



# **PROGRAMMA ATTUATIVO**

**(articolo 1, comma 3, del Piano di rientro di  
riqualificazione e riorganizzazione del SSR Piemonte)**

**ADDENDUM**

**2011**

**Indice dei capitoli e degli obiettivi**

<b>A. L’ACCORDO TRA LA REGIONE PIEMONTE E I MINISTERI DELLA SALUTE E DELL’ECONOMIA E FINANZA .....</b>	<b>7</b>
<b>B. IL PRIMO PROGRAMMA ATTUATIVO E LA SITUAZIONE ATTUALE .....</b>	<b>7</b>
<b>C. ULTERIORI OBIETTIVI REGIONALI .....</b>	<b>7</b>
<b>D. IL RAFFORZAMENTO DELLA CAPACITÀ DELLA REGIONE DI GOVERNARE IL SISTEMA .....</b>	<b>8</b>
<b>E. IL CONTO ECONOMICO TENDENZIALE 2010-2012 .....</b>	<b>9</b>
<b>F. I COSTI L.A. TENDENZIALI 2010-2012 .....</b>	<b>11</b>
<b>G. GLI OBIETTIVI DEL PROGRAMMA ATTUATIVO .....</b>	<b>12</b>
<b>1. IL NUOVO SSR E LA RIORGANIZZAZIONE DELLE RETI ASSISTENZIALI.....</b>	<b>12</b>
<b>1.1. La riforma del SSR del Piemonte.....</b>	<b>12</b>
<b>1.2. La rete dell’emergenza-urgenza .....</b>	<b>13</b>
<b>1.2.1. La ridefinizione della rete di emergenza territoriale .....</b>	<b>25</b>
<b>1.2.2. La ridefinizione della rete di emergenza ospedaliera.....</b>	<b>27</b>
<b>1.3. La rete di degenza .....</b>	<b>32</b>
<b>1.3.1. Il fabbisogno di prestazioni di acuzie .....</b>	<b>32</b>
<b>1.3.2. L’appropriatezza della rete ospedaliera della post-acuzie .....</b>	<b>38</b>
<b>1.3.3. Il fabbisogno di strutture organizzative .....</b>	<b>47</b>
<b>1.4. La Rete Territoriale.....</b>	<b>56</b>

<b>1.4.1.</b>	<b>Miglioramento dell’appropriatezza e presa in carico territoriale .....</b>	<b>57</b>
<b>1.4.2.</b>	<b>Razionalizzazione ed ottimizzazione della rete .....</b>	<b>64</b>
<b>1.5.</b>	<b>I laboratori d’analisi.....</b>	<b>79</b>
<b>1.5.1.</b>	<b>Riorganizzazione della rete dei laboratori.....</b>	<b>79</b>
<b>1.5.2.</b>	<b>Appropriatezza prescrittiva e di utilizzo .....</b>	<b>80</b>
<b>1.6.</b>	<b>La radiodiagnostica .....</b>	<b>83</b>
<b>1.6.1.</b>	<b>Appropriatezza prescrittiva .....</b>	<b>84</b>
<b>1.6.2.</b>	<b>Revisione della rete.....</b>	<b>84</b>
<b>2.</b>	<b>IL PERSONALE .....</b>	<b>86</b>
<b>3.</b>	<b>LA FARMACEUTICA TERRITORIALE.....</b>	<b>102</b>
<b>3.1.</b>	<b>Revisione del prontuario terapeutico regione piemonte (pt-rp) secondo il criterio delle categorie omogenee di farmaci ed in funzione delle ricadute sulla spesa farmaceutica territoriale .....</b>	<b>102</b>
<b>3.2.</b>	<b>Ridefinizione degli oneri alle farmacie per la distribuzione in nome e per conto (dpc).....</b>	<b>105</b>
<b>3.3.</b>	<b>Rafforzamento dell’attività di controllo sull’ appropriatezza prescrittiva da parte dei servizi farmaceutici delle asr anche per i farmaci per i quali non sono previste limitazioni di prescrizione per l’erogazione a carico del ssn .....</b>	<b>106</b>
<b>3.4.</b>	<b>Monitoraggio delle prescrizioni in dimissione da ricovero ospedaliero e visita ambulatoriale.....</b>	<b>108</b>
<b>4.</b>	<b>ASSISTENZA FARMACEUTICA OSPEDALIERA .....</b>	<b>110</b>
<b>4.1.</b>	<b>Appropriatezza dell’utilizzo dei farmaci oncologici ad alto costo.....</b>	<b>111</b>
<b>4.2.</b>	<b>Centralizzazione in farmacia delle preparazioni antiblastiche.....</b>	<b>113</b>

<b>4.3.</b>	<b>Unificazione delle procedure di gara .....</b>	<b>114</b>
<b>4.4.</b>	<b>Ottimizzazione dell'impiego dei farmaci stimolanti l'eritropoiesi nei pazienti uremici.....</b>	<b>114</b>
<b>4.5.</b>	<b>Ottimizzazione dell'impiego dei farmaci stimolanti l'eritropoiesi e stimolanti i fattori di crescita della serie granulocitaria nei pazienti oncologici .....</b>	<b>116</b>
<b>4.6.</b>	<b>Razionalizzazione d'uso dei farmaci per il trattamento dell'ipertensione arteriosa polmonare .....</b>	<b>118</b>
<b>4.7.</b>	<b>Monitoraggio dell'appropriatezza d'uso delle immunoglobuline endovena .....</b>	<b>119</b>
<b>5.</b>	<b>L'INTEGRATIVA E LA PROTESICA.....</b>	<b>121</b>
<b>5.1.</b>	<b>Appropriatezza prescrittiva e di utilizzo .....</b>	<b>122</b>
<b>5.2.</b>	<b>Implementazione e potenziamento di un sistema informativo .....</b>	<b>122</b>
<b>5.3.</b>	<b>Centralizzazione dell'acquisizione di beni e servizi e miglioramento delle condizioni economiche .....</b>	<b>122</b>
<b>5.4.</b>	<b>Riorganizzazione dei servizi di assistenza integrativa e protesica, della logistica e degli approvvigionamenti delle Asr .....</b>	<b>123</b>
<b>6.</b>	<b>ACQUISTI DI ALTRI BENI E SERVIZI.....</b>	<b>125</b>
<b>6.1.</b>	<b>Indicazioni alle aziende relative alle modalità di acquisto.....</b>	<b>126</b>
<b>6.2.</b>	<b>Standardizzazione domanda e appropriatezza utilizzo Dispositivi Medici.....</b>	<b>126</b>
<b>6.3.</b>	<b>Centralizzazione procedure di acquisto e criteri di valutazione dei prodotti.....</b>	<b>128</b>
<b>7.</b>	<b>ACQUISTO PRESTAZIONI DA PRIVATO.....</b>	<b>131</b>

<b>7.1.</b>	<b>Definizione dei contratti .....</b>	<b>131</b>
<b>8.</b>	<b>PROGETTI REGIONALI NELL'AMBITO DEL RIORDINO DEL SISTEMA .....</b>	<b>133</b>
<b>8.1.</b>	<b>LOGISTICA .....</b>	<b>133</b>
<b>8.1.1.</b>	<b>Riorganizzazione rete logistica e realizzazione delle piattaforme logistiche integrate.....</b>	<b>134</b>
<b>8.1.2.</b>	<b>Riorganizzazione dei percorsi fisici delle persone .....</b>	<b>134</b>
<b>8.2.</b>	<b>HTM HEALTH, technology management: riordino della spesa nel settore delle apparecchiature biomediche mediante azioni supportate dalla rete regionale dei servizi di ingegneria clinica .....</b>	<b>137</b>
<b>8.2.1.</b>	<b>HTM, Area Ospedaliera .....</b>	<b>137</b>
<b>8.2.2.</b>	<b>HTM Area Territoriale.....</b>	<b>142</b>
<b>8.3.</b>	<b>EDILIZIA SANITARIA.....</b>	<b>146</b>
<b>8.3.1.</b>	<b>Dismissione / Rifunzionalizzazione / Riconversione di alcuni presidi ospedalieri.....</b>	<b>150</b>
<b>8.4.</b>	<b>Tessera sanitaria .....</b>	<b>153</b>
<b>8.4.1.</b>	<b>Progetto Tessera Sanitaria evoluzione "Medici in Rete" art 1, comma 810 LF 2007 e DPCM 26/3/2008.....</b>	<b>153</b>
<b>8.4.2.</b>	<b>Progetto Tessera Sanitaria evoluzione "Sperimentazione Ricetta elettronica Ospedaliera specialistica" art 1, comma 810 LF 2007 e DPCM 26/3/2008 .....</b>	<b>154</b>
<b>8.4.3.</b>	<b>Monitoraggio Tetti di spesa specialistica strutture private convenzionate tramite sistema TS.....</b>	<b>155</b>
<b>8.4.4.</b>	<b>DM 11/12/2009 Controllo regionale del diritto all'esenzione per reddito tramite Sistema TS .....</b>	<b>156</b>

<b>8.5. Sperimentazione gestionali.....</b>	<b>158</b>
<b>H. LE MANOVRE 2011-2012 .....</b>	<b>159</b>
<b>I. IL CONTO ECONOMICO PROGRAMMATICO 2011-2012.....</b>	<b>161</b>
<b>J. LA PROGRAMMATICO 2011-2012.....</b>	<b>162</b>

## **A. L'ACCORDO TRA LA REGIONE PIEMONTE E I MINISTERI DELLA SALUTE E DELL'ECONOMIA E FINANZA**

Il Piano di riqualificazione del SSR e di riequilibrio economico (Piano di rientro) è stato redatto dalla Regione Piemonte ai sensi dell'art. 1, comma 180 della legge 30.12.2004 e s.m.i. e dell'articolo 2, comma 97, della legge 191/2009 ed è finalizzato alla stipula dell'accordo di cui all'articolo 14 dell'Intesa Stato - Regione del 3 dicembre 2009, rep n. 243/CSR, per la riattribuzione del maggior finanziamento per l'anno 2004. Infatti, il 29 luglio 2010 è stato sottoscritto l'accordo fra il Ministero della salute, il Ministero dell'economia e delle finanze e la Regione Piemonte ufficializzato con DGR 415 del 2 agosto 2010 che approva il Piano di Rientro.

## **B. IL PRIMO PROGRAMMA ATTUATIVO E LA SITUAZIONE ATTUALE**

Come previsto dall'art. 5, comma 1.b.ii dell'accordo tra la Regione Piemonte ed i competenti Ministeri, sottoscritto il 29 luglio 2010, è stato presentato un programma attuativo trasmesso in data 30/09/10.

Successivamente, la Regione in seguito alla verifica dei conti per la prima parte del 2010 e in rispetto delle nuove indicazioni e strategie politiche del nuovo Governo regionale, insediatosi ad aprile 2010, ha deciso di proporre il presente documento come addendum che sia coerente con il Piano di Rientro e con il Programma del 30/09/10, ma che preveda nuovi obiettivi e nuove azioni ad essi collegate con l'intenzione di sviluppare anche interventi sistematici e strutturali che generino effetti anche successivi al 2012.

## **C. ULTERIORI OBIETTIVI REGIONALI**

Negli ultimi dieci anni si sta attuando quel cambiamento del quadro istituzionale determinato dalla modifica del Titolo V della Costituzione, per cui le Regioni divengono responsabili della pianificazione e del governo della sanità, mentre allo Stato spetta la missione di "garanzia della salute". I Patti per la Salute, approvati con l'Intesa Stato-Regioni del 5 ottobre 2006 e del 6 gennaio 2010, hanno indicato gli obiettivi di miglioramento delle capacità di servizio del settore sanitario e socio-sanitario e di miglioramento della qualità dell'assistenza in un quadro di convergenza tra le diverse Regioni Italiane. L'evoluzione degli strumenti di finanziamento e delle regole di austerità con l'eventualità di Commissariamenti nel caso di sforamenti sostanziali, evidenzia, in modo ancora maggiore, la necessità per la singola regione di dotarsi di un'organizzazione e di strumenti per governare il proprio sistema sanitario.

Il mancato incremento di risorse finanziarie del sistema e l'incremento della quantità e della qualità della domanda di prestazioni sanitarie causano, all'interno delle singole aziende sanitarie, dei conflitti che non possono essere risolti con piccoli interventi di risparmio, ma che richiedono interventi strutturali coinvolgendo l'intero sistema sanitario regionale.

A fronte dell'evoluzione appena presentata, la Regione Piemonte deve rafforzare la propria capacità di effettuare interventi sistematici e strutturali.

Inoltre la Presidenza della Regione aveva già preso la decisione politica di intervenire anche strutturalmente sulla Sanità Piemontese, dalla organizzazione delle funzioni dell'Assessorato alla organizzazione sul territorio, per eliminare vincoli e criticità che non consentivano e non avrebbero consentito di rendere efficaci eventuali provvedimenti di correzione del sistema nel suo complesso.

In estrema sintesi, osservando la struttura del Sistema Sanitario Piemontese si osserva come nel tempo il sistema sia cresciuto fino alla sua attuale configurazione con un insufficiente governo del sistema nel suo insieme. E' evidente che ciò è possibile solo con una regia centrale forte ed impegnata a mantenere coerenze di sistema.

L'intervento di riforma che l'Amministrazione attuale si è proposta di fare, ha come obiettivo la ridefinizione della struttura del sistema della rete sanitaria, perché solo così si ritiene di mantenere nel tempo sotto controllo il costo complessivo del sistema: in altre parole, senza questo intervento, il costo anche se pesantemente limitato da interventi drastici migliorerebbe solo nel breve periodo (e magari con qualche rischio sulla qualità delle prestazioni) e avrebbe rapidamente una nuova deriva di crescita se e quando i controlli fossero anche brevemente rilasciati.

L'intervento strutturale pensato dovrebbe creare le condizioni per cui proprio quelle stratificazioni e duplicazioni non troverebbero più terreno per crearsi e moltiplicarsi.

La parte centrale della riforma investe il sistema ospedaliero oggi fatto da circa un centinaio di ospedali pubblici, affiancati da alcune decine di strutture private. La quasi totalità degli ospedali pubblici presenta uno spettro quasi completo di offerta di servizi e prestazioni quasi sempre non giustificati dalla dimensione del bacino di utenza servito; e ciò con evidenti altissimi costi ed investimenti, ma soprattutto con alti rischi connessi con l'offrire prestazioni, in qualche caso estremamente sofisticate, senza avere, dati i numeri in gioco, le esperienze sufficienti per affrontare interventi che altrove, anche non troppo lontano, sono effettuati in centinaia o migliaia di casi operati. La rete ospedaliera sarà rivista costituendo complessivamente sei reti, ciascuna con ospedali di riferimento e viavia ospedali di minore intensità di prestazioni: distribuendo correttamente ruoli e missioni è facile prevedere di avere "tutto dappertutto" evitando con le duplicazioni di impegno di risorse finanziarie ed umane.

#### **D. IL RAFFORZAMENTO DELLA CAPACITÀ DELLA REGIONE DI GOVERNARE IL SISTEMA**

Nel contesto del Piano di rientro e per poter meglio garantire il raggiungimento degli obiettivi definiti in esso e in questo Programma Attuativo, si ritiene fondamentale il rafforzamento delle strutture di governo del Sistema Sanitario Regionale.

L'obiettivo è rafforzare la capacità dell'Assessorato di presidiare tutte le aree indicate nel presente programma attuativo in modo da assicurare una guida alle azioni delle singole aziende e un forte controllo sui risultati attesi.

Le azioni previste dal presente Programma Attuativo sono fortemente integrate fra loro nel perseguire l'obiettivo di un migliore utilizzo delle risorse, con risparmio in termini di personale e di acquisti di beni e servizi. Si è posta particolare attenzione sia alla rete dell'emergenza e delle branche specialistiche (in accordo con la rete ospedaliera), sia all'appropriatezza prescrittiva di prestazioni sanitarie, prima causa di sprechi finora assai scarsamente controllata.

Il ridisegno della rete ed il successivo governo del sistema richiede anche una profonda revisione dell'organizzazione della Direzione Sanità dell'Assessorato che si dovrà dotare delle funzioni, oggi assenti, che consentono una forte azione di pianificazione e guida nonché di controllo. Quanto sopra si aggiunge alle più tradizionali funzioni, come ad esempio, Prevenzione, Veterinaria, ecc. esistenti nell'attuale organizzazione.

**E. IL CONTO ECONOMICO TENDENZIALE 2010-2012**

	Pre- consuntivo	Tendenziale variata	Tendenziale variata
Aggregati di voce	2010	2011	2012
Contributi indistinti	7.752.167	7.881.791	8.053.023
Fondo regionale integrazione fondo	400.000	250.000	200.000
Altri contributi da pubblico	47.328	37.000	35.000
Contributi da privato	4.663	5.000	5.000
Ricavi prestazioni sanitari da pubblico	5.148	6.776	6.776
Ricavi prestazioni sanitari da privati	23.884	25.299	25.299
Concorso recupero	60.480	54.394	54.394
Compartecipazioni	111.626	114.780	114.780
Entrate varie	41.781	28.533	28.533
<b>Totale entrate</b>	<b>8.447.077</b>	<b>8.403.573</b>	<b>8.522.805</b>
<b>Personale</b>	<b>(2.976.277)</b>	<b>(3.018.145)</b>	<b>(3.033.564)</b>
Irap	(213.960)	(215.695)	(216.775)
Altre componenti di spesa	(293.750)	(289.090)	(298.236)
Prodotti farmaceutici	(613.281)	(623.281)	(635.747)
Altri Beni e servizi	(1.365.251)	(1.439.295)	(1.487.306)
Medicina di base	(475.521)	(477.051)	(479.436)
Farmaceutica convenzionata	(774.537)	(748.537)	(748.537)
Assistenza specialistica da privato	(283.399)	(296.771)	(311.609)
Assistenza riabilitativa da privato	(134.435)	(139.951)	(146.947)
Assistenza protesica da privato	(200.870)	(206.198)	(206.982)
Assistenza ospedaliera da privato	(567.570)	(579.194)	(590.090)
Altra assistenza da privato	(465.227)	(485.812)	(510.132)
Assistenza da pubblico	(139.314)	(154.343)	(163.827)
Mobilità passiva intraregionale	-		
Accantonamenti	(4.840)	(13.098)	(13.098)
Interessi e altro	(35.008)	(36.425)	(36.508)
Saldo poste straordinarie	82.075	11.770	11.842
Saldo intramoenia	8.075	7.491	7.491
<b>Totale uscite</b>	<b>(8.453.090)</b>	<b>(8.703.625)</b>	<b>(8.859.461)</b>
<b>Saldo</b>	<b>(6.013)</b>	<b>(300.052)</b>	<b>(336.656)</b>

Nota: La voce "Altri componenti di spesa" contiene il costo del personale con contratti atipici per un valore di 80.386 mila euro nel preconsuntivo 2010 (vedere sezione "2. Personale").

Lo sviluppo per voci del modello conto economico (CE) è riportato nell'**allegato 1**.

I tendenziali del 2011 e del 2012 qui riportati sono diversi da quelli previsti dal Piano di Rientro. Il dato è costruito partendo dal consuntivo 2010 che già risente parzialmente degli effetti del D. Legs. 78/2010 (comma 6 effetto di 7 mesi, comma 7 effetto di 2 mesi). Di seguito si riporta il calcolo effettuato per le due voci:

- prodotti farmaceutici:
  - il tendenziale 2011 è calcolato a partire dal pre-consuntivo 2010 pari a €/000 613.281, non prevedendo nessun incremento di volume se non quello derivante dalla Distribuzione per Conto pari a 10 mln per 3 mesi. Quindi il tendenziale 2011 diventa pari a €/000 623.281;
  - il tendenziale 2012 è previsto in aumento in valore del 2% (andamento storico degli ultimi anni) rispetto al 2011, quindi si attesta a €/000 635.747;
  
- farmaceutica convenzionata:
  - per il tendenziale 2011 si è partiti dal pre-consuntivo 2010 pari a €/000 774.537 diminuendolo di cinque dodicesimi per l'effetto del D.L. 78/2010 comma 6 per un valore pari a 12 mln e di 4 mln ai sensi dell'articolo 11 comma 9 della L 122 del 30/7/2010. Vi è anche un beneficio di tre dodicesimi della distribuzione per conto che corrisponde a 10 mln (già citato precedentemente). Quindi il valore finale del tendenziale 2011 è pari a 748.537;
  - per il tendenziale 2012 si è ipotizzato un valore uguale al 2011 in quanto l'effetto sostitutivo della distribuzione diretta indicata dai prodotti farmaceutici bilancia l'incremento di consumo della farmaceutica convenzionata.

**F. I COSTI L.A. TENDENZIALI 2010-2012**

Il costo preconsuntivo 2010 e tendenziale 2011 e 2012 del SSR piemontese, scomposto per i tre macrolivelli assistenziali (collettivo, distrettuale e ospedaliero) è riportato sulla tabella seguente:

Euro milioni	Preconsuntivo 2010		Tendenziale 2011		Tendenziale 2012	
Collettiva	384 (*)	4,3%	377	4,1%	377	4,0%
Distrettuale	4.760	52,9%	4.835	52,8%	4.925	52,9%
Ospedaliera	3.848	42,8%	3.944	43,1%	4.010	43,1%
<b>Totale</b>	<b>8.992</b>	<b>100%</b>	<b>9.156</b>	<b>100%</b>	<b>9.312</b>	<b>100%</b>

(\*) Questo valore, in crescita rispetto all'anno precedente, comprende una maggiore spesa per i vaccini (in particolare H1N1, HPV ed Esavalenti).

Lo sviluppo per sottolivello assistenziale è riportato nell'**allegato 2**.

Il modello LA rispetto al modello CE della pagina precedente include:

- Mobilità passiva extraregionale
- Costi straordinari (riportati a saldo con i ricavi straordinari nella voce saldo poste straordinarie)
- Costi non monetari (ammortamenti, svalutazioni ...)

Il modello non include, invece, il costo per la compartecipazione all'attività libera professionale (il saldo tra ricavi e costi di tale attività è riportato nella voce "Saldo intramoenia").

## **G. GLI OBIETTIVI DEL PROGRAMMA ATTUATIVO**

### **1. IL NUOVO SSR E LA RIORGANIZZAZIONE DELLE RETI ASSISTENZIALI**

#### **1.1. La riforma del SSR del Piemonte**

E' sempre più evidente che la nuova concezione dell'ospedale non è più quella del monolite solitario in un deserto ma di un organismo integrato in un contesto sempre più ricco. Di conseguenza è necessario pensare e disegnare la rete ospedaliera in interazione con il resto del sistema sanitario, in particolare le reti di emergenza-urgenza e del territorio. Queste reti sono, inoltre, da vedere come la somma di una serie di percorsi per patologia: quello dell'ictus, dello scompenso, dell'insufficienza renale, diabetica ecc. che attraversano ed integrano i vari tipi di erogatori ed i vari livelli assistenziali.

La DGR 51-1358 del 29 dicembre 2010 attua lo scorporo degli ospedali dalla gestione diretta delle ASL e impone la chiara concentrazione, in capo alle aziende sanitarie locali della funzione di tutela dei cittadini e di sviluppo dei servizi territoriali. Gli ospedali scorporati di ciascun'area geografica sono inseriti in un'unica azienda con una gerarchia univoca a livello aziendale che facilita le integrazioni degli stessi. La logica del raggruppamento in rete dei diversi presidi oggi assegnati alle aziende sanitarie locali, risponde anche all'esigenza di concentrare presso specifici soggetti erogatori la produzione di prestazioni sanitarie in determinate branche specialistiche la cui "offerta" mostra attualmente eccessivi segni di frammentazione, a detrimento sia della razionalizzazione dei costi e delle attività sia della stessa appropriatezza delle risposte fornite ai bisogni di salute espressi dai cittadini. La riforma prevede undici ASL raggruppate per provincia e con la provincia di Torino, con la metà della popolazione della regione, suddivisa in una ASL per la città di Torino e tre ASL (Ovest, Nord e Sud) per la parte restante della provincia. Le Aziende ospedaliere universitarie sono tre: AOU S Giovanni Battista di Torino, che incorpora tredici presidi, AOU San Luigi di Gonzaga di Orbassano, che incorpora dieci presidi e AOU Maggiore della carità di Novara, che incorpora tredici presidi. Le Aziende ospedaliere sono quattro: AO San Giovanni Bosco di Torino, che incorpora dieci presidi, AO S. Croce e Carle di Cuneo, che incorpora dieci presidi, AO SS Antonio e Biagi e C. Arrigo di Alessandria, che incorpora undici presidi e AO Ordine Mauriziano di Torino, che eventualmente sarà aggregata ad un'altra azienda.

Con questa DGR è stata avviata una riforma strutturale del sistema sanitario piemontese che affronta il problema della gerarchia tra gli ospedali includendo, nella stessa azienda, i presidi di riferimento (sede di DEA II livello), di cardine (Sede di DEA I livello), di contiguità (sede di PS) e gli altri presidi ospedalieri pubblici dell'area geografica di appartenenza. Se, inoltre, l'articolazione della produzione delle case di cura private sarà coordinata con le aziende ospedaliere, si otterrà un forte movimento di razionalizzazione della rete ospedaliera complessiva. La realizzazione di reti di assistenza ospedaliera fornirà un'appropriatezza migliore delle prestazioni (di livello ospedaliero) ad un minor consumo di risorse e, quindi, a costi più contenuti.

Per raggiungere degli obiettivi di riduzione dell'inappropriatezza dei ricoveri e l'integrazione, per patologia, tra ospedale e territorio è necessario creare delle funzioni trasversali che permettano l'integrazione di percorsi tra aziende diverse. Le sei reti ospedaliere create sono, inoltre, monopoliste nell'ambito del proprio territorio e del proprio livello assistenziale ed è necessario che gli obiettivi alle aziende includano la responsabilità per il raggiungimento del tasso di ospedalizzazione regionale programmata.

La DGR rende necessaria una serie di interventi sulla rete di emergenza, sulla rete diagnostica dei laboratori e della radiologia e sulla rete della degenza per acuzie e postacuzie che sono descritte di seguito.

## **1.2.La rete dell'emergenza-urgenza**

### SITUAZIONE ATTUALE

Obiettivo di questo documento è definire, in accordo con le affermazioni a pagg. 93 e seguenti del piano di rientro quali iniziative specifiche devono essere intraprese riguardo alla rete della emergenza-urgenza al fine di centrare gli obiettivi di razionalizzazione della spesa in accordo con una qualitativamente migliore e più razionale erogazione dei servizi.

Tutto ciò nell'ambito di un progetto di più ampio respiro, già avviato ed indirizzato correttamente nella DGR n.48-8609 del 14 4 2008 che fornisce i criteri e gli elementi di base per la riorganizzazione della rete dell'emergenza territoriale e ospedaliera e di quella ospedaliera nel suo complesso, in modo che le due reti siano fortemente integrate tra di loro.

A questa DGR devono seguire una serie di atti e provvedimenti tesi, alla luce del PDR, a dare seguito concreto alle azioni espresse.

Il motivo di questo percorso è che l'emergenza è un momento critico per l'intero sistema sanitario. In tempi strettissimi, in qualsiasi momento delle 24 ore, è necessario prendere in carico un paziente con, una possibile situazione di pericolo di vita e sottoporlo ad accertamenti e terapie non programmati.

Questo compito richiede un sistema capillare di antenne in grado di fare una prima diagnosi e avviare in modo corretto il paziente al centro più appropriato dove si possano effettuare le diagnostiche e le terapie che salvino la vita e che promuovano la possibilità di un recupero successivo ad una vita il più possibile normale. Le attività ospedaliere programmate sono più facili da integrare nella rete ospedaliera che soddisfa le esigenze dell'emergenza urgenza.

### IL METODO

In accordo con le linee guida condivise con l'AGENAS e con le Direttive Ministeriali, il percorso prevede:

- l'individuazione di un settore unico di riferimento per l'emergenza sanitaria (ospedaliera, territoriale- 118, Continuità Assistenziale) presso l'Assessorato alla salute con il compito di gestire linee guida regionali, assegnazione finanziamenti / budget e controllo del sistema composto da:
  - un servizio 118 accorpato presso una sola azienda per tutte le attività di emergenza territoriale-118 (centrali operative, mezzi di soccorso ivi compresi elisoccorso, personale, logistica dei presidi e farmaceutica) con finanziamento dedicato;
  - DEA e PS con budget assegnato alle rispettive aziende;
- Il settore regionale unico per l'emergenza si avvale di :
  - un coordinamento dei Direttori di Centrale Operativa e Strutture Complesse afferenti al Dipartimento 118;
  - un coordinamento dei Direttori del Dipartimento di Emergenza;
  - gruppi di lavoro man mano che verranno coinvolte altre discipline nell'organizzazione della rete delle patologie complesse (rianimatori, cardiologi, neurochirurghi, ecc.);
- l'individuazione delle priorità sulle rivisitazioni organizzative del sistema dell'emergenza a breve-medio-lungo termine quali:
  - rete radio regionale digitale integrata anche con i settori di protezione civile;
  - definizione a livello regionale delle Centrali Operative, della rete dei mezzi di soccorso, Pronti Soccorso e Dipartimenti di Emergenza (in armonia con il criterio della rete tra gli ospedali di riferimento, quelli cardine e quelli minori), indicando i parametri numerici di riferimento;

- definizione di un criterio per la definizione della rete delle postazioni di ambulanza medicalizzata e di base e dei punti di primo intervento indicando i parametri numerici di riferimento;
- definizione di una modulistica unica e compatibile per 118 e DEA;
- istituzione di un sistema informatico omogeneo e dialogante per 118 e DEA in linea con i tracciati ministeriali EMUR;
- definizione in accordo con la normativa nazionale (documento Conferenza Stato-Regioni) della funzione di triage e relativi protocolli;
- definizione delle postazioni di guardia medica e della loro struttura organizzativa (centralizzazione delle chiamate, integrazione con il sistema dell'emergenza e delle cure primarie);
- definizione di linee guida e protocolli organizzativi e clinici con particolare riferimento alla gestione dei trasporti secondari urgenti;
- definizione della rete delle patologie complesse;
- definizione di protocolli relativi alla gestione del servizio di elisoccorso e programmazione su base regionale delle elisuperfici a servizio delle destinazioni sanitarie)
- linee guida per la gestione degli incidenti maggiori e maxi-emergenze.

Di seguito è affrontato il contesto attuale e la proposta metodologica dei principali componenti della rete di emergenza:

- a) l'emergenza territoriale
  - 1. le centrali operative 118
  - 2. le postazioni territoriali
  - 3. la continuità assistenziale
- b) l'emergenza ospedaliera

Al termine della presentazione metodologica sono presentati le azioni da compiere e i risultati economici relativi.

