istituito il Ministero della Salute;

VISTO l'articolo 47-ter, comma 1, lett. a) del d. lgs. 30 luglio 1999, n. 300, prevede che il Ministero della Salute svolga, tra l'altro, funzioni in materia di programmazione tecnico – sanitaria di rilievo nazionale e indirizzo, coordinamento e monitoraggio delle attività tecniche sanitarie regionali con riferimento ai livelli essenziali delle prestazioni erogate;

VISTO l'articolo 4 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 11 febbraio 2014, n. 59, recante il regolamento di organizzazione del Ministero della salute, prevede che la Direzione generale della programmazione sanitaria svolga, tra l'altro, funzioni di monitoraggio e qualificazione della rete dell'offerta sanitaria, realizzazione di misure di appropriatezza ed efficienza, alle attività del Sistema nazionale di Verifica e controllo dell'Assistenza Sanitaria;

VISTO con il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1 febbraio 2017, registrato dalla Corte dei conti in data 28 febbraio 2017 – foglio 218, è stato conferito al dott. Andrea Urbani l'incarico di Direttore generale della programmazione sanitaria;

PRESO ATTO che il decreto del Ministro della Salute del 18 ottobre 2012, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 28 gennaio 2013, n. 23, S.O. n. 8, adottato ai sensi dell'articolo 15, commi da 15 a 18 del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazione dalla Legge 7 agosto 2012, n. 135, ha determinato le tariffe massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, di assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza posta acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale, in deroga alla procedura di cui all'art. 8-sexies, comma 5, del decreto legislativo 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni;

PRESO ATTO dell'articolo 15, comma 17-bis del decreto-legge n. 95 del 2012, introdotto dall'articolo 2 bis, comma 1 del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito con modificazioni dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, prevede che "con decreto di natura non regolamentare del Ministro della salute è istituita, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, una commissione per la formulazione di proposte, nel rispetto degli equilibri di finanza pubblica, per l'aggiornamento delle tariffe determinate ai sensi del comma 15. La commissione, composta da rappresentanti del Ministero della salute, del Ministero dell'economia e delle finanze e della Conferenza delle regioni e delle province autonome, si confronta con le associazioni maggiormente rappresentative a livello nazionale dei soggetti titolari di strutture private accreditate";

DATO ATTO che il Ministero della salute, in adempimento a quanto previsto dal Patto per la salute 2014-2016 (Intesa del 10 luglio 2014, comma 3 dell'art.3), dall'Intesa in Conferenza Stato Regioni del 2 luglio 2015 e dal Decreto legge 19 giugno 2015 convertito con modificazioni nella legge 6 agosto 2015, n. 125 articolo 9-quater, comma 8, tenendo conto della necessità di promuovere il miglioramento dell'appropriatezza dei setting assistenziali dell'assistenza riabilitativa, sta elaborando uno schema di decreto volto a definire criteri di appropriatezza nell'accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedaliera;

CONSIDERATO che al fine di rendere più omogenee le modalità di utilizzo dei posti letto ospedalieri tenendo in considerazione la tipologia di patologie disabilitanti e le condizioni del paziente sotto il profilo clinico funzionale, il Ministero della salute ha elaborato una sezione dedicata all'assistenza ospedaliera riabilitativa nel documento recante "Individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione".

TENUTO CONTO che entrambi i documenti fanno riferimento, tra l'altro, ad una nuova rivisitazione della disciplina ospedaliera codice 56 di riabilitazione e recupero funzionale e alla necessità di introdurre un codice di disciplina 56a da identificarsi con attività ospedaliera di riabilitazione intensiva a maggiore complessità, codice 56b da identificarsi con attività ospedaliera di riabilitazione intensiva a minore complessità e codice 56c da identificarsi con attività ospedaliera di riabilitazione estensiva;

PRESO ATTO che nello schema di decreto sui criteri di appropriatezza nell'accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedaliera, sono definiti i livelli di complessità, sulla base della diversa gravità delle patologie disabilitanti e delle problematiche concomitanti, caratterizzati da un diverso fabbisogno di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa, da un diverso utilizzo di attrezzature, farmaci, dispositivi, nonché da una diversa durata del periodo appropriato per il completamento del progetto riabilitativo;

CONSIDERATO che la Regione Emilia-Romagna si contraddistingue per una rete dell'offerta riabilitativa pubblica e privata accreditata, organizzata dal 2002 sul modello Hub&spoke, coerente con quanto declinato nel D.M. 70/2015, un buon tasso di attrazione per pazienti provenienti da altre regioni

e ha introdotto recentemente in occasione D.M. 261 del 7/12/2016 - Regolamento nuova SDO - in via sperimentale, per tutti i pazienti ricoverati in riabilitazione, le scale per la valutazione della disabilità (Barthel Index - BI) e della complessità clinico -riabilitativa (Rehabilitation Complexity Scale - RCS);

PRESO ATTO che attualmente le tariffe per la remunerazione delle prestazioni di ricovero in riabilitazione sono disciplinate dal Decreto del Ministro della salute del 18 ottobre 2012, art. 2 e allegato 2, che prevede la remunerazione delle prestazioni a giornata di degenza per Macro Categoria Diagnostica (MDC), valori soglia e tariffe per gli oltre soglia. Uniche eccezioni sono rappresentate dalle tariffe per i soggetti affetti da grave cerebrolesione acquisita e per i pazienti mielolesi con una gravità di lesione A, B, C.

CONSIDERATO che da ricognizioni effettuate nell'ambito della Commissione Tariffe Nazionale, insediata il 2 febbraio 2016, non risulta che a livello regionale siano stati prodotti studi sui costi delle prestazioni ospedaliere di riabilitazione e la normativa regionale in materia, salvo poche eccezioni, si basa prevalentemente sul tariffario nazionale.

RITENUTO pertanto necessario definire una metodologia per la rilevazione dei costi delle prestazioni, che tenga conto dei livelli di complessità della casistica e dei diversi gradi di intensità riabilitativa previsti dai documenti sopracitati.

