

Proposta Tecnica Regole 2011

Direzione Generale Sanità

Attuazione Regole 2010

- La DG Sanità nei primi giorni del mese di dicembre chiederà alle Direzioni Generali Aziendali lo stato di attuazione delle regole 2010 con particolare riferimento a quelle azioni per le quali sono state previste specifiche scadenze temporali (es. trasformazione letti tecnici, attuazione piani assunzioni ecc.)
- Il rispetto delle regole è **CONDIZIONE FONDAMENTALE** per la tenuta del sistema anche sui tavoli nazionali. La **RESPONSABILITA'** (e le **CONSEGUENZE**) sono di tutti !

Premesse generali

- La bozza di regole è predisposta tenendo conto della normativa e del Patto della Salute attualmente in vigore
- Le risorse del FSN sono pertanto stimate secondo quanto già previsto nel Patto della Salute, dalla legge 122/2010 e senza poter tener conto della legge di stabilità che sta seguendo il suo iter parlamentare
- allo stato attuale la stima delle risorse disponibili non consente la copertura del normale incremento dei costi
- stante infatti un aumento medio costante dei costi pari 3-4 % annuo (bisogna considerare l'indennità di vacanza contrattuale al personale +0,8%, aumento epidemiologico patologie croniche +2-3%, beni e servizi +2%, manutenzioni ordinarie +2%, a cui bisogna aggiungere i maggiori costi dei nuovi ospedali per canoni di disponibilità, servizi e utenze) la proposta ufficiosa del Ministero dà un **incremento del FSN per RL di poco superiore all'1,3%** (l'incremento del fondo è dello 0,85%)
- l'ipotesi del Ministero vuol dire un aumento di 210 mln di euro. In sede di riparto dei Presidenti RL ha sempre ceduto una quota per riequilibrio fra regioni per cui oggi in via cautelativa si prevede un incremento dello 0,95% pari a 160 mln di euro

Premesse generali

- ad appesantire tale situazione concorrono alcuni interventi necessari su alcune voci di costo: farmaceutica territoriale, File F, specialistica ambulatoriale, ASSI
- obiettivo primario del sistema resta comunque l'equilibrio economico: il non rispetto dell'equilibrio comporta infatti **il mancato accesso al 3% delle risorse che vale per RL 580 mln di euro**
- per poter far fronte a queste necessità l'unica strada percorribile è la diminuzione di alcune voci quali: ricoveri, SISS, no profit, classificati, avvio e gestione nuovi ospedali e una decurtazione dei costi non caratteristici (pubblicità, convegni, consulenze, formazione ecc.)

Indirizzi di programmazione

- In continuità con quanto successo negli ultimi anni le ASL dovranno predisporre il Documento di Programmazione e Coordinamento dei servizi sanitari e socio-sanitari che conterrà gli obiettivi di salute connessi con i bisogni sanitari del territorio di riferimento
- La programmazione dovrà tener conto del nuovo Programma Regionale di Sviluppo e del Piano Socio Sanitario Regionale della IX Legislatura appena approvato in Consiglio regionale

Indirizzi di programmazione

Azioni prioritarie saranno:

- decentramento dei servizi amministrativi e allargamento delle fasce d'orario per favorire l'accesso ai servizi
- le sperimentazioni di prestazioni a medio-bassa complessità al domicilio
- l'estensione delle sperimentazioni sul prolungamento degli orari per i servizi pediatrici al fine di agevolare le famiglie numerose
- la promozione dell'equilibrio fra ospedale e territorio
- un maggior impulso al ruolo di controllo strategico e governo da parte di Regione Lombardia

Il quadro del sistema

Riferimenti normativi:

- Patto della Salute 03.12.2009
- Legge 122/2010
- Leggi finanziarie vigenti

Obiettivi prioritari:

- Equilibrio economico di sistema
- Rispetto integrale degli adempimenti previsti dalle normative nazionali per l'accesso al finanziamento integrativo (580 mln euro)
- Consolidamento e necessaria riduzione del contributo PSSR alle aziende pubbliche

Il quadro del sistema

- Certificabilità dei bilanci: entro il 30 giugno 2011
valutazione straordinaria dello stato delle
procedure amministrativo contabili
- Verifica straordinaria di cassa e di bilancio anche in
caso di permanenza nello stesso incarico degli
attuali Direttori Generali
- In concomitanza con il rinnovo delle Direzioni
Aziendali sarà attivato un sistema di monitoraggio
basato su set di indicatori di tipo gestionale e
patrimoniale (insieme agli indicatori del personale)
per determinare un finanziamento-tipo a base dei
criteri di determinazione del budget