*a) La rete di emergenza territoriale*

*a1) Le centrali operative 118 in Piemonte*

**LA SITUAZIONE ATTUALE**

La risposta delle centrali Operative 118 si concretizza principalmente nell'attivazione e nel coordinamento dei mezzi, di terra ed aerei. Le centrali, individuate in un bacino di utenza provinciale gestiscono, con procedure condivise, le postazioni di elisoccorso, le ambulanze medicalizzate (M.S.A.) con medico ed infermiere a bordo, le Automediche (A.S.A con medico e infermiere a bordo) i mezzi avanzati di base con infermiere (M.S.A.B.) e le ambulanze di base con personale soccorritore certificato (M.S.B.) in forma continuativa o estemporanea e tutti gli eventuali altri mezzi medicalizzati e non che intervengono nel soccorso sanitario.

La Regione provvede a ridefinire la distribuzione dei mezzi di soccorso, nel rispetto degli standard previsti in sede di conferenza Stato-Regioni e secondo criteri di densità abitativa, distanze e caratteristiche territoriali. Un criterio semplicistico di riduzione delle postazioni soltanto sulla base della quantità degli interventi e/o dei chilometri percorsi, non è percorribile in quanto porterebbe a dei gravi squilibri di copertura territoriale, mentre, alla luce di una pur necessaria razionalizzazione, si impone un lavoro tecnico assai complesso e che non può prescindere, per nessuna ragione, da alcuni fattori tutti egualmente determinanti:

- l'utilizzo di un criterio omogeneo e razionale stabilito a livello regionale dall'Assessorato alla Sanità per assicurare la copertura del territorio con i mezzi medicalizzati, attorno ai quali si dispone poi la rete delle ambulanze di base;
- il fabbisogno standard così definito per ciascun territorio governato dalle Centrali Operative, condiviso dai Responsabili delle Centrali Operative, va formalizzato dal Coordinamento ed approvato dall'Assessorato alla Sanità;
- è necessario un momento di informazione e condivisione con le istituzioni che governano il territorio, al fine di evitare spinte campanilistiche che squilibrano il sistema (ecco perché la proposta tecnica deve essere tecnicamente difendibile ed omogenea).

La Regione Piemonte, in attuazione del D.P.R. 27 marzo 1992, ha definito nel corso degli anni novanta le Centrali Operative 118 coincidenti con gli otto ambiti provinciali assegnando ad altrettante Aziende Sanitarie le funzioni proprie del Sistema di allarme sanitario.

Nell'organizzazione definita, solo la Centrale Operativa 118 di Torino si differenzia per le sue caratteristiche dimensionali e per la sua funzione di coordinamento per l'elisoccorso regionale, il trasporto organi, farmaci ed equipe sanitarie.

Inoltre le otto Centrali Operative 118 sono strutturalmente organizzate per il coordinamento e la gestione dell'elisoccorso, delle tecnologie sanitarie e degli eventi di maxi emergenza, NBCR, catastrofi, si avvalgono di strutture di coordinamento funzionale sovrazonale.

Il sistema risponde in media a 1 milione di chiamate l'anno, di cui 486.516 richieste sanitarie con coordinamento dei mezzi a terra e 3.000 con mezzi aerei.

L'obiettivo primario rimane quello di garantire risposte ed interventi tempestivi, adeguati al problema prioritario di salute espresso dal cittadino ma nel contempo si persegue l'ottimizzazione dei tempi la razionalizzazione degli interventi e l'inserimento sempre maggiore di protocolli di attività condivisi e rispondenti agli standard.

Le C.O. 118 coordinano 486.516 interventi anno (dato 2009) con invio di mezzo di cui trasportati in ospedale n. 268.846, trattati a domicilio n. 82.643, n. 73.656 risolti con consulto telefonico, n. 61.371 indirizzati a diverso setting assistenziale.

Il numero di interventi con chiamata 118 coordinati e gestiti per criticità è stato nell'anno 2009 pari a:

- 339.867 con Codice di gravità bianco verde
- 146.649 con Codice di gravità giallo rosso

L'intera attività operativa delle Centrali 118 in Piemonte è garantita con un omogeneo supporto informatico, un software avanzato appositamente studiato di elevata affidabilità, con un alto livello di capacità di protezione dei dati.

La comunicazione fra le varie strutture interessate all'evento (trasmissione dati, ECG, dati paziente ecc.) richiede attrezzature di tipo informatico e di trasmissione dati clinici assai complesse. La componente tecnologica accresce la necessità ulteriore di specifiche conoscenze per la gestione del sistema riservato essenzialmente ai sanitari.

Questo settore, relativamente nuovo, è in rapido sviluppo e potrà portare notevoli benefici clinici ai pazienti risparmiando, al tempo stesso, risorse, costituendo la base per l'evoluzione e l'implementazione su base regionale dei protocolli sanitari, vera essenza del sistema clinico dell'emergenza.

#### LA PROPOSTA METODOLOGICA

In linea con quanto contenuto nella bozza del documento redatto in occasione dei Piani di Recupero e Riequilibrio della Regione Piemonte, sulla base dell'esperienza organizzativa e gestionale maturata, nonché degli investimenti nelle tecnologie di supporto con importanti contributi di modernità ed efficienza, si ritiene percorribile una revisione organizzativa che

preveda una centrale operativa per aree, con un bacini di riferimento orientativamente di 0,5-1 milione ed oltre di abitanti.

La centrale operativa 118 potrà progressivamente gestire con forti opzioni di rinnovamento le seguenti attività:

- servizio di Emergenza Urgenza Territoriale con il progressivo adeguamento al numero unico europeo 112;
- gestione delle Attività connesse alle Maxiemergenze;
- gestione del Servizio di Trasporto Secondario Interospedaliero Protetto di Paziente Critico, compreso il coordinamento del trasporto interospedaliero neo-natale;
- cogestione del trasporto organi ed equipe sanitaria per le attività di espianto organi;
- gestione del Servizio di Continuità Assistenziale;
- cogestione dei codici bianchi e parte dei verdi con la medicina generale;
- eventuale gestione o cogestione dei trasporti ordinari nel biennio successivo (2012-2013).

L'attuale modello di coordinamento dell'emergenza urgenza può essere riorganizzato in quattro Centrali Operative 118 anche per la salvaguardia delle funzioni di ribaltamento delle chiamate. Una delle quattro Centrali 118 mantiene funzioni operative sovrazionali per l'elisoccorso, trasporto organi, farmaci ed equipe sanitarie. La configurazione permette la gestione unica della banca dati 118 a livello regionale.

Il nuovo modello organizzativo determina il seguente fabbisogno di personale senza funzioni direttive e di coordinamento:

- n° 108 unità infermieri a tempo pieno, rispetto all'attuale organizzazione risparmio di n. 30 unità infermiere;
- n° 28 unità medico, rispetto all'attuale organizzazione risparmio di n. 17 unità medico;
- una postazione h24 in coordinamento con il Soccorso Alpino e Speleologico in convenzione.

Le unità di personale in diminuzione appartenente ad entrambe le professionalità, infermiere e medico, sono parzialmente riassorbite nell'ambito della riorganizzazione territoriale del sistema di emergenza 118.

La sostenibilità delle azioni necessarie ad elevare la qualità e l'appropriatezza dell'attività territoriale del soccorso, dettagliatamente descritte nei paragrafi seguenti, è riequilibrata attraverso questi "risparmi".

## *a2) Le postazioni territoriali della Regione Piemonte*

### IL CONTESTO ATTUALE

Il sistema dell'Emergenza Sanitaria Territoriale 118 della Regione Piemonte ha un'articolazione territoriale la cui progettazione risale alla metà degli anni novanta.

In quegli anni, il fabbisogno delle postazioni di soccorso avanzato veniva approvato dalla giunta regionale del Piemonte che con proprio provvedimento del 22 giugno 1998 deliberava il numero massimo di ambulanze di soccorso avanzato per ogni singola azienda sanitaria locale sulla base di indicatori quali il numero di abitanti, il territorio di competenza, i tempi di percorrenza ed alcuni correttivi tra cui l'orografia del territorio, le vie di comunicazione, flussi turistici stagionali, la distribuzione dei presidi ospedalieri con DEA o Pronto soccorso.

La definizione del fabbisogno di ambulanze medicalizzate utilizzava il criterio che si basa sulla attribuzione di una ambulanza avanzata ogni 60.000 abitanti e comunque per la copertura di un territorio non superiore a 350 Km<sup>2</sup>.

Il criterio si attuava applicando la seguente formula :

$$\frac{(\text{n. abitanti : 60.000}) + (\text{superficie : 350 Km}^2)}{2} = \text{n. di Ambulanze Avanzate}$$

Dal 1996 la strategia organizzativa della Regione Piemonte per la dislocazione delle postazioni di soccorso avanzato conferma l'assetto approvato con la citata delibera regionale.

Il numero di postazioni di soccorso con personale medico ed infermieristico o infermieristico a bordo, alla data del 31 dicembre 2009, è:

- n. 62 mezzi di soccorso avanzato con operatività h24 - M.S.A. (con personale medico ed infermieristico);
- n. 9 mezzi di soccorso avanzato di base con operatività h24 - M.S.A.B. (con personale infermieristico a bordo);
- n. 1 mezzi di soccorso avanzato di base con operatività h12 - M.S.A.B (con personale infermieristico a bordo);
- N. 5 elicotteri.

Le postazioni di soccorso di base, ovvero con a bordo soccorritori adeguatamente formati, convenzionate in forma continuativa sono state definite nel tempo da parte delle singole Aziende Sanitarie nell'ambito della programmazione annuale dedicata all'emergenza sanitaria territoriale 118 e sottoposta all'approvazione regionale per il relativo finanziamento.

Il numero delle postazioni di soccorso di base presenti nella Regione Piemonte alla data del 31.12.2009 è:

- n. 45 mezzi di soccorso di base con operatività h24 M.S.B. (con soccorritori a bordo);
- n. 12 mezzi di soccorso di base con operatività h12 M.S.B. (con soccorritori a bordo);
- n.250 mezzi di soccorso di base occasionali con convenzione in estemporanea M.S.B. (con soccorritori a bordo).

Nel corso dell'anno 2010 sono state apportate variazioni locali all'organizzazione descritta nelle tabelle allegate con l'attivazione di una nuova postazione di soccorso avanzato di base h12 e quattro nuove postazioni di soccorso di base h12.

Il sistema territoriale di soccorso 118 ha negli anni progressivamente accresciuto il numero delle postazioni di base convenzionate in forma continuativa.

Di norma, l'indicatore utile a supportare la scelta per il passaggio della postazione dalla forma di convenzionamento in estemporanea alla forma di convenzionamento in continuativa è il numero di interventi pari a 1000/1200 anno in condizioni normali.

Anche la copertura geografica del territorio e la rete viaria incidono nel determinare gli indicatori in quanto qualora una "nuova" postazione in forma continuativa possa assorbire interventi di bassa gravità nelle aree geografiche limitrofe con ridefinizione delle aree territoriali di competenza dei mezzi, tale limite può essere ridotto a 800/interventi anno.

#### LA PROPOSTA METODOLOGICA

A questo scopo, ci si propone in primis di individuare la definizione del fabbisogno di mezzi di soccorso medicalizzati sul territorio regionale utilizzando il criterio già attuato, che si basa sulla attribuzione di una ambulanza avanzata ogni 60.000 abitanti con la copertura di un territorio non superiore a 350 Km<sup>2</sup>, applicando un necessario correttivo specifico per la copertura ottimale nelle zone montane e pedemontane.

Il criterio si attua applicando la seguente formula:

$$\frac{(P.R.P. : 60.000) + (P.R.M : 40.000)}{2} + \frac{(S.P.: 350 \text{ Km}^2.) + (S.M. : 300 \text{ Km}^2.)}{2} = \text{numero MSA}$$

dove:

P.R.P. = Popolazione residente in area di pianura

P.R.M. = Popolazione residente in area montana e pedemontana.

S.P. = Superficie pianura

S.M. = Superficie montana

M.S.A. = mezzo di soccorso avanzato sia nella forma di auto medica (A.S.A.), ambulanza di soccorso avanzato (MSA), ambulanza di soccorso avanzato di base. (MSAB)

L'applicazione della formula individua 81 postazioni di soccorso con personale sanitario a bordo sul territorio regionale.

L'analisi condotta sul numero degli interventi della Regione in particolare sui codici di gravità, giallo-rossi, nelle quattro aree territoriali porta a ritenere adeguato un fabbisogno di 80 postazioni suddivise con idonei correttivi anche in base allo storico pregresso, flussi metropolitani di traffico, vie di comunicazione, vincoli orografici.

L'omogeneità riscontrata dall'analisi dei dati conforta la scelta di allocare complessivamente:

- 30 Automediche (con equipaggio composto da medico infermiere ed un soccorritore);
- 25 mezzi di soccorso avanzato (con equipaggio composto da medico infermiere e due soccorritori);
- 25 mezzi di soccorso avanzato di base (con equipaggio composto da infermiere e due soccorritori).

Il nuovo modello organizzativo determina il seguente fabbisogno di personale senza funzioni direttive e di coordinamento:

- n° 440 unità infermieri a tempo pieno, rispetto all'attuale organizzazione incremento di n. 30 unità infermiere;
- n° 310 unità medico, rispetto all'attuale organizzazione risparmio di n. 35 unità medico.

Il numero delle postazioni di soccorso di base MSB previsto nella Regione Piemonte sarà:

- n. 34 mezzi di soccorso di base con operatività h24 M.S.B. (con soccorritori a bordo);
- n. 34 mezzi di soccorso di base con operatività h12 M.S.B. (con soccorritori a bordo);
- n.250 mezzi di soccorso di base occasionali con convenzione in estemporanea M.S.B. (con soccorritori a bordo).

La nuova suddivisione permette di mantenere il numero dei turni di disponibilità dei mezzi MSB con una variazione diurno notturno pari al 50%.

Le quattro aree d'intervento suddividono la popolazione residente (al 31/12/2009) nei seguenti bacini d'utenza:

1. AREA 1 TO Popolazione residente 2.297.598 superficie 6.830,25 Km<sup>2</sup>.
2. AREA 2 AL-AT Popolazione residente 660.565 superficie 5.071,20 Km<sup>2</sup>.
3. AREA 3 CN Popolazione residente 589.586 superficie 6.902,68 Km<sup>2</sup>.
4. AREA 4 NO-BI-VC-VCO Popolazione residente 898.481 superficie 6.598,03 Km<sup>2</sup>.

Successivamente potranno essere previsti meccanismi di compensazione con cessione di sub-aree tra le Aree sopra individuate per bilanciare i volumi di produzione, anche i relazione a fattori quali:

- vie di comunicazione;

- vincoli orografici;
- tempi di percorrenza per l'arrivo sul luogo e relativa ospedalizzazione del paziente;
- distribuzione della nuova rete di emergenza ospedaliera secondo il modello HUB e SPOKE;
- integrazione di risorse in seguito alle limitazioni operative del Pronto Soccorso ( ad esempio ridefinizioni della rete dei P.S. con riconversione di alcuni di questi in Punti di Primo Intervento);
- flussi turistici stagionali.

In analogia l'analisi condotta sul numero degli interventi della Regione in particolare sui codici di gravità, giallo-rossi, nelle quattro aree territoriali porta a ritenere adeguato un fabbisogno di 4 basi operative di elisoccorso.

Alla luce dei dati di attività del servizio negli ultimi cinque anni, nonché dei dati relativi al servizio territoriale con i mezzi a terra si propone un servizio di elisoccorso che impieghi un numero di mezzi diurni pari a 4 per una previsione media di interventi di 2.694 sul totale, pari a 674 interventi prevedibili in media per ogni base anno e un numero di mezzi notturni pari a 1 per una previsione media di 550 interventi anno.

Nel precedente appalto la configurazione a cinque basi operative era in relazione ad un totale presunto e poi verificato di 3922, pari a 785 interventi prevedibili per ogni base mentre l'assenza di mezzi per la fascia oraria notturna ha di fatto impedito l'accettazione di numerose missioni specie nel periodo di riduzione delle effemeridi.

Il completamento della rete terrestre ha infatti portato ad una riduzione diurna delle richieste pari ad un - 32% mentre la richiesta di interventi notturni rimaneva inevasa.

Il servizio potrà essere eseguito presso le basi di:

1. NORDOVEST: Torino o altra elisuperficie gestita nella provincia di Torino.
2. SUD-OVEST: Cuneo o altra elisuperficie gestita individuata nella provincia di Cuneo.
3. SUD-EST: Alessandria o altra elisuperficie gestita individuata nella provincia di Alessandria.
4. NORD-EST Novara o altra elisuperficie gestita individuata nelle province di Novara, Vercelli.
5. BASE NOTTURNA: una delle precedenti da individuarsi in relazione alla dislocazione dei mezzi diurni ed alla possibilità di apertura h24.

In caso di particolari emergenze o comunque quando se ne ravvisi la necessità, dovrà essere possibile il trasferimento temporaneo degli elicotteri in elisuperfici diverse da quelle indicate.

#### Elisuperfici a servizio delle strutture sanitarie Ospedaliere e Territoriali

La complessità degli adempimenti richiesti dalla normativa sopra richiamata richiede di individuare un piano complessivo di interventi che possa trovare graduale applicazione nel tempo, relativamente alle destinazioni collegate all'attività HEMS cioè quei siti, individuati a diversi livelli, su cui si svolgono le manovre di decollo e atterraggio degli elicotteri. In adesione a quanto già previsto nelle JAR-OPS 3 (la normativa internazionale di riferimento), anche la normativa italiana recepisce in proposito la distinzione seguente:

- 1) basi operative HEMS;
- 2) destinazioni sanitarie (ospedali HUB);
- 3) elisuperfici a servizio di strutture sanitarie;
  - elisuperfici a servizio di comunità isolate;
  - siti HEMS.

#### *a3) La Continuità Assistenziale*

## PROPOSTA METODOLOGICA

La razionalizzazione deve opportunamente interessare anche l'organizzazione del Servizio di Continuità Assistenziale iniziando dalla centralizzazione delle chiamate presso le Centrali Operative 118, con apposito nucleo di gestione delle stesse.

Successivamente dovranno essere messe a disposizione della continuità Assistenziale le dotazioni tecnologiche delle centrali Operative con indiscutibili benefici in termini di ottimizzazione degli interventi, monitoraggio delle attività e riduzione dei tempi di attesa dell'utenza.

Altri elementi di razionalizzazione provengono da una più corretta distribuzione delle postazioni di Continuità Assistenziale, attualmente 145 per un totale di 908.000 ore lavorate nel 2009, riorganizzando il servizio in funzione di una più razionale ed appropriata rete territoriale e ospedaliera dell'emergenza.

Ulteriori indicazioni di programmazione potranno essere fornite nel momento in cui il sistema di acquisizione dei dati, previsto dal già citato D.M. 17 dicembre 2008 "istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza" (GU n. 9 del 13 gennaio 2009), andrà a regime.

Ferma restando la allocazione dei Centralini di chiamata della Continuità assistenziale presso le Centrali Operative 118, la rete delle postazioni potrà essere integrata nei CAP. E' da prevedere adeguata formazione dei medici di continuità assistenziale come risorsa integrativa dei CAP e come interfaccia con il sistema di emergenza.

### *b) Emergenza Ospedaliera*

Per quanto riguarda la rete della emergenza ospedaliera, dal punto di vista dei criteri generali organizzativi, stabilito un Centro HUB ogni 500.000- 1.000.000 abitanti, si deve prevedere uno SPOKE in ogni ambito territoriale corrispondente ad un bacino di utenza intorno a 150.000 – 300.000 abitanti o qualora il tempo di accesso da un ospedale alla più vicina sede di D.E.A. superasse i 60 minuti, tenendo conto che il centro HUB funge anche da spoke per il bacino di competenza.

Nel ribadire la funzione interdisciplinare dei Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (D.E.A.) come asse portante dell'organizzazione del soccorso, il modello organizzativo deve prevedere la individuazione di un organico medico dedicato all'Emergenza-Urgenza, inquadrato nella disciplina specifica così come prevista dal D.M. 30.01.98 (Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza).

In questo contesto, "gli organici dedicati e specifici per l'emergenza ospedaliera devono divenire una vera e propria Rete di risorse professionali che secondo le caratteristiche del territorio e dei presidi che vi insistono, sia messa in grado di spalmare le proprie competenze sull'intero scenario delle strutture dedicate all'emergenza; dai centri di eccellenza (D.E.A. zonali e sovrazonali), caratterizzati da elevati livelli tecnologici e competenze di alto livello, deve svilupparsi una funzione vasta di Pronto Soccorso in grado di soddisfare le esigenze funzionali dei presidi non sede di D.E.A. e dei punti di primo intervento che dovranno essere direttamente collegati allo spoke di competenza.

### *Funzioni di HUB*

Le funzioni previste per i Centri HUB possono essere erogate anche da un unico presidio ospedaliero o da diversi presidi aggregati in poli.

L'Ospedale deve essere dotato, oltre che delle funzioni previste per il Centro SPOKE, anche delle strutture che attengono alle discipline a maggiore complessità, non previste nel Centro SPOKE o comunque non in tutti i Centri SPOKE: Cardiologia con emodinamica interventistica H.

24, Neurochirurgia, Cardiochirurgia e Rianimazione cardiocirurgica, Chirurgia Vascolare, Chirurgia Toracica, Chirurgia Maxillo-facciale, Chirurgia plastica, Endoscopia digestiva ad elevata complessità, Broncoscopia interventistica, Radiologia interventistica, Rianimazione pediatrica e neonatale, medicina di alta specialità, oncologia di II livello.

In tre hub insistono l'università e centri di ricerca transazionale e clinica.

Devono essere presenti o disponibili H. 24 i Servizi di Radiologia con T.A.C. ed Ecografia (con presenza medica), Laboratorio, Servizio Immunotrasfusionale.

Il P.S. del Centro HUB deve compiere interventi diagnostico-terapeutici, di stabilizzazione e cura del paziente (anche di alta complessità) e di ricovero, in maniera da dare una risposta a tutti i bisogni sanitari complessi della popolazione.

Deve essere dotato di letti di Osservazione Breve Intensiva, di letti per la Terapia Subintensiva (anche a carattere multidisciplinare).

Oltre alle funzioni istituzionali del Centro HUB, alcune funzioni particolarmente specifiche sono svolte in un unico Centro Regionale o sovra regionale in accordo con Regioni limitrofe (Centro Grandi Ustionati, Unità Spinale Unipolare e Riabilitazione del Cranioleso, Camera Iperbarica, Chirurgia generale d'urgenza, Trattamento delle Amputazioni, Microchirurgia, Chirurgia della mano, , Centro Antiveneni in collegamento con Centri sovra regionali. Tali attività vanno allocate nei presidi che sono riferimento per le reti delle patologie complesse (nello specifico rete del politrauma).

Analogamente tutta una serie di funzioni specialistiche mediche e chirurgiche anche se non strettamente collegate all'emergenza (Trapianti, Centro rete Oncologica, ecc.) vanno collocate presso un hub a valenza regionale o sovra zonale a seconda del volume di attività.

Obiettivo ulteriore è quello di migliorare l'effettivo funzionamento delle reti integrate per le patologie acute ad alta complessità assistenziale quale la rete per la patologia cardiovascolare, cerebro-vascolare, traumatologica, oncologica, ostetrico ginecologica, pediatrica, dei trapianti (prelievi), ecc, in armonia con la rete dei D.E.A. e con l'utilizzo delle moderne tecnologie di trasmissione dati e immagini.

Per queste patologie, devono essere previste forme di consultazione, di trasferimento delle immagini e protocolli concordati di trasferimento urgente del paziente gestiti in accordo con le Centrali Operative 118 di competenza.

La rete di teleconsulto, inoltre, rappresenta un utile supporto alle reti specialistiche di emergenza, in quanto, essendo connessa alle centrali Operative 118, permette flussi informativi e trasporto dei dati tecnici fra tutti i Centri collegati, con la possibilità di anticipare informazioni sui pazienti in arrivo in Ospedale e ricevere dati sulla disponibilità dei posti letto.

Al fine di un utilizzo ottimale della rete di trasmissione di immagini e dati è necessario garantire la presenza sulle 24 ore, nei DEA dei centri specialistici dove e' previsto il collegamento con la rete di personale sanitario dedicato alla gestione delle richieste di consulenza.

Il bacino d'utenza previsto è di circa 500.000 / 1.000.000 abitanti.

#### *Funzioni di SPOKE*

Il Pronto Soccorso che eroga funzioni di SPOKE deve compiere interventi diagnostico-terapeutici, di stabilizzazione e cura del paziente, di ricovero oppure di trasferimento urgente al Centro HUB o al Polo di riferimento, secondo protocolli concordati per le patologie di maggiore complessità.

È ubicato in un Presidio Ospedaliero che presenti una dotazione di servizi di base e specialistici di complessità medio – alta e valori adeguati di accessibilità del bacino di utenza.

Il Personale medico è costituito da Medici d'Urgenza, inquadrati in una Struttura Complessa, di Medicina e Chirurgia di Accettazione e d'Urgenza operante sia in guardia attiva che in reperibilità anche su più presidi.

Deve essere dotato di letti di Osservazione Breve Intensiva e di letti per la Terapia Subintensiva (anche a carattere multidisciplinare).

L'Ospedale deve essere, di norma, dotato di Struttura di Medicina Generale, Chirurgia Generale, Anestesia e Rianimazione, Ortopedia e Traumatologia, Ostetricia e Ginecologia (se prevista per n. di parti/anno), Pediatria, Cardiologia con U.T.I.C., Neurologia, Dialisi per acuti, Endoscopia in Urgenza, Psichiatria, Oculistica, O.R.L., Urologia, con servizio medico di G.A. (guardia attiva) o di Reperibilità oppure in rete per le patologie per le quali la rete stessa è prevista.

Devono essere presenti o disponibili h. 24 i Servizi di Radiologia con T.A.C. ed Ecografia, Laboratorio, Servizio Immunotrasfusionale.

Le funzioni proprie del Centro SPOKE possono essere, nella fase di riorganizzazione, anche erogate da più strutture integrate su più presidi.

Alcuni Centri SPOKE, ma non tutti necessariamente, sulla base della definizione ed implementazione della rete delle patologie complesse, sono dotati di funzioni specifiche quali ad es. Emodinamica.

Per la rete delle patologie complesse (traumi, cardiovascolare, stroke) devono essere previste forme di consultazione, di trasferimento delle immagini e protocolli concordati di trasferimento urgente del paziente presso i Centri HUB o occasionalmente in Centri Sovraregionali, gestiti in accordo con le Centrali Operative 118 di competenza. A questo proposito si rende necessario l'affidamento al sistema 118 della gestione dei trasferimenti secondari urgenti.

Il bacino d'utenza previsto è di circa 150.000 / 300.000 abitanti.

#### *Funzioni di Pronto Soccorso semplice*

Il Pronto Soccorso Semplice (P.S.) deve compiere interventi diagnostico-terapeutici, di stabilizzazione e cura del paziente, di ricovero oppure di trasferimento urgente al centro SPOKE o HUB di riferimento, secondo protocolli concordati per le patologie di maggiore complessità o che richiedano comunque tecnologie più appropriate.

Deve essere dotato di letti di Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.) proporzionali al bacino di utenza e alla media dei passaggi.

Devono essere funzionanti 24 ore, anche in rete, i Servizi di Radiologia, Laboratorio, Emoteca (disponibile).

Il bacino d'utenza deve comportare, di norma, un numero di accessi al pronto soccorso superiore a 20.000 unità.

È ubicato in una struttura appartenente alla rete ospedaliera, dotata di funzioni di Medicina Interna, Chirurgia Generale, Anestesia, e servizi come sopra specificati e prevede la pronta disponibilità anche di multi presidio (eventualmente in collegamento con lo spoke di riferimento) e la guardia attiva secondo le esigenze del bacino d'utenza ed il numero dei passaggi.

A regime, il personale medico appartiene alla Medicina e Chirurgia di Accettazione e d'Urgenza del D.E.A di riferimento e sarà reperito anche negli organici presenti, per redistribuzione di unità o a seguito di opzione dei Medici del Presidio interessato.

Il bacino d'utenza previsto è di circa 40.000 / 150.000 abitanti.

#### *Funzioni di Pronto Soccorso di base nell'Ospedale di area disagiata (per esempio i presidi di Venaria, Omegna e Ceva)*

Nella Regione Piemonte, come in molte altre regioni italiane, esistono situazioni con ospedali per acuzie con pronto soccorso situate in aree considerate ostili o disagiate, tipicamente in ambiente montano o premontato con collegamenti di rete viaria complessi e conseguente dilatazione dei tempi. Il ruolo svolto da questi ospedali nell'ambito del sistema di emergenza-urgenza si riferisce per la maggior parte alla gestione di pazienti che afferiscono da aree troppo distanti dal centro Hub o Spoke di riferimento per le quali si superano i tempi previsti per un

servizio di emergenza efficace, nella definizione di tali aree deve essere tenuto conto della presenza o meno di elisoccorso e di elisuperfici dedicate.

Questi ospedali che hanno oggi anche una serie di funzioni chirurgiche non prettamente di emergenza, con un numero di casi troppo basso per garantire la sicurezza dei ricoveri anche in relazione al mantenimento dello skill e delle competenze e che incidono pesantemente sulle tipologie di investimento richieste dalla sanità moderna, dovranno essere integrati nella rete ospedaliera.

Tale ospedale (a basso volume di attività) di area disagiata è dotato di:

- un reparto di 20 posti letto di medicina generale con un proprio organico di medici e infermieri;
- una chirurgia elettiva ridotta che effettua interventi in Day surgery o eventualmente in Week Surgery con la possibilità di appoggio nei letti di medicina (obiettivo massimo di 70% di occupazione dei posti letto per avere disponibilità dei casi imprevisi) per i casi che non possono essere dimessi in giornata; la copertura in pronta disponibilità, per il restante orario, da parte dell'equipe chirurgica garantisce un supporto specifico in casi risolvibili in loco;
- un Pronto soccorso presidiato da un organico medico dedicato all'Emergenza-Urgenza, inquadrato nella disciplina specifica così come prevista dal D.M. 30.01.98 (Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza) e, da un punto di vista organizzativo, integrata al DEA di riferimento che garantisce il servizio e l'aggiornamento relativo. E' previsto un protocollo che disciplini i trasporti secondari dall'Ospedale distrettuale al centro Spoke o Hub.