VISTO l'art. 1 comma 288, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, il quale prevede che presso il Ministero della Salute, al fine di verificare che i finanziamenti siano effettivamente tradotti in servizi per i cittadini, secondo criteri di efficienza ed appropriatezza, sia realizzato un Sistema di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (d'ora in poi SiVeAS);

VISTO il comma 289 dell'art. 1 della legge 23 dicembre 2005, n. 266 che per le finalità di cui al citato comma 288 consente al Ministero della salute di avvalersi, anche tramite specifiche convenzioni, della collaborazione di istituti di ricerca, società scientifiche e strutture pubbliche o private, anche non nazionali, operanti nel campo della valutazione degli interventi sanitari, nonché di esperti nel numero massimo di 20 unità, a valere su individuate risorse di cui al secondo periodo dello stesso comma 289;

VISTO il decreto 17 giugno 2006 del Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle finanze, pubblicato nella G.U. del 16 agosto 2006, il quale istituisce presso il Ministero della salute, il Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza Sanitaria (Si.Ve.AS), di cui all'art. 1, comma 288, della legge 23 dicembre 2005, n. 266 e ne definisce le modalità di attuazione;

VISTO l'art. 1 del citato decreto Ministeriale 17 giugno 2006, il quale affida il supporto tecnico del SiVeAS alla Direzione Generale della programmazione sanitaria;

RITENUTO necessario dare esecuzione alla previsione di cui al citato art. 1, comma 289, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, così come modificato dall'art. 1, comma 798, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, in ordine alla stipula di convenzioni con istituti di ricerca, al fine della realizzazione degli obiettivi individuati dal richiamato decreto ministeriale 17 giugno 2006;

PRESO ATTO che la Regione Emilia-Romagna persegue da anni l'appropriatezza dei ricoveri in riabilitazione attraverso la promozione di percorsi per specifiche patologie, progetti di ricerca e implementazione di misure tariffarie;

VISTO che le amministrazioni pubbliche, ai sensi dell'art. 15, comma 1, della legge 7 agosto 1990, n. 241 recante: "Nuove norme sul procedimento amministrativo", possono sempre concludere tra loro accordi per disciplinare lo svolgimento in collaborazione di attività di interesse comune;

CONSIDERATO che la suindicata attività di natura scientifica persegue finalità di interesse pubblico ed a vantaggio della collettività;

RITENUTO OPPORTUNO e necessario procedere a disciplinare gli aspetti operativi del rapporto di collaborazione tra il Ministero della Salute – Direzione Generale della Programmazione e la Regione Emilia-Romagna- per la realizzazione delle sopra menzionate finalità, ai sensi dell’art. 15 della Legge n. 241/90;

**TUTTO CIÒ PREMESSO E CONSIDERATO
SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE**

**Art.1
Oggetto**

1. Oggetto del presente Accordo è la realizzazione del progetto denominato “**Studio pilota per la definizione di una metodologia di rilevazione dei costi dei ricoveri di riabilitazione**”.
2. Le premesse, il preambolo e ogni documento allegato costituiscono parte integrante e sostanziale del presente Accordo.
3. Il presente Accordo disciplina i criteri e le procedure per la determinazione degli impegni di ciascuna parte, l’articolazione delle azioni per lo sviluppo del progetto di cui al precedente comma, la pianificazione del concorso alle spese delle Amministrazioni coinvolte nella collaborazione nonché i tempi di esecuzione delle attività.

**Art. 2
Dichiarazioni e impegni delle Parti**

1. Per le finalità di cui all’art. 1, le Parti si impegnano a cooperare congiuntamente per lo svolgimento delle attività meglio definite nell’allegata Scheda progetto (allegato 1) parte integrante e sostanziale del presente Accordo nel rispetto delle scadenze, dell’organizzazione delle attività e delle esigenze strategiche ivi indicate.
2. Nell’ambito della ripartizione dei compiti tra le parti: la Regione Emilia-Romagna si impegna ad effettuare le seguenti attività per la realizzazione del progetto:
 - a) Classificazione della attività di ricovero riabilitativo ospedaliero per i codici 75, 28 e 56 secondo livelli di complessità individuati dallo schema di decreto sui criteri di appropriatezza nei ricoveri di riabilitazione e secondo le scale di disabilità (BI) e di complessità clinico-riabilitativa (RCS);
 - b) Predisposizione di una metodologia e raccolta dei dati di consumo/costi per caso trattato e per livello di complessità (secondo quanto previsto dallo schema di decreto sui criteri di appropriatezza). Modello micro-costing;
 - c) Analisi dei consumi/costi per complessità della casistica ed introduzione di eventuali fattori di correzione.
3. Il Ministero della salute, Direzione generale della programmazione sanitaria, si impegna a fornire le competenze professionali e le conoscenze istituzionali necessarie al raggiungimento degli obiettivi suddetti e promuovere gli esiti del progetto a livello nazionale.
4. Per il periodo di svolgimento delle attività tutte le risorse umane impegnate a qualsiasi titolo nelle stesse sono obbligate, a pena di risoluzione dell’Accordo, all’osservanza del codice di comportamento per i dipendenti pubblici (d.P.R. 16 aprile 2013 n. 62), nonché del decreto del Ministro della salute del 6 marzo 2015, recante Codice di comportamento dei dipendenti del Ministero della salute.

5. Le parti, nel corso dello svolgimento delle attività oggetto del presente Accordo, di cui ai precedenti commi 1 e 2, possono concordare, nei limiti dell'importo previsto dal successivo articolo 5 del presente Accordo, rimodulazioni delle attività da realizzare anche mediante l'inserimento di nuove attività affini a quelle indicate, in considerazione delle esigenze strategiche della Direzione generale della programmazione sanitaria.
6. La Regione Emilia-Romagna, al fine di realizzare le attività oggetto del presente Accordo di cui ai precedenti commi 1 e 2, potrà avvalersi, nel rispetto delle vigenti normative, della collaborazione degli Enti e/o Associazioni individuati nella Scheda progetto allegata all'Accordo medesimo.
7. Qualora la Regione Emilia-Romagna, al fine di realizzare le attività oggetto del presente Accordo di cui ai precedenti commi 1 e 2, debba avvalersi della collaborazione di altri Enti e/o Associazioni non previsti nella Scheda progetto, è tenuta a richiedere a questo Ministero la preventiva autorizzazione alla stipula del relativo accordo.
8. Le Parti assicurano il massimo impegno nel raggiungimento degli obiettivi comuni, operando in ogni caso secondo i principi della massima diligenza e della leale collaborazione al fine di superare eventuali imprevisti e difficoltà che dovessero sopraggiungere nel corso della realizzazione delle attività oggetto del presente Accordo, attraverso una costante ricerca delle migliori soluzioni per il soddisfacimento degli interessi pubblici e collettivi coinvolti.

