

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 24 SETTEMBRE 2018, N. 1561

Sistema tariffario per le cure domiciliari in Emilia-Romagna

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Visti:

- il D.Lgs. 30.12.1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni;

- il DPCM 12 gennaio 2017 “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n 502;

Richiamate:

- la legge n. 328/2000 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”;

- il DPCM 14 Febbraio 2001 “Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie”;

Richiamato inoltre l’Accordo tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano in materia di iscrizione temporanea negli elenchi dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta delle aziende sanitarie locali di temporanea dimora. (GU Serie Generale n.121 del 27/5/2003);

Richiamata la deliberazione dell’Assemblea legislativa n. 120 del 12 luglio 2017 “Piano sociale e sanitario 2017-2019” (Proposta della Giunta regionale in data 15 maggio 2017, n. 643), che ribadisce l’importanza dell’assistenza domiciliare e ne rafforza il ruolo nell’ambito dell’assistenza primaria con l’obiettivo di rispondere in modo sempre più efficace ai bisogni dei cittadini;

Richiamata inoltre la propria deliberazione n. 124/1999 recante “Criteri per la riorganizzazione delle cure domiciliari”;

Vista la circolare regionale n. 12 del 18 dicembre 2007 “Specifiche per il sistema informativo dell’assistenza domiciliare sanitaria e socio-assistenziale (SI-ADI)” e s.m.i. che, definisce “prestazioni occasionali” quelle che prevedono l’intervento del professionista sanitario e si concludono con una prestazione, pertanto non necessitano di un piano personalizzato di assistenza e di una valutazione multidimensionale. Tali attività possono essere ripetute a distanza nel tempo;

Considerato che la Regione Emilia-Romagna ha, negli anni, sviluppato un sistema regionale di cure domiciliari che ha consentito di prendere in carico un numero crescente di pazienti, con un numero di episodi di presa in carico passati da circa 97.500 nel 2010 a 103.000 del 2017 ed un numero di accessi, anch’essi aumentati e passati da circa 2,5 milioni nel 2010 a oltre 2,8 milioni nel 2017;

Ritenuto di dover disporre con il presente atto, limitatamente ai soggetti domiciliati in aziende USL diverse da quella di residenza e che hanno effettuato la scelta temporanea del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta, in ordine:

- alla determinazione delle tariffe per singolo accesso di assistenza domiciliare da parte di professionisti sanitari diversi dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta;

- alla determinazione delle tariffe per le prestazioni ed i prelievi occasionali;

- alla definizione delle modalità di remunerazione della mobilità sanitaria infra-regionale ed interregionale;

Riscontrato che occorre distinguere, in relazione ai bisogni ed alla pianificazione della attività assistenziale domiciliare

i seguenti profili, anche sulla base del coefficiente di intensità assistenziale (CIA – rapporto tra giornate di effettiva assistenza nelle quali è stato effettuato almeno un accesso e giornate di presa in carico):

- Livello 1: Per questa tipologia di pazienti viene richiesto generalmente un lungo periodo di presa in carico del paziente, nell’ambito del quale l’intervento del Medico di Medicina Generale o del pediatra di libera scelta per il monitoraggio del quadro clinico può essere di tipo periodico, con accessi mensili o quindicinali o settimanali (ADP); l’assistenza infermieristica può avere una periodicità settimanale o quindicinale. $CIA \leq 0,30$;

- Livello 2: Il livello della media intensità assistenziale richiede di norma per periodi medio lunghi, la presenza del medico uni o pluri settimanale al domicilio del paziente ed un’assistenza infermieristica per uno o due accessi settimanali. $0,31 \leq CIA \leq 0,50$;

- Livello 3: L’assistenza domiciliare ad alta intensità si rivolge a pazienti che richiedono - nell’ambito di un piano personalizzato di assistenza - un intervento coordinato ed intensivo consistente in più accessi alla settimana di tipo medico, infermieristico e di altre figure professionali, garantendo la pronta disponibilità diurna medica e infermieristica, per periodi di norma medio brevi. Nella maggioranza dei casi la consulenza specialistica è una componente essenziale a causa della complessità e della peculiarità dell’intervento sanitario richiesto. $CIA > 0,50$;

Considerato che ad oggi non è ancora stato definito un sistema tariffario di riferimento a livello nazionale;

Ritenuto pertanto:

- di proporre una modalità di tariffazione per giornata di assistenza domiciliare calcolata sulla base dei dati disponibili;

- di definire quali tariffe per la remunerazione in assistenza domiciliare per accesso per i tre livelli assistenziali sopra definiti:

• € 37,50 per il Livello 1 – $CIA \leq 0,30$;

• € 56,25 per il livello 2 – CIA tra 0,31 e 0,50;

• € 75,00 per il Livello 3 – $CIA > 0,50$;

- di definire quali tariffe per la remunerazione di prestazioni occasionali:

• € 24,00 per prestazioni occasionali;

• € 12,00 per prelievi;

Precisato che:

- gli importi relativi ai pazienti assistiti in ADI saranno fatturati direttamente, alle tariffe previste dal presente provvedimento, dall’Azienda USL che eroga l’assistenza all’Azienda Sanitaria di residenza del paziente, sia entro che fuori Regione;