Come servizi diagnostici è prevista la radiologia con trasmissione di immagine collegata ai radiologi del centro DEA di riferimento, laboratorio con apparati per analisi fast in pronto soccorso e gestiti dal pronto soccorso stesso, la presenza di una emoteca.

L'organico medico di tale ospedale dovrebbe essere dimensionato con persone che agiscono a rotazione e che fanno parte dell'organico delle strutture complesse del DEA di riferimento:

- medici di medicina interna (presenza di un medico 12H 5 GG alla settimana + 6H 2GG alla settimana + reperibilità);
- medici di chirurgia generale (12 ore 5 gg la settimana + reperibilità diurna e doppia notturna, non hanno reparto);
- copertura anestesiologicala con organico collegato con la struttura complessa del DEA di riferimento;
- medici di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza (presenza di un medico 24H, 365GG all'anno e con la medicina generale che partecipa all'attivazione della guardia attiva).

I criteri nazionali per l'attivazione dell'ospedale di area disagiata sono:

- zona disagiata, montana o premontata con bacino di utenza servita in esclusiva tra 20.000 - 40.000 abitanti nella quale la percorrenza media sia superiore a 60 minuti in condizioni standard e, durante il periodo invernale, tempi più lunghi e imprevedibili;
- un presidio in grado di essere convertito.

Il bacino d'utenza previsto è di circa 20.000 / 40.000 abitanti.

### *Punti di Primo Intervento*

A seguito della riconversione dell'attività di un ospedale, potrebbe rendersi necessario il mantenimento di un Punto di Primo Intervento, operativo 12 o 24 ore a seconda delle esigenze organizzative e sanitarie.

Per questa funzione sono necessari unicamente ambienti e dotazioni tecnologiche atti al trattamento delle urgenze minori ed a una prima stabilizzazione del paziente ad alta complessità, al fine di consentirne il trasporto nel Pronto Soccorso più appropriato.

I Punti di Primo Intervento si distinguono in:

- Punti di Primo Intervento, mobili (allestiti per esigenze estemporanee) o fissi (con numero di accessi < 6.000 se attivi 24 ore o < 3.000 se attivi 12 ore), assegnati al "Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale 118" come postazione territoriale fissa aggiuntiva;
- Punti di Primo Intervento con numero di accessi > 6.000 fino a 20.000 se attivi 24 ore o > 3.000 se attivi 12 ore assegnati alle strutture delle Aziende Sanitarie dopo l'attuazione della riorganizzazione della rete ospedaliera (PS, SPOKE, HUB);
- Punti di Primo Intervento in zona disagiata con un forte presidio dello Spoke di riferimento.

Le notevoli differenze tra zone a popolazione dispersa e grossi centri urbani e, d'altra parte, la necessità di garantire interventi equi ed omogenei su tutto il territorio regionale impongono una corretta programmazione dei servizi di emergenza anche nelle zone più svantaggiate.

I PPI in zona disagiata richiedono una particolare attenzione da parte dello SPOKE (o dell'HUB) a cui si riferiscono, con gestione diretta da parte degli stessi medici operanti nel Dea di riferimento e con la particolare implementazione di attività qualora i numeri lo richiedano (vedi anche le Funzioni di Pronto Soccorso Semplice).

Nel Punto di Primo Intervento è però sempre prioritaria la garanzia del trasferimento protetto del paziente stabilizzato al centro più idoneo.

#### *Alcune considerazioni per la realizzazione effettiva della rete*

Di fondamentale importanza è il lavoro di integrazione tra Hub, Spoke, PS di base, PS dell'Ospedale di Area disagiata, PPI ed il Sistema di Emergenza Territoriale 118 che devono garantire un costante presidio medico unitamente alla corretta stabilizzazione e trasporto dei malati con codici rossi e gialli afferenti alle reti delle patologie complesse nell'ottica di precisi percorsi diagnostico terapeutici.

Analoga collaborazione dovrà essere instaurata con i Distretti delle Cure Primarie per i codici a bassa gravità (bianchi e verdi).

A questo proposito adeguate interazioni con la continuità assistenziale, oltre a permettere integrazioni tra Postazioni 118, PPI e Postazioni di Continuità Assistenziale allo scopo di razionalizzare le risorse e ridurre inutili doppioni, favoriranno la virtuosa interfaccia tra emergenza, continuità assistenziale e sistema delle cure primarie.

L'ulteriore razionalizzazione della rete dei PPI e delle postazioni di ambulanza dovrà avvenire in concomitanza con la riorganizzazione della rete 118, per un utilizzo più razionale dei mezzi per i trasporti urgenti, secondari urgenti prevedendo anche la successiva riorganizzazione dei trasporti ordinari attraverso una gestione integrata con gli enti convenzionati.

È necessaria una revisione e un potenziamento della rete dei trasporti secondari, con adeguamento delle risorse da parte delle Centrali 118, dal momento che è prevedibile un notevole incremento dei trasporti da strutture a bassa intensità di cure verso strutture ad elevata complessità specialistica.

La gestione tempestiva dei trasporti intra-ospedalieri organizzata e gestita dal 118 in relazione alle necessità dei ps e ppi e in accordo con i centri HUB e SPOKE riceventi, deve comunque ottimizzare il percorso del paziente sulla base di protocolli condivisi.

Per tutte le patologie tempo-dipendenti così come per le patologie complesse (traumi, cardiovascolare, stroke) devono essere previste forme di consultazione in rete, di trasferimento delle immagini e dei dati, nonché protocolli concordati di trasferimento urgente.

È altresì necessaria la definizione di precisi protocolli, che consentano, dopo il trattamento della fase acuta nel centro ad elevata specializzazione, il ritorno in continuità assistenziale del paziente alla sede di provenienza.

Va comunque nettamente separata la funzione di urgenza da quella di continuità assistenziale, al fine di evitare pericolose ambiguità per il cittadino che dovrà sempre poter individuare con precisione i presidi dedicati all'urgenza (118 e rete HUB, SPOKE, PS di base, Ospedale di zona disagiata, con forte integrazione con i PPI e con le Postazioni di Continuità Assistenziale dedicate) e quelli per le Cure Primarie (CAP), che pur dialogando tra loro in una totale integrazione tecnologica e protocollare svolgono funzioni totalmente distinte.

Oggetto di particolare attenzione è la formazione degli operatori, attualmente non ancora completamente uniforme e di cui deve essere mantenuta rigorosamente in capo all'Ente Regione la certificazione. Tale formazione ed aggiornamento del personale, va pianificata in accordo con il Coordinamento dei DEA e con il Dipartimento Emergenza territoriale 118.

## OBIETTIVI GENERALI

### **1.2.1. La ridefinizione della rete di emergenza territoriale**

#### SITUAZIONE ATTUALE

Attualmente la rete della Emergenza territoriale, come descritto, si avvale di 8 Centrali Operative provinciali, con una distribuzione territoriale dei mezzi avanzati pari a:

- n. 62 mezzi di soccorso avanzato con operatività h24 - M.S.A. (con personale medico ed infermieristico);
- n. 9 mezzi di soccorso avanzato di base con operatività h24 - M.S.A.B. (con personale infermieristico a bordo);
- n. 1 mezzi di soccorso avanzato di base con operatività h12 - M.S.A.B (con personale infermieristico a bordo);
- n. 5 elicotteri senza volo notturno.

Le chiamate di continuità assistenziale avvengono su una miriade di centralini con scarso controllo della reale attività delle singole postazioni.

#### CRITICITÀ

Il servizio 118 necessita di una riorganizzazione che lo renda ancora più efficiente (anche centralizzando la sua gestione amministrativa) specie in funzione della riorganizzazione Hub e Spoke della rete dei DEA e Pronto Soccorso, compresa la riconversione dei piccoli ospedali ove si renderà necessaria una più snella e veloce risposta nella necessità di gestire con razionalità i flussi dei malati nelle istituende Reti delle Patologie Complesse attraverso la presa in carico dei Trasporti Secondari Urgenti.

Non è attivo un servizio di elisoccorso notturno.

Le chiamate di Continuità assistenziale non sono centralizzate e le postazioni necessitano di una riorganizzazione in funzione del nuovo assetto globale della rete di emergenza urgenza.

Troppi codici bianchi e verdi trovano risposte inappropriate per la mancanza di una organica interfaccia tra 118, DEA e Distretti delle cure primarie.

#### OBIETTIVI

Di seguito si riportano i principali obiettivi:

- centralizzazione delle funzioni e della direzione del sistema emergenza territoriale 118 in una unica Azienda che gestisce personale, logistica dei presidi, farmaceutica e tecnologie sanitarie;
- accorpamento delle 8 Centrali Operative 118 in 4 Centrali rispondenti ai criteri sopra descritti nel metodo con la individuazione di 4 aree ( Alessandria-Asti, Cuneo, Novara-Biella-Vercelli-VCO, Torino);
- rimodulazione e razionalizzazione dei mezzi di soccorso avanzato anche con introduzione della auto medica;
- ridefinizione delle basi di elisoccorso con miglioramento qualitativo delle prestazioni tecniche e sanitarie, introduzione della copertura notturna e rimodulazione su 4 basi operative;

- adeguamento della rete delle elisuperfici a servizio delle destinazioni sanitarie;
- adeguamento rete radio e informatica;
- centralizzazione delle chiamate di Continuità assistenziale presso le Centrali 118 e rimodulazione delle postazioni.

#### LE AZIONI PROPOSTE

Entro il 28 2 2011

Delibera di riorganizzazione strutturale del 118 comprendente:

- la allocazione della gestione del Dipartimento Interaziendale 118 sotto la gestione di una unica Azienda Sanitaria;
- la ridefinizione delle Centrali Operative sulla base di un criterio da 500.000 a 1.000.000 e oltre di abitanti;
- la ridefinizione e la rimodulazione organizzativa della rete dei mezzi di soccorso su gomma e del servizio di elisoccorso;
- definizione delle risorse per il passaggio al 118 dei trasporti secondari urgenti attraverso le reti delle patologie complesse.

Entro il 28 2 2011

Delibera di revisione della Continuità assistenziale che preveda:

- la centralizzazione delle chiamate di continuità assistenziale su numero unico verde presso le centrali 118;
- la revisione delle postazioni di Continuità Assistenziale.

#### EFFETTI ORGANIZZATIVI

Dalle azioni appena descritte si prevedono i seguenti effetti organizzativi:

- accorpamento da 8 a 4 Centrali Operative con Riduzione del personale dedicato;
- tecnologie riduzione centralini per la continuità assistenziale;
- abbattimento delle ore straordinarie e riduzione del personale sui mezzi;
- contratti assicurativi con rientro spesa per prestazioni attualmente gratuite ad enti privati;
- ricontrattazione delle convenzioni con Enti ed associazioni;
- aumento della appropriatezza per i trasporti secondari e primari urgenti;
- aumento della appropriatezza per codici bianchi e verdi per miglior interfaccia con cure primarie e aumento del filtro per ricoveri in ps.

EFFETTI ECONOMICI

	ANNO 2010			A regime (2012)			DIFF
	N° persone	Euro/ persona	Importo	N° persone	Euro/ persona	Importo	
<b>1) Riduzione straordinario Medici Centrale operativo 118</b>	44,8	€ 95.000	€ 4.256.000	25,2	€ 95.000	€ 2.394.000	<b>-€ 1.862.000</b>
<b>2) Riduzione straordinario Medici postazioni ambulanza</b>	347,2	€ 95.000	€ 32.984.000	308	€ 95.000	€ 29.260.000	<b>-€ 3.724.000</b>
	N° Postazioni	Euro/ Postazione	Importo			Importo	
<b>3) Convez forma continuativa msb (*)</b>	124	€ 250.000	€ 31.000.000			€ 30.400.000	<b>-€ 600.000</b>
<b>4) Convez forma estemporanea msb (*)</b>			€ 5.100.000			€ 5.000.000	<b>-€ 100.000</b>
<b>5) Manutenzione locali</b>			€ 530.000			€ 400.000	<b>-€ 130.000</b>
<b>6) Telefonia</b>			€ 900.000			€ 700.000	<b>-€ 200.000</b>
<b>7) Fatturazione a privati</b>						€ 2.000.000	<b>-€ 2.000.000</b>
<b>Totale</b>							<b>-€ 8.616.000</b>

(\*) msg = mezzo di supporto di base

Le economie sopra indicate (straordinari corrispondenti a circa 60 medici e un valore economico di circa 8,6 milioni di euro) non sono incluse nel totale delle manovre di cui alla tabella "H. LE MANOVRE 2011-2012"

### 1.2.2. La ridefinizione della rete di emergenza ospedaliera

#### SITUAZIONE ATTUALE

Attualmente la Rete della Emergenza Ospedaliera della Regione Piemonte, è composta da 6 DEA di II livello ( HUB ) più un DEA di II livello con funzioni di HUB monospecialistico (Ostetrico-ginecologico ed Infantile) più un Trauma Center DEA di II livello con funzione di Hub regionale per il Trauma.

Considerando che i 6 HUB multidisciplinare svolgono la funzione anche di SPOKE per il territorio di competenza, attualmente ci sono 31 DEA di I livello (SPOKE) e 15 Pronto Soccorso.

## CRITICITÀ

La Delibera 48 del 14/4/2008, pur delineando percorsi organizzativi tesi ad accorpare servizi e puntualizzando già diverse aggregazioni in poli, è stata in gran parte disattesa, anche nella parte relativa alla trasmissione di immagini e dati ed alla centralizzazione dei trasporti secondari urgenti in applicazione delle reti delle patologie complesse.

Per quanto riguarda le reti delle Patologie Complesse (Cardiovascolare, Stroke, Trauma, Ostetrico-neonatale, Pediatrica), e la loro integrazione all'interno della rete dei DEA, si ravvisa la necessità di intraprendere azioni specifiche che delineino con precisione la allocazione degli snodi di tali reti ( ad esempio emodinamiche) al fine di evitare iniziative autonome e slegate da un processo di programmazione più generale.

## OBIETTIVI

Di seguito si riportano i principali obiettivi:

- aggregazione di funzioni HUB in poli multi presidio (soprattutto nell'area metropolitana) con l'accorpamento di funzioni e servizi (Polo nord composto dai presidi Giovanni Bosco, Maria Vittoria e Gradenigo; Polo Sud composto dai presidi Molinette, Oftalmico, CTO, OIRM, S. Anna; Polo Ovest composto dai presidi S. Luigi e Mauriziano e Martini);
- sulla base del calcolo dei passaggi, dei tempi di percorrenza, del miglioramento dell'appropriatezza dei trasferimenti urgenti, nonché della già avvenuta applicazione del triage e del previsto utilizzo degli organici con rotazione multi presidio, trasformazione di 6 spoke (DEA di I livello) in pronto soccorso;
- sempre sulla base del calcolo dei passaggi e delle distanze e attraverso un razionale e rimodulato incremento della rete 118 in armonia con la ridefinizione della rete delle patologie complesse, trasformazione di 7 Pronto Soccorso in PPI 12 ore e trasformazione di 3 Pronto soccorso in PS di presidio area disagiata;
- cessazione di 2 Pronto Soccorso in presidi trasformati con altre funzioni non di emergenza;
- razionalizzazione dei ricoveri e del trattamento specialistico attraverso una più puntuale definizione delle reti delle patologie complesse, quali le reti delle urgenze cardiovascolari, neurologiche e traumatologiche avvalendosi anche della implementazione degli ausili tecnologici, della centralizzazione sul 118 dei trasferimenti secondari protetti e della razionalizzazione, ad esempio, della rete delle emodinamiche.

**Nel rispetto dei parametri sopra esposti ed anche in previsione della ridefinizione dei volumi di attività e della distribuzione delle discipline, sarà individuata per ciascun presidio la vocazione nelle differenti tipologie di urgenza, di elezione o la conversione territoriale nell'ambito di ciascun gruppo di ospedali afferenti a ciascun HUB. La tabella seguente è riportata a titolo esemplificativo, resta inteso che eventuali variazioni apportate in fase di definizione finale dovranno garantire i risultati attesi sia dal punto di vista sanitario che dal punto di vista economico.**

**PROPOSTA STRUTTURE RETE EMERGENZA - URGENZA**

DEA II livello (Hub)	DEA I livello (Spoke)	Pronto Soccorso Semplice	Pronto Soccorso Semplice (Area Disagiata)	Punto di Primo Intervento	Strutture senza ruolo in Emergenza (****)
<b>POLO NORD (*)</b> G. Bosco Maria Vittoria Gradenigo (***)	Ivrea Chivasso Ciriè	Cuorné		PPI h12 a Lanzo	Lanzo Castellamonte
<b>POLO SUD</b> Molinette Oftalmico CTO-USU OIRM S Anna	Chieri Moncalieri	Carmagnola			Valdese M. Adelaide Nichelino
<b>POLO OVEST</b> S. Luigi Mauriziano	Rivoli Pinerolo	Martini Susa (Briançon)	Venaria	PPI h12 a Giaveno PPI h12 ad Avigliana	Pomaretto Torre Pellice Giaveno Avigliana
<b>NOVARA</b> Maggiore	Borgomanero Vercelli Biella Verbania	Borgosesia Domodossola	Omegna	PPI h12 ad Arona	Arona Galliate Gattinara Santhià S. Giuliano Novara
<b>CUNEO</b> Santa Croce	Mondovì Savigliano Alba (**)	Bra (**) Saluzzo	Ceva		Caraglio Fossano Carle
<b>ALESSANDRIA</b> Infantile Cesare Arrigo SS. Antonio e Biagio	Asti Casale M.to Novi L.	Acqui T. Tortona		PPI h12 a Nizza M.to PPI h12 a Valenza PPI h12 ad Ovada	Borsalino Nizza M.to Valenza Ovada

**NOTE**

**(\*) Si precisa che il polo è attualmente dotato della funzione di cardiocirurgia in convenzione.**

**(\*\*) L'ospedale di Verduno sarà il Dea di I livello (Spoke) che sostituirà le strutture di Alba e Brà.**

**(\*\*\*) Presidio ex. art. 42.**

**(\*\*\*\*) Alcune di queste strutture senza ruolo in Emergenza potranno essere trasformate in strutture territoriali sede di CAP.**

## AZIONI PROPOSTE

Entro il 28 2 2011

la Regione emetterà una DGR in cui ridefinisce la rete delle emodinamiche comprendente:

- chiusura di 2 strutture e l' accorpamento di 2 in 1;
- messa in capo al 118 dei trasporti secondari urgenti e attivazione delle tecnologie e dei protocolli di trasmissione dati.

Entro il 31 3 2011

Delibera della rete dello stroke comprendente:

- messa a regime dell'utilizzo della trasmissione di dati e immagini;
- definizione dei centri abilitati al trattamento dell' ictus ischemico aggregando sugli spoke i centri;
- definizione dei centri abilitati al trattamento degli emorragici;
- definizione dei target di destinazione dei pazienti per il 118;
- messa in capo al 118 con relativa implementazione anche dei trasporti secondari urgenti e attivazione delle tecnologie e dei protocolli di trasmissione dati.

Entro il 31 3 2011

Delibera di trasformazione di:

- 6 spoke (DEA I) in pronto soccorso;
- 7 pronto soccorso in ppi 12 ore;
- 2 pronto soccorso in presidi senza ruolo nell'ambito dell'emergenza-urgenza
- 3 pronto soccorso in pronto soccorso di area disagiata.

Entro il 30 6 2011

Delibera della rete del politraumatizzato comprendente:

- definizione dei percorsi clinico organizzativi del paziente politraumatizzato;
- ridefinizione dei protocolli e dei percorsi del trattamento del Trauma Cranico;
- istituzione della reperibilità cittadina per la radiologia interventistica e per altre funzioni qualitativamente complesse ma numericamente carenti di operatori qualificati;
- ridefinizione dei Centri Trauma di Zona afferenti al Trauma Center Regionale CTO, concentrandoli negli Hub e in pochi spoke;
- update dei protocolli per Ustioni, spinali e reimpianto arti;
- utilizzo delle reperibilità specialistiche del Trauma Center con trasmissione dati e immagini;
- ammodernamento della rete trasmissione immagini e dati al Trauma Center CTO;
- definizione dei percorsi clinico-organizzativi tesi al trattamento tempestivo ed appropriato delle fratture di femore.

Entro il 30 06 2011

Delibera di aggregazione in poli degli Hub e spoke cittadini comprendente:

- l'aggregazione di servizi e l' accorpamento di reperibilità e attività di guardia, ove possibile, su più presidi;
- l'aggregazione di un ospedale ad altri presidi vicini con trasferimento ed accorpamento di funzioni ed elisione di altre;
- la chiusura di una struttura monospecialistica con gravi problemi strutturali edilizi.

Entro il 31 12 2012

Delibera di accorpamento di due ospedali in una unica struttura attualmente in costruzione.

## EFFETTI ORGANIZZATIVI ED ECONOMICI

La rimodulazione della rete emodinamica prevede una riduzione di unità di erogazione rispetto alla situazione esistente.

La ristrutturazione della rete di emergenza-urgenza porta ai seguenti risparmi:

- conversione di 6 dea di I livello in PS comporta:
  - l'accorpamenti di strutture ed eliminazione di doppioni e di turni di guardia e reperibilità grossolanamente quantificabili in: 120 medici (euro 12 milioni) e 60 infermieri e tecnici (euro 3 milioni) per un totale di circa 180 persone e euro 15 milioni;
  - la riduzione di S.C. relative alla riconversione dei presidi ospedalieri (impatto economico non ancora valutato);
  - la riduzione dei punti radiologia (TAC etc,) e laboratorio che vengono ridimensionati.
- la riduzione di 7 PS a PPI 12 ore comporta:
  - la riduzione di guardie e reperibilità quantificabili in :63 medici (euro 6,3 milioni); 63 infermieri (euro 3,2 milioni); 42 Tecnici di radiologia (euro 2,1 milioni); 42 tecnici di laboratorio (euro 2,1 milioni); 42 OSS (euro 2,1 milioni) per un totale di circa 252 persone e di euro 15,8 milioni;
  - il risparmio di punti radiologia e laboratorio e funzioni legate alla conversione di ospedali in strutture territoriali (impatto economico non ancora valutato).
- la riduzione di 2 PS in strutture senza funzioni di emergenza-urgenza comporta:
  - la riduzione di guardie e reperibilità quantificabili in : 24 medici (euro 2,4 milioni); 24 infermieri (euro 1,2 milioni); 18 Tecnici di radiologia (euro 0,9 milioni); 18 tecnici di laboratorio (euro 0,9 milioni); 18 OSS (euro 0,9 milioni) per un totale di circa 102 persone e di euro 6,3 milioni;
  - il risparmio di punti radiologia e laboratorio e funzioni legate alla conversione di ospedali in strutture territoriali (impatto economico non ancora valutato).
- la riduzione di 3 PS a PS area disagiata comporta:
  - la riduzione di guardie e reperibilità quantificabili in : 24 medici (euro 2,4 milioni); 24 infermieri (euro 1,2 milioni); 18 Tecnici di radiologia (euro 0,9 milioni); 18 tecnici di laboratorio (euro 0,9 milioni); 18 OSS (euro 0,9 milioni) per un totale di circa 102 persone e di euro 6,3 milioni;
  - il risparmio di punti radiologia e laboratorio e funzioni legate alla conversione di ospedali in strutture territoriali (impatto economico non ancora valutato).

**L'ammontare dei risparmi sopra indicati (e ovviamente di quelli ancora da valutare) non sono stati presi in considerazione nelle manovre economiche riportate nella tabella "H. Le manovre 2011-2012". Le persone indicate come riduzione (totale 618 unità) sono da considerarsi a supporto della decisione di blocco di turnover riportata nel capitolo 2.**

### 1.3.La rete di degenza

In coerenza con la rete della Emergenza-Urgenza, del Territorio e della diagnostica strumentale è di seguito definita la rete di degenza, sulla base di parametri condivisi, attraverso il fabbisogno di prestazioni appropriate di acuzie per specialità e per area geografica ed il corrispondente numero di posti letto (1), l'appropriatezza delle attività di post-acuzie e le strutture organizzative risultanti (2) e l'organizzazione relativa (3).

#### 1.3.1. Il fabbisogno di prestazioni di acuzie

##### LA SITUAZIONE ATTUALE (ACUZIE E POSTACUZIE)

##### RICOVERI

La definizione del fabbisogno di prestazioni parte dai concetti di appropriatezza per livello assistenziale utilizzando tutti i parametri sviluppati durante gli ultimi venti anni ma soltanto in parte applicati.

Tab. 1 Produzione Piemonte pubblico e privato (2008)

	pubblica	%	privata	%	tot	%
Acuzie	653.399	<b>94,02</b>	95.770	<b>76,61</b>	749.169	<b>91,37</b>
Postacuzie	16.270	<b>2,34</b>	29.242	<b>23,39</b>	45.512	<b>5,55</b>
Nido	25.265	<b>3,64</b>	0	<b>0,00</b>	25.265	<b>3,08</b>
	<b>694.934</b>	<b>100,00</b>	<b>125.012</b>	<b>100,00</b>	<b>819.946</b>	<b>100,00</b>

Tab. 2 Mobilità attiva (2008)

	Pubblica	%	privata	%	tot	%
Acuzie	34.284	<b>95,95</b>	14.797	<b>71,58</b>	49.081	<b>87,02</b>
Postacuzie	730	<b>2,04</b>	5.875	<b>28,42</b>	6.605	<b>11,71</b>
Nido	718	<b>2,01</b>	0	<b>0,00</b>	718	<b>1,27</b>
	<b>35.732</b>	<b>100,00</b>	<b>20.672</b>	<b>100,00</b>	<b>56.404</b>	<b>100,00</b>

Tab. 3 Mobilità passiva (2008)

	tot	%
Acuzie	52.129	<b>90,66</b>
Postacuzie	4.352	<b>7,57</b>
Nido	1.021	<b>1,78</b>
	<b>57.502</b>	<b>100,00</b>

Tab. 4 Mobilità passiva (2008, per regione)

cod_reg	Regione	Totale	%	% prog
030	Lombardia	33.222	<b>57,78</b>	<b>57,78</b>
070	Liguria	11.545	<b>20,08</b>	<b>77,85</b>
080	Emilia Romagna	2.632	<b>4,58</b>	<b>82,43</b>
090	Toscana	1.607	<b>2,79</b>	<b>85,22</b>
020	Valle D'Aosta	1.301	<b>2,26</b>	<b>87,49</b>
050	Veneto	1.212	<b>2,11</b>	<b>89,60</b>
190	Sicilia	901	<b>1,57</b>	<b>91,16</b>
120	Lazio	899	<b>1,56</b>	<b>92,73</b>
180	Calabria	821	<b>1,43</b>	<b>94,15</b>
160	Puglia	779	<b>1,35</b>	<b>95,51</b>
150	Campania	722	<b>1,26</b>	<b>96,76</b>
200	Sardegna	592	<b>1,03</b>	<b>97,79</b>
110	Marche	252	<b>0,44</b>	<b>98,23</b>
130	Abruzzo	238	<b>0,41</b>	<b>98,65</b>
060	FVG	180	<b>0,31</b>	<b>98,96</b>
170	Basilicata	170	<b>0,30</b>	<b>99,25</b>
100	Umbria	132	<b>0,23</b>	<b>99,48</b>
042	Trento	108	<b>0,19</b>	<b>99,67</b>
041	Bolzano	105	<b>0,18</b>	<b>99,85</b>
140	Molise	84	<b>0,15</b>	<b>100,00</b>
		57.502		

Popolazione  
31/12/2008

Tab. 5 Calcolo consumi dei ricoveri ordinari e DH (2008 al netto del nido)

4.432.571

	Produzione per interni	Totale produzione	Mobilità attiva	Mobilità passiva	Totale consumo residenti	Tasso per 1000 ab
Acuzie	700.088	749.169	49.081	52.129	752.217	170
Postacuzie	38.907	45.512	6.605	4.352	43.259	10
	738.995	794.681	55.686	56.481	795.476	179

La produzione si riferisce alle strutture pubbliche e private e non contiene il nido

## POSTI LETTO OSPEDALIERI

La Regione Piemonte ha avuto, negli ultimi anni, un numero di posti letto sostanzialmente stabile, vedere la tabella seguente. Una diminuzione di posti letto per acuzie è stata compensata da un incremento di posti letto di postacuzie. Quest'ultimi incidono per il 1,01 PL per mille abitanti e superano, di conseguenza, il tasso previsto dal Patto per la salute 2010-2012 di 0,7 PL per mille abitanti.

**Tab. 6. PL ospedalieri effettivi al netto delle culle del nido (spec 31) per gli anni 2008 e 2010**

	Popolazione al 31/12/2008		4.432.571
PL effettivi	2008	fine 2010	PL per 1000 abitanti
Acuzie	14.419	14.125	3,19
Postacuzie	4.105	4.456	1,01
<b>Totale</b>	<b>18.524</b>	<b>18.581</b>	<b>4,19</b>

I dati di posti letto sopra indicati contengono i posti letto contrattati delle case di cura privati secondo la definizione dei flussi ministeriali.

#### LA METODOLOGIA DELL'APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI PER ACUZIE E LA DETERMINAZIONE DEI POSTI LETTI RELATIVI

Le linee guida condivise con l'Agenas partono dall'articolo 6 del Patto della Salute 2010-2012 che prevede una razionalizzazione della rete ospedaliera ottenuta attraverso l'incremento dell'appropriatezza dei ricoveri, e con la promozione del passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno, dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale e, in generale, dal ricovero all'assistenza residenziale e domiciliare per cui i ricoveri saranno volti a casi importanti a cui si fornirà un'assistenza altamente qualificata. Nel comma 5 dello stesso articolo si prevede l'estensione delle prestazioni ad alto rischio di inappropriatazza, con passaggio da 43 DRG, di cui all'allegato 2C del DPCM 29 novembre 2001, alle liste contenute negli elenchi A e B allegati allo stesso Patto della Salute. Le Regioni dovranno, a tal fine, stabilire i valori soglia entro cui ammettere i ricoveri ordinari; prevedere le tariffe da attribuire alle prestazioni e definire le misure da adottare per le prestazioni extrasoglia.

Pertanto nel triennio si prevede, per le Aziende ospedaliere, per le strutture classificate e per tutte le strutture private accreditate, l'obiettivo della riduzione di ricoveri in regime ordinario e del trasferimento degli stessi in parte a regime diurno e in parte a regime ambulatoriale e territoriale secondo le indicazioni di seguito riportate.