Art. 3

Durata, proroga, recesso e modifiche

1. Il presente Accordo ha validità di dodici mesi (12 mesi) dalla data di sottoscrizione ovvero, se successiva, dalla data di registrazione del relativo decreto di approvazione da parte dei competenti organi di controllo. Sarà cura della Direzione generale della programmazione sanitaria comunicare alla Regione Emilia-Romagna gli estremi dell'avvenuta registrazione.
2. La Regione Emilia-Romagna dovrà provvedere all'avvio delle attività immediatamente dopo la comunicazione di cui al precedente comma 1, dandone comunicazione formale al Ministero.
3. Le Parti potranno, per documentati motivi, con nota da inviare almeno 15 giorni prima della scadenza di cui al precedente comma 1, richiedere la proroga del termine conclusivo dell'Accordo.
4. La durata massima della proroga, subordinata agli esiti positivi delle attività progettuali, non potrà superare nel complesso la durata di 6 mesi.
5. L'eventuale concessione della proroga, subordinata alla riconosciuta sussistenza di ragioni di necessità, opportunità, in considerazione delle esigenze strategiche della Direzione generale della programmazione sanitaria, non costituisce comunque motivo di maggiorazione del rimborso massimo previsto al successivo articolo 5.
6. Ciascuna Parte può recedere dal presente Accordo dandone preavviso scritto di almeno 60 giorni all'altra Parte, qualora nel corso dello svolgimento delle attività intervengano fatti o provvedimenti che modifichino la situazione esistente all'atto della stipula del presente atto e ne rendano impossibile o inopportuna la sua conduzione a termine, restando esclusa qualsiasi reciproca pretesa a titolo di indennizzo e/o risarcimento a causa di tale recesso.
7. Nel caso di recesso senza giustificato motivo da parte della Regione Emilia-Romagna, il Ministero si riserva di non procedere al rimborso dei costi eventualmente sostenuti dallo stesso fino alla data di efficacia del recesso.

Art. 4

Monitoraggio e reportistica

1. La Regione Emilia-Romagna, al fine di consentire il monitoraggio del regolare svolgimento delle attività oggetto del presente Accordo, presenta al Ministero della salute relazioni semestrali descrittive delle attività svolte, corredate della rendicontazione dei costi sostenuti.

2. Alla scadenza la Regione Emilia-Romagna trasmette una relazione finale sulle attività svolte e sui risultati conseguiti, corredata della rendicontazione finale delle spese effettivamente sostenute.
3. Il monitoraggio del presente Accordo per la Direzione generale della programmazione sanitaria è assicurato dal Gruppo di monitoraggio costituito dai Direttori degli Uffici 4 e 6 che dovranno procedere alla valutazione delle relazioni presentate dalla Regione Emilia-Romagna in particolare ai fini e per gli effetti di cui all'art. 5.
4. La Direzione generale della programmazione sanitaria ha facoltà di convocare periodicamente i referenti della Regione Emilia-Romagna per il monitoraggio dell'andamento delle attività previste nel presente Accordo.
5. Le relazioni periodiche e quella finale sono inviate al seguente indirizzo Pec: dgprog@postacert.sanita.it. - indirizzate agli uffici 1, 4 e 6 della Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute – Viale Giorgio Ribotta 5 – Roma. Nel caso le relazioni dovessero avere una voluminosità tale da rendere difficoltoso l'invio tramite la PEC indicata si potrà concordare con i referenti scientifici del progetto una modalità di invio alternativa.

Art. 5

Compartecipazione alle spese

1. Per la realizzazione del presente Accordo non sono previsti a carico del Ministero della salute oneri finanziari, ad esclusione del rimborso dei costi e delle spese sostenute conseguenti allo svolgimento delle attività oggetto del presente Accordo da effettuare secondo le modalità indicate nel successivo comma 4.
2. Le attività propedeutiche alla definizione del progetto indicate nella Scheda progetto allegata al presente Accordo non comportano alcuna tipologia di spese a carico del Ministero della salute.
3. La Regione Emilia-Romagna nel collaborare alla realizzazione delle attività progettuali, compartecipa, anche con risorse proprie, mettendo a disposizione quanto necessario per sopportare gli oneri connessi ai costi indiretti correlati allo svolgimento delle attività oggetto di collaborazione. Tali oneri, pur essendo necessari alla realizzazione delle attività previste dal Progetto, non confluiscono nelle spese oggetto di rendicontazione finanziaria ma rimarranno a carico della Regione Emilia-Romagna
4. A mero titolo di rimborso spese per l'attuazione delle attività oggetto del presente Accordo, la Direzione generale della programmazione sanitaria riconosce nei confronti della Regione Emilia-Romagna un rimborso degli importi, analiticamente dettagliati e documentabili, nella misura massima complessiva di € 260.000,00 euro (duecentosessantamila/00 euro) (IVA inclusa) come da Scheda finanziaria riferita al medesimo progetto (allegato 1), per costi pertinenti e necessari alla realizzazione del progetto. Il rimborso sarà corrisposto secondo le seguenti modalità:
 - a. una prima quota pari al 20% dell'importo complessivo, previa presentazione da parte della Regione della comunicazione di avvio delle attività;
 - b. una seconda quota pari al massimo al 40% dell'importo complessivo, a seguito della valutazione positiva, da parte del Gruppo di monitoraggio di cui al precedente articolo 4, comma 1, presentata dalla Regione Emilia-Romagna sulle attività svolte nei primi sei mesi. La relazione dovrà essere corredata da una domanda di rimborso presentata sulla base della rendicontazione predisposta secondo il modello allegato 4 che costituisce parte integrante e sostanziale del presente Accordo. La rendicontazione del primo semestre tiene conto anche delle spese sostenute utilizzando la prima quota dell'importo erogata ai sensi della precedente lettera a).
 - c. una quota a saldo pari al 40% dell'importo complessivo a seguito della valutazione positiva, da parte del Gruppo di monitoraggio di cui al precedente articolo 4, comma 3,

della relazione finale di cui al precedente articolo 4, comma 2, presentata dalla Regione Emilia-Romagna sulle attività svolte e sui risultati conseguiti. La predetta relazione dovrà essere corredata da una domanda di rimborso presentata sulla base della rendicontazione, per un valore comunque non superiore al residuo dell'importo complessivo predisposta secondo il modello allegato 4 che costituisce parte integrante e sostanziale del presente Accordo.

