

Delibera delle Regole di esercizio 2019

Dgr XI/1046 del 17/12/2018 “Regole per la gestione del servizio sociosanitario per l’esercizio 2019”

L’articolo sintetizza le prime regole di esercizio emanate dalla XI legislatura che definiscono tre grandi obiettivi del Servizio Sociosanitario regionale, in continuità con la riforma introdotta dalla legge regionale 23/2015 e le azioni sviluppate nella Xma legislatura.

a cura di Marco Noli - mercoledì, gennaio 30, 2019

<http://www.lombardiasociale.it/2019/01/30/delibera-delle-regole-2019/>

Come ogni anno, Regione Lombardia a dicembre ha emanato le [Regole di esercizio per il 2019](#).

Leggendo il testo dell’imponente delibera, corredata da indici analitici e tematici, si rileva, come ormai di consuetudine, l’istituzione di numerosi tavoli nonché l’avvio di nuove sperimentazioni.

Obiettivi di legislatura

Prima di indicare le azioni da implementare per il 2019, la delibera espone i seguenti tre grandi obiettivi di legislatura:

- **completamento del nuovo modello di presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche;**
- **riordino della rete dell’unità di offerta;**
- **contenimento delle liste di attesa per la funzione delle prestazioni ambulatoriali;**

Questi tre macro obiettivi, profondamente interconnessi, andranno perseguiti nei prossimi cinque anni e declinati con puntuali azioni annuali. La Regione e le ATS dovranno quindi sviluppare una maggior sinergia nella funzione di programmazione, indirizzo e controllo e per questo si prevede l’istituzione del **Dipartimento Unico delle ATS (DUA)** che prevede la partecipazione di tutti i Direttori delle ATS, del Direttore Generale, del Vice direttore Welfare e del Direttore dell’Osservatorio epidemiologico regionale. Si ripropone l’interrogativo iniziale quando, a fronte dell’istituzione di 8 ATS, ci si chiedeva se non fosse opportuno istituire un’unica Agenzia di Tutela della salute come hanno fatto altre Regioni.

Quadro economico

Le regole 2019 sono approvate a normativa vigente e in attesa dell’approvazione della legge di stabilità, quindi prudentemente si considera:

- che il valore del FSR complessivo per il 2019 rimane **invariato** rispetto al 2018 (**707 mld di euro**);
- che rimane **invariato** lo stanziamento per le funzioni e i ricoveri;
- che subiscono **incrementi**: la farmaceutica (circa 60mln); l’assistenza protesica integrativa (circa 15 mln); ADI (4 mln); UCP DOM (2,5 mln) l’assistenza a soggetti autistici (1,5 mln).

Cronicità

Preso atto che nella precedente legislatura si è svolta la prima fase caratterizzata dalla riorganizzazione della governance e della [impostazione del modello di presa in carico](#) nel 2019 si prevede:

- **un'integrazione degli algoritmi** di stratificazione utilizzati per l'analisi della domanda di salute, anche attraverso una condivisione con altre regioni, tesa a una valutazione della specificità della classificazione delle patologie (entro maggio 2019);
- la possibilità di **un'adesione continuativa** da parte dei MMG/PLS (sia in forma singola che associata), in attuazione della d.g.r XI/754/2018, fino alla fine di marzo 2019. Anche ai pazienti potranno arruolarsi entro tale data. Viene anche definito che la **finestra annuale** di arruolamento dei pazienti sarà dal 1° dicembre al 28 febbraio dell'anno successivo;
- una modalità di reclutamento proattivo dei pazienti cronici nei diversi servizi sanitari;
- la **definizione dei tempi di rinnovo dei PAI** (30gg solari prima della data di scadenza fino ai 30gg successivi a tale data). Si prevede, inoltre, che i nuovi PAI e quelli rinnovati contengano una sezione aggiuntiva relativa agli stili di vita e ai fattori di rischio dei pazienti. Infine si anticipa che si potrà stampare un promemoria cartaceo del PAI presso le farmacie;
- che il Patto di cura ha durata annuale e **non è tacitamente rinnovabile**;
- che nel 2019 le strutture di erogazione, soprattutto le ASST, dovranno individuare delle **agende dedicate ai pazienti cronici**. A tal fine si avvia una sperimentazione nell'ATS di Milano.

Liste di attesa

Si conferma la norma che **le strutture devono rispettare le classi di priorità indicate dal medico prescrittore sulla ricetta** e quindi si ribadiscono le modalità che esse devono mettere in atto per garantire le prestazioni entro tali tempi.

Nel 2019 vengono previste misure per **responsabilizzare il paziente**, comprese quelle di carattere sanzionatorio, rispetto alle prestazioni prenotate e non erogate per mancata presentazione del cittadino, senza disdetta della prenotazione con almeno 3 giorni lavorativi di anticipo.