Il quadro del sistema

- Presentazione dei bilanci entro il 25 gennaio 2011
- Previsione di una quota di premialità pari allo 0,1% dei costi di diretta gestione da assegnare previa verifica del rispetto di alcuni indicatori attraverso i flussi informativi
- Consolidamento sistema G3S e conferma del limite tassativo di 90 giorni per i pagamenti mediante Fondo Socio Sanitario
- Obbligo di formalizzazione delle procedure per la trasmissione dei provvedimenti alla verifica del collegio dei revisori
- Proseguiranno le attività di promozione di acquisti centralizzati e/o consorziati fra aziende

Piani e programmi

- Verrà sviluppata ulteriormente l'attività di cooperazione internazionale attraverso i gemellaggi e le progettazioni europee
- Le reti di patologia saranno implementate e verranno incluse ulteriori patologie
- Maggior impulso alla ROL e al Piano CCV anche per potenziare le cure palliative e sviluppare il registro regionale STEMI (linee guida per l'infarto miocardico acuto)
- Confermate le iniziative già previste nel 2010 per promuovere e favorire progetti di ricerca indipendente

Piani e programmi

- Vengono confermati i contenuti del piano sangue implementando le azioni per far fronte a eventuali situazioni emergenziali (es. West Nile Virus)
- Telemedicina: nel 2011 si valuterà la possibilità di identificare patologie o tipologie di pazienti in grado di beneficiare dei vantaggi dell'assistenza a distanza grazie alle tecnologie
- Nell'ambito della formazione saranno stanziati 5 mln di euro per colmare il divario esistente tra i fabbisogni di medici specialisti rilevati a livello territoriale e i contratti assegnati dal Ministero dell'Università
- Nel campo degli investimenti viene confermata la necessità di sottoporre alla preventiva validazione di RL le scelte strategiche e si consolidano le procedure relative alle varianti e all'utilizzo delle economie di gara (si evidenzia criticità per reperire risorse a completamento degli interventi in atto)
- Va altresì evidenziata la necessità di finanziamento delle apparecchiature diagnostiche e medicali poiché numerose Aziende hanno impianti obsoleti e vetusti al limite della sicurezza per i pazienti

Prevenzione e Veterinaria

- Anche per il 2011 sarà confermato il percorso di integrazione tra dipartimenti di prevenzione medica e veterinaria delle ASL
- Sono individuati in modo preciso gli obiettivi minimi da raggiungere nel campo della prevenzione primaria (screening), della prevenzione degli infortuni sui luoghi di lavoro (con particolare riferimento alle attività critiche anche con impatti ambientali) e alla sicurezza alimentare
- Sulla sicurezza del lavoro è prevista l'attuazione rigida dei contenuti del piano regionale e delle linee guida sui controlli
- Viene altresì confermato il sistema premiante con destinazione di un importo pari a 5 mln di euro a seguito delle verifiche su specifici indicatori

Personale

- Anche per il 2011 particolare attenzione dovrà essere posta al governo del personale
- A tal fine si prevede:
 - Piani assunzioni attivabili solo dopo il completamento dei piani pregressi e con valutazione parametri di efficienza/efficacia
 - Proseguimento nelle assunzioni a tempo indeterminato favorendo la conclusione dei contratti a termine
 - Perfezionamento dei sistemi di valutazione in coerenza con l'attuazione della legge Brunetta
 - Allineamento della valutazione dei Direttori Generali con i criteri adottati per la dirigenza regionale
 - Contenimento dei costi relativi alla medicina convenzionata

SISS

- In coerenza con la legge 122/2010 sarà avviata la sostituzione della prescrizione cartacea con quella elettronica, sarà implementato il fascicolo sanitario elettronico e estesa la sperimentazione del Patient Summary nelle ASL
- Saranno incrementate le possibilità di prenotazione tramite Call Center, Farmacie, Internet ecc. attraverso il completamento dell'integrazione delle agende
- E' prevista l'implementazione delle soluzioni informatiche per i certificati di malattia on line

Farmaceutica

- Viene definito per ciascuna ASL l'obiettivo da raggiungere in tema di farmaci con brevetto scaduto
- Vengono confermati gli altri obiettivi tesi al raggiungimento dei vincoli di risorse stabiliti dalla normativa nazionale
- In caso di mancato raggiungimento degli obiettivi, NON saranno riconosciute alle ASL le risorse per la farmacovigilanza
- Si confermano le esenzioni ticket già in vigore
- Viene incrementato del 10% l'ammontare di risorse destinato al File F
- Avvio di una sperimentazione per l'individuazione di un valore medio di riferimento per il trattamento di pazienti affetti da HIV e Artrite reumatoide