5. La Regione Emilia-Romagna, al fine di consentire il rimborso delle spese sostenute, presenterà la rendicontazione secondo il modello allegato al presente Accordo (All. 4 – Rendicontazione) e dovrà riportare le spese da rimborsare nel periodo di riferimento sulla base dei rispettivi giustificativi di spesa di cui il Ministero si riserva di richiedere copia e da una dichiarazione attestante l'esecuzione di tutti gli obblighi di cui alla legge 13 agosto 2010, n. 136 recante "Piano straordinario contro le mafie, nonché delega al Governo in materia di normativa antimafia" con particolare riferimento alla tracciabilità dei flussi finanziari, considerato che al presente Accordo di collaborazione è stato assegnato il codice CUP J89H10003410001.
6. La Regione Emilia-Romagna, unitamente alla rendicontazione, si impegna a trasmettere inoltre una dichiarazione con la quale attesta che, nel corso del periodo di riferimento, si è avvalsa di unità di personale nel rigoroso rispetto delle norme legislative vigenti in materia di lavoro, di sicurezza, di previdenza ed assistenza. La Regione Emilia-Romagna dichiara sin d'ora, inoltre, che ogni responsabilità comunque connessa alla realizzazione, da parte del proprio personale delle attività progettuali di cui al presente Accordo rimane a carico dell'Azienda stessa, ivi inclusa la responsabilità civile verso terzi e per infortuni connessi all'attività svolta anche presso la sede del Ministero della salute.
7. La Regione Emilia-Romagna garantisce, inoltre, che ogni responsabilità comunque connessa alla realizzazione, da parte del personale degli altri Enti coinvolti nelle attività progettuali di cui al presente Accordo rimane a carico degli Enti stessi, ivi inclusa la responsabilità civile verso terzi e per infortuni connessi all'attività svolta anche presso la sede del Ministero della salute.
8. Qualora la rendicontazione finale registri un totale inferiore all'importo del rimborso previsto dal precedente comma 4 pari a euro 260.000,00 il Ministero rimborserà unicamente le somme effettivamente spese e documentabili che saranno dichiarate secondo le modalità contenute nell'allegato 4 del presente Accordo.
9. Le somme rimborsate della Regione Emilia-Romagna riguardano esclusivamente le spese effettivamente sostenute per la realizzazione delle attività di cui al presente Accordo e non possono determinare un utile o un margine di profitto per la stessa.
10. La Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute non risponde di eventuali ritardi nella liquidazione dei pagamenti determinati da cause non imputabili allo stesso, ma cagionati da controlli di legge e/o dovuti ad indisponibilità di cassa non imputabile al Ministero medesimo.
11. I rimborsi saranno disposti in favore della Regione Emilia-Romagna, solo a seguito della positiva valutazione di cui al precedente comma 4, mediante l'emissione di ordinativi di pagamento tratti sulla sezione di Tesoreria Provinciale dello Stato di Bologna ed ivi resi esigibili mediante accredito sul conto corrente di tesoreria unica intestato al creditore presso la Banca d'Italia.
12. La Regione Emilia-Romagna durante l'esecuzione del presente Accordo, si impegna all'osservanza delle normative vigenti in materia fiscale e, in particolare, dichiara che le prestazioni per la realizzazione delle attività oggetto del presente Accordo non sono rese nell'esercizio di impresa e che, pertanto, le stesse non rientrano nell'ambito di applicazione del D.P.R. 26 ottobre 1972, n. 633 e successive modifiche ed integrazioni recante "istituzione e disciplina dell'imposta sul valore aggiunto".
13. Fermo restando l'importo complessivo del rimborso previsto dal precedente comma 4, ogni eventuale rimodulazione volta ad una diversa allocazione delle risorse economiche indicate nelle

single voci di costo della predetta scheda finanziaria allegato 4, dovrà essere concordata con il Ministero.

Art. 6 **Referenti**

1. Le Parti designano ciascuna un Referente per l'attuazione delle attività oggetto del presente Accordo
2. I Referenti designati dalle Parti sono:
 - a) per il Ministero della salute: il direttore dell'Ufficio 6 della DG PROG;
 - b) per la Regione Emilia-Romagna: la direttrice della Direzione Generale cura della persona, salute e Welfare
3. Ciascuna Parte si riserva il diritto di sostituire i propri Referenti, dandone tempestiva comunicazione alla controparte per iscritto, a mezzo raccomandata a/r o posta elettronica certificata (PEC).
4. I Referenti devono:
 - a) svolgere funzioni di indirizzo per garantire l'efficacia e l'efficienza del progetto;
 - b) monitorare le azioni necessarie a garantire l'espletamento delle attività previste dal presente Accordo.

