

DECRETO 25 maggio 2016.

Dialisi domiciliare nei pazienti affetti da insufficienza renale terminale. Proroga contributo.

L'ASSESSORE PER LA SALUTE

Visto lo Statuto della Regione;

Visto il D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i.;

Visto il D.P.C.M. 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" con particolare riferimento all'Allegato n. 1, che classifica i livelli di assistenza e le prestazioni di assistenza sanitaria garantita dal servizio sanitario nazionale riconducibili ai LEA, il quale include, tra le particolari categorie dei cittadini aventi diritto ad un'assistenza specifica, i nefropatici cronici in trattamento dialitico;

Vista la legge regionale 1 agosto 1977, n. 84, che istituisce l'emodialisi domiciliare;

Vista la legge regionale 14 aprile 2009, n. 5, recante "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale" in particolare, l'art. 2, comma 4, lett. a), della predetta legge regionale n. 5/2009, che dispone: "Il servizio sanitario regionale, in funzione di rigorosi ed accertati criteri e fabbisogni epidemiologici, promuove azioni volte a realizzare:

a) una qualificata integrazione dei servizi sanitari e socio-sanitari anche attraverso il necessario trasferimento dell'offerta sanitaria dall'ospedale al territorio, nonché un compiuto coinvolgimento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta e l'ottimale distribuzione sul territorio dei medici specialisti, favorendo l'instaurarsi di relazioni funzionali fra operatori ospedalieri e territoriali al fine di ottimizzare il sistema della continuità assistenziale nei processi di prevenzione, cura e riabilitazione";

Visto il Piano sanitario nazionale 2011-2013 ove, nell'ambito della "Rete assistenziale territoriale", viene sottolineata l'importanza dell'Assistenza domiciliare integrata (ADI) al fine di ottemperare a quanto previsto dal DPCM 29 novembre 2011 in merito ai Livelli essenziali di assistenza";

Visto il decreto assessoriale n. 1130 del 20 agosto 2009: "Interventi per la riorganizzazione, la riqualificazione ed il riequilibrio economico dell'assistenza sanitaria ai pazienti con uremia terminale" dove si ritiene di "... dover fornire indicazioni in ordine ... alla promozione e allo sviluppo dei programmi di dialisi domiciliare ...";

Visto il D.A. 12 maggio 2011, n. 834 "Potenziamento delle cure domiciliari nei pazienti affetti da insufficienza renale terminale" che ha stabilito in via sperimentale, per la durata di due anni, un contributo economico di sostegno ai pazienti in dialisi domiciliare;

Vista la nota prot. n. serv. 4/72832 dell'11 settembre 2011 "Nota esplicativa per la composizione e compiti della commissione di cui all'art. 3 del D.A. n. 834 - Potenziamento delle cure domiciliari nei pazienti affetti da insufficienza renale terminale";

Visto il D.A. 14 maggio 2013, n. 925 "Rideterminazione delle tariffe per il trattamento dei pazienti affetti da uremia terminale";

Visto il D.A. 23 settembre 2013, n. 1771 (*Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana* n. 46 dell'11 ottobre 2013) "Cure domiciliari nei pazienti affetti da insufficienza renale terminale - proroga del decreto assessoriale 12 maggio 2011, n. 834, che proroga di due anni i tempi previsti per la sperimentazione avviata con il D.A. 12 maggio 2011, n. 834;

Rilevato che i medesimi decreti, mutuando l'esperienza maturata in altre regioni italiane, prevedono, in via sperimentale, la possibilità di concedere un rimborso economico ai pazienti in dialisi domiciliare finalizzato al sostegno delle cure e rivolto prevalentemente al "caregiver";

Rilevato, altresì, che negli stessi provvedimenti si evidenzia come i costi dei trattamenti emodialitici ospedalieri siano superiori a quello della dialisi domiciliare e dell'emodialisi domiciliare, per evidenti maggiori incidenze dei costi relativi al personale sanitario, all'ammortamento della struttura ospedaliera e delle apparecchiature, del trasporto del paziente da e verso l'ospedale o il centro di dialisi privato accreditato, nonché il ridotto consumo di agenti stimolanti l'eritropoiesi (ESA) nei pazienti in dialisi domiciliare;