- a. In complesso, a livello regionale, si prevede che **i ricoveri ordinari chirurgici** afferenti all'allegato B del Patto della Salute 2010-2012 siano trasferiti in regime diurno nelle percentuali per singolo DRG. Per questi ricoveri si sono utilizzate, come bench-mark, le strutture regionali migliori. La percentuale è stata calcolata per singolo DRG su un bench-mark degli erogatori regionali, pubblici e privati, che forniscono almeno un terzo della produzione regionale. Il valore scelto appartiene all'erogatore meno performante di ciascun DRG. Le percentuali di Ricovero ordinario sono misurate per i DRG, per i quali sono già state definite delle prestazioni ambulatoriali, sull'insieme di ricoveri e sulle corrispondenti prestazioni ambulatoriali. Per i DRG 006 (Decompressione del tunnel carpale) e 039 (Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia) è, inoltre, previsto che il

95% dei ricoveri diurni sia erogato in forma ambulatoriale. Questa percentuale è stata ipotizzata per permettere ai pazienti con maggior bisogno di assistenza di continuare a fruire della prestazione in forma di ricovero. La Regione Piemonte, con la DGR 84-10526 del 29/12/2008, ha già definito delle tariffe per le prestazioni ambulatoriali interessate e, ha stabilito una percentuale di conversione nei contratti con le case di cura private 2009-2010.

- b. Il percorso per giungere ad una situazione appropriata per **i ricoveri non chirurgici** afferenti all'allegato B del Patto della Salute è più articolato. Confrontando l'incidenza sulla popolazione di questi DRG con le regioni che non sono nel piano di rientro e che hanno uno sviluppo diffuso dell'assistenza territoriale è evidente che la maggior parte della differenza del tasso di ospedalizzazione riguarda proprio questo tipo di ricoveri. L'utilizzo del ricovero in ospedale è quindi un modo per soddisfare un fabbisogno di cura che altre regioni affrontano con altri livelli assistenziali. Il concetto di "appropriatezza organizzativa" è la scelta del livello assistenziale corretto e meno costoso per ciascun tipo di fabbisogno di cura. Le variazioni tra le Aziende Sanitarie territoriali (ASL) all'interno della Regione sono anche sensibili e possono essere lette come differenze di altre risposte ad un fabbisogno degli assistiti. Sono considerati ricoveri appropriati quelli con un tasso di ricovero, per ciascuna ASL e DRG, inferiore o eguale al valore medio delle regioni di riferimento.
- c. Si ritiene, inoltre, possibile trasferire l'60% delle prestazioni di chemioterapia (DRG 410) in regime ambulatoriale (con relativa documentazione del consumo di farmaci nel file F), mantenendo la parte restante in ricovero ospedaliero per i soggetti particolarmente fragili.
- d. Recentemente sono stati pubblicati dal Ministero della Salute alcuni indicatori di qualità per il sistema sanitario regionale. Alcuni indicatori riguardano il tasso di ospedalizzazione di alcune patologie che dovrebbero essere curate a livello territoriale (ricoveri evitabili). Alcune di esse (BPCO e Diabete) sono già incluse tra i DRG dell'allegato B; altri esulano da questi DRG e necessitano di un intervento nel caso si evidenzino un alto tasso di ospedalizzazione (per esempio lo scompenso) rispetto alle regioni bench-mark.
- e. La rete ospedaliera è oggi spesso utilizzata per ricoveri non appropriati di lungodegenza extraospedaliera. Sono considerati non appropriati il 50% dei ricoveri ordinari non chirurgici effettuati in discipline mediche per persone da 65 anni in su e con degenza eguale o superiore a dodici giorni.

Al termine dell'applicazione del metodo sopra si ottiene un numero appropriato di prestazioni di ricovero per acuzie.

Il metodo evidenzia una non appropriatezza dei ricoveri non chirurgici quantificata in circa 6% del totale dei ricoveri, una non appropriatezza di ricoveri di chemioterapia di 2% del totale dei ricoveri e di prestazioni chirurgiche da erogare come prestazioni ambulatoriali di circa 7% del totale dei ricoveri. I ricoveri appropriati sono, quindi, 85% di quelli erogati.

La Regione Piemonte, con la DGR n. 85-1157 del 30 novembre 2010 ha già aggiornato il proprio percorso di appropriatezza da rendere operativo per il tramite delle istruzioni fornite dell'Assessorato.

## POSTI LETTO

E' necessaria una ridefinizione di posti letto in proporzione alla prevista riduzione di ricoveri in modo da adeguare l'offerta alla domanda appropriata. Nella determinazione del numero di posti letto per disciplina si è seguito il seguente percorso:

1. identificare, per ciascuna disciplina, partendo dai ricoveri appropriati 2008 secondo la metodologia già presentata, il tasso di ospedalizzazione che, prendendo in considerazione la struttura della popolazione e la mobilità attiva/passiva “strutturale” porta complessivamente ad un dato compatibile con l'obiettivo nazionale. Il tasso di ospedalizzazione include ricoveri ordinari e day hospital ma non il nido;
2. individuare, per ciascuna disciplina, la degenza media relativa per ricoveri ordinari e ricoveri diurni;
3. determinare il tasso di occupazione standard per disciplina da utilizzare nel calcolo;
4. calcolare, sulla base dei punti precedenti, il numero regionale totale di posti letto;
5. sulla base dei ricoveri appropriati e delle considerazioni di opportunità determinare la quota dei ricoveri fornita dagli erogatori pubblici;
6. calcolare il numero di posti letto atteso nelle strutture pubbliche e nelle strutture private.

Applicando il tasso di utilizzo standard per disciplina sui ricoveri appropriati per acuzie si ottiene un numero di posti letto totale per acuzie di circa 13.000 unità (erogatori pubblici e privati al netto delle culle del nido, specialità 31)

Confrontando questo dato con il numero di posti letto esistenti si evidenzia lo spazio per una riduzione di circa mille posti letto di acuzie portando il totale di posti letto per acuzie a circa 3,0 PL per mille abitanti.

### CRITICITÀ (ACUZIE)

Nonostante il lavoro svolto sull'appropriatezza durante gli ultimi dieci anni esiste ancora una situazione di non appropriatezza dei ricoveri quantificabile, sui dati 2008, in circa 110.000 ricoveri (ordinari e diurni). Nel 2010 i ricoveri di prestazioni **chirurgiche** da erogare in prestazioni ambulatoriali saranno ridotti notevolmente a seguito delle azioni attivate. Rimangono critici soprattutto i ricoveri non chirurgici da erogare come prestazioni da altri livelli assistenziali. Superando queste inapproprietezze è possibile ridurre i posti letto di circa mille unità (-8%).

### OBIETTIVI (ACUZIE)

La Regione Piemonte si pone l'obiettivo di garantire l'appropriatezza clinica ed organizzativa a tutti i propri assistiti:

- l'appropriatezza clinica sarà ottenuta attraverso la corretta articolazione delle reti di patologia e l'integrazione tra queste e le reti di emergenza/urgenza e del territorio, ed è descritta in altre sezioni;
- l'appropriatezza organizzativa sarà perseguita tramite un modello di analisi delle prestazioni di ricovero e delle prestazioni ambulatoriali chirurgiche che evidenzia la possibilità di conversione di ricoveri in altri tipi di prestazioni;
- si pone come obiettivo, inoltre, di adeguare i posti letto con periodicità semestrale alla riduzione della domanda.

## AZIONI PROPOSTE SULL'APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA PER RICOVERI ACUTI

Entro il 28/2/2011

La Regione emanerà una DGR in cui aggiorna il percorso di appropriatezza della DGR n. 85-1157 del 30 novembre 2010 fornendo obiettivi specifici di appropriatezza organizzativa per gli anni 2011 e 2012 per ciascun presidio pubblico e, di conseguenza, per ciascuna nuova azienda ospedaliera. Nella stessa DGR saranno anche definiti i corrispondenti obiettivi specifici per ciascun presidio equiparato e case di cura private. Alla fine sarà aggiornata la procedura di verifica e di controllo in modo da fornire, trimestralmente, l'andamento del miglioramento dell'appropriatezza organizzativa agli erogatori e all'Assessorato. La stessa DGR fornirà, inoltre, obiettivi specifici di riduzioni di posti letto a livello di disciplina per ciascun presidio e, di conseguenza, per ciascuna Azienda ospedaliera.

Entro il 31/3/2011

La Regione emanerà una DGR in cui definisce, per ciascun'Azienda sanitaria locale, gli obiettivi di presa in carico di contatti di cura corrispondenti ai ricoveri non appropriati di cui alla DGR del 28/2/2011 con l'obbligo, entro sessanta giorni, di definire delle azioni che permettano un effettivo spostamento dei ricoveri in prestazioni territoriali. Nella stessa DGR sarà aggiornata la procedura di verifica e di controllo in modo da fornire, trimestralmente, alle ASL l'andamento del miglioramento dell'appropriatezza organizzativa dei propri assistiti.

## RISVOLTI ORGANIZZATIVI ED ECONOMICI (ACUZIE)

La riduzione di ricoveri permetterà una riduzione di posti letto e, di conseguenza, all'attuazione della nuova rete ospedaliera con un numero minore di presidi. L'adeguamento graduale dei posti letto per disciplina permetterà una costante attenzione all'organizzazione relativa e alla revisione della stessa. Una parte della riduzione di ricoveri e di posti letto è finalizzata ad un'organizzazione più razionale delle risorse presso gli ospedali stessi attraverso una conversione in prestazioni ambulatoriali, la parte riguardante i ricoveri medici è finalizzata ad una conversione della risposta da parte di soggetti territoriali.

L'organizzazione della rete appena descritta permetterà una forte razionalizzazione di tutte le principali risorse utilizzate dai ricoveri (personale, beni e servizi e investimenti) che rendono credibili e raggiungibili tutte le azioni e gli obiettivi definiti nel capitolo 9 "Le azioni di controllo dei costi dei fattori produttivi".

## FONTI DI VERIFICA (INDICATORI)

La procedura bimestrale di verifica e controllo definita con la DGR del 31/3/2011 evidenzierà, per ciascun presidio e, di conseguenza, per ciascuna nuova azienda ospedaliera l'appropriatezza organizzativa del periodo confrontata con l'anno precedente e l'obiettivo da raggiungere. La stessa procedura evidenzierà, per ciascuna ASL, gli stessi dati relativi ai propri assistiti.

Lo strumento di verifica dell'andamento dei posti letto è il report specifico della procedura "Anagrafe delle strutture".

### **1.3.2. L'appropriatezza della rete ospedaliera della post-acuzie**

#### SITUAZIONE ATTUALE

L'ambito della post-acuzie ha come sua specifica connotazione la definizione di modelli integrati di cure flessibili alle esigenze del cittadino che, dimesso dai reparti ospedalieri per acuti, non è in grado di accedere in sicurezza al domicilio per la sua fragilità complessiva sanitaria ed assistenziale.

Per riorganizzare la risposta della Sanità regionale ai bisogni riabilitativi della popolazione è stata redatta la D.G.R. N. 10-5605 del 2 aprile 2007 "Riorganizzazione delle attività riabilitative della Regione Piemonte. Prime direttive alle Aziende Sanitarie Regionali": a tale DGR è necessario far riferimento, in quanto i suoi contenuti e le sue finalità conservano piena validità.

La necessità di ottemperare ai vincoli posti dal Patto per la Salute 2010-2012 che prevede che le Regioni si impegnino ad adottare provvedimenti di riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed a carico del Servizio Sanitario Regionale per le attività di post-acuzie non superiore a 0,7 posti letto per mille abitanti richiede un riordino della attuale rete ospedaliera.

Attualmente (al 31/12/2009) nella Regione Piemonte sono contrattati 4.456 posti letto di post-acuzie per una popolazione totale di 4.446.230 abitanti, per cui il valore attuale è 1,01 PL per mille abitanti.

Il numero di posti letto di post-acuzie corrispondente allo standard di 0.7 per mille abitanti è 3114.

Si rileva pertanto un'eccedenza di 1.342 posti letto al quale si aggiunge una capacità produttiva di circa 500 posti letto non contrattati.

#### LA METODOLOGIA DELL'APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI PER LE POST-ACUZIE E LA DETERMINAZIONE DEI POSTI LETTI RELATIVI

L'osservazione del funzionamento della rete ospedaliera fa emergere alcune forti criticità:

- la necessità dei reparti per acuti di dimettere sempre più precocemente i pazienti, anche in presenza di pluripatologie o di fragilità, insite ad esempio nell'invecchiamento;
- i pazienti fragili "non autosufficienti, non stabilizzati o in condizione di sub-acuzie", sono pazienti di difficile e complessa gestione per i reparti ospedalieri: spesso ricevono risposte inadeguate, la dimissione è problematica e impegnano impropriamente risorse altrimenti destinate a pazienti con necessità di maggiore intensità e specificità di intervento;
- la difficoltà delle lungodegenze e dei reparti di recupero e rieducazione funzionale nel ricoverare pazienti ancora non stabilizzati clinicamente, con il conseguente rischio di inappropriata delle loro funzioni;
- l'assenza di strutture di cure intermedie ad intensità di cure adeguate alle necessità del paziente;
- la difficoltà nella valutazione omogenea e precoce dei bisogni multidimensionali dei pazienti e la condivisione organizzativa del progetto di cura specifico con il territorio di competenza.

Tali criticità assumono delle caratteristiche peculiari quando si analizzano in particolare le tipologie di pazienti che arrivano in Pronto Soccorso e che vengono successivamente ricoverati soprattutto nelle discipline di area medica: riacutizzazioni di cronicità in pazienti sempre più

anziani con elevata prevalenza di comorbilità, con deterioramento progressivo delle condizioni funzionali e cognitive e con bisogni sociali importanti. Realtà predittiva di un'epidemiologia dei pazienti che si sta modificando in modo significativo.

Conseguenze derivanti dalle criticità sopra evidenziate:

1. invio a strutture di post-acuzie di malati non ancora stabilizzati o affetti da comorbilità di rilievo;
  2. invio alle strutture di post-acuzie di pazienti che potrebbero essere inviati a strutture socio-assistenziali con elevata valenza sanitaria (cfr. classificazione R2 scheda FAR progetto Mattoni di cui al Decreto Ministero della Salute 17.12.2008);
- “...- persone non autosufficienti con elevata necessità di tutela sanitaria: cure mediche e infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapie e.v., nutrizione enterale, lesioni da decubito profonde, etc)...”;
3. invio alle strutture di post-acuzie di pazienti senza rete assistenziale (anziani soli, pazienti impossibilitati a tornare al proprio domicilio, pazienti extracomunitari) che non dovrebbero essere inviati a strutture di post-acuzie ma a strutture a prevalente componente socio-assistenziale (cfr. classificazione R3 scheda FAR progetto Mattoni di cui al Decreto Ministero della Salute 17.12.2008);
- “...Trattamenti erogati in Unità d’offerta Residenziali di lungoassistenza e di mantenimento, anche di tipo riabilitativo, erogate a persone non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria (Unità d’offerta Residenziali di Mantenimento)...”;
4. invio dei pazienti con compilazione di protocolli operativi approssimativi e talvolta non corrispondenti alle reali necessità medico/riabilitative dei pazienti (invio a setting “disponibili” non necessariamente “appropriati”).

#### ANALISI DELL'ATTUALE STRUTTURA DELL'OFFERTA

Rispetto ad una presenza di circa 4.456 posti letto di post-acuzie, è prevista una necessità di circa 3.100 posti letto (0,7 posti letto per mille abitanti). Esiste una differenza notevole tra le aree geografiche con una presenza maggiore nella provincia di Torino (AFS1) e nell'area novarese (AFS 2), un minore eccesso nel Cuneese (AFS 3) e una sostanziale equilibrio nell'alessandrino AFS 4).

Sulla scorta di una attenta valutazione dell'attuale utilizzo dei posti letto di post-acuzie, con particolare riguardo ai codici di diagnosi caratterizzanti i singoli ricoveri, rapportati al fattore età e degenza media, si propongono le seguenti azioni per realizzare un miglioramento dell'appropriatezza organizzativa e clinico-gestionale ed inoltre un'ipotesi di riconversione di una parte degli attuali posti letto della post-acuzie.

#### DETERMINAZIONE DEL FABBISOGNO DI POSTI LETTO DI POST-ACUZIE

L'analisi approfondita della domanda e dell'offerta ai fini di un adeguamento della rete di offerta al reale fabbisogno dei pazienti, come sopra indicato, ha portato alla stesura di un “Documento di Revisione della rete ospedaliera di post-acuzie”. Il riordino della rete ospedaliera di post-acuzie contenente specifiche azioni di sistema che permettano di:

- ridurre i ricoveri impropri in degenza per acuti;
- ridurre le giornate di degenza inappropriate dopo la stabilizzazione della fase acuta di malattia;
- contenere i tempi di degenza in Ospedale mediante una precoce valutazione multidimensionale dei bisogni riscontrati;

- dare risposte più adeguate ai bisogni clinico-assistenziali dei pazienti con alta complessità, in particolare di quelli fragili, con la possibilità di indirizzare tali pazienti verso *setting* diversi, sia in termini di organizzazione, che in termini di costi di risorse. Tale azione presuppone:
  - modifica dell'attuale organizzazione regionale dei letti di "lungodegenza" con l'introduzione di letti di cure "intermedie" ospedalieri e territoriali, quale segmento di percorsi che devono essere completati sul territorio;
  - identificazione delle varie tipologie di *setting* di cura di post-acuzie in un ambito di continuità assistenziale e contestuale valutazione multidimensionale dei bisogni che condizionano la scelta di percorso e caratterizzano la "presa in carico" del paziente (costruzione dei P.A.I., Piani di Assistenza Individuali);
  - condivisione tra Ospedale e Territorio del percorso di cura prescelto con identificazione dei criteri di appropriatezza di invio dei pazienti nei vari *setting* di cura;
  - definizione di indicatori specifici per una analisi dei livelli di appropriatezza in termini di efficacia ed efficienza;
- organizzare il collegamento operativo con i Distretti delle Asl, competenti per territorio, a cui spettano le funzioni di tutela e di integrazione dei percorsi nella rete di offerta territoriale;
- rendere più omogenea l'assistenza residenziale e quella domiciliare in tutte le ASL della Regione;
- migliorare la qualità dell'assistenza e l'integrazione professionale mediante corsi specifici di formazione;
- ottimizzare i costi.

## MIGLIORAMENTO DELL'APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA E CLINICO-GESTIONALE

### A) Area delle attività riabilitative degenziali di 2° e 1° livello

L'identificazione del setting riabilitativo è effettuata al momento della stesura del progetto riabilitativo individuale.

Al fine di migliorare l'appropriato utilizzo degli attuali posti letto presenti nelle strutture riabilitative, pubbliche e private accreditate, si propongono le seguenti azioni:

- adeguamento al 95 % del tasso di utilizzo posti letto;
- adeguamento del rapporto tra letti di R.O e DH:
  - 1 PL di DH ogni 10 R.O. per reparti di RRF 2° livello (cod. 56);
  - 1 PL di DH ogni 6 R.O per reparti di RRF di 3° livello (cod. 75 e 28);
- rimodulazione dei valori soglia delle degenze:
  - per tale ipotesi si è tenuto conto anche dei percorsi riabilitativi già definiti con gli specialisti di riferimento e riguardanti i pazienti di area neurologica, cardiologica e pneumologica (D.D. n. 26 del 22.10.2007);
  - i valori soglia vengono ridefiniti anche in funzione della necessità di offrire un percorso riabilitativo complessivo, modulato attraverso interventi degenziali, ambulatoriali e domiciliari:
    - RRF 2° livello
      - MDC 1 – sistema nervoso - gg. 60

- MDC 4 – apparato respiratorio – gg 25
- MDC 5 – apparato cardiocircolatorio – gg. 15
- MDC 8 – apparato muscoloscheletrico – gg. 15 per protesi d'anca e ginocchio o post chirurgia ortopedica elettiva, gg 30 per la restante casistica
- Altri MDC – 20 giorni
- RRF 1° livello
  - MDC 1 – sistema nervoso - gg. 45
  - MDC 4 – apparato respiratorio – gg 25
  - MDC 5 – apparato cardiocircolatorio – gg. 15
  - MDC 8 – apparato muscoloscheletrico – gg. 15 per protesi d'anca e ginocchio o post chirurgia ortopedica elettiva, gg 30 per la restante casistica
  - Altri MDC – 20 giorni
- per quanto riguarda le strutture RRF di III livello, nel corso del II semestre 2011, quando saranno operativi i letti di continuità assistenziale extraospedalieri e sarà completata l'attivazione dei letti previsti per gli stati vegetativi, sarà considerata l'introduzione di valori soglia delle degenze, unitamente ad altri indicatori di appropriatezza di funzione
- indicatori di appropriatezza di funzione del reparto per l'ingresso dei pazienti:
  - RRF 2° livello
    - 90% minimo dei pazienti da reparti per acuti con passaggio diretto o entro max 7 giorni dalla dimissione dai reparti per acuti;
    - 10 % max dei pazienti da domicilio o da RRF 1° livello
  - RRF 1° livello
    - 80% minimo dei pazienti da reparti per acuti con passaggio diretto o entro max 7 giorni dalla dimissione dai reparti per acuti;
    - 10 % max dei pazienti da RRF 2° livello
    - 10 % max dei pazienti da domicilio

Dovranno essere definiti criteri di valutazione di eventuali scostamenti dalle suddette percentuali, che tengano in debito conto una approfondita valutazione del percorso realizzato, anche al fine di una revisione/aggiornamento dei predetti indicatori.

- ridefinizione dell'intervento nei confronti dei pazienti con patologie di origine metabolica, in funzione di una riqualificazione degli attuali posti letto di RRF ( con possibilità anche di riconversione dei relativi posti letto). L'attività svolta su detti pazienti ha scarsa attinenza con l'area riabilitativa e presumibilmente con l'area ospedaliera in regime di ricovero, pertanto si ritiene indispensabile descrivere meglio la tipologia di intervento prevedendo anche la possibilità di una funzione extra ospedaliera, che possa essere integrata con presa in carico territoriale secondo una logica di percorso tipica della cronicità, quale viene espressa dall'obesità;
- ridefinizione della rete dei posti letto di RRF III livello. Premesso che tali posti letto debbono essere collocati con gli Ospedali sede di DEA di 2° livello come da DGR del 2 aprile 2007, si rende necessario prevedere una redistribuzione dei 140 p.letto attuali garantendo un'equa ripartizione tra le 4 AFS in rapporto alla popolazione residente, nonché ridefinire una percentuale congrua, per singola struttura, tra numero di posti letto di R.O. e di D.H.. (rapporto 6 a 1 );

- per quanto riguarda la dotazione regionale di posti letto di codice 28 si ritiene che attualmente sia congrua con il fabbisogno. A tal proposito occorre prevedere un idoneo adeguamento tecnologico delle strutture di 3° livello – cod. 28 e 75 – affinché possano svolgere pienamente il ruolo di centri di riferimento e di eccellenza, sviluppando anche mobilità attiva. Tale proposta, considerata la peculiarità dei pazienti trattati, potrebbe permettere un migliore governo della mobilità passiva sia extra regionale che verso l'estero;
- potenziamento degli interventi domiciliari in rapporto a indicatori di efficienza e di efficacia, purché sempre sulla base di un progetto riabilitativo che, individuando specifici obiettivi, li identifichi come alternativi alla degenza alla luce di una risposta di presa in carico estensiva e/o di monitoraggio nel tempo della cronicità, sia con esiti stabilizzati di disabilità, sia con segni clinici di progressione evolutiva. Per tale tipologia di intervento sono da valutare con attenzione i fattori relativi ai differenti aspetti territoriali ed alla necessità che i vari interventi trovino le opportune forme di collegamento, nonché le modalità di realizzazione, come descritto nella D.D. N. 26 del 22.10.2007.

### B) Area della lungodegenza ospedaliera

Facendo riferimento a quanto già indicato con DGR 2 aprile 2007, che identifica come fruitori di tale area pazienti di ogni età, i quali, superata la fase acuta della malattia, necessitano ancora di cure e trattamenti intensivi appropriati, possibili in ambito ospedaliero, atti a superare o stabilizzare le limitazioni all'autosufficienza derivanti da malattie e/o infortuni, si ritiene necessario identificare ulteriori parametri per una maggiore qualificazione/appropriatezza del funzionamento di questa area:

- adeguamento al 95 % del tasso di utilizzo posti letto;
- ridefinizione del valore soglia della degenza: 30 giorni;
- identificazione della tipologia di pazienti trattati: pazienti provenienti dai reparti per acuti, particolarmente complessi, che necessitano ancora di cure e trattamenti intensivi appropriati, al fine di una stabilizzazione e/o miglioramento clinico-funzionale (come ad esempio pazienti portatori delle "grandi insufficienze d'organo" come diagnosi principali, accompagnati da altre patologie che incidono significativamente sul quadro clinico complessivo).

Questa funzione deve essere realizzata in stretto collegamento funzionale/ operativo con l'area delle acuzie, e preferibilmente in contiguità logistica, al fine di garantire adeguata assistenza anche a pazienti ad elevata complessità e con necessità di una gestione specialistica multidisciplinare (area delle cure intermedie). Oggi tale funzione è scarsamente assicurata e pertanto ne va perseguita la realizzazione e lo sviluppo.

### ADEGUAMENTO DELLA RETE DI OFFERTA AL FABBISOGNO

Sulla base delle criticità su descritte e dell'obiettivo di miglioramento dell'appropriatezza organizzativa e clinico-gestionale, **la riduzione dei posti letto ospedalieri indicati in precedenza deve essere prevista nell'ambito dei letti di RRF di I e di II livello e di lungodegenza, rispettando un'equa ripartizione dei vari setting riabilitativi nelle 4 AFS.**

Per un razionale utilizzo delle risorse le varie strutture dovranno essere di almeno 20 posti letto.

## NECESSITÀ DI STRUTTURE TERRITORIALI RIABILITATIVE E DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE A VALENZA SANITARIA E REGOLE DI APPROPRIATEZZA RELATIVE

L'adeguamento della rete di offerta ospedaliera al fabbisogno prevede la **realizzazione di una funzione territoriale riabilitativa e di continuità assistenziale a valenza sanitaria capace di prendere in carico i pazienti derivati dalla riduzione di postacuzie. (vedi sezione "1.4.1.2. Introduzione di strutture residenziali ad elevata valenza sanitaria e a breve durata")**

L'applicazione degli indicatori di appropriatezza su individuati porta ad un **forte ridimensionamento dei posti letto ospedalieri della post-acuzie a favore della realizzazione di un'area extra ospedaliera della continuità assistenziale a valenza sanitaria** per rispondere ai fabbisogni dei pazienti quali descritti in premessa al documento.

L'inserimento dei pazienti in questa tipologia di setting, dove prevale la componente assistenziale rispetto alla parte clinico-internistica che pur è presente in modo significativo, deve seguire specifici criteri di tipo clinico, assistenziale, riabilitativo e socio-ambientale.

Peraltro, al fine di evitare una caduta qualitativa e quantitativa dei servizi erogati a queste tipologie di pazienti (con il rischio di indurre un ulteriore sovraffollamento dei PS e dei reparti di degenza per acuti), si ritiene indispensabile operare queste trasformazioni con la necessaria gradualità (adeguata formazione degli operatori sanitari, attivazione di idonei percorsi organizzativi, informazione rivolta alla popolazione) e gestire la fase di transizione con un attento e continuo monitoraggio utilizzando opportuni indicatori di efficienza ed efficacia.

Premesso quanto sopra, l'ipotesi della costituzione di un'area di continuità assistenziale a valenza sanitaria dovrebbe interessare le seguenti tipologie di pazienti:

- pazienti con disabilità complesse prevalentemente motorie, di età inferiore ai 65 anni, che non possono seguire un appropriato percorso di continuità di cure al domicilio per problemi socio-ambientali o socio-familiari - (max gg. 30 + 30\*);
- pazienti con disabilità complesse prevalentemente motorie, di età inferiore ai 65 anni, che non possono seguire un appropriato percorso di continuità di cure in RSA per problematiche clinico-assistenziali di significativa rilevanza.- (max gg. 30 + 30\*);
- pazienti ultra 65 anni con problematiche clinico-assistenziali e funzionali di significativa rilevanza, che non possono seguire un percorso di continuità di cure al domicilio per problemi socio-ambientali o socio-familiari- ( gg. 30 + 30\*);
- pazienti ultra 65 anni con disabilità motorie di grado moderato che non possono seguire un percorso di continuità di cure al domicilio per problemi socio-ambientali o socio-familiari - (max gg.30.);
- pazienti con disabilità ad elevata complessità con necessità prevalentemente assistenziali continuative nelle 24 ore, in occasione di emergenze socio- assistenziali (tipo ricoveri di sollievo)- (max gg 30);
- pazienti con disabilità neuro-psichiatriche, che non possono seguire un appropriato percorso di continuità di cure al domicilio per problemi socio-ambientali o socio-familiari (max. gg. 30 + 30\*);
- pazienti con disabilità neuro-psichiatriche, che non possono seguire un appropriato percorso di continuità di cure in RSA/strutture residenziali per problematiche clinico-assistenziali di significativa rilevanza.- (max gg 30 + 30\*).

*(\* Di norma la collocazione in quest'area è prevista di 30 giorni , prolungabili di altri 30, sulla base di specifica valutazione riferita ai singoli casi in relazione a motivate necessità. A tal fine dovranno essere definite le funzioni di connessione tra quest'area e*

*le attività distrettuali competenti territorialmente, all'interno delle Unità di Valutazione Multidimensionale dei Distretti delle ASL.*

L'organizzazione minima necessaria a garantire la nuova funzione dovrebbe prevedere una presenza medica quotidiana di area geriatrica/internistica/psichiatrica limitata ad alcune fasce orarie, una presenza infermieristica/OSS continuativa sulle 24 ore ed il supporto di figure tecniche o specialistiche in rapporto alle singole necessità dei pazienti.

L'eventuale necessità di supporto riabilitativo dovrà essere identificata dal fisiatra, per un massimo di 30 minuti/die.

Questo tipo di strutture è descritto ulteriormente nel capitolo della "Rete territoriale".

### CRITICITÀ

La sezione metodologica sopra evidenzia una forte inappropriatazza dei ricoveri ospedalieri di postacuzie anche collegata con una non appropriatazza dei ricoveri acuti. Una serie di meccanismi porta ad un utilizzo non appropriato dei posti letto di post-acuzie tra cui:

- l'insufficienza di regole di appropriatezza per le post-acuzie;
- il non sufficiente monitoraggio di questi tipi di ricovero;
- la mancanza di un progetto complessivo del paziente ricoverato con la relativa destinazione a fine percorso;
- la insufficienza di posti letto territoriali.

