



Sanità Privata

Unione Sindacale di Base

Lavoro Privato

Spending Review: nota di USB Lavoro Privato Lombardia

Nella seduta del 6 agosto 2012 la giunta regionale ha approvato la Dgr n. 3976 “Ulteriori determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario regionale per l’anno 2012 anche alla luce dei provvedimenti nazionali”, che integra e in parte modifica la Dgr sulle “Regole 2012”, anche in attuazione del D.L. n. 95 del 6 luglio 2012 “Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi dei cittadini” (Spending review).

Il D.L. 95/2012 prevede tagli alle risorse disponibili per la Sanità nella misura di 900 milioni di euro a livello nazionale per il 2012 di 1,8 miliardi per il 2013 e di 2,0 miliardi dal 2014.

La Dgr contiene una serie di misure e di prescrizioni alle aziende sanitarie, fortemente caratterizzate in senso centralistico, per realizzare l’obiettivo di riduzione della spesa, intervenendo essenzialmente su alcune voci:

- spesa farmaceutica, sia ospedaliera sia territoriale,
- acquisto di beni e servizi, attraverso la riduzione e la rinegoziazione degli importi dei contratti di appalto,
- spesa ospedaliera (ricoveri e specialistica ambulatoriale) agendo sia sulla riduzione dei volumi di prestazioni acquistate dagli erogatori privati, sia sulla riduzione dell’offerta (riduzione dei posti letto accreditati e contrattualizzati, riorganizzazione rete ospedaliera),
- personale, attraverso il blocco delle consulenze e la sospensione delle procedure concorsuali e per la copertura di strutture complesse.

Alle aziende sanitarie non viene riconosciuta alcuna autonomia di scelta ed il risultato economico-finanziario dei tagli previsti dal provvedimento, in termini di risparmio, non potrà restare a disposizione delle aziende, ma concorrerà a garantire il perseguimento dell’equilibrio economico e finanziario a livello regionale.

Risulta evidente dalla lettura della Dgr che i prossimi mesi saranno cruciali per il servizio sanitario lombardo: si preannunciano tagli alle strutture ospedaliere, al personale, alle prestazioni, si pongono quindi forti interrogativi sulla tenuta del livello qualitativo del nostro sistema.

Si tratta di un vero e proprio processo di razionamento delle prestazioni, tanto più problematico in una realtà come quella lombarda, dove è mancato un serio intervento di riorganizzazione dell’assistenza primaria e di investimento nel territorio. La Dgr ancora una volta si limita a riprendere la questione della sperimentazione dei Creg, in cui sembra esaurirsi l’investimento della Regione sull’assistenza primaria, mentre a livello nazionale prosegue un confronto serrato tra il Ministero e le Regioni proprio sul tema della continuità assistenziale territoriale, il vero banco di prova del nostro Ssn per i prossimi anni.

Unione Sindacale di Base - Lavoro Privato – Lombardia

Via Mossotti 1 20159 Milano Tel. 02683091 fax 026080381 - e-mail: lombardia.privato@usb.it - www.lombardia.usb.it
g.bignamini@usb.it - 3382523437

Allegato

•Farmaceutica e protesica.

Farmaci equivalenti. Sono rideterminati gli obiettivi quantitativi vincolanti per ogni Asl, sia in termini di spesa, con riferimento alla % di spesa per farmaci equivalenti sul totale della spesa lorda (l'obiettivo medio regionale passa dal 39% al 42%), sia in termini quantitativi, riferiti alla % di DDD (Dosi Definite Giornaliere) di farmaci equivalenti sul totale delle DDD di farmaci prescritte (l'obiettivo medio regionale passa dal 61% al 65%). La tabella in delibera indica per ogni Asl i nuovi obiettivi da raggiungere nel 2012.

Protesica e assistenza integrativa. Il D.L. n. 95 prevede una riduzione del 5% degli importi e delle prestazioni relative a contratti di appalto di servizi e di fornitura di beni e servizi. Nel dare attuazione a questa misura la Dgr dispone che le Asl, a partire dal 2012, definiscano con i prescrittori del loro territorio il volume annuo di dispositivi prescrivibili.

Sono inoltre confermate le disposizioni delle "Regole di sistema 2012", che fissano un valore massimo di riferimento come costo medio standard annuo per assistito (pesato in base al sesso e all'età) per il 2012.:

- per l'assistenza diabetica e dietetica (comprensiva della celiachia, dei lattini e dei prodotti per nefropatici) il valore medio è di 11 euro,
- per la protesica maggiore: 7,8 euro
- per la protesica minore: euro 6,6 euro.