- per evitare l’insorgere di contestazioni è opportuno che per tutti i servizi erogati a soggetti provenienti da altre Regioni venga inviata una comunicazione alla USL di residenza del soggetto assistito, così come stabilito dall’Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria approvato dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome ad oggi vigente;

Richiamata la L.R. n. 43/2001 “Testo unico in materia di organizzazione e di rapporti di lavoro nella Regione Emilia-Romagna” e successive modifiche;

Visto altresì 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 amministra-

zioni” e ss.mm.ii.;

Richiamate le proprie deliberazioni:

- n.2416 del 29 dicembre 2008 e ss.mm.ii., per quanto applicabile;

- n. 270 del 29 febbraio 2016 concernente “Attuazione prima fase della riorganizzazione avviata con delibera 2189/2015”;

- n.622 del 28 aprile 2016 recante “Attuazione seconda fase della riorganizzazione avviata con delibera 2189/2015”;

- n.702 del 16 maggio 2016 recante “Approvazione incarichi dirigenziali 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. 56 del 25 gennaio 2016 concernente “Affidamento degli incarichi di Direttore Generale della Giunta regionale, ai sensi dell'art. 43 della L.R. 43/2001”;

- n. 1107 dell'11 luglio 2016 recante “Integrazione delle declaratorie delle strutture organizzative della giunta regionale a seguito dell'implementazione della seconda fase della riorganizzazione avviata con delibera 2189/2015”;

- n. 2344 del 21 dicembre 2016 “Completamento della riorganizzazione della Direzione Generale cura della persona, salute e welfare”;

Richiamate altresì le proprie deliberazioni:

- n. 468 del 10 aprile 2017 “Il sistema dei controlli interni nella Regione Emilia-Romagna” e le Circolari del Capo di Gabinetto PG/2017/0660476 del 13/10/2017 e PG/2017/0779385 del 21/12/2017;

- n. 93 del 29 gennaio 2018 “Approvazione Piano triennale di prevenzione della corruzione. Aggiornamento 2018-2020”, ed in particolare l'allegato B) “Direttiva di indirizzi interpretativi per l'applicazione degli obblighi di pubblicazione previsti dal D.lgs. n. 33 del 2013. Attuazione del piano triennale di prevenzione della corruzione 2018-2020”;

- n. 1059 del 3 luglio 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)”;

Richiamata la Determinazione dirigenziale n. 9898 del 26 giugno 2018 “Rinnovo degli incarichi dirigenziali presso la direzione generale cura della persona, salute e welfare”;

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

Dato atto dei pareri allegati;

Su proposta dell'Assessore alle Politiche per la Salute Sergio Venturi;

A voti unanimi e palesi

delibera:

1. di definire le seguenti tariffe per la remunerazione in assistenza domiciliare per accesso da parte di professionisti diversi dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta:

- € 37,50 per il Livello 1 – CIA ≤ 0,30;
- € 56,25 per il livello 2 – CIA tra 0,31 e 0,50;
- € 75,00 per il Livello 3 – CIA > 0,50;

2. di definire le seguenti tariffe per la remunerazione di prestazioni domiciliari occasionali:

- € 24,00 per prestazioni occasionali;
- € 12,00 per prelievi;

3. gli importi relativi all'attività di assistenza domiciliare saranno fatturati direttamente, alle tariffe previste dal presente provvedimento, dall'Azienda USL che eroga l'assistenza all'Azienda Sanitaria di residenza del paziente, sia entro che fuori Regione;

4. di dare atto che per quanto previsto in materia di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni, si provvederà ai sensi delle disposizioni normative ed amministrative richiamate in parte narrativa;

5. di pubblicare il presente atto deliberativo nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna Telematico.

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 24 SETTEMBRE 2018, N. 1563

Recepimento dell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano concernente la "Revisione e aggiornamento della costituzione e del funzionamento del comitato del buon uso del sangue" (Repertorio atti n. 251/CSR del 21 dicembre 2017)

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Richiamato il D. Lgs. 502/1992, così come in seguito integrato e modificato, che 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;

- 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;

Premesso che la Regione Emilia-Romagna, attraverso la propria L.R. n. 29 del 2004 e successive modifiche "Norme generali sull'organizzazione e il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale", nell'esercizio dell'autonomia conferitale dalla riforma del Titolo V della Costituzione, definisce i principi e i criteri generali di organizzazione e di funzionamento del Servizio Sanitario Regionale;

Visti e richiamati gli articoli 2, comma 1, lett. b) e 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, che attribuiscono alla Conferenza Stato – Regioni il compito di promuovere e sancire accordi tra Governo e Regioni, in attuazione del principio di leale collaborazione al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere attività d'interesse comune;

Vista e richiamata la legge 21 ottobre 2005, n. 219, “Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale degli emoderivati” e successive modificazioni e integrazioni e in particolare:

- l'articolo 6, comma 1, lettera a), con il quale, attraverso uno o più accordi tra Governo, Regioni e Province Autonome