Il risultato di queste criticità porta ad un numero alto di ricoveri e di una posti letto che supera i parametri nazionali.

### OBIETTIVI

La Regione si propone i seguenti obiettivi per la rete ospedaliera di post-acuzie:

- miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri a tutti i livelli di post-acuzie sia di riabilitazione sia di lungodegenza postacuta in modo da poter offrire a ciascun paziente il trattamento e le risorse necessarie per la propria patologia nell'ambito di un percorso di cura in cui la riabilitazione e la lungodegenza postacuzie è soltanto un passo in una catena di cura;
- di conseguenza, riconversione di un considerevole numero di ricoveri inappropriati presso strutture di postacuzie ospedaliera in altre forme di cura territoriale: Cure Domiciliari, Strutture residenziali ad elevata valenza sanitaria e strutture riabilitative;
- ridefinizione della rete di erogatori in modo da migliorare l'efficienza del sistema e il rientro dei parametri nazionali (0,7 PL per mille abitanti).

### AZIONI PROPOSTE

Entro il 15/2/2011

La Regione emanerà una DGR con le regole sull'Appropriatezza organizzativa e clinico-gestionale delle Strutture di I, II livello e Lungodegenza Ospedaliera descritte sopra.

Entro il 28/2/2011

La Regione emanerà una DGR contenente le Linee guida organizzative del DH riabilitativo ai fini di un corretto rapporto tra letti di R.O.e D.H. e di un appropriato utilizzo dei letti di DH.

Entro il 31/3/2011

La Regione emanerà una DGR a seguito dell'impegno di condividere nel I trimestre 2011 con le Strutture il piano di riordino della rete post-acuzie, arrivando a siglare gli accordi con le Strutture entro il 31/3/2011.

Entro il 30/4/2011

La Regione emanerà una DGR con il nuovo assetto della rete regionale di post-acuzie (comprensiva dell'adeguamento del rapporto numerico tra letti di R.O.e di D.H.) nonché degli indicatori per l'utilizzo di ospedalizzazione a domicilio e relativa integrazione tra ospedale e territorio per selezionate patologie.

Entro il 30/6/2011

La Regione emanerà una DGR con i risultati della trasformazione dei posti letto ospedalieri di post-acuzie in posti letto extra-ospedalieri di continuità assistenziale iniziata nel II trimestre 2011.

Entro il 31/12/2011

La Regione emanerà una DGR con i risultati della conclusione del completamento della riconversione delle Strutture con raggiungimento dello standard dello 0.7 letti di post-acuzie per mille abitanti ed attivazione dei letti previsti per l'area extra-ospedaliera di continuità assistenziale.

La Regione emanerà una DGR contenente le regole su Appropriatezza organizzativa e clinico-gestionale delle Strutture di III livello.

### RISVOLTI ORGANIZZATIVI

Affinché il ridimensionamento del numero di posti letto di post-acuzie e la realizzazione di una funzione extra ospedaliera di continuità assistenziale a valenza sanitaria portino ad un reale risparmio di risorse e ad un miglioramento nella risposta ai bisogni degli utenti, **è necessario che la riduzione dei posti letto non sia spalmata percentualmente su tutte le strutture, ma preveda la possibilità di concentrare la riconversione di funzione in ambiti specifici**, tenendo in debito conto l'attività riabilitativa precedentemente svolta, le risorse strutturali disponibili, oltre che la distribuzione geografica, in modo da garantire un'ideale ripartizione dei vari setting riabilitativi nelle diverse aree.

Il ridimensionamento del numero di posti letto di post-acuzie renderà disponibili risorse mediche, infermieristiche e tecniche della riabilitazione che potranno essere impiegate per compensare le carenze indotte dal blocco del turn-over, anche mediante attuazione di specifiche convenzioni con le ASL territorialmente competenti, mantenendo la piena operatività dei posti letto che rientrano nello standard previsto e contribuendo allo sviluppo della rete ambulatoriale e domiciliare garantita dalle ASL.

**Occorre supportare il cambiamento di funzione delle strutture interessate con un'adeguata formazione degli operatori**, in modo che tutte le risorse possano svolgere adeguatamente il loro ruolo all'interno della rete regionale.

FONTI DI VERIFICA (INDICATORI)

**1) Regione.**

- Analisi periodica del rispetto della normativa vigente e degli indicatori individuati:
  - tasso di utilizzo posti letto
  - rispetto dei valori soglia di durata delle degenze
  - indicatori di appropriatezza clinica di ricovero dei pazienti nei diversi setting
  - tipologia dei pazienti trattati.

**2) Distretto e Commissioni di vigilanza territorialmente competenti.**

- Il Distretto deve svolgere le sue funzioni di tutela e di verifica del percorso del paziente attraverso Unità di Valutazioni Multidimensionali e Commissioni di vigilanza plurispecialistiche.

**E' necessario prevedere una revisione annuale della normativa regionale sulla base dell'adeguamento della riorganizzazione della rete assistenziale e di continuità delle cure ai bisogni emergenti dell'utenza.**

### 1.3.3. Il fabbisogno di strutture organizzative

#### LA SITUAZIONE ATTUALE DI STRUTTURE COMPLESSE DEI PRESIDII

La lettura della situazione attuale registrata nell'Anagrafe delle Strutture (settembre 2010) di strutture complesse dei presidi pubblici e di funzioni attivate presso le strutture private indica un numero totale di circa mille strutture complesse e di duecento punti di erogazione come risulta dalla tabella seguente.

(settembre 2010)	Strutture Complesse pubbliche	Punti di erogazione private	Totale
Specialità acuzie e diagnostica	841	152	993
Specialità postacuzie acuzie	61	67	128
<b>Totale</b>	<b>902</b>	<b>219</b>	<b>1121</b>
Funzioni di supporto	96	n/d	

Nota: delle 998 strutture complesse circa 60 non sono coperte.

La presenza di una Struttura complessa indica, nella prassi attuale, per le specialità di acuzie e, nella quasi totalità di postacuzie, un reparto autonomo con una propria organizzazione di assistenza. L'organizzazione dei presidi equiparati è simile a quelli pubblici mentre quella delle Case di cura normalmente è più flessibile sia per quanto riguarda l'organizzazione dei medici che dell'assistenza sanitaria. Un punto di erogazione di casa di cura significa, di conseguenza, la presenza della specialità e uno o più medici della specialità.

#### LA METODOLOGIA DELL'APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA

Nel disegno della rete ospedaliera a rispetto delle linee guida condivise con l'Agenas è stato tenuto conto di una serie di requisiti determinanti per una buona sanità:

- l'integrazione della rete ospedaliera con **la rete dell'emergenza-urgenza** che richiede che presso i presidi esista una dotazione specialistica e strumentale tale da garantire la qualità delle prestazioni per i gravi infortunati;
- le caratteristiche dimensionali della rete ospedaliera esistente permettono soltanto ad alcuni presidi pubblici di raggiungere una dimensione ottimale per un ospedale generale che svolga un ruolo all'interno della rete di emergenza (maggiore di 120 PL);
- le rispettive riduzioni di posti letto dovranno essere concentrate nelle strutture minori affinché la riorganizzazione si accompagni a miglioramenti dell'efficienza e a riduzioni effettive della spesa. Non ha infatti alcun senso "spalmare" tali riduzioni su tutte le strutture ospedaliere regionali;
- Le indicazioni sopra evidenziate hanno permesso alcune considerazioni:
  - il processo di appropriatezza, togliendo ricoveri inappropriati agli ospedali, libera presso gli stessi una capacità produttiva che può essere utilizzata per ristrutturare la rete ospedaliera. Il numero di ricoveri appropriati degli ospedali destinato a costituire la rete ospedaliera futura si riduce complessivamente rispetto alla situazione esistente. La proposta di rete ospedaliera comporta, quindi, l'erogazione di prestazioni presso strutture in grado di garantire la sicurezza e la qualità di cura relativa nonché una riconversione effettiva delle strutture sedi di PPI (Punto di primo intervento) per l'attività territoriale;
  - la riduzione dei ricoveri a seguito del ricalcolo sopradescritto comporta, inoltre, la possibilità di una redistribuzione delle discipline;

- i rapporti con l'Università possono presentare delle aree di criticità con una distribuzione di specialità e di erogazione di prestazioni di ricovero non ottimale. Al fine di garantire l'attività didattica e la ricerca, si propone di integrare le strutture universitarie e quelle delle Aziende Sanitarie, al fine di permettere una razionalizzazione dei posti letto senza penalizzare la ricerca e la didattica.

#### L'ARTICOLAZIONE DEI POSTI LETTO PER AREA GEOGRAFICA

Le strutture ospedaliere pubbliche sono articolate nei seguenti gruppi secondo il ruolo all'interno della rete:

- **le aziende ospedaliere**, considerate riferimento, sede di DEA di secondo livello e strutture centrali all'interno di ciascuna area geografica, devono disporre di tutte le specialità e devono essere anche sedi delle **specialità con una diffusione rara sul territorio**;
- **i presidi ospedalieri** di base con attività specializzate indicati come sedi di DEA di primo livello e con un ruolo importante per **le specialità di media diffusione sul territorio**;
- **i presidi ospedalieri di base** sono le altre strutture delle ASL, sedi di Pronto Soccorso semplice, con la presenza di specialità diffuse.

**Le strutture private**, le case di cura e le strutture classificate, svolgono, secondo gli indirizzi del D.Lgs. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, un ruolo complementare all'interno della rete ospedaliera. È a carico della Regione, sentita le Aziende Ospedaliere e le Aziende sanitarie locali, la definizione degli accordi per l'appropriatezza della loro corretta integrazione nella rete ospedaliera.

**Le discipline rare** sono assegnate ad uno o due presidi ospedalieri secondo le scelte di appropriatezza erogativa e di qualità delle prestazioni.

**Le altre discipline** sono assegnate alle aree geografiche sulla base della produzione appropriata erogata ed il bacino d'utenza relativo. All'interno di ciascuna area geografica si individua la quota di prestazioni appropriate in capo alle aziende ospedaliere con attività specializzate e si prosegue con l'attribuzione della quota delle strutture private. Eventuali aggiustamenti di prestazioni e relativi posti letto tra quota pubblica e privata dovranno essere risolti attraverso trattative a livello aziendale.

#### PROPOSTA DI ARTICOLAZIONE DI STRUTTURE ORGANIZZATIVE DI DIMENSIONI APPROPRIATE E PER BACINO DI UTENZA

La tabella seguente indica per ciascuna specialità l'intervallo di bacino d'utenza per attivare una struttura complessa di degenza oppure una struttura complessa di un servizio diagnostico o di supporto. Il bacino minimo indica la popolazione di riferimento minimo necessario per attivare la struttura complessa. L'intervallo è largo per poter essere applicato sia in ambito metropolitano che in ambito meno densamente popolato.

In coerenza con quanto sopra descritto, a seguito degli interventi per il recupero dell'appropriatezza delle prestazioni di ricovero e dell'efficienza produttiva si provvederà:

- alla riduzione delle Strutture Complesse duplicate nell'ambito della medesima disciplina, secondo i vincoli imposti dal layout;
- all'accorpamento di Strutture Complesse di specialità differenti, ma assimilabili per area (medico-chirurgica) o per intensità di cura (elevata, media assistenza, assistenza di base), per evitare una frammentazione delle unità operative con dotazioni di posti letto inferiori a soglie di efficienza ragionevoli.

Le specialità sono organizzate in modo seguente:

- Se specialità per acuzie (0) e postacuzie (1)
- Per area:
  1. Area medica
  2. Area chirurgica
  3. Area materno infantile
  4. Area Emergenza
  5. Area psichiatria
  6. Area postacuzie
  7. Area diagnostica
  8. Area supporto
- Per diffusione
  1. disciplina rara
  2. disciplina di media diffusione
  3. disciplina di alta e altissima diffusione
- Per diffusione

**Tab 8 . Bacino di utenza per specialità e PL indicativi per struttura complessa (S.C.)**

					Bacino di Utanza pubblico e privato (milioni di abitanti)				(*)
A c u	A r e a	Dif fu si on e		Specialità	Strutture di degenza		Servizi senza posti letto		PL / S.C.
					Bacino massim o	Bacino minimo	Bacino massim o	Bacino minimo	
0	1	2	1	Allergologia			2	1	
0	1	3	8	Cardiologia	0,3	0,15			20
0	1	3	8	Emodinamica (SS)			0,6	0,3	
0	1	2	18	Ematologia	0,8	0,4			20
0	1	2	19	Malattie endocrine, nutrizione e ricamb.	0,8	0,4			20
0	1	1	20	Immunologia e centro trapianti			4	2	0
0	1	2	21	Geriatrics	0,8	0,4			20
0	1	2	24	Malattie infettive e tropicali	1	0,5			20
0	1	1	25	Medicina del lavoro	2	1			20
0	1	3	26	Medicina generale	0,15	0,075			24
0	1	3	29	Nefrologia	0,8	0,4			20
0	1	3	32	Neurologia	0,3	0,15			20
0	1	2	52	Dermatologia	1	0,5			20
0	1	1	57	Fisipatologia della riproduzione umana	4	2			20

					Bacino di Utenza pubblico e privato (milioni di abitanti)				(*)
A c c u	A r e a	Dif fu si o n e		Specialità	Strutture di degenza		Servizi senza posti letto		PL / S.C.
					Bacino massim o	Bacino minimo	Bacino massim o	Bacino minimo	
0	1	2	58	Gastroenterologia	0,8	0,4			20
0	1	3	64	Oncologia	0,8	0,4	0,3	0,3	16
0	1	2	65	Oncoematologia (vedere Ematologia cod 18)	0				20
0	1	1	66	Oncoematologia pediatrica	4	2			20
0	1	2	68	Pneumologia	0,8	0,4			20
0	1	2	70	Radioterapia (vedere codice 74)					0
0	1	1	71	Reumatologia	1	0,5			20
0	1	2	74	Radioterapia oncologica			1	0,5	0
0	1	1	77	Nefrologia pediatrica	6	4			20
0	2	1	6	Cardiochirurgia infantile	6	4			16
0	2	1	7	Cardiochirurgia	1	0,5			16
0	2	3	9	Chirurgia generale	0,2	0,1			24
0	2	1	10	Chirurgia maxillo-facciale	2	1			16
0	2	1	11	Chirurgia pediatrica	2	1			20
0	2	1	12	Chirurgia plastica	2	1			16
0	2	1	13	Chirurgia toracica	1,5	0,8			16
0	2	2	14	Chirurgia vascolare	0,8	0,4			16
0	2	2	30	Neurochirurgia	1	0,5			20
0	2	3	34	Oculistica	0,3	0,15			16
0	2	2	35	Odontoiatria e stomatologia	0,8	0,4			20
0	2	3	36	Ortopedia e traumatologia	0,2	0,1			24
0	2	3	38	Otorinolaringoiatria	0,3	0,15			16
0	2	3	43	Urologia	0,3	0,15			20
0	2	1	48	Nefrologia (abilitato al trapianto rene)	4	2			20
0	2	1	76	Neurochirurgia pediatrica	6	4			20
0	2	1	78	Urologia pediatrica	6	4			20
0	3	3	31	Nido					0
0	3	2	33	Neuropsichiatria infantile			0,8	0,3	0
0	3	3	37	Ostetricia e ginecologia	0,3	0,15			24
0	3	3	39	Pediatria	0,3	0,15			20
0	3	3	62	Neonatologia	1	0,5			20
0	4	1	46	Grandi ustioni pediatriche					8

					<b>Bacino di Utenza pubblico e privato (milioni di abitanti)</b>				<b>(*)</b>
<b>A c c u</b>	<b>Ar e a</b>	<b>Dif fu si on e</b>	<b>Specialità</b>		<b>Strutture di degenza</b>		<b>Servizi senza posti letto</b>		<b>PL / S.C.</b>
					<b>Bacino massim o</b>	<b>Bacino minimo</b>	<b>Bacino massim o</b>	<b>Bacino minimo</b>	
0	4	1	47	Grandi ustionati	6	4			8
0	4	3	49	Terapia intensiva	0,3	0,15			8
0	4	3	50	Unità coronarica	0,3	0,15			8
0	4	3	51	Medicina e chirurgia d'accettazione e d'emergenza	0,3	0,15			8
0	4	2	73	Terapia intensiva neonatale	1	0,5			8
0	5	3	40	Psichiatria	0,3	0,15			16
0	7			Laboratorio d'analisi			0,3	0,15	0
0	7			Microbiologia e virologia			1	0,5	
0	7		3	Anatomia e istologia patologica			0,3	0,15	0
0	7		5	Angiologia					0
0	7		15	Medicina sportiva			attività territorial e		0
0	7		27	Medicina legale			attività territorial e		0
0	7		41	Medicina termale			n/a		0
0	7		42	Tossicologia			6	4	0
0	7		54	Emodialisi (vedere nefrologia cod 29)	0,5	0,3			0
0	7		61	Medicina nucleare			1	0,5	0
0	7		69	Radiologia			0,3	0,15	0
0	7		82	Anestesia e rianimazione (Serv. ambulatoriale vedere 49)			In rapporto all'articol azione della rete dei pronto soccorso		0
0	8		DS	Direzione sanitaria di presidio			1 SC per HUB e spoke, SS nei presidi di base		
0	8		F	Farmacia ospedaliera			1 SC per HUB e spoke.		

					Bacino di Utenza pubblico e privato (milioni di abitanti)				(*)
A c c u	A r e a	D i f f u s i o n e	Specialità	Strutture di degenza		Servizi senza posti letto		PL / S.C.	
				Bacino massim o	Bacino minimo	Bacino massim o	Bacino minimo		
0	8		Servizio trasfusionale			0,3	0,15		
0	8	2	Day hospital (multispecialistico)					0	
0	8	55	Farmacologia clinica			n/a		0	
0	8	67	Pensionanti (multispecialistico)			n/a		0	
0	8	97	Detenuti					0	
0	8	98	Day surgery					0	
1	6	1	Unità spinale	4	2			20	
1	6	3	Recupero e riabilitazione funzionale	0,3	0,15			24	
1	6	3	Lungodegenti					24	
1	6	2	Neuroriabilitazione	2	1			20	

**(\*) il numero di posti letto, ordinari e di day hospital, è indicativo per il pubblico; per il privato si farà riferimento ai corrispondenti volumi di attività**

#### CONSIDERAZIONI A LIVELLO DI SPECIALITÀ

Nell'ambito dell'intervallo indicato per ciascuna specialità è possibile comporre il singolo ospedale in modo che le strutture complesse di ciascuno siano compatibili con il ruolo necessario nell'ambito del sistema emergenza-urgenza. Eventuali strutture semplici possono essere articolate in modo da completare la rete della singola patologia / specialità.

All'interno del disegno globale della rete ospedaliera è necessaria l'articolazione delle reti per patologia che integrano l'attività ospedaliera per acuti e quella di post-acuzie con l'attività territoriale. Tra i principali si annoverano i seguenti:

- Materno infantile (>= 500 parti all'anno oppure >=900 parti all'anno)
- Emergenza cardiologica
- Ictus cerebrale
- Trauma grave
- Cure psichiatriche
- Oncologica
- Insufficienza renale
- ....

I gruppi di lavoro attualmente attivi hanno le seguenti scadenze per la presentazione dei loro risultati:

Rete Infarto	28/2/2011
Rete ICTUS	31/3/2011
Rete Traumatologica	30/4/2011
Rete Neonatologia e Punti nascita	30/5/2011
Rete Medicine specialistiche	30/6/2011

Rete Oncologica	30/6/2011
Rete Pediatrica	30/6/2011
Restanti reti	30/9/2011

L'intervallo 0,15-0,30 milioni di abitanti (quindi da 150.000 abitanti a 300.000 abitanti) è applicato per specialità con la presenza prevista presso DEA di primo livello.

La cardiologia è prevista presso i presidi sede di DEA di primo e secondo livello nonché a supporto della cardiocirurgia.

Sono previsti dei percorsi clinici che integrino le chirurgie specialistiche come l'ortopedia e la traumatologia con la medicina generale in modo da garantire la visione olistica della cura.

La neonatologia è prevista come struttura complessa soltanto presso le strutture di riferimento, mentre le funzioni di neonatologia saranno presenti nei punti nascita.

La presenza di neuroradiologia e radiologia interventistica è prevista presso le radiologie con un bacino d'utenza da 0,5 a 1 milioni di abitanti.

#### PROPOSTA DI ARTICOLAZIONE DI FUNZIONI NELLA RETE OSPEDALIERA

Sulla base dei parametri per specialità indicati nelle pagine precedenti e dell'analisi relativa si arriva ad un numero di strutture complesse e di punti di erogazione sensibilmente più basso rispetto alla situazione esistente.

#### **Fig 9. Organizzazione della Rete ospedaliera proposta (da suddividere tra erogatori pubblici e privati)**

	Situazione attuale			Risultato dall'applicazione dei parametri Agenas
	Strutture Complesse pubbliche	Punti di erogazione private	Totale	
Specialità acuzie e diagnostica	841	152	993	725
Specialità postacuzie	61	67	128	50
<b>Totale</b>	<b>902</b>	<b>219</b>	<b>1121</b>	<b>775</b>
Funzioni di supporto	96	n/d		87

Il confronto tra la situazione attuale e il risultato dall'applicazione dei parametri Agenas, e quindi da una corretta applicazione del bacino di utenza e delle dimensioni corrette dei reparti, evidenzia un potenziale risparmio di più di trecento unità. Già il confronto tra le strutture complesse pubbliche e il risultato dall'applicazione dei parametri evidenzia una differenza di circa centoventicinque strutture complesse delle specialità di acuzie, di post-acuzie e di diagnostiche oltre che una decina di unità delle funzioni di supporto.

#### CRITICITÀ

Il confronto tra la situazione esistente e l'applicazione appropriata dei criteri evidenzia una potenziale molto grande di razionalizzazione del sistema ospedaliera attuale. L'applicazione totale potrebbe, però, richiedere dei cambiamenti strutturali non possibili a breve termine. E'

compito delle nuove aziende ospedaliere studiare la situazione reale per identificare le possibilità all'interno del periodo di applicazione del piano di rientro. Il metodo corretto per le aziende ospedaliere è quello di un'analisi attenta di rete per specialità rispetto al proprio bacino di utenza. I gruppi di lavoro attivati hanno il compito di proporre delle indicazioni più specifiche da applicare da parte delle aziende ospedaliere.

La conferma della possibilità di un forte intervento di razionalizzazione risulta da due studi effettuati dell'Assessorato negli ultimi anni. In uno studio si confronta la produzione ospedaliera erogata con il numero di medici, infermieri, OSS, personale tecnico e amministrativo dei presidi ospedaliere eroganti (in totale circa quarantamila persone). Rispetto a dei criteri di efficienza si evidenzia, nel 2009, un surplus di personale che supera il 10% (quasi cinquemila persone) anche se alcuni presidi ospedalieri rientrano nei parametri. Altri studi evidenziano la possibilità di un forte intervento di razionalizzazione a seguito di una razionale dislocazione delle specialità, dei reparti di dimensioni ottimali e di una organizzazione dell'attività impostata con il criterio delle reti ospedaliere con gli ospedali di riferimento collegati con le strutture cardine e quelle minori.

L'analisi del rischio clinico in ospedale evidenzia che esiste una curva di apprendimento per tipologia di intervento. Le strutture che non erogano un numero di interventi programmati di un certo tipo di intervento non erogano una buona qualità clinica. E', quindi, necessario cercare e applicare per tutte le strutture il livello minimo relativo.

L'utilizzo delle sale operatorie nei presidi pubblici è troppo basso con la conseguenza di un uso non efficiente del personale relativo. E' necessario concentrare gli interventi e le sale operatorie in modo da superare una soglia di utilizzo (per esempio 70%) per permettere un uso migliore delle risorse. I risparmi conseguiti possono essere utilizzati per migliorare la percentuale di fatture di femore che beneficiano dall'intervento relativo entro le 48H, indicatore nazionale.

## OBIETTIVI

L'obiettivo complessivo della revisione delle strutture complesse è la razionale distribuzione di unità produttive per singolo presidio e per singola specialità secondo la logica di HUB e SPOKE. Questa distribuzione permette a ciascuna struttura complessa di raggiungere un ruolo ben definito, un afflusso di pazienti sufficiente per garantire la creazione e il mantenimento dello skill professionale e un ritmo di investimenti tale da offrire ai pazienti una tecnologia aggiornata. Questo obiettivo deve essere raggiunto appieno a medio-lungo termine anche a seguito di interventi strutturali maggiori.

Una parte della riduzione di strutture complesse e di personale ospedaliero sarà realizzata attraverso la riconversione dei presidi ospedalieri indicata nella sezione "1.2.2 La ridefinizione della rete di emergenza ospedaliera". L'azione di riduzione dei posti letto di post-acuzie comporterà, per la pro-quota di strutture regionali, una riduzione di strutture complesse relative e di personale. L'applicazione delle regole di appropriatezza per i ricoveri per acuti comporterà, insieme alla ristrutturazione della rete ospedaliera all'interno delle sei aziende ospedaliere, ad una riduzione di strutture complesse e di personale di acuzie e di diagnostica strumentale. La liberazione di personale presso strutture non appropriate permetterà un rafforzamento delle strutture territoriali e una compensazione per il personale che va in pensione.

## AZIONI PROPOSTE

Entro il 28/2/2011

La Regione emetterà una DGR che in via preventiva indichi il bacino di utenza e le dimensioni dei reparti per singola specialità con l'obiettivo di essere tabella di riferimento per gli accorpamenti e di indirizzo per i gruppi di lavoro dei medici che saranno attivati o che già lavorano per produrre delle proposte di articolazione delle reti per singola specialità e come linee guida per i commissari delle nuove aziende ospedaliere. La delibera è coordinata con quella della rete di emergenza/urgenza con le caratteristiche dei presidi sedi degli ospedali di riferimento, strutture cardine ecc.HUB, e con la necessità di garantire una presenza minima di specialità relative.

Entro il 31/3/2011

La Regione emetterà una DGR che articoli le regole di condivisione, all'interno di un dipartimento, di posti letto da parte di più primari.

La Regione emetterà una DGR sull'utilizzo delle sale operatorie nei presidi pubblici in cui si concentrano gli interventi e le sale operatorie in modo da superare una soglia di utilizzo (per esempio 70%) per permettere un uso migliore delle risorse. I risparmi conseguiti saranno utilizzati per migliorare la percentuale di fatture di femore che beneficiano dall'intervento relativo entro le 48H, indicatore nazionale.

Entro il 30/6/2011

La Regione emetterà una DGR che sulla base dei risultati dei lavori di rete per singola specialità vincola i commissari alla realizzazione, per singola azienda ospedaliera, degli HUB / SPOKE / ospedale generale/Territorio di ciascuna specialità e il numero di strutture complesse e semplici relative. Per le specialità rare che richiedono un'articolazione di HUB e SPOKE a livello regionale sarà identificato il ruolo di ciascun presidio ed il numero di strutture complesse e semplici relative nonché i legami con le strutture territoriali.

La Regione emetterà una DGR che assegni gli investimenti in attrezzature e edilizia alla singola azienda e presidio in coerenza con i ruoli dei presidi all'interno della rete. La DGR presenterà anche delle regole per gli investimenti autofinanziati.

Entro il 30/9/2011

La Regione emetterà una DGR che sulla base dei risultati dei lavori di rete per le specialità restanti vincola i commissari alla realizzazione, per singola azienda ospedaliera, degli HUB / SPOKE / ospedale generale/Territorio di ciascuna specialità e il numero di strutture complesse e semplici relative.

## RISVOLTI ORGANIZZATIVI ED ECONOMICI

La parte metodologica presentata e il confronto tra una situazione di dislocazione "ideale" e la situazione attuale evidenzia una possibilità di riduzione di diverse centinaia di strutture complesse e di diverse migliaia di dipendenti. Si evidenzia, inoltre, la possibilità di razionalizzare fortemente la presenza degli erogatori privati in modo di indirizzare un loro contributo al sistema sanitario in modo più complementare rispetto alle strutture pubbliche e per ridurre i tempi di attesa di quegli interventi a cui la regione intende dare la priorità.

E', di conseguenza, prevista la riconversione di alcuni presidi pubblici che non sono necessari per il sistema di emergenza-urgenza e che non possono rafforzare la capacità produttiva degli altri presidi. E' prevista la riconversione, a medio termine, di circa dieci presidi che oggi hanno dei reparti di acuzie oppure di post-acuzie.

L'organizzazione della rete appena descritta permetterà una forte razionalizzazione di tutte le principali risorse utilizzate dai ricoveri (personale, beni e servizi e investimenti) che rendono credibili e raggiungibili tutte le azioni e gli obiettivi definiti nei prossimi capitoli. In particolare sono quantificati nella sezione "Personale" sia riguardante il personale dipendente che il personale a forme atipici.

La riduzione dei costi dei ricoveri e dei punti di erogazione presso le strutture private trova il riscontro economico nella sezione "Acquisto prestazioni da privato".

#### FONTI DI VERIFICA E INDICATORI

La regione Piemonte ha già un flusso trimestrale (Piani di Attività) che misura l'andamento del personale e delle strutture complesse per i cinque settori aziendali (ospedale, territorio, prevenzione, supporto tecnico/logistico/amministrativo e libera professione). Si richiede un report della procedura che evidenzia trimestralmente l'andamento per settore e per azienda con confronto con l'anno precedente e l'obiettivo da raggiungere.

### **1.4. La Rete Territoriale**

#### LA SITUAZIONE ATTUALE

La Regione Piemonte ha perseguito, per molti anni, una strategia di rafforzamento dell'assistenza territoriale attraverso degli investimenti in strutture volte a soddisfare tutti i livelli assistenziali (residenzialità, semiresidenzialità e assistenza domiciliare per i vari tipi di soggetti e di patologie). Il risultato è una buona capacità produttiva, rispetto ai parametri nazionali. Tuttavia è rimasto invariato, negli ultimi anni, il tasso di ospedalizzazione e il numero di ricoveri evitabili; secondo il metodo Agenas, i valori sono ancora alti e molto variabili tra le singole ASL della regione. Le azioni adottate per ridurre il carico di lavoro del settore di emergenza ospedaliera non hanno prodotto i risultati attesi, visto il numero di accessi in pronto soccorso di codici bianchi e verdi. Nel frattempo non si è ancora verificata l'integrazione tra le funzioni sanitarie e quelle sociali. Anche in questo caso si evidenziano delle differenze notevoli tra le singole aree geografiche della regione. Sembra che l'incremento dell'offerta territoriale sia stata principalmente aggiuntiva e non sostitutiva rispetto al livello ospedaliero.