Questi tempi di preavviso destano perplessità, come pure il meccanismo che prevede che l'onere del pagamento di queste prestazioni scatti alla successiva prenotazione, con la previsione che in caso di rifiuto di pagare “senza indugio” sarà emessa la cartella esattoriale.

Riordino della rete

Richiamando il D.M 70/2015 e i nuovi Lea, le Regole prevedono un riordino delle cure sub-acute, delle sperimentazioni delle degenze post – acute che sono ridefinite in “**cure di transizione**”. Entro il 31.3.2019 la Giunta deve predisporre un provvedimento che:

- **ridefinisca le tipologie di offerta di riabilitazione e di cure di transizione** sia ospedaliere che territoriali;
- **definisca i servizi e le tipologie di offerta erogabili dai Presidi Ospedaliere Territoriali (POT) e dai Presidi Socio Sanitari territoriali (PreSST)**;
- valuti la rete di offerta esistente con indicazioni che permettano alle ATS di programmare sul proprio territorio **il riordino dell'offerta esistente** e l'eventuale messa a bando i nuovi servizi.

Conseguentemente, si richiamano gli **obiettivi strategici in materia di accreditamento**, tra cui:

- **la revisione del sistema di accreditamento** al fine di una maggiore integrazione tra l'ambito sanitario e quello socio sanitario e tra ospedale e territorio;
- **il riordino e sviluppo del sistema delle degenze territoriali**, quali degenze per sub acuti, cure intermedie, degenza post acuti e cure palliative;
- **la riqualificazione della rete di offerta, con particolare riferimento all'attivazione di POT e PreSST**, definendo i requisiti di accreditamento;
- **il riordino del sistema delle cure domiciliari** con definizione di un nuovo modello di presa in carico e di programmazione dell'assistenza;
- **la promozione di un modello di presa in carico della disabilità anche grave** orientata allo sviluppo delle competenze e, se possibile, al passaggio a contesti di vita con maggior autonomia al di fuori della rete di dei servizi;

Area sociosanitaria. Ampliamento dell'offerta di posti di RSA/RSD per soggetti con elevato carico assistenziale

Per le RSA/RSD si prevede la possibilità **di riconvertire** posti letto di nuclei ordinari, già accreditati e contrattualizzati, integrando l'attuale dotazione di:

- **1670 posti letto per demenze e Alzheimer** nelle ATS con indice di dotazione inferiore a 2 posti letti ogni 1000 anziani over 65 anni;
- **150 posti letto per stati vegetativi** nelle ATS con aree distrettuali prive di nuclei dedicati o con indice di dotazione inferiore alla media regionale.

I nuovi posti letto saranno attivati nelle ATS tramite procedura di evidenza pubblica **entro il 30/04/2019**. Le risorse messe a disposizione sono rispettivamente: per i **posti per demenze fino a 8.000.000 €**, per i **posti per gli stati vegetativi fino a 2.500.000 €**.

Si rileva che queste risorse sono quelle che lo scorso anno hanno finanziato la misura del voucher sperimentale rette a sostegno delle persone che avevano familiari ricoverati in classe Sospita 1 e 2 e Alzheimer (d.g.r n. 7012/2017)[\[1\]](#).

Inoltre, per la **malattia del motoneurone** viene riconosciuto un incremento di tariffa da 160 €/die a 170 €/die, per un finanziamento complessivo pari a 800.000€.

Le ATS possono approvare, tramite bando di evidenza pubblica entro il 30/04/2019, **progetti di attività sperimentali qualificate come villaggio Alzheimer**, (la delibera definisce standard e requisiti sperimentali) da remunerare con una tariffa sperimentale di **29 €/die** per un finanziamento complessivo massimo di 2.000.000 €.

Rete cure palliative e Hospice pediatrico

Nel 2019 prosegue la riorganizzazione dell'area delle cure palliative ed in particolare:

- si continua l'azione evolutiva del modello organizzativo e la delibera nei sub allegati E e F fornisce specificatamente **strumenti per l'identificazione dei pazienti affetti da malattie in fase avanzata con bisogni di cure palliative e strumenti per la valutazione dell'intensità**

assistenziale in cure palliative domiciliari”;

- si costituisce **un unico fondo per l’area delle cure palliative**, per le attività di ricovero (hospice e day hospice) e per le cure domiciliari, a completamento dell’iter di unificazione delle U.O sanitarie e sociosanitarie iniziato con la d.g.r 5918/17;
- si definiscono le **caratteristiche del livello di intensità assistenziale delle cure** suddivise in cure di base e specialistiche;
- si prevede la possibilità di accreditare un **hospice pediatrico**, dedicato a bambini con dolore complesso o patologie inguaribili che necessitano di interventi specifici. Risorse disponibili fino a 600.000 €.