L'erogazione dei prodotti dietetici per celiaci sarà centralizzata e avverrà attraverso il sistema informatico (SISS). Entro il 31.12.2012 la Regione definirà nuove modalità erogative.

•Esenzioni dal ticket per patologia.

La Dgr contiene alcune indicazioni relative all'esenzione dalla compartecipazione alla spesa, nel caso di esenzione per patologia, precisando che devono essere considerate esenti da ticket anche tutte le prestazioni aggiuntive necessarie per l'esecuzione dell'esame erogabile in esenzione, o per il completamento dell'iter diagnostico. Le nuove esenzioni decorrono dal 17 settembre 2012.

Segue per le diverse patologie l'elenco delle prestazioni da considerarsi esenti.

•Spesa ospedaliera.

Il DL 95 prevede una riduzione dello 0,5% rispetto al 2011 dei rimborsi per l'acquisto da soggetti privati di prestazioni specialistiche ambulatoriali e di ricovero ospedaliero. Il provvedimento regionale esclude da questo taglio le cosiddette prestazioni extra-budget, che comprendono sia le prestazioni oncologiche (attività chirurgica, chemioterapia, radioterapia), sia quelle cerebrocardiovascolari, sia quelle relative all'emergenza urgenza. Resta confermato per queste prestazioni il limite già previsto di un incremento massimo del 5% sul 2011 per ogni erogatore. Entro il 15 settembre dovranno essere modificati i contratti firmati dalle Asl con gli erogatori privati, rideterminando le quote relative alle prestazioni di ricovero e cura e specialistica ambulatoriale, al di fuori di quelle extra-budget, riducendo gli importi dell'1,5% rispetto al 2011.

La Drg conferma la decisione precedente, che aveva già suscitato non poche polemiche da parte delle altre regioni, di effettuare il rimborso agli erogatori delle attività di ricovero effettuate a favore di pazienti extraregionali sulla base del Tariffario Unico Convenzionale (TUC) e non sulla base delle tariffe in vigore in Lombardia, tendenzialmente più alte.

•Riduzione dei p.l. ospedalieri.

Il D.L. 95, all'art 15, comma 13, punto c) stabilisce che le regioni adottino entro il 30 novembre 2012, provvedimenti di riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, ad un livello non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, adeguando coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici ed assumendo come riferimento un tasso di ospedalizzazione pari a 160

per mille abitanti di cui il 25 per cento riferito a ricoveri diurni. La riduzione dei posti letto è a carico dei presidi ospedalieri pubblici per una quota non inferiore al 40 per cento del totale dei posti letto da ridurre ed è conseguita esclusivamente attraverso la soppressione di unità operative complesse”.

La Dgr prevede che nel calcolo dell'indice di p.l. per mille abitanti non si comprenda la quota di p.l. “dedicati in via prevalente od esclusiva ai pazienti provenienti dalle altre regioni”, come previsto dal Patto per la salute 2010-2012.

I p.l. da considerare sono quelli effettivamente attivati, al netto delle attività sub-acute e delle MAC (Macro attività ambulatoriali ad alta complessità).

Viene indicato l'obiettivo di dare ulteriore sviluppo alla trasformazione di p.l. ordinari o di day hospital in posti tecnici da destinare ad attività sub-acute, alle MAC e alla Chirurgia a Bassa Intensità Assistenziale (BIC).

Aumentano le risorse per le attività sub-acute, che per il 2012 sono indicate in un valore massimo di 40 mil. (erano 35 mil.), per rispondere alla necessità di un utilizzo più appropriato dei p.l. per acuti.

•Creg.

La Dgr in materia di Creg prevede che l'Asl di Milano possa emanare un nuovo avviso pubblico rivolto ai MMG, con l'obiettivo di raggiungere il numero di 50.000 assistiti cronici previsto dalla sperimentazione, questo in considerazione del fatto che con l'avviso precedente aveva aderito al progetto solo una cooperativa di MMG con 15.000 assistiti cronici.

Si consente inoltre che, attraverso specifiche convenzioni con Aziende ospedaliere pubbliche nel progetto possano essere coinvolti anche medici specialisti ospedalieri nell'erogazione di semplici prestazioni ambulatoriali presso gli studi medici associati dei MMG.

•Personale.

E' fatto divieto di attribuire incarichi di studio e di consulenza a soggetti, già dipendenti dell'azienda e collocati in quiescenza, che abbiano svolto, nel corso dell'ultimo anno di servizio, funzioni e attività corrispondenti a quelle oggetto dello stesso incarico di studio e di consulenza.