#### CRITICITA'

Le principali criticità sono legate al frazionamento dell'offerta e della mancata presa in carico dell'assistito e quindi:

- presa in carico dei pazienti fragili estemporanea da parte del territorio;
- scarso coordinamento tra gli attori del territorio;
- scarso riferimento degli studi medici di medicina generale come primo accesso alle cure;
- obiettivi assegnati alla medicina generale non finalizzati alla continuità assistenziale e poco governati a livello regionale;
- pochi obiettivi assegnati agli ospedali finalizzati alla continuità assistenziale;
- pochi obiettivi assegnati agli specialisti ospedalieri finalizzati all'appropriatezza "gestionale" del paziente (farmaci, indagini diagnostiche, ricoveri);
- accessi impropri in pronto soccorso e conseguenti ricoveri impropri;
- utilizzo delle strutture degenziali di secondo livello come surrogato di una presa in carico territoriale;
- scarsa attitudine alla gestione per percorsi dei pazienti da parte del medico di medicina generale;

- troppe centrali operative: Centrali Operativi di Continuità Assistenziale (COCA), centrale operativa cure domiciliari, UVG, UVG ospedaliera, centrale operativa cure palliative.

La riforma regionale della sanità con la concentrazione delle reti ospedaliere rende ancora più critica la debolezza complessiva del Territorio. Man mano che l'ospedale razionalizza i propri percorsi è necessario che le ASL con i propri Distretti attivino tutte le azioni descritte in precedenza e quelle che si sono rivelate efficaci in alcuni ASL della regione ed in altre regioni. Bisogna, di conseguenza, creare una cultura di gestione dei percorsi dei pazienti in modo da ridurre le non appropriatezze cliniche e di livello descritte sopra.

### METODOLOGIA

Nel descrivere la metodologia utilizzata si fa riferimento ai principali obiettivi che si vogliono raggiungere divisi in generali e in specifici.

### OBIETTIVI

#### 1.4.1. **Miglioramento dell'appropriatezza e presa in carico territoriale**

##### MIGLIORAMENTO DELL'APPROPRIATEZZA

In una situazione come quella piemontese è necessario realizzare interventi volti al miglioramento dell'"*appropriatezza clinica*", attraverso la condivisione con i clinici di linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA). Gli obiettivi saranno mirati ad ottenere una riduzione dei costi della spesa farmaceutica e, attraverso il miglioramento della qualità dei trattamenti, della diagnostica ma soprattutto nella corretta gestione dell'assistenza alla persona erogata nella "Catena di cura".

I temi vanno affrontati congiuntamente con il coinvolgimento delle componenti professionali intra ed extra ospedaliere negli stessi tavoli di discussione; vanno accuratamente evitati, in particolare per l'appropriatezza prescrittiva, approcci con impostazione solo economica, sia perché in altre realtà si sono dimostrati meno efficaci, sia per evitare nei sanitari delle posizioni di rifiuto. Di pari importanza è il miglioramento della "*appropriatezza di livello*", ottenibile attraverso interventi sui modelli organizzativi e di presa in carico dei pazienti cronici. Anche in questo caso è fondamentale il lavoro di condivisione tra professionisti Ospedaliere e Territoriali, sia a livello medico sia a livello infermieristico, attraverso gruppi di lavoro misti per soluzioni condivise. Solo chi lavora sul campo può attuare in concreto il cambiamento e merita di partecipare alle decisioni attuali anche per evitare di proporre soluzioni tecnicamente corrette, che però corrono il rischio di non ottenere risultati concreti.

##### *L'appropriatezza di un intervento professionale (dal documento finale del Mattone 7)*

Si possono così individuare almeno cinque condizioni che fondano l'appropriatezza di un intervento

professionale e che riguardano:

- le caratteristiche del paziente (cliniche, con riferimento alla condizione acuta o cronica della patologia presentata, socio-culturali, con riferimento alla compliance attesa, etc.);
- le caratteristiche della prestazione (efficacia, sicurezza, costo, accettabilità, continuità assistenziale, etc.);
- il tempo di erogazione della prestazione in relazione alla storia clinica del paziente;
- le caratteristiche del livello assistenziale (alta specialità, area critica, degenza ordinaria, day hospital, consulenza specialistica, assistenza ambulatoriale);
- le caratteristiche del professionista che in concreto fornisce la prestazione.

L'appropriatezza quindi riguarda, da una parte, la valutazione delle circostanze nelle quali un intervento di dimostrata efficacia viene applicato nella pratica corrente. Un intervento efficace può, infatti, essere applicato o meno in modo appropriato, e cioè proprio nelle indicazioni per le quali il rapporto fra benefici e rischi è favorevole. Questa

specifica dimensione dell'appropriatezza, che fa riferimento all'applicazione di interventi di efficacia dimostrata in contesti nei quali il profilo beneficio-rischio per i pazienti si mantiene favorevole, viene solitamente presentata come appropriatezza clinica.

Ad essa, si affianca la dimensione dell'appropriatezza organizzativa, che concerne, in primo luogo, l'ambito nel quale sono erogati gli interventi. Il riferimento è alle azioni di contesto che massimizzano l'efficacia di un intervento o, più verosimilmente, minimizzano i possibili rischi legati alla sua erogazione. Un esempio è rappresentato dall'applicazione di programmi mirati a ridurre il rischio di infezioni ospedaliere, o di errori medici, all'interno di una struttura sanitaria.

Ancora, rientrano nella dimensione dell'appropriatezza organizzativa azioni tese a individuare e rimuovere incentivi perversi, si pensi a tariffe di rimborso incongrue, che possono stimolare l'esecuzione di prestazioni anche quando i rischi individuali superano i benefici o quando modalità differenti di erogazione (per esempio, nella scelta fra ricovero ordinario, ricovero diurno e prestazione ambulatoriale) sono disponibili.

In secondo luogo, la nozione di appropriatezza organizzativa include il riferimento al criterio dell'efficienza produttiva, intesa come minimizzazione dei costi per unità prodotta. Oltre ad essere clinicamente appropriata, l'esecuzione di un intervento deve tenere conto dell'utilizzo efficiente delle risorse: un intervento inefficiente non diventa per questa ragione inappropriato da un punto di vista clinico, ma inappropriato da un punto di vista dell'erogazione/organizzazione. Mentre il miglioramento dell'appropriatezza clinica garantisce l'effettivo perseguimento della qualità dell'assistenza, l'uso efficiente delle risorse rende massimo il numero di pazienti che possono accedere a interventi efficaci. Da notare, però, che anche l'inappropriatezza clinica provoca, oltre a un danno per il paziente, uno spreco di risorse per la collettività.

I pazienti particolarmente interessati da tutte e due le definizioni di appropriatezza sono quelli fragili. La fragilità si identifica per la sussistenza di problemi di cronicità, di non autosufficienza, di condizioni sociali deprivanti le capacità di autogestione dello stato di malattia. Essa trova possibilità di individuazione in condizioni cliniche fisiche psicologiche sociali ma soprattutto in una caratteristica funzionale che si esprime nel problema derivato da un bisogno di presa in carico di una assistenza più o meno intensiva ma costantemente continuativa.

Il paziente può essere considerato fragile in base ai seguenti indicatori:

- a) l'età superiore a 80 anni
- b) malattia cronica evolutiva ed invalidante in qualsiasi età adulta
- c) problemi di comorbilità associata a non autosufficienza
- d) esistenza di problematiche già accertate dalle commissioni territoriali UVG/UVA/UVMD con progetti di protezioni sanitarie o socio-sanitarie da parte di servizi territoriali, più o meno congiunti ad interventi specialistici integrativi della assistenza del MMG
- e) diagnosi di grandi Sindromi Geriatriche (Demenza, Malnutrizione, S.Ipocinetica, ecc.)

### **Presa in carico territoriale**

Il territorio deve realizzare una reale e concreta presa in carico del paziente anziché mantenere lo storico atteggiamento autorizzativo. La complessità del percorso assistenziale, la multidisciplinarietà che caratterizza oggi la maggior parte degli atti sanitari, la diversità dei luoghi di cura e di presa in carico, impongono un forte sistema di relazioni in grado di presidiare i passaggi in cura e le integrazioni se non vogliamo che questi diventino elementi di criticità e frammentazione. E', di conseguenza, necessario implementare modelli di integrazione territorio-ospedale, affinché siano assicurate le formule organizzative per la presa

in carico del paziente che viene avviato ad un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA). In tal senso, il PDTA deve essere inteso come una serie di attività, alcune erogate in regime ambulatoriale, altre in condizione di degenza ospedaliera, finalizzate alla gestione programmata ed appropriata di un problema assistenziale complesso, secondo priorità temporali e modalità d'accesso differenziate a seconda della gravità del singolo caso. E' necessario attivare la continuità assistenziale (disease management) basandosi su:

- l'adozione di corretti stili di vita, in particolare l'attività fisica e le corrette abitudini alimentari, visti non solo come strumento di prevenzione, ma anche come indispensabile sussidio nella gestione della patologia. In questa ottica è stata promossa l'Attività Fisica Adattata (AFA) come un programma di esercizio fisico, non sanitario, svolto in gruppo, appositamente indicato per cittadini con disabilità causate da sindromi algiche da ipomobilità o da sindromi croniche stabilizzate negli esiti della malattia. Il modello della Società della Salute permetterà, inoltre, di inserire nell'elaborazione dei Piani Integrati di Salute tutte quelle azioni legate agli stili di vita e alla qualità dell'ambiente in senso esteso, che sono finalizzate ad impedire l'insorgenza o a ritardare l'aggravarsi delle malattie croniche;
- l'implementazione delle competenze, nel team multiprofessionale, per far acquisire alle persone assistite quelle capacità che le mettano in grado di attuare un'adeguata autogestione (self care) della propria malattia
- l'attuazione degli interventi assistenziali presso il domicilio del malato o l'ambulatorio del MMG, ivi inclusi i test diagnostici e le medicazioni, ove necessarie, con l'utilizzo del " Libretto Personale di Patologia", da inserire nella Carta sanitaria;
- un sistema informativo centrato sul paziente basato sulla gestione di liste dei pazienti stratificate per patologia o rischio da parte dei MMG.

Tale registrazione dei casi, che potrà consolidarsi in uno specifico registro, e che funzionerà come un'unica Centrale operativa territoriale che integra quella del 118, permette la gestione di un sistema finalizzato verso almeno quattro funzioni:

- la tracciabilità del percorso;
- la gestione di un data base dei casi, condivisa e disponibile per tutti coloro che sono coinvolti nel processo di cura e di assistenza;
- la ricerca attiva dei pazienti per garantire la presa in carico proattiva e la continuità del percorso in relazione ai programmi definiti e al monitoraggio dei costi collegati alla patologia;
- un sistema di indicatori per la valutazione complessiva della corretta e appropriata presa in carico.

Al fine di chiarire come potrà essere organizzato il servizio di presa in carico del paziente da parte dell'ASL è necessario distinguere tra i pazienti già ricoverati e quelli che arrivano al sistema emergenza/urgenza con un problema risolvibile ad altri livelli assistenziali.

Per il primo gruppo di pazienti, si può prevedere un POOL di presa in carico formato da personale sanitario (infermieri con particolare formazione e attitudine) coordinato da un medico specialista per questi tipi di pazienti. Spesso la prima funzione del SSR, il contatto con il paziente critico, è svolto dal sistema del 118/Pronto Soccorso, attraverso il Triage, che dovrà essere strettamente integrato con il POOL. Al momento della segnalazione di un paziente all'ASL, una persona del gruppo prende in carico il paziente e ne gestisce la definizione del percorso diagnostico terapeutico, il progetto di cura, insieme all'Unità di Valutazione

Multidimensionale, nonché, successivamente, tutti i passaggi da un livello assistenziale all'altro. Chi ha preso in carico il paziente sarà, inoltre, in stretto contatto con i "case manager" presso le strutture sanitarie che gestiscono il paziente.

Per il secondo gruppo di pazienti è previsto il collegamento tra il sistema 118/PS e i MMG attraverso un'integrazione tra il sistema informatico 118/PS e un sistema da creare per i MMG.

### **Gestione integrata con l'emergenza dei codici bianchi e verdi**

Al fine di contribuire a perseguire l'appropriatezza, è importante che all'interno delle Centrali Operative 118 (C.O.), il processo di valutazione sanitaria telefonica possa determinare l'attribuzione di un codice Bianco o Verde. Mentre nel secondo caso l'invio del mezzo di soccorso rientra nella routine operativa dei Sistemi di emergenza, nel caso dei codici bianchi si è da tempo consolidata l'idea, supportata dalla definizione del codice bianco stesso, che potrebbe essere giustificato il NON INVIO del mezzo di soccorso.

Questa condizione porterebbe ad una netta riduzione dei servizi assegnati ai Mezzi di Soccorso di Base (MSB) (circa il 20% del totale su Torino), con ovvio "risparmio" dei mezzi stessi che verrebbero meglio utilizzati sugli altri codici.

Seppur coscienti di questa possibilità fino ad oggi il non invio del mezzo non è risultato uno strumento applicabile e applicato all'interno delle nostre C.O. Le principali obiezioni a tale comportamento, da parte del valutatore telefonico infermiere, sono essenzialmente di natura medico legale e riferite soprattutto all'ambito della tutela sulla scelta effettuata in caso di contenzioso per aggravamento del paziente (ipotesi di errata valutazione telefonica) oppure per una generica rappresentazione di scarsa attenzione da parte del servizio 118 alle necessità degli utenti anche amplificate dagli organi di stampa.

Altra problematica legata al non invio è quella dell'alternativa terapeutica offerta al paziente; se è vero che alcune patologie non possono che essere codici bianchi, è pur vero che per il paziente il problema esiste, e quindi un indirizzo di comportamento, almeno, dovrebbe essere fornito.

In alcuni casi, l'intervento del medico di centrale che telefonicamente ha "assistito" con un consulto il paziente in codice bianco può aver contribuito alla risoluzione del caso, ma questa modalità operativa non può rappresentare la soluzione quando si parla di grandi numeri o di applicazioni routinarie. Resta quindi da definire quale percorso e con quali modalità l'infermiere valutatore possa e debba deviare il paziente dal percorso "urgente" per indirizzarlo verso un percorso sicuramente tutelato e che possa fornire al paziente una risposta.

A tal proposito, l'introduzione del software specifico (il Dispatch) ha sicuramente fatto fare un passo in avanti alla Regione; l'identificazione dei codici bianchi così come concordato tra tutte le C.O. (tabella dei codici costruita insieme), ha avuto un certo incremento. Il Software però su questa materia ha un limite; creato per identificare le situazioni di emergenza, non risulta idoneo per approfondire una eventuale "valutazione secondaria" su quel codice che lui stesso ha identificato come bianco.

Si ritiene quindi importante creare un protocollo per la valutazione dei codici bianchi. Si deve quindi pensare ad un percorso che nascendo da una prima identificazione di Bianco dal Dispatch, faccia entrare, togliendosi (magari solo temporaneamente) dall'ambito emergenza-urgenza, in un percorso alternativo caratterizzato da una valutazione sanitaria più mirata e non vincolata agli stretti parametri temporali che l'emergenza impone.

Ulteriore necessità è quella delle risposte offerte e degli strumenti a disposizione della C.O. 118 per soddisfare i bisogni del paziente.

Si ritiene quindi che si possa formulare una proposta di percorso “codice bianco e parte dei codici verdi” che si riporta di seguito sottolineando che deve essere ulteriormente condivisa con gli operatori del sistema.

All’atto della ricezione della telefonata, il valutatore esegue il protocollo che esiterà in una codifica BIANCO (VERDE).

A questo punto il paziente esce dal percorso urgente (ma non è detto che non vi rientri) e, con lo stesso infermiere o con un valutatore dedicato, inizia una valutazione clinica più approfondita, più mirata ad indagare tutti i sintomi che il Dispatch appena tocca proprio per la sua caratteristica di filtro per le urgenze.

Il paziente “BIANCO” viene quindi sottoposto, previa informativa del percorso che sta per intraprendere (“Il suo caso non è urgente, quindi abbiamo un po’ di tempo in più per capire quale possa essere la cosa migliore per lei”, una cosa del genere) ad una valutazione clinicamente più mirata al sintomo riferito. Tale seconda fase può durare anche qualche minuto, anzi dovrebbe durare qualche minuto. Durante questa “valutazione non urgente” non è detto che, a seconda della domanda posta e della risposta ottenuta, il paziente non rientri nell’altro percorso, quello urgente con innalzamento del codice ed invio di un mezzo di soccorso. In questa evenienza il caso si chiuderebbe con l’invio del mezzo, e rientrerebbe nella nostra routine.

Ma cosa fare se il paziente BIANCO ancorché valutato con più dettaglio permane BIANCO? La valutazione “non urgente” opportunamente pesata e a seconda delle informazioni raccolte può fornire tipologie di risposta diverse.

Una delle possibilità potrebbe essere quella di lasciare a domicilio i pazienti identificati con codice BIANCO/VERDE facendo intervenire, non in urgenza, équipes dedicate a questa funzione che possano eseguire le idonee valutazioni sanitarie ed indirizzare il paziente alla cura definitiva (passaggio al curante, prenotazione di esami e/o ulteriori accertamenti specialistici in via telematica con accesso al CUP Unificato).

Altre esperienze fuori dall’Italia hanno evidenziato la possibilità che dalla C.O. possa essere inoltrato al curante del paziente un file contenente la valutazione effettuata e i provvedimenti adottati, in maniera che il MMG/PLS sia informato di quanto accaduto e possa così garantire una continuità di cura con quanto intrapreso.

Ad esempio per un dato sintomo “dolore addominale”, eseguito il Dispatch e risultato BIANCO, si inizia la valutazione “non urgente”. Tale valutazione potrebbe, anche in momenti diversi, esitare in risposte tipo:

- prenda un farmaco X e la richiamerò tra 60 minuti;
- chiami la guardia medica stasera;
- vada domani dal suo medico di famiglia;
- si rechi da solo al pronto soccorso;
- stiamo inviando un medico per visitarla;
- abbiamo provveduto a prenotarle una visita per il giorno X.

Le risposte sanitarie possono trovare una propria collocazione organizzativa presso i CAP. E’ chiaro che la “valutazione non urgente” di questo sintomo prevede alcuni meccanismi di rientro (e quindi di sicurezza) nel percorso urgente, e quindi può comportare l’invio di un mezzo di soccorso in urgenza.

Tale percorso potrebbe garantire:

- una ragionevole sicurezza di autorizzare un protocollo di NON INVIO del mezzo, laddove le valutazioni effettuate seguano scrupolosamente i percorsi stabiliti;
- una ragionevole sicurezza al diniego del mezzo da parte del valutatore, se non urgente e se ottemperati i percorsi;
- La possibilità di poter fornire una risposta “pesata” e basata sulle necessità del paziente stesso;
- La possibilità di iniziare una stretta collaborazione con i medici di famiglia, almeno con gli studi associati. In altre realtà, infatti, qualora il paziente rientri nel percorso non urgente ma venga seguito dalla C.O. fino ad una risposta non urgente come quelle

prima illustrate a titolo di esempio, la C.O. stessa ha cura di informare il curante del paziente assistito (email, fax ecc) della valutazione eseguita e del consiglio fornito.

A supporto dell'importante dell'introduzione di protocolli come quello suggerito si riportano alcuni numeri sul Piemonte.

Del totale chiamate annue al numero "118": 425.145:

- risposta telefonica con consulto: 73.656 ( 17%) *Di questi pazienti non abbiamo un feed-back che ci indichi quale azione successiva al consulto abbiamo intrapreso, ovvero se si siano spontaneamente rivolti ad una struttura sanitaria per visita;*
- totale invio mezzi: 351.489 ( 83%) *A questa percentuale con idoneo percorso come sopra esemplificato si potrebbe aggiungere un 5% (circa 17-18.000 interventi e cioè 50 pazienti al giorno) di Codici Bianchi che non verrebbero ospedalizzati;*
- totale inviati in Ospedale 268.846 (76 %) *Anche su questi si potrebbe calcolare un 5% di pazienti da non ospedalizzare con idoneo monitoraggio e sorveglianza;*
- totale trattamenti a domicilio ( 24 %).

Rispetto ai codici bianchi e verdi con accesso diretto in PS, è necessario individuare strumenti informatici, di scambio dati e informazioni che possano reindirizzare i pazienti presso i CAP attraverso protocolli condivisi.

### **Rafforzamento della formazione**

Il sistema di Educazione Continua in Medicina (ECM) dovrà sempre di più essere finalizzato al raggiungimento di obiettivi coerenti con lo sviluppo professionale individuale e con le priorità della programmazione regionale.

In particolare, per raggiungere l'obiettivo del rafforzamento della formazione, si individuano come aspetti strategici:

- la definizione di un Piano regionale per la formazione coerente con gli obiettivi innovativi introdotti dalla programmazione regionale;
- il coinvolgimento, quali destinatari di tale piano, non solo del personale dipendente del Servizio Sanitario Regionale, ma anche dei convenzionati esterni, sia medici di MG e PLS, che Specialisti Ambulatoriali Interni che medici di Continuità Assistenziale, che vanno considerati parte integrante e centrale del sistema di offerta;
- l'organizzazione di percorsi formativi che prevedano momenti interdisciplinari, in particolare fra MMG, medici di Distretto, infermieri e fisioterapisti, finalizzati alla implementazione delle Cure Domiciliari e Cure Palliative;
- l'organizzazione di percorsi formativi interdisciplinari, in particolare fra medici di Medicina Generale, di Continuità Assistenziale, di Distretto, Specialisti Ambulatoriali e Specialisti Ospedalieri, finalizzati alla produzione e implementazione di Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali condivisi sulle patologie croniche di più largo impatto (scompenso cardiaco, ictus, cardiopatia ischemica, TAO, diabete, tumori con particolare riguardo alla fase del follow-up);
- la graduale introduzione in ogni Azienda di iniziative di Audit Clinico, per valutare in maniera sistematica la pratica professionale, ed eventualmente per rivederla, al fine di migliorare la dimensione tecnico-professionale della qualità delle cure, della sicurezza e dell'organizzazione.

## Potenziamento dell'informatizzazione

Il Tavolo di lavoro permanente Sanità Elettronica delle Regioni e delle Province Autonome (TSE) ha emanato in data 31/03/2006 il documento "Strategia Base per la Sanità Elettronica". Con questo documento è stata indicata la strategia architettonica di riferimento per il sistema nazionale e per i sistemi regionali di Sanità Elettronica, ponendo i seguenti obiettivi fondamentali:

- disponibilità delle informazioni cliniche: l'infrastruttura deve rendere disponibili le informazioni cliniche dell'assistito (la sua storia clinica) dove e quando queste sono clinicamente utili, in qualsiasi punto della rete dei servizi;
- architettura federata: l'infrastruttura deve adottare soluzioni che possano cooperare con altri domini (con altre Aziende Sanitarie e con il livello regionale), al fine di concorrere alla creazione della storia clinica del paziente consultabile a livello regionale e/o nazionale;
- sicurezza e *privacy*: l'infrastruttura, data la delicatezza delle informazioni trattate, deve avere un grado di sicurezza elevato in termini di sicurezza e rispetto della *privacy*;
- affidabilità e disponibilità: l'infrastruttura deve essere intrinsecamente affidabile e deve essere disponibile 24 ore al giorno per tutti i giorni della settimana;
- struttura modulare: l'infrastruttura deve essere pensata in maniera modulare, e non in modo monolitico, per evitare una rapida obsolescenza del sistema;
- integrazione con i sistemi esistenti: l'infrastruttura deve avere la minima invasività possibile rispetto ai sistemi esistenti, sia al fine di salvaguardare gli investimenti fatti, sia per garantire che l'infrastruttura non carichi di complessità i sistemi locali, rendendo così difficoltosa la sua adozione.

In sostanza la Sanità elettronica si configura come un'architettura complessa dove opera per un verso un gruppo di attori che creano informazioni di cui rimangono responsabili e, per un altro verso, un insieme di attori che utilizzano informazioni (secondo le autorizzazioni ed in modo non del tutto prevedibile nei dettagli) sia per usi clinico/assistenziali (usi primari) sia per usi amministrativi, di governo, epidemiologici e di ricerca (usi secondari). L'insieme dei servizi applicativi che realizzano tali obiettivi è denominato Fascicolo Socio-Sanitario Elettronico. Il Fascicolo Socio-Sanitario Elettronico è l'insieme dei servizi applicativi che consente l'inserimento ed il successivo recupero dei documenti socio-sanitari, al fine di rendere disponibile, in ogni momento ed in ogni luogo, la storia clinica e socio-assistenziale di ogni cittadino, agli operatori abilitati o ai cittadini stessi.

La Regione Piemonte implementerà, con investimenti specifici, il Fascicolo Socio-Sanitario Elettroniconazionale tenendo conto anche delle linee guida emanate dal Garante per la Privacy e delle linee guida nazionali in corso di condivisione presso la Conferenza Stato Regioni.

A tale scopo su tutto il territorio regionale si intendono implementare le seguenti azioni:

- la messa a regime della impegnativa informatizzata;
- lo sviluppo della firma digitale per tutto il personale medico;
- l'implementazione e la diffusione della cartella clinica elettronica nelle strutture ospedaliere;
- lo sviluppo del fascicolo socio-sanitario elettronico prevedendo i seguenti sub-obiettivi:
- la disponibilità del fascicolo individuale per tutti gli assistiti della Regione;
- la completezza dei referti nel fascicolo (comprese immagini radiologiche, dati su vaccinazioni, riconoscimento di invalidità e handicap e protesica);
- la completezza dei dati di sintesi clinica (*patient summary*);
- la valorizzazione del fascicolo quale strumento a supporto della diagnosi e della cura (referti strutturati per comunicazione tra ASL e medico di famiglia, evoluzione dei sistemi nelle reti di patologia e dei piani diagnostico-terapeutici, integrazione con i sistemi emergenza-urgenza, sviluppo della telemedicina e telesoccorso);
- l'integrazione dei sistemi sulla prevenzione e degli *screening*;

- lo sviluppo della componente sociale e della componente pediatrica del fascicolo.

Particolare attenzione dovrà essere dedicata al collegamento in rete dei medici/pediatri di famiglia ed all'integrazione al sistema informativo aziendale, intesi come la partecipazione telematica di tali importanti attori al processo di diagnosi e cura, alimentando anche attraverso l'utilizzo dei loro *software* specifici, il Fascicolo con delle sintesi significative dello stato di salute dei pazienti (*patient summary*), eventualmente partendo proprio dalla consultazione dei documenti già presenti e prodotti da altri operatori (circolarità dell'informazione).

Più in generale, l'orientamento dell'attività del medico/pediatra di famiglia ad essere polo informativo per l'analisi dello stato di salute della popolazione assistita (supporto all'analisi epidemiologica e contributo alla programmazione aziendale), oltre che di verifica della congruità dell'uso delle risorse (controllo della domanda e governo economico-finanziario dell'Azienda) rendono necessaria la completa informatizzazione della medicina di famiglia, pienamente integrata con il sistema informativo aziendale.

Infine una particolare attenzione dovrà essere data alla diffusione della telemedicina, della telediagnostica e del teleconsulto, perseguendo i seguenti obiettivi:

- consentire la risposta assistenziale e diagnostica, assicurando livelli di qualità, specie in situazioni di emergenza in aree geografiche particolari e/o in particolari condizioni;
- guidare il cambiamento organizzativo e gestionale della Sanità sulla base delle peculiarità geografiche e demografiche del territorio, per individuare soluzioni ad hoc rivolte a persone in condizioni di fragilità con difficoltà ad accedere ai servizi.

Quanto sopra descritto richiede la stesura di un piano regionale per la sanità elettronica che indichi un percorso a tappe, finalizzato al raggiungimento in tempi certi dei sopra citati obiettivi.

Alcune resistenze da parte dei professionisti sanitari del Territorio sono in parte di tipo culturale, ed in parte sono al timore di dovere sostenere oneri o di non poter contare su supporto tecnico (come in Ospedale) in caso di difficoltà. Devono essere superate grazie ad azioni di formazione ed investimenti tecnologici adeguati.

#### 1.4.2. Razionalizzazione ed ottimizzazione della rete

Le tre reti (Emergenza, Ospedale e Territorio) sono da riorganizzare in una visione di insieme, che rispetti sia gli indirizzi generali normativi e le evidenze scientifiche, sia i criteri adottati con successo in alcune realtà della regione Piemonte e dell'Italia, nonché le peculiarità specifiche del territorio dove vengono inserite. La situazione economica esistente a livello Regionale e Nazionale esige la messa in atto di azioni di riassetto contestuali sia del livello Ospedaliero, dove esistono piccoli nuclei di offerta non più in grado di assicurare ai cittadini sicurezza e qualità adeguate, sia del livello Territoriale, in cui è necessario un potenziamento attuabile solo con un incremento di risorse.

Attraverso la riorganizzazione della rete dell'emergenza-urgenza e ospedaliera si possono liberare infatti importanti risorse umane e materiali che devono essere impiegate per un potenziamento della rete territoriale.

#### Riconversione dei piccoli ospedali

La riconversione dei piccoli ospedali, come precedentemente dettagliato nel capitolo dedicato alla rete ospedaliera, si rileva necessaria soprattutto per garantire sicurezza e qualità delle cure alla popolazione. Fondamentale risulta quindi la modalità di riutilizzo delle strutture presso le quali verranno disattivate le attività di ricovero per acuti.

Tale patrimonio, edilizio e non solo, deve essere sfruttato nel modo migliore per implementare il livello di assistenza territoriale, come sopra indicato.

L'offerta residenziale e semiresidenziale presenta notevoli disomogeneità – e significative carenze – nel territorio regionale, sia per quanto riguarda gli accoglimenti a lungo termine di soggetti non autosufficienti (anziani, disabili, psichiatrici,...) sia per quanto riguarda la necessità di accoglimenti temporanei per pazienti che necessitano di interventi di riabilitazione/riattivazione estensivi, oppure di ricoveri temporanei di "sollevio" per le famiglie impegnate nell'assistenza domiciliare dei congiunti.