Vista la mail del 3 luglio 2015, con la quale, al fine di verificare le azioni programmatiche intraprese da questo Assessorato, è stato chiesto al Centro regionale trapianti di fornire informazioni circa l'effetto sul sistema di tale tipo di prestazioni;

Vista, in particolare, la relazione del responsabile del Centro regionale trapianti, prot. n. 532 dell'11 settembre 2015, dalla quale si rileva che i minori costi del trattamento domiciliare rispetto a quello effettuato nei centri di dialisi, nonché i vantaggi di ordine psico-sociale per i pazienti, motivano una reiterazione delle disposizioni di cui al D.A. n. 804/2011 e s.m.i. In particolare, è stato rappresentato un incremento di pazienti nel 2014 pari al 2% e, effettuata una valutazione di casi incidenti per il 2014, pari a 71, è stato stimato un risparmio pari a € 323.192 rispetto alla prestazione resa agli stessi pazienti in un centro di dialisi;

Rilevato, peraltro, che da una valutazione effettuata sui casi prevalenti del 2013 (n. 237 - dato Registro CRT) si stima un risparmio, rispetto alle prestazioni rese agli stessi pazienti presso un centro di dialisi, di circa un milione di euro, escluse le spese di trasporto del paziente dal proprio domicilio al centro di dialisi e viceversa;

Considerati inoltre gli indubbi vantaggi di tipo psicologico e clinico per i pazienti grazie alla personalizzazione e maggiore attenzione posta nella conduzione del trattamento e alla riduzione del rischio di infezioni ospedaliere in considerazione dei ridotti contatti con altri pazienti, spesso clinicamente compromessi;

Ritenuto che, per motivi di carattere finanziario e in un'ottica di spending review, il contributo fissato dai D.A. 12 maggio 2011, n. 834 e D.A. 23 settembre 2013 debba essere ridotto del 20%, atteso l'incremento dei soggetti arruolabili e per consentire un ristoro ad una platea più ampia possibile di beneficiari del provvedimento. Pertanto:

1. per i pazienti che si sottopongono ad emodialisi extracorporea domiciliare (HD) e a dialisi peritoneale automatizzata (APD) il contributo è pari a:

- 160 euro mensili se completamente autonomi e/o a bassa intensità di assistenza;
- 280 euro mensili se parzialmente non autonomi e/o a media intensità di assistenza;
- 360 euro mensili se non autonomi e/o ad alta intensità di assistenza;

2. Per i pazienti che si sottopongono a dialisi peritoneale continua (CAPD) il contributo è pari a:

- 160 euro mensili se completamente autonomi e/o a bassa intensità di assistenza;

- 240 euro mensili se parzialmente non autonomi e/o a media intensità di assistenza;

- 280 euro mensili se non autonomi e/o ad alta intensità di assistenza;

Ritenuto, inoltre, che, trattandosi di gestione sperimentale, la stessa non possa considerarsi a tempo indeterminato ma limitata all'arco temporale che va fino al 31 dicembre 2017, allo scadere del quale si procederà ad una eventuale rivisitazione del sistema alla luce di una attenta analisi costi-benefici;

Decreta:

Art. 1

Per quanto esposto in premessa, nella Regione siciliana, il contributo istituito con D.A. 12 maggio 2011, n. 834 "Potenziamento delle cure domiciliari nei pazienti affetti da insufficienza renale terminale" viene erogato fino al 31 dicembre 2017.

L'importo del contributo è rideterminato, come di seguito riportato:

1. Per i pazienti che si sottopongono ad emodialisi extracorporea domiciliare (HD) e a dialisi peritoneale automatizzata (APD) il contributo è pari a:

- 160 euro mensili se completamente autonomi e/o a bassa intensità di assistenza;

- 280 euro mensili se parzialmente non autonomi e/o a media intensità di assistenza;

- 360 euro mensili se non autonomi e/o ad alta intensità di assistenza.