Assistenza Domiciliare Integrata

Le ATS garantiscono la funzione di governo della rete degli erogatori ADI attraverso un **piano di governo** (entro 31 marzo 2019) che dovrà prevedere il monitoraggio periodico della spesa e della presa in carico, declinate per ambito distrettuale, per erogatore e per tipologia di profilo. È prevista l’attivazione di un tavolo con gli erogatori e il coinvolgimento del Dipartimento di cure primarie e dei MMG per migliorare l’appropriatezza prescrittiva.

Vengono riconfermate le disposizioni regionali in materia di ADI vigenti con la precisazione che:

- la **VMD del bisogno è “tuttora” in capo alle ASST[2]**;
- l’attivazione dell’ADI entro 72 ore è prevista solo per i pazienti in dimissioni dall’ospedale e per punteggio alla valutazione di primo livello pari o superiore a 3.

Misure a favore della fragilità

Vengono confermate tutte le misure previste per un ammontare di risorse economiche identico a quello riconosciuto nel 2018, pari a € 57.949.000. Nel 2019 ci procederà a:

- stabilizzare la misura **residenziale per minori disabili gravissimi** incrementando, fino numero massimo di 35 posti letto. È in previsione una stabilizzazione finalizzata ad una distribuzione dell’offerta più articolata sul territorio della misura. Risorse complessive previste 3.400.000€.
- incrementare l’offerta di posti di **residenzialità assistita di religiosi/e** di ulteriori 80 posti letto e ridefinire la misura. Si procederà inoltre alla sottoscrizione dei contratti con le ATS. Risorse complessive previste 5.334.000€
- incrementare il budget annuo per ogni beneficiario della misura della **RSA aperta** portandolo da **3.600 € a 4.000 €** al netto del costo della valutazione. Risorse complessive previste 33.050.000€
- confermare la misura “comunità per **minori vittime di abuso e gravi maltrattamenti**”. Risorse complessive previste 11.000.000€
- stabilizzare le misure di **riabilitazione dei minori e del case management disabili** entro il 2019.

Nuove modalità di calcolo del budget ADI e UCP-DOM

Ai soggetti erogatori di ADI/UCP DOM sarà riconosciuto lo stesso budget annuale del 2018. La novità consiste nel fatto che le strutture potranno erogare fino un valore pari al 106% del budget assegnato con la precisazione che la produzione tra il 100% il 106% verrà finanziata per un valore pari al 40%. **La**

produzione oltre il 106% non verrà remunerata.

Si procederà inoltre a riequilibrare gradualmente l'offerta territoriale:

- di ADI per le ATS che non raggiungono un indice pari a € 7,30 per abitante;
- di UCP – DOM per le ATS che non raggiungono l'indice pari a € 2,15 per abitante;

Incremento complessivo delle risorse:

- per l'ADI é definito fino a un massimo di 4 milioni di euro;
- per UCP – DOM è definito fino a un massimo di 2,5 milioni di euro.

L'altra novità è che le ATS garantiranno agli enti gestori sociosanitari **acconti mensili**, e non trimestrali come in precedenza, pari al 95% di tutte le prestazioni socio sanitarie contratto e a regolare il saldo annuale definitivo entro 60 giorni dalla validazione regionale.

Mentre per l'esame completo e approfondito delle altre voci della normativa si rimanda alla [delibera](#), qui preme segnalare un aspetto che sta destando preoccupazione nei gestori dei servizi residenziali e semiresidenziali. La DGR infatti prevede che *“La certificazione ai fini fiscali delle spese sanitarie sostenute dagli ospiti o dai loro familiari rilasciata dagli enti gestori delle unità di offerta residenziali o semiresidenziali per anziani e disabili, deve essere redatta secondo le indicazioni della vigente normativa fiscale in tema di detrazione e deducibilità dei costi, che superano le precedenti indicazioni regionali in materia”*. Purtroppo la normativa fiscale nazionale non definisce come si determinano le spese sanitarie in caso di ricovero in strutture residenziali e semiresidenziali sociosanitari. Infatti, in tali strutture c'è una componente di spesa sociale e alberghiera non riconducibile alle spese sanitarie che, in assenza di indicazioni regionali univoche, é di difficile determinazione. Si è quindi aperta **una situazione d'incertezza che andrà presto sanata**, considerato che a fine febbraio i cittadini inizieranno a chiedere la dichiarazione fiscale agli enti gestori.

[1] Per approfondimenti: [“La misura sperimentale lombarda di riduzione delle rette delle RSA”](#) e [“La riduzione delle rette delle RSA lombarde: un cerotto su una ferita?”](#), entrambi contributi pubblicati su questo sito.

[2] La delibera testualmente prevede che è “tuttora” in capo alle ASST perché, benché nelle precedenti delibere fosse stato previsto il passaggio della VMD ai soggetti gestori, di fatto non è ancora avvenuto.