La cura del paziente cronico, in particolare dell'anziano fragile, non può limitarsi unicamente all'aspetto sanitario di prevenzione e trattamento delle patologie, ma deve essere un "prendersi cura" della persona e spesso anche della sua famiglia. In particolare, la scelta del setting assistenziale più adeguato non dipende unicamente da considerazioni di tipo clinico, ma anche dalle aspirazioni e dalle possibilità del singolo anziano e/o della sua famiglia, come pure dai servizi presenti nel territorio in cui il soggetto vive. Si tratta di un approccio centrato sulla persona invece che sulla malattia, che mira ad una presa in carico globale dei bisogni assistenziali socio-sanitari dell'individuo e della comunità, garantendo effettivi benefici nell'assistenza del soggetto anziano fragile. Lo scenario epidemiologico attuale richiede adeguate risposte in termini di nuove strategie organizzative e di nuovi modelli che privilegino l'integrazione sociosanitaria nell'assistenza sia in senso "trasversale" (coordinamento tra gli interventi di operatori diversi nell'arco delle 24 ore) sia in senso "longitudinale" (coordinamento delle varie fasi del percorso assistenziale, ad esempio al momento della dimissione ospedaliera), implementando le soluzioni che garantiscono la continuità dell'assistenza.

Nel contesto socio-sanitario della Regione Piemonte, si ritiene necessario pertanto dare priorità in questa fase agli interventi di sviluppo della residenzialità temporanea extraospedaliera.

### **Introduzione di strutture residenziali ad elevata valenza sanitaria e a breve durata, "Strutture Intermedie"**

Per offrire un'assistenza che dia risposte tempestive, efficaci ed integrate, di fronte a bisogni complessi, sociali e sanitari, molteplici e mutevoli nel tempo, in Italia come nel resto d'Europa, si va diffondendo la creazione di strutture dedicate all'assistenza intermedia (rifacendosi alle *Intermediate Care Unit* di matrice anglosassone) con l'intento di migliorare l'efficienza del sistema e rispondere al bisogno di continuità assistenziale principalmente dei soggetti anziani fragili.

Le Cure Intermedie vengono introdotte nel Regno Unito negli anni '90 con l'obiettivo di migliorare l'efficienza ed il controllo sul budget, riducendo i costi sanitari legati ad una impropria occupazione dei posti letto (PL) nei reparti per acuti da parte di soggetti anziani fragili, anticipando i tempi di dimissione attraverso percorsi che facilitano la transizione dei pazienti dall'ospedale al domicilio e riducendo il numero di richieste di nuovi ricoveri dopo il rientro a casa. Si tratta quindi, innanzi tutto, di obiettivi che mirano a migliorare l'efficienza del sistema attraverso una più corretta gestione delle risorse.

Per gli anziani, i sottogruppi R1 e R2 e, per la riabilitazione estensiva, il sottogruppo RRE1, possono rappresentare una risposta ad una parte delle inapproprietezze di ricoveri individuate presso le strutture ospedaliere per acuzie e postacuzie. (vedi sezione "1.3.2. L'appropriatezza della rete ospedaliera della post-acuzie").

- **"R1** Prestazioni erogate in nuclei specializzati (Unità di Cure Residenziali Intensive) a persone non autosufficienti ad alto grado di intensità assistenziali, essenziale per il supporto alle funzioni vitali ed in particolare: ventilazione meccanica, ossigenoterapia continua, nutrizione enterale o parenterale protratta,

trattamenti specialistici ad alto impegno (riferiti a persone in condizione di stato vegetativo coma prolungato, persone con gravi insufficienze respiratorie, pazienti terminali etc.).

- **R2** Prestazioni erogate in nuclei specializzati (Unità di Cure Residenziali Estensive) a persone non autosufficienti con elevata necessità di tutela sanitaria: cure mediche e infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapie e.v., nutrizione entrale etc.
- **RRE1** Prestazioni di Riabilitazione Estensiva in Regime di Post-Acuzie per il completamento di programmi terapeutici già avviati in forma Intensiva o rivolti a persone che non sopportano programmi di tipo intensivo - (Linee Guida: art. 2.2. comma a/1 )”

Una causa importante per la degenza media alta dei ricoveri ospedalieri piemontesi è la difficoltà di dimissione dei pazienti che hanno terminato la fase acuta e la fase di riabilitazione intensiva, ma che necessitano ancora di un supporto sanitario ed assistenziale di una struttura protetta.

Le strutture residenziali piemontesi non rispondono, se non in minima parte, a questo tipo di esigenze e quindi impediscono, ancorché numerose rispetto alla media nazionale, la gestione dei pazienti ad un livello più appropriato, rispetto a quello ospedaliero, con un’assistenza pienamente sufficiente al bisogno e ad un costo minore.

E’ fattibile che una parte dei ricoveri non appropriati in strutture di riabilitazione ospedaliera possano trovare una corretta applicazione in questo tipo di strutture, attraverso la conversione di una quota dei posti letto di riabilitazione e lungodegenza ospedaliera. Rispetto ai ricoveri medici per acuti non appropriati è possibile che le Strutture di Ricoveri Intermedi possano fornire una risposta ai fabbisogni oggi soddisfatti solo a livello ospedaliero.

Si prevede una permanenza presso le Strutture di Cure Intermedie (SCI), articolata secondo il progetto del singolo individuo, con predisposizione di obiettivi di degenza media variabile, secondo le motivazioni di ricovero, da 10 a 40 giorni. Per alcune tipologie di pazienti e in pochi casi (minore di 5%) è possibile di avere un ricovero oltre questi limiti.

L’assistenza prevista è prevalentemente di tipo assistenziale e riabilitativo di mantenimento con conduzione medica ad orientamento geriatrico e degli specialisti delle patologie a lungo termine.

L’aspetto organizzativo assistenziale deve prevedere una permanenza di personale per le 24H e con una o più tariffe intermedie tra la lungodegenza ospedaliera (cod 60), oggi intorno a euro 150, e quella delle strutture Residenziali (oggi intorno a euro 100 di cui la metà a carico della sanità). La tariffa maggiore rispetto alle strutture Residenziali permette una serie di interventi medico, infermieristici e riabilitativi mentre la tariffa minore rispetto alla lungodegenza ospedaliera riflette il minor carico sanitario e la minore complessità organizzativa rispetto alla struttura ospedaliera. L’organizzazione dell’assistenza medica sarà affidata ai medici della rete pubblica di assistenza specialistica ambulatoriale, prevedendo una Direzione clinica specifica o quella di un Dipartimento “delle fragilità” ospedale-territorio con integrazione del ruolo del MMG congiunto all’assistenza dell’ASR. La quota alberghiera a carico della persona accolta (o del Comune) potrebbe essere variabile a seconda della tipologia dei pazienti e dei tempi di ricovero: nulla sino al 10° giorno e per i pazienti con prognosi in exitus, in fase di definizione diagnostica dello stato vegetativo, di completamento di terapie iniziate in fase di ricovero per acuzie, successivamente dell’11° giorno o dal termine del completamento delle

terapie iniziate in fase di acuzie sino al 40° giorno di permanenza incluso, euro 15 pro die (equivalente alla proquota giornaliero dell'assegno di accompagnamento). Il prolungamento oltre ai termini del progetto sanitario deve comportare il pagamento del 50% della tariffa. L'effetto progressivo dell'incremento della quota a carico dell'assistito deve essere un incentivo per una forte integrazione con il sistema sociale (comune e famiglia).

I ricoveri in queste strutture saranno documentati dal flusso FAR come da DGR 69-481 del 2 agosto 2010.

E' necessario evidenziare che l'ingresso del paziente in questo tipo di struttura è già a seguito di un inserimento in un progetto definito dall'ASL che deve assumere la presa in carico del percorso dal momento del ricovero ospedaliero. Per questo è da prospettare un processo sistematico di intese e integrazioni tra la rete ospedaliera e la ASL per la definizione delle comunicazioni e della pianificazione degli interventi e dei passaggi tra i diversi livelli assistenziali (vedere anche la DGR del 20 dicembre 2004, n° 72-14420).

Le Strutture di Cure Intermedie avranno un importante ruolo nel percorso dei pazienti curati in modo inappropriato nelle strutture di acuzie e di post-acuzie e si prevede una individuazione tra strutture residenziali di riabilitazione estensiva per una parte significativa e quelle per gli anziani per un totale di circa 1.800 PL (derivati da una parte dei posti letto ospedalieri riconvertiti) corrispondenti a circa 0.4 PL per mille abitanti. L'allocazione presso le aree geografiche sarà oggetto di una delibera di riordino della residenzialità territoriale e dell'assistenza domiciliare integrata entro il 30 aprile 2011. Una parte significativa di questi posti letto sarà, quindi, ottenuta tramite la riconversione di posti letto di altri livelli assistenziali, in particolare quelli di piccoli ospedali per acuti oppure quelli di post-acuzie non più appropriati.

La dotazione standard minimo di una struttura è di due moduli da 30 PL per raggiungere il corretto livello di efficienza e con la possibilità di organizzazioni strutturali più ampie per economie di scala in aree di una forte densità di popolazione. All'interno di ciascuna struttura è prevista la presenza di pazienti con un fabbisogno individuale diverso e quindi con tariffe diverse sulla base del progetto individuale del paziente stesso. All'ingresso nella struttura ogni paziente è, inoltre, classificato secondo il carico assistenziale richiesto in modo da garantire un corretto equilibrio tra le risorse assistenziali disponibili e le necessità dei pazienti ricoverati.

Il tipo di struttura sopra descritta si inserisce perfettamente nella descrizione del ruolo delle strutture residenziali del Mattone 12:

"I percorsi che portano alle prestazioni residenziali possono prevedere la provenienza dell'utente dall'ospedale per acuti, da una struttura di post-acuzie o dal domicilio.

Del resto la prestazione residenziale non deve essere intesa come una soluzione finale del percorso, ma come un nodo dinamico della rete che deve prevedere la dimissibilità a domicilio in tutte le situazioni in cui le condizioni di assistibilità siano recuperate.

Analogamente andranno considerate come appropriate, e per quanto possibile garantite, le soluzioni di ricovero temporaneo, anche per sollievo del nucleo familiare." (Mattone 12)

### **Sperimentazione di Centri di Assistenza Primaria (CAP)**

Tra le azioni da intraprendere per lo sviluppo della rete territoriale si ritiene centrale sperimentare il modello di Centri di Assistenza Primaria (CAP), che scaturisce dalla necessità di

fornire un'adeguata risposta al fabbisogno di prestazioni sanitarie ed assistenziali di cure primarie esistente nella Regione Piemonte. I Centri di Assistenza Primaria, strutture polifunzionali, rappresentano la base dell'organizzazione delle Cure Primarie ed il punto di riferimento per i cittadini e gli operatori socio sanitari del territorio.

#### Definizione del CAP

Il CAP è una unità strutturale del Distretto in grado di sostenere l'organizzazione e il coordinamento delle attività sanitarie del territorio, favorendone l'integrazione con i settori sanitari e non sanitari, finalizzati alla promozione e tutela della salute delle persone e delle comunità, mediante:

- il coordinamento delle attività di cure primarie territoriali;
- l'integrazione fra i settori sanitari territoriali e fra questi e quelli extraterritoriali;
- l'adozione di procedure semplificate di accesso e di fruizione del Sistema;
- l'utilizzo di tecnologie ICT (informazione e comunicazione);
- la valorizzazione dell'appropriatezza nell'utilizzo dei servizi.

#### Funzioni da svolgere nel CAP

- I. Accoglienza
- II. Prima valutazione del bisogno
- III. Orientamento ai servizi (antenna dello Sportello Unico)
- IV. Presa in carico complessiva dei pazienti attraverso la gestione coordinata delle grandi aree di cronicità che hanno un riflesso socio economico rilevante (diabete, BPCO, scompenso, rischio cardiovascolare, cronicità oncologica) secondo percorsi/protocolli concordati con i soggetti e le strutture di secondo livello
- V. Pianificazione e gestione integrata dell'assistenza domiciliare finalizzata alla ripresa in carico nell'alveo territoriale di quelle patologie non necessitanti di ricovero in strutture specialistiche di livello superiore.
- VI. Garanzia dell'integrazione sociale e sanitaria
- VII. Interfaccia strutturale con i Servizi di Emergenza/Urgenza nelle loro varie articolazioni mediante l'utilizzo di protocolli uniformi, anche se adattabili alle esigenze del bacino di competenza.
- VIII. Erogazione di prestazioni di diagnostica strumentale (punto di prelievo, ev. ecografia, RX ecc..) e prestazioni specialistiche di medici della rete ospedaliera oppure di specialisti convenzionati.

### Modelli

Sono ipotizzabili due modelli:

- un modello per aree metropolitane ad elevata e media densità di popolazione, al quale fanno riferimento i mmg/pls singoli, in rete, gruppo o i Gruppi di cure primarie;
- un secondo modello per aree extra metropolitane a bassa densità di popolazione.

I due modelli tengono conto dell'orografia delle aree della Regione e della distanza dai Servizi di Secondo Livello.

I parametri di riferimento per la diffusione dei CAP:

- 1 CAP ogni 100.000 residenti nelle aree metropolitane
- 1 CAP ogni 50.000 residenti nelle aree extra-metropolitane, con possibili deroghe per le aree montane ed a densità di popolazione particolarmente bassa. Ogni Distretto avrà, di conseguenza almeno un CAP in cui concentrare le proprie attività.

### **Gradualità dell'introduzione dei CAP.**

Queste strutture sono principalmente sostitutive delle attività oggi già svolte dal sistema sanitario regionale. Sono quindi inserite nel processo di riconversione dei piccoli presidi in strutture territoriali e della razionalizzazione della rete ospedaliera. Per governare e monitorare il processo di introduzione di CAP si prevede un'attivazione graduale di circa sei CAP all'anno per i primi anni. Come risulta dalla tabella della sezione 1.2.2 "La ridefinizione della rete di emergenza ospedaliera" i primi CAP verranno allocati presso gli ospedali riconvertiti in strutture territoriali.

### Attività erogabili nel CAP (su progetti concordati, riferibili a grandi aree: cardiovascolare, oncologica, pneumologica, metabolica).

Le attività del CAP possono essere organizzate per aree funzionali, così come di seguito elencate:

#### *Area dell'accesso*

E' finalizzata a garantire l'accesso integrato ai Servizi Socio Sanitari, fornendo informazioni, guidando il cittadino all'interno del sistema, individuando soluzioni concrete all'attuale frammentazione delle risposte a bisogni assistenziali complessi, nella direzione di risposte più efficaci. In Piemonte sono presenti Sportelli Unici in molti Distretti; la Sede degli Sportelli o una Antenna di tali Sportelli potrà essere presente nei CAP.

#### *Area della diagnostica strumentale di primo livello a supporto di prestazioni indifferibili*

Tale area rappresenta uno spazio strutturale e funzionale destinato alla valutazione breve ed al controllo di quadri clinici non destinati a strutture di livello superiore. Resta fermo il concetto che, qualora questi assumessero una rilevanza più complessa, verrebbero avviati, secondo i protocolli già esistenti, ai normali percorsi della emergenza-urgenza. E' previsto un collegamento stretto con 118/PS per la presa in carico di codici Bianchi/Verdi.

#### *Area delle Patologie Croniche*

Il CAP rappresenta il nodo di raccolta e coordinamento nella gestione delle patologie croniche a maggiore impatto sociale (cardiovascolare, oncologica, pneumologica, metabolica), attraverso la condivisione e la gestione, con il supporto segretariale e infermieristico, delle Agende cliniche dei pazienti cronici.

E' da prevedere, grazie alla condivisione informatizzata degli archivi dei pazienti cronici, un lavoro coordinato:

- il più possibile decentrato, negli studi dei Gruppi di Cure Primarie (GCP), delle medicine di gruppo e dei medici in rete, nel momento, di maggiore impatto, della stadiazione, con

il supporto centralizzato della segreteria del CAP per la gestione delle agende dei pazienti;

- centralizzato nel CAP nella fase di gestione e di controllo dei pazienti particolarmente suscettibili; il coordinamento di questa seconda fase è da prevedersi anche con gli specialisti delle singole patologie, in modalità di gestione integrata, secondo la diversa tipologia di modello.

#### *Area delle Cure Primarie*

I MMG ed i PLS, nell'ambito delle attività cliniche del CAP, avranno a disposizione ambulatori, il servizio di segreteria, disponibilità di tecnologie diagnostiche (telemedicina e teleconsulto), accesso alla rete aziendale dei servizi distrettuali.

Nel CAP può trovare collocazione la postazione di Continuità Assistenziale (Guardia Medica), a garanzia di un'assistenza H24.

Gli Infermieri assegnati al CAP, mantenendo la propria specificità professionale, operano in stretto rapporto con i medici di medicina generale per le seguenti attività: ambulatoriale, consultoriale, supporto all'unità di valutazione multidimensionale, ADI, Residenza Sanitaria Assistenziale, Ospedale di Comunità (questi ultimi ove esistenti) e le attività cliniche.

#### *Area dell'assistenza specialistica e diagnostica*

La contiguità spaziale consente, nel CAP, l'integrazione tra le Cure Primarie e le Cure Specialistiche, prevedendo le attività di medici specialisti convenzionati ed ospedalieri. Sulla base delle esigenze dei pazienti che afferiscono ai CAP, nonché la presenza di alcune tecnologie diagnostiche di primo livello (es. radiografie, ecografie, ...), finalizzate alla gestione delle patologie non complesse.

#### *Area di sorveglianza temporanea diurna*

Tale area prevede, a disposizione dei medici di famiglia dei CAP, alcuni ambulatori attrezzati all'uso destinati alla sorveglianza breve di cittadini con patologie che non richiedono ricovero ospedaliero, ma necessitano di prestazioni non erogabili a domicilio (es. esami diagnostici per pazienti in Cure domiciliari).

#### *Area delle attività riabilitative*

E' possibile prevedere la presenza, nel CAP, di spazi adeguati assegnati alle attività di recupero e riabilitazione funzionale.

#### *Area delle attività Integrate Socio Sanitarie*

Nel CAP trova collocazione il Servizio di Cure Domiciliari - dove si svolgono le fasi di programmazione, coordinamento delle attività, approfondimento dei casi - per gli interventi al domicilio dei pazienti, effettuati da un'équipe composta dal medico di famiglia competente per il caso, infermieri, operatori socio sanitari, assistenti sociali, specialisti secondo le necessità rilevate.

Nel CAP trovano sede le Unità di Valutazione Multidisciplinare delle persone anziane.

#### *Area amministrativa*

E' finalizzata a supportare le attività **sanitarie e sociali** svolte nel CAP, snellendo le procedure dalle incombenze burocratiche..

Le attività consistono in funzioni di Segretariato, Prenotazioni, Raccolta di dati, Archiviazione delle Informazioni, Funzioni gestionali (budget).

#### CAP rispetto alla situazione esistente

Nell'ambito del presente Piano di rientro è necessario rispondere alla domanda sul ruolo del CAP rispetto alla situazione esistente. Come risulta dalle funzioni del CAP è evidente che una

parte importante delle attività ambulatoriali diagnostici/terapeutici dei presidi ospedalieri possa essere svolta presso questo tipo di strutture. Con la concentrazione dei presidi, i CAP diventano luoghi in cui il medico si sposta verso il paziente e non il contrario. L'integrazione con l'ospedale favorisce la programmazione di ricoveri d'elezione e diagnostica di maggior peso attraverso una stretta collaborazione tra medici delle cure primarie e gli specialisti ospedalieri favorita dalla tecnologia.

Compatibilmente con i vincoli di bilancio, la Regione definirà il ruolo dei MMG nei CAP nell'ambito di quanto previsto dagli accordi nazionali e da quelli integrativi regionali.

L'apertura a 12 H (due turni) del CAP garantisce all'utenza una risposta ai codici bianchi e verdi inviati dal 118/PS.

Gli effetti organizzativi saranno quindi:

- una concentrazione delle risorse del Distretto nelle CAP;
- una dislocazione delle risorse dei piccoli presidi riconvertiti.

### **Aggiornamento dell'organizzazione della Medicina Generale**

I medici di Medicina Generale (medici di famiglia, pediatri di libera scelta, medici di continuità assistenziale) forniscono prestazioni sanitarie di diagnosi, cura, prevenzione e promozione della salute a livello ambulatoriale e domiciliare con accesso libero e gratuito (previa iscrizione obbligatoria presso il Distretto).

Durante le ore notturne (dalle 20.00 alle 8.00) e i giorni prefestivi e festivi (dalle 10 del sabato alle 8 del lunedì) l'assistenza primaria viene assicurata dai *medici di continuità assistenziale (MCA)*.

Le *forme associative della medicina primaria* sono state introdotte, sul modello delle *practices* inglesi, dall'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale del 2000, poi confermate e incentivate dai successivi ACN (2005 e 2009), per ovviare al tradizionale isolamento professionale del MMG e per consentire maggiore accessibilità, qualità delle cure (attraverso la condivisione di linee guida diagnostico-terapeutiche per le patologie a più alta prevalenza, incontri di verifica e revisione della qualità e dell'appropriatezza prescrittiva e il confronto fra pari), e continuità assistenziale.

La Regione Piemonte individua la concreta implementazione di tale modello come elemento centrale del processo di riorganizzazione del livello di assistenza territoriale. Entro il 30 giugno 2011 si aggiornerà l'organizzazione e la struttura di queste forme associative prevedendo la graduale introduzione di strumenti di clinical governance, centrati su sistemi informativi che raggruppino i dati di consumo di tutte le prestazioni sanitarie (specialistiche, ospedaliere, farmaceutiche, etc) per aggregazioni corrispondenti alle forme associative. Pertanto si prevede l'esaurimento della sperimentazione relativa ai Gruppi di Cure Primarie.

### **Riorganizzazione dell'assistenza specialistica**

L'assistenza specialistica comprende le visite, le prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale e di laboratorio previste dal nomenclatore delle prestazioni specialistiche. L'accesso avviene tramite richiesta del medico del Servizio Sanitario Nazionale su ricettario regionale.

Dal punto di vista quantitativo, si ritiene che l'offerta attuale sia sostanzialmente adeguata a livello regionale, mentre vanno realizzati puntuali interventi correttivi per migliorare la omogeneità di offerta, in senso orizzontale (fra le diverse Aziende Sanitarie) che in senso verticale (fra le diverse tipologie di prestazioni).

Gli obiettivi qualitativi e organizzativi della programmazione relativa a quest'area sono molteplici, tra questi:

- integrazione della SAI con i servizi e gli operatori del territorio;
- condivisione di percorsi clinico-assistenziali con la componente ospedaliera, la medicina di assistenza primaria e la pediatria di libera scelta;
- attiva partecipazione della specialistica alle forme complesse di assistenza primaria;
- abbattimento delle liste d'attesa anche attraverso un miglioramento di appropriatezza della domanda;
- riorganizzazione strutturale e funzionale degli ambulatori distrettuali al fine di garantire un miglioramento qualitativo e quantitativo dell'offerta di prestazioni specialistiche in ambito distrettuale, in particolare prevedendo l'erogazione di prestazioni non solo di I livello (a bassa complessità clinica e tecnologica), ma anche di II livello, in precedenza erogate in ambito ospedaliero.

Gli Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) assicurano gli interventi di natura specialistica in ambito territoriale, in sede ambulatoriale, domiciliare ed anche ospedaliera, fornendo ai medici di assistenza primaria il consulto specialistico.

In particolare è importante che gli Specialisti Ambulatoriali Interni:

- assicurino, nel corso di un unico accesso al poliambulatorio, la consulenza plurispecialistica ai pazienti multiproblematici, in modo da ridurre le liste d'attesa e il disagio del malato;
- prevedano modalità organizzate di consulenza telefonica ai MMG;
- garantiscano la partecipazione alle attività distrettuali (UVMD, ADI) e la consulenza specialistica presso le strutture residenziali extra-ospedaliere e gli ospedali di rete;
- partecipino ad attività di rilevamento epidemiologico, di farmacovigilanza, di sperimentazione clinica, di formazione aziendale.

## **Potenziamento e Revisione delle Cure Domiciliari**

### **SITUAZIONE ATTUALE**

#### **Presa in carico delle Cure Domiciliari sanitarie**

L'appropriatezza della presa in carico è conseguente ad una corretta valutazione dei bisogni attraverso la Centrale Operativa delle Cure Domiciliari, prevista dalla DGR n. 41-5952 del 7 maggio 2002, e che a volte coincide con il Percorso di Continuità Assistenziale, previsto dalla D.G.R n. 72- 14420 del 20 dicembre 2004.

#### **Ruolo degli attori della valutazione:**

- Operatori Cure domiciliari, valutazione dei bisogni infermieristici e della complessità del progetto di cura, valutazione della famiglia nel suo ruolo di cooperatore per la realizzazione del piano assistenziale.
- MMG, segnala il caso, conosce la storia clinica del soggetto e della famiglia (sa su chi si può contare)

**Ruolo della rete.** Quando si lavora sul territorio è estremamente importante l'attivazione della rete sia istituzionale che informale.

La rete istituzionale è costituita da tutti i servizi che operano sul territorio, (es. UVG, Medicina legale, Protesica, Specialisti Ambulatoriali ma che devono essere attivati in modo sinergico in funzione del paziente. A fronte dei bisogni rilevati in fase di valutazione congiunta con il medico di medicina generale, si definisce chi deve intervenire. L'attivatore di questa rete è il case manager delle cure domiciliari. Egli conosce la rete in quanto ne fa parte e sa a chi fare riferimento.

La rete informale è costituita dalle relazioni del soggetto, aggiuntive o alternative a quelle familiari. La rete informale non è immediatamente percepibile, ma deve essere specificamente esplorata. Il medico di medicina generale ha un ruolo chiave nella sua attivazione in quanto conosce la famiglia, sovente i vicini di casa ed è a conoscenza di correlazioni tra pazienti e risorse attivate tra di loro e li può coinvolgere nel progetto di cura. L'infermiere delle cure domiciliari ha un successivo ruolo educativo nei loro confronti.

**L'appropriatezza**, non solo in fase di presa in carico, ma anche successivamente, non può essere disgiunta dalla **flessibilità**.

Flessibilità organizzativa in risposta ai bisogni rilevati, che periodicamente devono essere rivalutati, con conseguente ridefinizione del piano assistenziale.

Non sempre ad una corretta valutazione corrisponde sempre una risposta adeguata, in quanto condizionata dalla possibilità operative dei servizi,. Tant'è che la realtà evidenzia che si tende a fornire una risposta quanto più simile a quella ottimale, (es. ADI in alternativa ad ADI+UOCP ove non attivato questo tipo di assistenza), oppure si attiva un SID in attesa di potere avere le condizioni per un ADI.

L'importante è esserne consci e pronti a modificare la risposta al variare delle condizioni.

Questo percorso virtuoso di ricerca dell'appropriatezza in tutte le fasi del percorso di cura sanitario domiciliare passa attraverso un monitoraggio periodico multiprofessionale delle condizioni del paziente e dei suoi bisogni.

### **Articolazione delle Cure domiciliari**

La Regione Piemonte garantisce, oltre all'ADI, una gamma di cure domiciliari sanitarie in grado di rispondere in maniera differenziata alle diverse esigenze della persona.

In applicazione della DGR 7 maggio 2002, n. 41-5952 Linee guida per l'attivazione del Servizio di Cure domiciliari nelle Aziende Sanitarie Locali della Regione Piemonte - le cure domiciliari sono erogate dal strutture organizzative specifiche articolate a livello aziendale o distrettuale, che hanno come obiettivo la realizzazione di un modello unico di assistenza a domicilio, comprendente un insieme di servizi diversificati a seconda della complessità dei bisogni sanitari della persona.

Le tipologie di cura sanitaria, normate dalla D.G.R n. 55-13238 del 3/8/2004 e s.m.i. e lo modalità di rilevazione delle risorse assorbite e relativa valorizzazione economica sono di seguito riportate. Si caratterizzano per la responsabilità clinica a carico del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta.

**L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)** assicura alle persone affette da patologie relativamente complesse, cure sanitarie presso il proprio domicilio (prestazioni di medicina generale e di medicina specialistica, prestazioni infermieristiche domiciliari, prestazioni di riabilitazione). L'assistenza domiciliare rappresenta la possibilità di gestione a domicilio di situazione pluripatologiche e può costituire un'alternativa al ricovero ospedaliero o la prosecuzione delle cure dopo il ricovero ospedaliero, tipicamente attraverso le dimissioni protette.

**L'Assistenza Domiciliare Programmata (ADP)** viene svolta assicurando al domicilio dell'assistito la presenza effettiva periodica (settimanale, quindicinale, o mensile) del medico di medicina generale secondo un programma ben definito. Si tratta di una tipologia di assistenza a bassa intensità sanitaria, particolarmente utile per il monitoraggio di persone fragili, in particolare anziani al fine di prevenire l'insorgenza di eventi acuti.

**Il Servizio Infermieristico Domiciliare, SID**, garantisce prestazioni infermieristiche (prelievi, medicazioni, cateterismi, ecc.) o riabilitative a pazienti che, a causa di limitazioni fisiche e/o ambientali, non sono in grado di recarsi presso gli ambulatori del dell'Asl. è un servizio attivato su richiesta e sotto la responsabilità del medico medicina generale. Gli interventi, particolarmente rivolti a soggetti fragili possono comportare la presa in carico della persona anche per un periodo di tempo piuttosto lungo. Questa tipologia di cura anch'essa a bassa intensità sanitaria spesso si associa all'ADP.

**L'Assistenza Domiciliare Integrata comprensiva degli interventi erogati dalle Unità Operative di Cure Palliative (ADI+UOCP)** è un servizio ad elevato contenuto sanitario, destinato a soggetti in fase avanzata di malattia e non rispondente più a trattamenti specifici. Fondamentale è il controllo del dolore e, in generale, dei problemi psicologici, sociali e spirituali dei malati stessi e dei loro familiari. L'obiettivo delle cure palliative è quindi il raggiungimento della migliore qualità di vita possibile per i malati e per le loro famiglie.

Tutte le attività infermieristiche collegate alle tipologia di cura sopra indicate vengono rilevate nelle rispettive cartelle cliniche. Esistono invece prestazioni richieste dal medico di medicina generale (es. prelievi ematici, ECG, valutazioni non seguite da presa in carico) non riconducibili a cartella clinica secondo le tipologie di cura di cui sopra, in quanto effettuate una tantum, che sono raccolte e valorizzate nella tipologia di cura **Prestazioni Infermieristiche Estemporanee (PIE)**.