Art. 7 **Riservatezza, proprietà e utilizzazione dei risultati**

1. In fase di esecuzione dell'Accordo e di realizzazione delle attività, le Parti hanno l'obbligo di mantenere e far mantenere, ai propri dipendenti e collaboratori, la riservatezza sui dati, le informazioni di natura tecnica, economica, commerciale ed amministrativa ed i documenti di cui vengano a conoscenza o in possesso in esecuzione del presente Accordo o comunque in relazione a esso, di non divulgarli in alcun modo e in qualsiasi forma e di non farne oggetto di utilizzazione a qualsiasi titolo per scopi diversi da quelli strettamente necessari all'esecuzione dell'Accordo.
2. La proprietà intellettuale dei risultati delle attività svolte congiuntamente dalle Parti in attuazione del presente Accordo spetta alle stesse in eguale misura.
3. Le Parti possono disporre degli elaborati prodotti per i soli utilizzi concordati formalmente e solo in quanto utili o necessari alla diffusione concertata dei risultati raggiunti anche a mezzo stampa, televisione, radio o via internet.
4. Tutte le pubblicazioni attinenti a tale progetto, a prescindere dal mezzo di comunicazione utilizzato, devono essere preventivamente concordate, reciprocamente autorizzate e riportata menzione di entrambe le parti della collaborazione.
5. L'inadempimento di quanto stabilito nei precedenti commi, fermo restando il diritto al risarcimento del danno, costituisce motivo di risoluzione del presente Accordo, ai sensi dell'art. 1456 codice civile.
6. L'utilizzazione dei loghi, straordinaria o estranea all'azione istituzionale corrispondente all'oggetto di cui al presente accordo, richiederà il consenso della Parte interessata, nel rispetto delle relative procedure interne.

Art. 8 **Trattamento dei dati personali**

1. Il trattamento di dati personali per il perseguimento delle finalità del presente Accordo di collaborazione è effettuato in conformità ai principi di liceità, proporzionalità, necessità e indispensabilità del trattamento, ai sensi del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e del Regolamento (UE) 2016/679, nonché, con riferimento alle misure minime di sicurezza da adottare, in conformità alla predetta normativa.

2. Il Ministero della salute e la Regione Emilia-Romagna, informati in merito a quanto previsto dall'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679, si autorizzano in modo reciproco al trattamento, manuale o automatizzato, dei propri dati personali, nel rispetto della normativa sulla Privacy su citata e per fini amministrativi, contabili e fiscali, connessi all'Accordo concluso.

Art. 9

Comitato di composizione

1. Per ogni eventuale difficoltà applicativa del presente Accordo di collaborazione verrà nominato un comitato di composizione di tre membri, di cui uno designato dal Ministero, uno dalla Regione Emilia-Romagna e uno designato con l'accordo di tutte le Parti.
2. Per tutte le eventuali controversie che dovessero insorgere in relazione all'interpretazione, applicazione ed esecuzione del presente Accordo, le Parti si impegnano ad esperire un preventivo tentativo di conciliazione in sede stragiudiziale, ferma restando la giurisdizione esclusiva del giudice amministrativo in materia di formazione, conclusione ed esecuzione dell'Accordo.

Art. 10

Norme di rinvio

1. L'Accordo è stipulato nel rispetto della normativa nazionale e, per quanto non espressamente previsto nel presente Accordo, si rinvia alla vigente disciplina generale degli accordi ex art.15 l. n. 241/1990 e s.m.i. ed in generale alla normativa vigente in materia.
2. Il presente Accordo è esente dall'imposta di registrazione (salvo in caso d'uso) ai sensi dell'art. 5 del DPR 26/04/1986, n. 131.
3. Il presente atto si compone di 10 articoli ed è sottoscritto digitalmente.

Allegati

- Allegato 1 scheda progetto denominazione "Studio pilota per la definizione di una metodologia di rilevazione dei costi dei ricoveri di riabilitazione"
- Allegato 2 – Dichiarazione Ministero art. 5 comma 6 Dlgs n. 50/2016
- Allegato 3 – Dichiarazione Regione Emilia-Romagna art. 5 comma 6 Dlgs n. 50/2016
- Allegato 4 - Schema di rendicontazione

Letto, approvato e sottoscritto.

Roma li, _____.

Per il Ministero della salute
Direzione della programmazione sanitaria
Dott. Andrea Urbani*

Per la Regione Emilia-Romagna
Direzione cura della persona, salute e welfare
Dott.ssa Petropulacos Kyriakoula*



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

ACCORDO DI COLLABORAZIONE CON REGIONE EMILIA-ROMAGNA

ALLEGATO TECNICO -1

TITOLO DELL'ATTIVITA':

Studio pilota per la definizione di una metodologia di rilevazione dei costi dei ricoveri di riabilitazione

DESCRIZIONE DEL PROGETTO

Recentemente, Il Ministero della salute, in adempimento a quanto previsto dal Patto per la salute 2014-2016 (Intesa del 10 luglio 2014, comma 3 dell'art.3), dall'Intesa in Conferenza Stato Regioni del 2 luglio 2015 e dal Decreto legge 19 giugno 2015 convertito con modificazioni nella legge 6 agosto 2015, n. 125 articolo 9-quater, comma 8, tenendo conto della necessità di promuovere il miglioramento dell'appropriatezza dei setting assistenziali dell'assistenza riabilitativa, ha elaborato uno schema di decreto volto a definire i criteri di appropriatezza nell'accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedaliera. Con simile obiettivo nonché rendere più omogenee le modalità di utilizzo dei posti letto ospedalieri tenendo in considerazione la tipologia di patologie disabilitanti e le condizioni del paziente sotto il profilo clinico funzionale il Ministero della salute ha elaborato un documento recante "Individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione".

Entrambi i documenti fanno riferimento ad una nuova rivisitazione della disciplina 56 ospedaliera di riabilitazione e recupero funzionale e alla necessità di introdurre un codice di disciplina 56a da identificarsi con attività ospedaliera di riabilitazione intensiva a maggiore complessità, codice 56b da identificarsi con attività ospedaliera di riabilitazione intensiva a minore complessità e codice 56c da identificarsi con attività ospedaliera di riabilitazione estensiva.

Nello schema di decreto sui criteri di appropriatezza, in coerenza, sono definiti i livelli di complessità in regime di ricovero, sulla base della diversa gravità delle patologie disabilitanti e delle problematiche concomitanti, caratterizzati da un diverso fabbisogno di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa, da un diverso utilizzo di attrezzature, farmaci, dispositivi, nonché da una diversa durata del periodo appropriato per il completamento del progetto riabilitativo.