2. Per i pazienti che si sottopongono a dialisi peritoneale continua (CAPD) il contributo è pari a:

- 160 euro mensili se completamente autonomi e/o a bassa intensità di assistenza;

- 240 euro mensili se parzialmente non autonomi e/o a media intensità di assistenza;

- 280 euro mensili se non autonomi e/o ad alta intensità di assistenza.

Art. 2

L'erogazione del suddetto contributo economico è a totale carico delle ASP di residenza dei pazienti, nell'ambito della quota indistinta ad esse assegnata.

Art. 3

A conclusione del periodo fissato all'articolo 1, il presente provvedimento sarà oggetto di valutazione al fine di verificare l'efficacia delle azioni intraprese e di procedere ad una rivisitazione del sistema alla luce di una attenta analisi costi-benefici.

Art. 4

Il presente decreto sarà pubblicato nel sito internet dell'Assessorato regionale della salute e inviato alla *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana per la pubblicazione, ai sensi dell'art. 68 della legge regionale 12 agosto 2014, n. 21.

Palermo, 25 maggio 2016.

GUCCIARDI

(2016.21.1365)102

DECRETO 30 maggio 2016.

Termine di validità delle prescrizioni di prestazioni specialistiche.

L'ASSESSORE PER LA SALUTE

Visto lo Statuto della Regione;

Vista la legge n. 833/78 di istituzione del servizio sanitario nazionale;

Visto il D.Lvo n. 502/92 riguardante il riordino della disciplina della materia sanitaria a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni;

Visto l'art. 50 della legge n. 326/2003 e successivi aggiornamenti ed integrazioni relativo a "Disposizioni in materia di monitoraggio della spesa nel settore sanitario e di appropriatezza delle prescrizioni sanitarie";

Vista la legge regionale 14 aprile 2009, n. 5 di riordino del servizio sanitario regionale;

Visto l'articolo 8, comma 4, del decreto assessoriale 6 settembre 2010 "Accordo regionale di assistenza primaria" (*Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 45 del 15 ottobre 2010), che stabilisce in 90 giorni la validità delle prescrizioni di visite e prestazioni specialistiche;

Visto il D.D.G. n. 1254 del 7 agosto 2014 (*Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 36 del 29 agosto 2014), con il quale sono state avviate le prescrizioni dematerializzate per la specialistica su tutto il territorio della Regione a decorrere dall'1 novembre 2014;

Visto il D.A. 799 del 7 maggio 2015 (*Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 21 del 22 maggio 2015), con il quale è stato adottato il Catalogo unico regionale delle prestazioni specialistiche;

Visto il verbale redatto, a conclusione dell'incontro svoltosi con le organizzazioni sindacali delle categorie dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, in data 12 maggio 2016 in esito al quale è stata condivisa l'estensione della validità della prescrizione da 90 a 180 giorni ai fini della prenotazione;

Visto il D.lvo. n. 33/2013 di riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni;

Visto l'art. 68 della legge regionale n. 21/2014 e successive modifiche ed integrazioni, recante "Norme in materia di trasparenza e di pubblicità dell'attività amministrativa";

Ritenuto con il presente decreto, di dover estendere la validità della prescrizione da 90 a 180 giorni ai fini della prenotazione al fine di evitare disagi all'utenza;

Decreta:

Art. 1

A modifica dell'articolo 8, comma 4, del decreto assessoriale 6 settembre 2010 citato in premessa, la validità delle prescrizioni di visite e prestazioni specialistiche, di cui al Catalogo unico regionale adottato con decreto assessoriale n. 799/2015, è stabilita in 180 giorni dalla data della prescrizione. Visite e prestazioni specialistiche prenotate entro tale periodo restano valide fino alla data di esecuzione presso le strutture sia pubbliche che private accreditate. Relativamente alle prescrizioni in modalità "dematerializzata", la prenotazione per essere valida deve essere regolarmente registrata direttamente o tramite *web service* sul sistema TS (tramite la funzione di presa in carico).