In attesa della definizione del processo di razionalizzazione dei posti letto ospedalieri e dell'approvazione della delibera di giunta per l'adozione dei Piani di Organizzazione Aziendale delle aziende sanitarie sono sospese tutte le nomine per Strutture complesse.

I Piani di Assunzione potranno essere presentati successivamente alla emanazione di apposita circolare da parte della Direzione Generale Sanità, tenendo conto prioritariamente del turnover, e degli interventi di riorganizzazione delle strutture complesse.

In attesa della definizione del nuovo POA e dei Piani di Assunzione devono essere sospese tutte le procedure concorsuali previste e non indette entro il 07.07.2012, così come devono essere sospese tutte le procedure per la copertura di strutture complesse non concluse alla data Dgr.

•Riorganizzazione ospedaliera.

L'allegato 5 contiene indicazioni di massima per un processo di riorganizzazione complessiva della rete ospedaliera, a partire dalle reti di patologia. Con scadenze diverse, entro la fine dell'anno sono previsti provvedimenti specifici di riorganizzazione, che riguarderanno riduzioni di strutture ed accorpamenti.

•Rete emergenza urgenza cardiovascolare - emodinamiche:

E' prevista una riduzione del numero delle strutture attive, mantenendo invariato il volume delle prestazioni e favorendo la concentrazione delle stesse nelle strutture che già oggi hanno un volume di attività nettamente superiore alla soglia critica.

Ogni ASL entro il 31/10/2012 dovrà effettuare l'analisi sul territorio di competenza sulla base dei criteri indicati nella Dgr, cui seguirà un provvedimento attuativo, al fine di individuare gli erogatori della rete di emergenza urgenza cardiovascolare- emodinamiche.

Alte specialità

La Regione entro il 31/12/2012, sulla base dei dati epidemiologici delle ASL procederà all'individuazione e alla riorganizzazione delle reti delle alte specialità (Cardiochirurgia, Neurochirurgia, Chirurgia vascolare, chirurgia toracica), sulla base di criteri indicati nella Dgr (Ampiezza e contiguità territoriale, popolazione residente, accessibilità ai servizi; caratteristiche geomorfologiche del territorio; volumi di produzione totali, appropriatezza).

Radioterapie.

Saranno ridefinite le strategie di offerta delle prestazioni radioterapiche oncologiche, identificati i centri in una logica di "rete" e definiti i criteri per l'individuazione delle strutture che diventeranno centri di riferimento regionali. I criteri, che saranno dettagliati con successivi provvedimenti entro il 31/10/2012, sono: volumi di prestazioni, tempi di attesa per le prestazioni, continuità dell'assistenza, appropriatezza, tempestività delle prestazioni, efficienza di produzione (personale e attrezzature).

• Nuove reti ad alta specialità.

Riorganizzazione della rete dei servizi che erogano prestazioni di alta specialità con particolare riferimento alle unità cerebrovascolari (stroke unit) e alla rete trauma maggiori, che saranno oggetto di successivi provvedimenti attuativi entro il 31/12/2012.

Attivazione delle reti delle cure palliative e per la terapia del dolore, sia per l'adulto che per il bambino; i criteri saranno dettagliati con successivi provvedimenti attuativi entro il 31/10/2012.

Reti Punti nascita.

Entro il 31.12.2012 è prevista la riorganizzazione della rete dei punti nascita, in rapporto non solo al numero di parti, ma alla possibilità di assistere parti in cui via sia la necessità di una degenza neonatale in centri di terapia intensiva, attraverso l'attivazione sul territorio di un adeguato sistema di trasposto della madre e del neonato.

Saranno individuati i punti nascita e sviluppati modelli di coordinamento per le strutture di Neonatologia al fine di una complementarietà all'interno di tutto il percorso nascita, per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita. La Dgr indica i criteri per la valutazione dell'efficienza e dell'efficacia dei punti nascita esistenti.

•Acquisto di beni e servizi.

Il D.L. 95 prevede una riduzione del 5% degli importi e delle prestazioni relative a contratti di appalto di servizi e di fornitura di beni e servizi.

Nel dare attuazione a questa misura la Dgr conferma l'obbligo per le aziende sanitarie di aderire ai contratti/convenzioni attivati a livello regionale dalla Centrale Regionale Acquisti.

*** GreG "dalla cura al prendersi cura" (Regola 2011) delibera n. ix/1479 del 30 marzo 2011 L'attivazione di 1145 posti letto in tutta la Lombardia per le cure Sub acute e la sperimentazione in 5 ASL di un nuovo modello organizzativo per coordinare e integrare i Servizi extraospedalieri a favore dei pazienti cronici. (Chronic Related Group).**