Alla redazione dei predetti documenti hanno partecipato diversi esperti e in particolare alcuni referenti della regione Emilia-Romagna.

La Regione Emilia-Romagna si contraddistingue per una rete dell'offerta riabilitativa pubblica e privata

accreditata, organizzata dal 2002 sul modello Hub&spoke, coerente con quanto declinato nel D.M. 70/2015, un buon tasso di attrazione per pazienti provenienti da altre regioni (pari al 30% dell'attività riabilitativa con valori che raggiungono il 60 % - è il caso di Montecatone Rehabilitation) e ha introdotto recentemente in occasione D.M. 261 del 7/12/2016 - Regolamento nuova SDO - in via sperimentale, per tutti i pazienti ricoverati in riabilitazione, le scale per la valutazione della disabilità (Barthel Index - BI) e della complessità clinico -riabilitativa (Rehabilitation Complexity Scale - RCS). L'utilizzo di questi strumenti è stato oggetto di periodico monitoraggio assieme alla qualità delle informazioni della nuova SDO.

Attualmente le tariffe per la remunerazione delle prestazioni di ricovero in riabilitazione sono disciplinate dal Decreto del Ministro della salute del 18 ottobre 2012, art. 2 e allegato 2, che prevede la remunerazione delle prestazioni a giornata di degenza per Macro Categoria Diagnostica (MDC), valori soglia e tariffe per gli oltre soglia. Uniche eccezioni sono rappresentate dalle tariffe per i soggetti affetti da grave cerebrolesione acquisita e per i pazienti mielolesi con una gravità di lesione A, B, C.

Da una ricognizione effettuata recentemente nell'ambito della Commissione Tariffe Nazionale, insediata il 2 febbraio 2016, non risulta che a livello regionale siano stati prodotti studi sui costi delle prestazioni ospedaliere di riabilitazione e la normativa regionale in materia, salvo poche eccezioni, si basa prevalentemente sul tariffario nazionale.

Pertanto appare non più procrastinabile la necessità di definire una metodologia per la rilevazione dei costi delle prestazioni, che tenga conto dei livelli di complessità della casistica e dei diversi gradi di intensità riabilitativa previsti dai documenti sopraccitati.

DURATA: 12 mesi

COSTO COMPLESSIVO: €. 260.000

REFERENTE DEL PROGETTO PER IL MINISTERO DELLA SALUTE

Dott.ssa Lucia Lispi Direttore Ufficio 6 - DGPROGS

REFERENTE DEL PROGETTO PER L'ENTE/AMMINISTRAZIONE

Dott.ssa Petropulacos Kyriakoula – Direttrice Generale – Direzione cura della persona, salute e welfare
– Regione Emilia-Romagna

ENTI ESTERNI CHE COLLABORANO AL PROGETTO

Azienda USL di Ferrara e Azienda Ospedaliero -Universitaria di Ferrara

Azienda USL di Parma e Azienda Ospedaliero -Universitaria di Parma

REFERENTI DEGLI ENTI ESTERNI CHE COLLABORANO AL PROGETTO

Le Direzioni Sanitarie delle Aziende Sanitarie e delle Aziende Ospedaliere Universitarie

DESTINATARI PRINCIPALI DEL PROGETTO

Regioni e Aziende sanitarie

MOTIVAZIONI E FINALITA' DEL PROGETTO

Il progetto prevede la definizione di una metodologia per la rilevazione dei costi del ricovero post acuto da testare su un campione di strutture riabilitative della Regione Emilia-Romagna e poi da estendere ad un campione allargato di strutture collocate sul territorio nazionale.

L'obiettivo è di individuare profili di consumo iso – risorse per le discipline cod. 75, cod. 28 e per il cod. 56 secondo i livelli di complessità del ricovero riabilitativo come declinati nei documenti recentemente prodotti dal Ministero.

Si tratta di sviluppare una metodologia per produrre i costi diretti per caso trattato sulla base dei dati analitici sui costi rilevati dalla contabilità analitica e di profili individuali di trattamento/consumo, rilevati ad hoc.

Il modello va dapprima testato su un campione di strutture della Regione Emilia-Romagna, affinché ne possa essere valutata l'efficacia. L'utilizzo delle scale per la valutazione della disabilità e della complessità clinico -riabilitativa potranno consentire lo studio di possibili fattori di correzione e la verifica della coerenza con la complessità clinica tracciata attraverso codici ICD IX CM (allegati allo schema del Decreto sui criteri di appropriatezza nei ricoveri di riabilitazione).

OBIETTIVI SPECIFICI

Obiettivo 1	Classificazione della attività di ricovero riabilitativo ospedaliero per i codici 75, 28 e 56 secondo livelli di complessità individuati dallo schema di decreto sui criteri di Appropriatazza nei ricoveri di riabilitazione e secondo le scale di disabilità (BI) e di complessità clinico-riabilitativa (RCS)
Obiettivo 2	Predisposizione di una metodologia e raccolta dei dati di consumo/costi per caso trattato e per livello di complessità. Modello micro-costing
Obiettivo 3	Analisi dei consumi/costi per complessità della casistica ed introduzione di eventuali fattori di correzione.

RISULTATI FINALI ATTESI E RELATIVI INDICATORI

Obiettivo 1	Classificazione per disciplina e per livello di complessità clinico assistenziale di gruppi di patologie a cui associare potenziali profili di consumo/costi simili
Obiettivo 2	Elaborazione di una metodologia di rilevazione dei costi dei ricoveri in riabilitazione da sperimentare su un campione di strutture dell'Emilia-Romagna (e da poter poi riprodurre su scala nazionale)
Obiettivo 3	Report finale con esiti della sperimentazione della metodologia sul campione di strutture della Regione Emilia-Romagna

METODOLOGIA

Studio prospettico su un campione di strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate con posti letto di riabilitazione ospedaliera nelle discipline 75, 28 e 56 e per il codice 56 rilevazione delle attività per livello di complessità (56a, 56b, 56c).