Psichiatria e NPI

- Sono previste ulteriori risorse per 15 mln di euro
- Vengono confermate le previsioni del Piano della Salute Mentale
- Si conferma l'attenzione all'appropriatezza nell'ambito della residenzialità psichiatrica
- Anche per il 2011 le ASL potranno attivare progetti per l'area della NPI finalizzati ad interventi coordinati tra più servizi all'interno di una stessa ASL

Sanità Penitenziaria

- Viene riorganizzata e razionalizzata la struttura organizzativa dell'assistenza in ambito penitenziario
- In relazione alla ridefinizione dei bacini di utenza degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari sarà prevista una struttura mediante l'attivazione di 20 nuovi posti letto tecnici entro il 2010 e ulteriori 20 posti letto entro i primi mesi del 2011

Tariffe, Negoziazione e Controlli

- Si prevede un incremento del punto DRG pari allo 0,1% rispetto al 2010 e un incremento di 60 mln di euro per la specialistica finalizzato alla riduzione delle liste d'attesa
- Si prevedono altresì i seguenti incrementi: +30 mln per farmaceutica territoriale e +79 mln per il File F, +15 mln per governo ospedale/territorio, +50 mln per ASSI (parziale), +15 mln per psichiatria e NPI, +4 mln per sanità penitenziaria
- Vengono poste extrabudget le prestazioni afferenti ai tumori benigni del sistema nervoso centrale
- Incremento della tariffa relativa ad alcune prestazioni di intervento oculistico già individuate nel corso del 2010 (cheratocono e cross linking corneale)
- Conferma del sistema di governance dei controlli con alcune precisazioni sull'appropriatezza legata a determinate patologie/prestazioni (MOC, patologia vascolare, aneurisma dell'aorta addominale)

Cronic Related Group (CREG)

- Per le patologie croniche viene stabilito che il paziente sia seguito su tutto il percorso sanitario senza soluzione di continuità e senza “vuoti” di cura
- La responsabilità di tutto il percorso viene posta in capo ad un unico soggetto governato dalla ASL (gruppi di MMG, No profit, AO ecc.)
- La remunerazione, in analogia con il DRG, è fatta mediante il CREG che remunera l'intero pacchetto di prestazioni individuato nei protocolli diagnostico terapeutici anche grazie all'utilizzo della Banca Dati Assistito (per l'individuazione delle patologie e della loro stadiazione)
- L'organizzazione dell'attività prevede 4 fasi: l'individuazione dei pazienti, l'assegnazione delle risorse, il contratto e la rendicontazione delle attività
- Il contratto è sottoscritto con la ASL e a quest'ultima spetta l'attività di controllo

Attività sanitaria di tipo sub-acuto

- Al fine di erogare le prestazioni in modo sempre più appropriato e secondo i bisogni di ciascuno si prevede lo sviluppo di un'area di attività di tipo sub-acuto che non necessita della complessità organizzativa, strutturale e tecnologica tipica dell'ospedale
- Tale attività è rivolta ai pazienti che, sebbene hanno superato la fase acuta, non possono essere adeguatamente curati se non in una struttura a caratteristica sanitaria
- A tal fine si prevede l'istituzione di strutture di dimensione medio-piccola con professionalità specificatamente individuate (anche MMG associati) e che consentano la stabilizzazione dei pazienti prima della completa dimissione al loro domicilio

Attività sanitaria di tipo sub-acuto

- Attraverso lo sviluppo dell'area sub-acuta si intendono perseguire i seguenti obiettivi:
 - Maggior appropriatezza delle cure in relazione alle reali necessità di cura dei pazienti
 - Minor ricorso al PS grazie alla fase di stabilizzazione del paziente in area sub-acuta successiva alla dimissione ospedaliera ma precedente al ritorno al domicilio (anche per necessità in entrata di codici bianchi)
 - Miglior appropriatezza nell'allocazione delle risorse disponibili (anche grazie allo "spostamento" da ricoveri a area sub-acuta)
 - Consolidamento degli standard di posti letto previsti dal Patto della Salute (-1.100 posti letto per acuti e riabilitazione)

Riordino rete ospedaliera

- Avvio dell'attuazione dell'accREDITamento a termine attraverso la verifica della qualità a seguito della conclusione dello studio effettuato dal CRISP della Bicocca
- Tale avvio, in concomitanza con lo sviluppo dell'area sub-acuta, permetterà una attenta riflessione sul ruolo e le attività erogate dai piccoli ospedali