Individuazione delle strutture riabilitative e della numerosità del campione di ricoveri di riabilitazione ospedaliera nei diversi setting su cui effettuare lo studio prospettico con l'obiettivo di:

1. Classificare l'attività riabilitativa in tutti i setting per livelli complessità;
2. Rilevare i valori delle scale riabilitative (BI e RCS) in ingresso ed in dimissione in tutti i setting della riabilitazione ospedaliera.
3. Rilevazione dei consumi/costi per caso trattato – analisi micro-costing

Per la rilevazione dei consumi/costi per caso trattato sarà necessaria la definizione di un modello.

Le componenti di costo da considerare per il calcolo del costo standard di produzione della prestazione di riabilitazione ospedaliera sono le seguenti:

- costo del personale direttamente impiegato
- costo dei materiali consumati
- costo delle apparecchiature utilizzate
- costi generali dell'unità produttiva della prestazione
- altri costi.

Per quanto riguarda il costo del personale, la letteratura ritiene che la metodologia più corretta sia quella comunemente conosciuta come TDABC (*Time-driven Activity Based Costing*)¹ che consente di stimare il costo di una giornata di degenza utilizzando informazioni quali il costo del personale, il tempo di assistenza dedicato ad ogni posto letto e le caratteristiche dell'assistenza. In termini pratici l'adozione del TDABC comporta le seguenti fasi:

1. Identificazione delle figure professionali coinvolte nel processo assistenziale (per esempio, medici, personale infermieristico, fisioterapisti, OSS) (team riabilitativo)
2. Stima oppure rilevazione dai sistemi informativi del costo di ciascuna risorsa professionale
3. Stima della capacità pratica di ciascun gruppo di risorse
4. Calcolo del costo unitario di ciascun gruppo di risorse
5. Identificazione delle attività svolte all'interno dei processi
6. Determinazione del tempo impiegato in ciascuna attività anche in funzione delle caratteristiche dell'attività da svolgere e delle caratteristiche dei pazienti coinvolti per i diversi livelli di complessità
7. Moltiplicazione del costo unitario per il tempo necessario per svolgere l'attività.

Analisi della relazione tra complessità clinica secondo l'articolazione prevista dal decreto appropriatezza, e i costi rilevati e verifica di appropriatezza del setting in relazione ai percorsi appropriati ed ai criteri di appropriatezza del Decreto Ministeriale.

¹ Kaplan R. and Anderson S., Time-driven activity-based costing, Harvard Business Review 2004, Vol.82: 131-138
Everaert P., Bruggeman W. and De Creus G., Sanac Inc.: ABC to time-driven ABC (TDABC): an instructional case, Journal of Accounting Education, 2008a, Vol.26: 118-154
Demeere N., Stouthuysen K. and Roodhooft F., Time-driven activity-based costing in an outpatient clinic environment: development, relevance and managerial impact, Health Policy, 2009, Vol.92:296-304
Szycha A., Time-Driven Activity-Based Costing in Service Industries, Social Sciences/Socialiniai Mokslai, 2010, 1(67): 49-60

TRASFERIBILITA' DEI RISULTATI DEI PRODOTTI E RELATIVI INDICATORI

Il progetto nasce come studio pilota da estendere successivamente a strutture di riabilitazione nell'intero territorio nazionale

RIFERIMENTI NAZIONALI O INTERNAZIONALI

La scala inglese, RCS (Rehabilitation Complexity Scale), nasce come strumento per valutare le caratteristiche del paziente ricoverato in reparti di riabilitazione, al fine di poterne quantificare il costo a carico del sistema sanitario (inizialmente proposta soprattutto per il paziente neurologico, ma utilizzata in bibliografia anche in casistiche più ampie),.

In una prima versione, proposta nel 2007, la scala, misuratore di complessità, indagava 4 domini: i bisogni di Cura, quelli infermieristici (i cui costi si differenziano in relazione al grado di specializzazione dell'operatore), l'intensità (cioè il tempo da dedicare) dei trattamenti riabilitativi necessari e i bisogni medici.

L'utilizzo dello strumento ha fatto emergere alcune considerazioni fondamentali legate alla complessità dei pazienti, alle caratteristiche degli interventi necessari e dei conseguenti costi, che hanno portato, nel tempo, a una serie di revisioni migliorative. L'ultima versione della scala è la RCS-E v13 (2012), costituita dai 4 domini precedenti (aumenti nel numero di item esplicativi per valutare anche i livelli di intervento più elevati, cioè la massima intensità di cura), introduce la possibilità di considerare gli aspetti cognitivi e comportamentali dei pazienti, spesso compromessi dalla lesione, i conseguenti interventi di carattere psico-riabilitativo e prevede che anche gli ausili, di fatto oggetto di spesa sanitaria, possano essere elementi di valutazione. L'ultima versione inglese dello strumento, oggetto di validazione del Progetto, prevede quindi 5 domini: i 4 precedenti (implementati) a cui si aggiunge il sottodominio "Rischio" ed il Dominio "Ausili".

La scala si caratterizza per semplicità e rapida somministrazione (5-10 min max). La sua validazione italiana, conseguente ad un processo di adattamento cross-culturale (vedi Rodà et al 2015), ha evidenziato come questo strumento di valutazione della complessità possa divenire elemento proponibile al sistema Sanitario Nazionale per individuare/confermare, il reale fabbisogno di prestazioni clinico-riabilitative nel setting più appropriato.

Rodà F, Agosti M, Corradini E, Lombardi F, Maini M, Brianti R. (2015), Cross-cultural adaptation and preliminary test-retest reliability of the Italian version of the Complexity Rehabilitation Scale-Extended (13th version). *Eur J Phys Rehabil Med.* 51(4):439-46.

Turner-Stokes, L., Scott, H., Williams, H. and Siegert, R. (2012), The Rehabilitation Complexity Scale--extended version: detection of patients with highly complex needs (PDF, 964kb), *Disability Rehabilitation*, 34, 715-20.

Turner-Stokes, L., Williams, H. and Siegert, R. J. (2010), The Rehabilitation Complexity Scale version 2: a clinimetric evaluation in patients with severe complex neurodisability (PDF, 175kb), *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 81, 146-53.

Turner-Stokes, L., Disler, R. and Williams, H. (2007), The Rehabilitation Complexity Scale: a simple, practical tool to identify 'complex specialised' services in neurological rehabilitation (PDF, 342kb), *Clinical Medicine*, 7, 593-9

OUTPUT DEL PROGETTO da rivedere

Gli output del progetto sono rappresentati:

- dalla verifica di appropriatezza di utilizzo dei diversi setting della riabilitazione ospedaliera (75, 28, 56) e dalla validazione del livello di complessità all'interno del codice 56 (56a, 56b, 56c) sia attraverso il confronto dei costi per caso trattato in relazione alla complessità e sia anche attraverso la relazione con i range dei valori delle scale riabilitative (BI e RCS) in ingresso ed in uscita dalle strutture riabilitative pubbliche e private accreditate.
- Il modello di rilevazione di costi/profilo di consumo
- ipotesi di costi standard per tipologia di setting (75, 28,56), livelli di complessità del codice 56 in accordo al range dei valori delle scale e saranno altresì formulate ipotesi di valori soglia di degenza differenziate per i tre livelli di complessità.
- Report di sintesi della sperimentazione – strumenti, metodo e risultati

CRONOPROGRAMMA DEL PROGETTO

FASI DEL PROGETTO	MESE											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Definizione e messa a punto degli strumenti	X	X	X	X								
Raccolta dati di attività e consumi				X	X	X	X					
Analisi e predisposizione dei risultati								X	X	X	X	X



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Allegato 2

Alla Regione Emilia Romagna
Viale Aldo Moro n. 52
40127 BOLOGNA

DICHIARAZIONE EX ART. 5, COMMA 6, DEL D.LGS. N. 50 DEL 2016

Il sottoscritto Andrea Urbani, domiciliato per la carica presso la sede del Ministero della Salute, nella sua qualità di direttore generale della Programmazione sanitaria, con sede in via Giorgio Ribotta, 5, codice fiscale n. 97023180587, con riferimento all'accordo di collaborazione avente ad oggetto la realizzazione del progetto "**Studio pilota per la definizione di una metodologia di rilevazione dei costi dei ricoveri di riabilitazione**", consapevole delle conseguenze derivanti da dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445,

DICHIARA

- di non aver svolto sul mercato aperto più del 20% delle attività interessate dalla cooperazione ai sensi dell'articolo 5, commi 6-7, del d.lgs. 50 del 2016.

Si allega copia di un documento di identità.

Data,

FIRMA
Il Direttore Generale
Andrea Urbani *

**Firme apposte con modalità digitale, ai sensi dell'art. 15, comma 2 bis, L. n. 241/1990.*

Carta intestata dell'Ente

Allegato 3

Al Ministero della Salute
Direzione generale della Programmazione Sanitaria -
Via Giorgio Ribotta, n. 5
00144 ROMA

DICHIARAZIONE EX ART. 5, COMMA 6, DEL D.LGS. N. 50 DEL 2016

Il sottoscrittonato a il, domiciliato per la carica presso la sede di, nella sua qualità di legale rappresentante della stessa, con sede in Via - - codice fiscale, con riferimento all'accordo di collaborazione avente ad oggetto la realizzazione del progetto “**Studio pilota per la definizione di una metodologia di rilevazione dei costi dei ricoveri di riabilitazione**”, consapevole delle conseguenze derivanti da dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445,

DICHIARA

- di non aver svolto sul mercato aperto più del 20% delle attività interessate dalla cooperazione ai sensi dell'articolo 5, commi 6-7, del d.lgs. 50 del 2016.

Si allega copia di un documento di identità.

Data,

FIRMA

Carta intestata dell'Ente

Allegato 4

Al Ministero della Salute
Direzione generale della Programmazione Sanitaria -
Via Giorgio Ribotta, n. 5
00144 ROMA

**RENDICONTO _____/FINALE DELLE SPESE CORRELATE ALLA
REALIZZAZIONE DEL PROGETTO“.....”**

CODICE CUP: J89H10003410001

Il sottoscritto, nato a il
....., domiciliato per la carica presso la sede dell'.....,
nella sua qualità di legale rappresentante dell'....., con sede in, Via
....., N., codice fiscale n. , con riferimento all'accordo di

collaborazione concluso in data avente ad oggetto la realizzazione del progetto “**Studio pilota per la definizione di una metodologia di rilevazione dei costi dei ricoveri di riabilitazione**”, consapevole delle conseguenze derivanti da dichiarazioni mendaci ai sensi dell’art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445,

DICHIARA

- che nel periodo, per la realizzazione delle attività relative all’accordo di collaborazione su citato sono state sostenute le spese di seguito riportate:

DETTAGLIO DELLE SPESE

TIPOLOGIA SPESA	VOCE DI SPESA	IMPORTO PERIODO DI RIFERIMENTO	IMPEGNATA/SPESA	ESTREMI DOCUMENTAZIONE GIUSTIFICATIVA (1)
Personale				
	TOTALE			
Beni e servizi				
	TOTALE			
Missioni				
	TOTALE			
.....				
	TOTALE			
TOTALE COMPLESSIVO				

- che le predette spese afferiscono a costi pertinenti e necessari alla realizzazione delle attività per le quali l’accordo ammette il rimborso.

(1) Il Ministero si riserva la facoltà di richiedere la documentazione giustificativa delle spese riportate in tabella.

Si allega copia di un documento di identità.

Data,

FIRMA
Il legale rappresentante

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Kyriakoula Petropulacos, Direttore generale della DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 2416/2008 e s.m.i., parere di regolarità amministrativa di legittimità in relazione all'atto con numero di proposta GPG/2018/2394

IN FEDE

Kyriakoula Petropulacos

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Kyriakoula Petropulacos, Direttore generale della DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 2416/2008 e s.m.i., parere di regolarità amministrativa di merito in relazione all'atto con numero di proposta GPG/2018/2394

IN FEDE

Kyriakoula Petropulacos

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Delibera Num. 2275 del 27/12/2018

Seduta Num. 53

OMISSIS

L'assessore Segretario

Bianchi Patrizio

Servizi Affari della Presidenza

Firmato digitalmente dal Responsabile Roberta Bianchedi