**Per le sole prestazioni di ADI, ed in particolare riferite agli anziani, l'andamento degli ultimi anni risulta dalla tabella seguente:**

	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
Percentuali di anziani $\geq$ 65 anni trattati in ADI			2,40
Percentuali di anziani $\geq$ 75 anni trattati in ADI	3,63	3,37	4,92

## **PROPOSTA METODOLOGICA**

Strategico è lo sviluppo delle cure domiciliari, intese come trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, talora associati ad attività di aiuto alla persona e governo della casa, prestati al domicilio del paziente da personale qualificato per la cura e l'assistenza delle persone non autosufficienti (parzialmente o totalmente, in forma temporanea o continuativa), con patologie in atto o in stato di riacutizzazione o con esiti delle stesse. Le cure domiciliari sono finalizzate a contrastare le forme patologiche, il declino funzionale e a migliorare la qualità quotidiana della vita, consentendo al paziente affetto da patologie croniche, anche gravi, di essere curato adeguatamente nel contesto naturale di vita.

Diversi soggetti istituzionali (Comuni, ASL, Regione) partecipano alla realizzazione del modello organizzativo delle cure domiciliari: in particolare ai Comuni compete il servizio socio-assistenziale, il sostegno economico, l'attivazione del telesoccorso e del telecontrollo; le Aziende Sanitarie si occupano delle attività di ADI, con particolare attenzione a bisogni specifici quali il sostegno alle famiglie che assistono persone con demenza accompagnata da gravi disturbi comportamentali o le cure palliative per i pazienti in fase terminale.

Le Cure Domiciliari attraverso l'intervento di più figure professionali, sanitarie e sociali, realizzano al domicilio del paziente (di qualsiasi età) un progetto assistenziale unitario, limitato

o continuativo nel tempo, che si caratterizza per l'integrazione di natura multiprofessionale e/o multidisciplinare (sociale-sanitario).

Il servizio di assistenza domiciliare integrata offre la possibilità di usufruire, unitamente all'assistenza domiciliare, anche delle cure mediche, infermieristiche e/o riabilitative necessarie al proprio domicilio.

Sono previsti tre differenti livelli di intensità:

- *Cure Domiciliari a bassa intensità di assistenza sanitaria domiciliare* – l'intervento del medico è eventuale e può esplicarsi attraverso accessi periodici, mentre l'assistenza infermieristica e/o riabilitativa è necessaria con periodicità programmata.
- *Cure Domiciliari a media intensità di assistenza sanitaria domiciliare* – l'intervento periodico del medico è necessario, mentre è eventuale l'assistenza infermieristica e/o riabilitativa.
- *Cure Domiciliari ad alta intensità di assistenza sanitaria domiciliare* – si richiede un elevato impegno medico attraverso più accessi settimanali, nonché l'apporto infermieristico e/o di altri operatori sanitari, in un quadro di pronta disponibilità diurna sia medica sia infermieristica, ed assicurando uno stretto collegamento con la struttura ospedaliera di riferimento. Rientra nel terzo livello assistenziale anche l'*ospedalizzazione a domicilio*.

La richiesta di attivazione può essere presentata al Distretto dal MMG, dal responsabile del reparto ospedaliero in vista della dimissione, dal SAI, dei servizi sociali del comune di residenza, o dei familiari del paziente.

L'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD) esegue la valutazione iniziale del paziente entro precisi limiti di tempo, a seconda del grado di urgenza del caso (entro 3 giorni nei casi urgenti; entro 5 giorni in caso di dimissione protetta; entro 10 giorni o 3 settimane negli altri casi, in base alla capacità di supplenza da parte della rete informale; entro 5 settimane in caso di domanda cautelativa).

L'UVMD valuta in maniera integrata i bisogni espressi da ciascuna persona, ne accerta il grado di non autosufficienza e ne definisce il profilo funzionale, utilizzando in tutta la Regione uno strumento omogeneo per la valutazione multidimensionale infine predispone un progetto personalizzato, indirizzando il paziente verso uno o più dei servizi esistenti (assistenza domiciliare, centro diurno, RSA, ecc.). È poi necessario rivalutare periodicamente il tipo di assistenza erogata, in relazione all'evoluzione del caso. Il *case manager* (ovvero il "responsabile del caso", di solito l'infermiere professionale o il MMG) opera come punto di riferimento per l'assistito, la sua famiglia e gli operatori dell'équipe, verificando la corretta attuazione del percorso assistenziale.

La gestione delle Cure Domiciliari è di competenza del Distretto, che ha il compito di impostare la valutazione preliminare dei pazienti, favorire l'integrazione organizzativa delle varie professionalità, favorire l'*empowerment* del referente familiare (*care giver*), mettere a punto un piano assistenziale personalizzato, attuare le procedure tecnico-amministrative di supporto, predisporre e conservare la documentazione clinico-assistenziale, erogare farmaci ed altri presidi sanitari, e infine di valutare il servizio offerto. Al MMG e al PLS viene invece ricondotta la responsabilità della gestione del piano di assistenza individuale dei pazienti.

Alla luce di tali considerazioni si prevede di analizzare con attenzione lo sviluppo di tale servizio in Regione Piemonte prevedendo alcuni miglioramenti/perfezionamenti.

## **OBIETTIVI**

Premessa l'articolazione delle varie forme di Cure Domiciliari e la ricerca di un appropriato equilibrio tra le varie forme, la regione intende rafforzare l'ADI per arrivare ad una percentuale di anziani  $\geq 65$  anni trattati in ADI del 3,2 entro il 2012 e del 4,0 entro il 2014 di cui una percentuale di anziani  $\geq 75$  anni trattati in ADI del 6,5 entro il 2012 e del 8,0 entro il 2014.

### **AZIONI PROPOSTE PER IL MIGLIORAMENTO DELLA RETE TERRITORIALE**

Entro il 31/3/2011

La Regione emetterà una DGR in cui

- istituisca la figura di presa in carico del paziente, con i criteri di selezione e le caratteristiche relative nonché i rapporti e i flussi informativi dagli erogatori e i rapporti con gli altri attori delle ASL, ad integrazione e parziale sostituzione della DGR del 20/12/2004 n. 72-14420;
- crei il sistema informativo per la gestione dei dati dei pazienti "on line" che sia fortemente integrato con i flussi previsti dall'NSIS ed in particolare con i dati gestiti dal 118 e dal Pronto Soccorso (tracciato EMUR) e che preveda anche un sistema di indicatori per la valutazione complessiva della corretta e appropriata presa in carico.
- preveda dei protocolli e delle linee guida per l'interazione tra il 118/PS, le forme associative dei MMG e il POOL di presa in carico;
- definisca una Piano di formazione mirato all'appropriatezza.

Entro il 30/4/2011

La Regione emetterà una DGR recante

- il riordino delle strutture territoriali residenziali, con una puntuale descrizione di attività e strutture;
- la revisione delle Cure Domiciliari, [rafforzando l'ADI per arrivare ad una](#) percentuale di anziani  $\geq 65$  anni trattati in ADI del 3,2 entro il 2012 e del 4,0 entro il 2014 di cui una percentuale di anziani  $\geq 75$  anni trattati in ADI del 6,5 entro il 2012 e del 8,0 entro il 2014..
- le caratteristiche delle Strutture residenziali ad elevata valenza sanitaria e a breve durata (SCI), articolate per tipologia di indirizzo, per l'accreditamento provvisorio e che definisca il fabbisogno regionale articolato per tipologia di indirizzo e per area geografica;
- le tariffe delle SCI sulla base del fabbisogno assistenziale;

Entro il 30/4/2011

La Regione emetterà una DGR in cui

- indichi le funzioni e le caratteristiche di accreditamento dei CAP e un piano di attivazione degli stessi

Entro il 30/6/2011

La Regione emanerà una DGR in cui preveda:

- l'aggiornamento dell'organizzazione della Medicina Generale
- la riorganizzazione dell'assistenza specialistica

### **RISVOLTI ORGANIZZATIVI ED ECONOMICI DEL MIGLIORAMENTO DELLA RETE TERRITORIALE**

Le azioni proposte sopra comportano un aumento dell'organizzazione dedicata alla gestione delle reti territoriali, in particolare quella della presa in carico del singolo episodio di cura. Questa organizzazione sarà composta soprattutto da personale infermieristico ed, eventualmente, da altro personale sanitario che è già presente sul territorio oppure potrà essere spostato man mano che i piccoli presidi si convertono e le altre azioni che riguardano l'organizzazione del reparto ospedaliero e delle Sale operatorie liberano risorse presso il livello ospedaliero.

Il forte incremento di **Strutture residenziali ad elevata valenza sanitaria e a breve durata (SCI)** avrà l'effetto di sostituire posti letto di acuzie e postacuzie ospedaliera. Per ogni 60 posti letto che si attivano in sostituzione di altri posti letto, il risparmio sarà:

- se i posti letto sostituiti sono di acuzie: circa 5 milioni di euro
- se i posti letto sostituiti sono di riabilitazione ospedaliera: circa 2 milioni di euro
- se i posti letto sostituiti sono di lungodegenza ospedaliera: circa 0,5 milioni di euro

Questa differenza si potrà rilevare contabilmente, per gli erogatori privati, da uno spostamento dalla voce "Assistenza ospedaliera da privato" alla voce "Altra assistenza da privato".

La creazione di Centri di Assistenza Primaria (CAP) potrà incrementare la spesa distrettuale in modo variabile secondo le modalità di sostituzione di attività e risorse esistenti. Si può ipotizzare un CAP per ciascuno dei 58 Distretti attuali. Le voci interessate sono:

- passaggi di MMG singoli e in associazione a Rete e Gruppo, si stima l'incremento dei costi in circa euro 4 milioni;
- costi accordi integrativi
  - turnazione nei CAP di due medici di famiglia per dodici ore al giorno per ciascun CAP;
  - attività di progetto commisurata a processi certificati di recupero nella riallocazione delle risorse;
- costo della sede del CAP; (dimensione media di mille m<sup>2</sup>): non è possibile indicare una cifra in quanto dipende dalle strutture sostituite;
- personale infermieristico (standard uno per diecimila abitanti): 400 infermieri.

Il costo complessivo delle risorse sopra dipende, come già indicato, dal processo con il quale si attivano le CAP. Con un attento controllo dei costi ed eventualmente rifacendo i contratti con i MMG deve essere possibile guidare la trasformazione in modo che complessivamente costi di meno del sistema attuale. Anzi, uno dei motivi forti per effettuare la trasformazione è proprio la riduzione di costi mantenendo il servizio complessivo invariato o migliorandolo.

Altri risvolti organizzativi saranno la diminuzione di

- codici bianchi presso i PS
- riduzione di prestazioni ambulatoriali per le quali il sistema di indicatori regionali indica un livello circa 25% più alto rispetto alle Regioni che fanno parte del network collegato a S. Anna di Pisa;
- ricoveri inappropriati (a parte di quelli sostituiti dai ricoveri presso gli SCI)
- degenza media presso le acuzie e non acuzie (a parte di quelli in cui le giornate passano alle SCI).

### **FONTI DI VERIFICA DEL MIGLIORAMENTO DELLA RETE TERRITORIALE**

Le azioni che si deciderà di mettere in atto richiedono di individuare indicatori per il monitoraggio degli interventi realizzati; tali indicatori devono essere semplici, sintetici e rilevabili da informazioni raccolte routinariamente poiché la raccolta di dati per un monitoraggio ad hoc è costoso e non consente di verificare l'andamento nel tempo.

Gli indicatori vanno proposti e condivisi con i professionisti.

Rappresentano, pertanto, indirizzi della programmazione regionale:

- ❖ il consolidamento del sistema di monitoraggio degli obiettivi assegnati alle Aziende Sanitarie in un'ottica di responsabilizzazione condivisa e di attuazione degli indirizzi
- ❖ lo sviluppo, in maniera condivisa con le Aziende Sanitarie, di indicatori di qualità clinica e di appropriatezza dell'assistenza ospedaliera e territoriale
- ❖ la costituzione di flussi strutturati ed alimentati correntemente dalle Aziende Sanitarie quale strumento principale per il monitoraggio dell'attuazione degli indirizzi e la verifica degli obiettivi di sistema

Alcuni indicatori già individuati sono legati al consumo riportati alla totale popolazione di riferimento oppure a segmenti di questa popolazione (per età, per patologia):

- farmaci (per i gruppi critici)
- pronto soccorso (per tipologia di codice di accesso)
- ricoveri (per tipologia)
- prestazioni ambulatoriali e diagnostiche (per tipologia)

#### **INDICATORI DI ESITO / DI PROCESSO DELL'ORGANIZZAZIONE DI PRESA IN CARICO**

Sarà definito un sistema di indicatori per la valutazione complessiva della corretta e appropriata presa in carico che includerà i seguenti:

- il numero di pazienti presi in carico rispetto al totale di pazienti dimessi da reparti per acuti e di postacuzie con l'obiettivo di raggiungere il 30% di pazienti dimessi da reparti per acuti e del 50% di quelli dimessi da reparti di postacuzie;
- il tasso di ospedalizzazione di ricoveri ordinari non chirurgici afferenti all'allegato B del Patto della Salute rispetto al tasso di ospedalizzazione delle regioni bench-mark;
- il numero di ricoveri ordinari non chirurgici effettuati in discipline mediche per persone da 65 anni in su e con degenza eguale o superiore a dodici giorni con l'obiettivo di una riduzione del 40% rispetto al 2010;
- il numero di giornate di ricovero per patologia presso i reparti di postacuzie, per tipologia di MDC;
- il numero dei pazienti con il codice Bianco e Verdi non ospedalizzati presso il pronto soccorso dal 118.

#### **INDICATORI DI ESITO / DI PROCESSO L'ATTIVAZIONE DELLE SCI**

Sarà definito un sistema di indicatori per la valutazione complessiva della corretta e appropriata presa in carico che includerà i seguenti:

- il numero di pazienti presi in carico dalle strutture SCI rispetto al totale dei pazienti dimessi da reparti per acuti e di postacuzie;
- il tasso di ospedalizzazione di ricoveri ordinari non chirurgici afferenti all'allegato B del Patto della Salute rispetto al tasso di ospedalizzazione delle regioni bench-mark;
- il numero di ricoveri ordinari non chirurgici effettuati in discipline mediche di persone da 65 anni in su e con degenza eguale o superiore a dodici giorni;
- il numero di giornate di ricovero presso i reparti di postacuzie, per tipologia di MDC;

## **1.5. I laboratori d'analisi**

### SITUAZIONE ATTUALE

#### **LA RETE**

- Al momento attuale le Strutture Complesse di laboratorio analisi sono 27 (considerando solo gli Ospedali sede di Hub e non la Cittadella ospedaliera, in cui sono presenti 3 direttori di struttura complessa).
- Le Aziende sanitarie regionali hanno di norma ridotto le Strutture Complesse relative ai laboratori di piccole dimensioni, ma raramente ridotto le sedi di esecuzione degli esami. Altro problema cogente è la realizzazione, al momento, solo parziale delle reti informatiche aziendali.
- La rete è composta per il 94% da erogatori pubblici e per i 6% da privati accreditati per i quali è in atto un tavolo di trattativa per la riorganizzazione della rete pubblico-privato.

#### **L'APPROPRIATEZZA**

- Attualmente l'appropriatezza prescrittiva è stata perseguita attraverso la DGR n. 21-9688 del 30.9.2008 che ha previsto, attraverso un percorso formativo della durata di un anno, la riduzione dell'utilizzo del dosaggio dell'urea per lo screening di funzione renale, percorsi diagnostici di laboratorio per la diagnostica delle tireopatie (richiesta da parte dei Medici di Medicina Generale (MMG) di r-TSH o TSH riflesso, ed eventuale esecuzione da parte del laboratorio di FT4 ed FT3 in caso di TSH fuori da determinati limiti), ed altri interventi.

### CRITICITÀ

Sia la DGR DGR 19 del 3.8.2007 (riorganizzazione della rete dei laboratori) sia la 21-9688 del 30.9.2008 hanno avuto applicazione solo parziale. Nelle aziende la rete informatica dei Laboratori è stata creata solo in parte ed esistono ancora problemi di organizzazione relativi alla logistica. Molte altre analisi possono essere incluse in un elenco di esami potenzialmente inappropriati.

### OBIETTIVI

Per risolvere le criticità si ritiene di perseguire i seguenti due macro obiettivi:

#### **1.5.1. Riorganizzazione della rete dei laboratori**

La riorganizzazione della rete dei laboratori si adegua alla rete ospedaliera, prevedendo una graduazione di complessità/specializzazione delle tipologie di analisi eseguite da ciascun Laboratorio modificando la DGR 19 del 3.8.2007, finora applicata in maniera parziale. Occorre procedere alla riorganizzazione della rete dei Laboratori Analisi in modo che questa sia congruente/coincidente con la rete di gestione dell'emergenza e con il livello di complessità assistenziale dei vari Presidi.

Quindi l'adeguamento dei laboratori alla rete ospedaliera e a quella dell'emergenza-urgenza prevede le seguenti tipologie di laboratori: di riferimento, generali, di base e POCT.

### **1.5.2. Appropriatelyzza prescrittiva e di utilizzo**

Tale obiettivo è un'esigenza sempre più sentita tenendo conto che il numero di analisi per assistito in Piemonte è superiore alla media europea. E' quindi necessario sviluppare dei forti e credibili interventi sulla appropriatezza prescrittiva continuando ad agire sulla formazione e modificando il nomenclatore tariffario.

#### AZIONI PROPOSTE

Di seguito si riportano le principali azioni raggruppate secondo i due principali obiettivi da raggiungere:

#### **Riorganizzazione della rete dei laboratori**

La Regione emetterà una DGR entro il 28/02/2011 che dovrà prevedere:

- l'approvazione del documento sulla riorganizzazione delle attività svolte dai Laboratori Analisi con nuova classificazione delle Strutture prevedendo la revisione delle dotazioni organiche e la revisione delle dotazioni strumentali. Tale riorganizzazione ha come principale ricaduta l'accorpamento dei servizi, rendendo possibile la mancata sostituzione dell'80% del personale in pensionamento a partire dal 2012 (blocco nel 2011). Nel dettaglio saranno previsti i seguenti punti:
  - le Strutture Complesse diventano 1 per ogni Ospedale sede di riferimento e circa 1 per ogni Cluster di Ospedali sede della struttura cardine. Sarà previsto un crono programma dettagliato che prevede l'attuazione del 30% di tale trasformazione entro il 2012, con conseguente redistribuzione del personale Dirigente e Tecnico. Inoltre si preciserà che nei laboratori di riferimento vengano accentrate attività quali allergologia, autoimmunità, microbiologia, e di tutte le analisi specialistiche; in particolare nell'Ospedale di riferimento di Torino Sud dovrà essere portata a completamento l'unificazione dei laboratori analisi, dei laboratori di Microbiologia e Virologia, i laboratori di Genetica, la produzione del sangue. Verrà anche individuato un unico Centro regionale per alcune analisi particolarmente specialistiche: tossicologia, avidità IgG e farmacoresistenza HIV, micobatteri, sierotipizzazione Salmonella, etc. Sarà dettagliato uno specifico crono programma;
  - La trasformazione di alcuni Laboratori attualmente di tipo B in POCT da realizzare entro il 31.12.2011 secondo il seguente cronoprogramma:
    - entro febbraio 2011 – individuazione dell'Azienda capofila per l'acquisizione delle apparecchiature per la realizzazione di 4 punti POCT;
    - Entro settembre 2011 – acquisizione delle apparecchiature;
    - Entro dicembre 2011 – realizzazione dei POCT e conseguente redistribuzione del personale Dirigente e Tecnico;
  - per ogni tipologia di laboratorio verrà individuato, entro il 31/3/2011, l'elenco delle analisi urgenti al fine di ridurre ed uniformare l'ampiezza della tipologia di analisi eseguite dai laboratori di base;
- l'approvazione del documento sulla riorganizzazione delle attività svolte dai SIMT (Servizi Immunotrasfusionali), dalle Anatomie patologiche e dalla Banca membrane amniotiche che prevederà degli accorpamenti con un preciso cronoprogramma che si concluderà entro il 2012;
- l'individuazione, entro il 31/3/2011 di un coordinatore regionale per ciascuno dei seguenti servizi:
  - Laboratorio Analisi,
  - Microbiologie,

- Genetiche,
- Anatomie Patologie,
- Servizi Immunotrasfusionali.
- un piano operativo, entro il 31/3/2011, che preveda l'unificazione informatica dei laboratori per ciascuna Azienda Ospedaliera che dovrà concludersi entro il 31/3/2012;
- il blocco totale del turn over per il personale dei laboratori (dirigenti e tecnici) per il 2011, e il blocco all'80% del turn over per il 2012. Verrà specificato l'esclusione dal blocco, per entrambi gli anni, dei casi infungibili autorizzati solo ed esclusivamente dalla Direzione dell'Assessorato previa richiesta scritta del Commissario/DG dell'ASR.

### **Appropriatezza prescrittiva e di utilizzo**

La Regione emetterà una DGR entro il 28/02/2011 che dovrà prevedere:

- approvazione della revisione del nomenclatore tariffario, ad opera del Gruppo Laboratori dell'Assessorato, rendendo prescrivibili dal MMG, esclusivamente su richiesta o suggerimento dello specialista, nell'ambito di protocolli validati dalla regione, alcuni tipi di analisi non indispensabili per lo più richieste insieme ad altre con ridondanza, salvaguardando comunque le analisi richieste per pazienti con esenzione per patologia, sulla falsariga del Allegato 1 che però è solo una proposta metodologica ancora da condividere;
- incarico al Gruppo sopra citato, in collaborazione con specialisti di tutte le branche coinvolte, di redigere, entro il 30/4/2011, un protocollo regionale che preveda gli elenchi delle analisi pre-operatorie al fine di migliorarne l'appropriatezza prescrittiva eliminando esami oggi ritenuti superflui;
- incarico al Gruppo Laboratori dell'Assessorato di valutare l'applicazione da parte delle ASR dei due punti precedenti analizzando trimestralmente i tracciati C e di segnalare alla Direzione dell'Assessorato eventuali scostamenti dall'atteso.

### RISVOLTI ECONOMICI

Per quanto riguarda le azioni inerenti all'obiettivo 1.5.1, in merito al blocco del turn over si rimanda al capitolo sul personale, mentre si può stimare che le azioni di riorganizzazione della rete e quindi degli accorpamenti e riclassificazione dei lavoratori provochi la riduzione dei costi di beni e servizi per circa il 15% che corrisponde ad un valore **a regime di 20,0 mln euro**, stimabile al 50% per il **2011, cioè 10,0 mln**. Tali valori sono calcolati dalla seguente formula: 400 mln (tariffato annuo) x 33% (incidenza valutata del costo di beni e servizi rispetto al tariffato) x 15% (beneficio ipotizzato dal miglioramento dell'efficienza derivante dagli accorpamenti, anche sulla base di sperimentazioni effettuate).

In riferimento alle azioni sull'obiettivo 1.5.2 come si evidenzia dall'allegato 1, il risparmio stimabile è pari a **8.5 mln su base annua** (si sottolinea che le specifiche del file sono ancora da condividere, ma l'ordine di grandezza non si modificherà). **Nel 2011 tale risparmio si riduce a 7 mln** circa in quanto le azioni principali partiranno a marzo.

### FONTI DI VERIFICA (INDICATORI)

rispetto tempistiche rete

% delle indicazioni S (suggerito) sul totale dei tracciati C

% riduzione delle prescrizioni delle analisi

PROGRAMMA ATTUATIVO – REGIONE PIEMONTE

ALLEGATO 1								
Prestazione 2009 tracciato C	Somma Di Quantit	tariffe	euro	limitazioni alla prescrizione	% prevista	euro	differenza	
90.07.5 ammonio [p]	13538	10,70	144.856,60		0,00%	-	144.856,60	
90.09.2 aspartato aminotransferasi (ast) (got) [s]	1913303	1,60	3.061.284,80	prescrivibile o suggerito esclusivamente da specialista nell'ambito di protocolli validati dalla regione e per esenti per patologia	50,00%	1.530.642,40	1.530.642,40	
90.10.4 bilirubina totale	358676	1,50	538.014,00	prescrivibile o suggerito esclusivamente da specialista nell'ambito di protocolli validati dalla regione e per esenti per patologia	0,00%	-	538.014,00	
90.11.5 calcitonina	22340	17,15	383.131,00	prescrivibile o suggerito esclusivamente da specialista nell'ambito di protocolli validati dalla regione e per esenti per patologia	50,00%	191.565,50	191.565,50	
90.11.6 calcio ionizzato	21597	6,30	136.061,10	prescrivibile o suggerito esclusivamente da specialista nell'ambito di protocolli validati dalla regione e per esenti per patologia	50,00%	68.030,55	68.030,55	
90.13.3 cloruro [s/u/du]	137200	1,50	205.800,00	prescrivibile o suggerito esclusivamente da specialista nell'ambito di protocolli validati dalla regione e per esenti per patologia	50,00%	102.900,00	102.900,00	
90.14.1 colesterolo hdl	1573731	2,20	3.462.208,20	prescrivibile ogni anno (esclusi esenti per patologia)	50,00%	1.731.104,10	1.731.104,10	
90.14.2 colesterolo ldl	308149	0,90	277.334,10	non rimborsabile: è un calcolo	0,00%	-	277.334,10	
90.14.3 colesterolo totale	1764531	1,50	2.646.796,50	prescrivibile ogni anno (esclusi esenti per patologia)	50,00%	1.323.398,25	1.323.398,25	
90.43.2 trigliceridi	1686510	2,45	4.131.949,50	prescrivibile ogni anno (esclusi esenti per patologia)	50,00%	2.065.974,75	2.065.974,75	
90.14.4 colinesterasi (pseudo-che)	46016	1,85	85.129,60	prescrivibile o suggerito esclusivamente da specialista nell'ambito di protocolli validati dalla regione e per esenti per patologia	50,00%	42.564,80	42.564,80	
90.15.4 creatininasasi (cpk o ck)	318831	2,35	749.252,85	prescrivibile o suggerito esclusivamente da specialista nell'ambito di protocolli validati dalla regione e per esenti per patologia	50,00%	374.626,43	374.626,43	
90.15.5 creatininasasi isoenzima mb (ck-mb)	5542	4,40	24.384,80	prescrivibile o suggerito esclusivamente da specialista nell'ambito di protocolli validati dalla regione e per esenti per patologia	50,00%	12.192,40	12.192,40	
90.23.5 fosfatasi alcalina	645949	1,65	1.065.815,85	prescrivibile o suggerito esclusivamente da specialista nell'ambito di protocolli validati dalla regione e per esenti per patologia	50,00%	532.907,93	532.907,93	
90.24.1 fosfatasi alcalina isoenzima osseo	5753	12,40	71.337,20	prescrivibile o suggerito esclusivamente da specialista nell'ambito di protocolli validati dalla regione e per esenti per patologia	50,00%	35.668,60	35.668,60	
90.24.3 fosfato inorganico [s/u/du]	157883	1,90	299.977,70	prescrivibile o suggerito esclusivamente da specialista nell'ambito di protocolli validati dalla regione e per esenti per patologia	50,00%	149.988,85	149.988,85	
90.24.5 fosforo	43944	1,20	52.732,80	prescrivibile o suggerito esclusivamente da specialista nell'ambito di protocolli validati dalla regione e per esenti per patologia	50,00%	26.366,40	26.366,40	
90.25.5 gamma glutamil transpeptidasi (gamma gt) [s/u]	1482278	1,50	2.223.417,00	prescrivibile ogni due anni (esclusi esenti per patologia)	50%	1.111.708,50	1.111.708,50	
90.29.2 lattato deidrogenasi (ldh) [s/l]	288079	1,55	446.522,45	prescrivibile o suggerito esclusivamente da specialista nell'ambito di protocolli validati dalla regione e per esenti per patologia	50,00%	223.261,23	223.261,23	
90.32.5 magnesio totale [s/u/du/(sg)er]	101903	2,00	203.806,00	prescrivibile o suggerito esclusivamente da specialista nell'ambito di protocolli validati dalla regione e per esenti per patologia	50,00%	101.903,00	101.903,00	
90.35.4 osteocalcina (bcp)	3770	29,90	112.723,00	prescrivibile o suggerito esclusivamente da specialista nell'ambito di protocolli validati dalla regione e per esenti per patologia	50,00%	56.361,50	56.361,50	
90.35.5 paratormone (pth) [s]	76816	24,75	1.901.196,00	prescrivibile o suggerito esclusivamente da specialista nell'ambito di protocolli validati dalla regione e per esenti per patologia	50,00%	950.598,00	950.598,00	
90.36.2 ph ematico	2869	8,80	25.247,20	non prescrivibile: richiedere emogasanalisi	0,00%	-	25.247,20	
90.38.4 proteine (elettroforesi delle) [s] - incluso: dosaggio proteine totali.	773175	5,50	4.252.462,50	prescrivibile ogni anno (esclusi esenti per patologia)	50,00%	2.126.231,25	2.126.231,25	
90.40.4 sodio [s/u/du/(sg)er]	1148493	1,50	1.722.739,50	prescrivibile o suggerito esclusivamente da specialista nell'ambito di protocolli validati dalla regione e per esenti per patologia	50,00%	861.369,75	861.369,75	
90.41.5 tireoglobulina (tg)	29897	18,45	551.599,65	prescrivibile o suggerito esclusivamente da specialista nell'ambito di protocolli validati dalla regione e per esenti per patologia	50,00%	275.799,83	275.799,83	
90.42.3 tiroxina libera (ft4)	537540	10,70	5.751.678,00	prescrivibile o suggerito esclusivamente da specialista nell'ambito di protocolli validati dalla regione e per esenti per patologia	50,00%	2.875.839,00	2.875.839,00	
90.43.3 triiodotironina libera (ft3)	392958	10,80	4.243.946,40	prescrivibile o suggerito esclusivamente da specialista nell'ambito di protocolli validati dalla regione e per esenti per patologia	50,00%	2.121.973,20	2.121.973,20	
90.43.5 urato [s/u/du]	1101499	1,55	1.707.323,45	prescrivibile ogni due anni	50%	853.661,73	853.661,73	
90.44.1 urea [s/p/u/du]	798342	1,65	1.317.264,30	prescrivibile o suggerito esclusivamente da specialista nell'ambito di protocolli validati dalla regione e per esenti per patologia	50,00%	658.632,15	658.632,15	
90.44.4 urine esame parziale (acetone e glucosio quantitativo)	23428	0,85	19.913,80	non prescrivibile: richiedere esame completo urine	0%	-	19.913,80	
90.56.5 antigene prostatico specifico (psa)	455737	12,50	5.696.712,50	prescrivibile o suggerito esclusivamente da specialista nell'ambito di protocolli validati dalla regione e per esenti per patologia	50%	2.848.356,25	2.848.356,25	
90.56.6 antigene prostatico libero (psa free)	186534	14,25	2.658.109,50	prescrivibile o suggerito esclusivamente da specialista nell'ambito di protocolli validati dalla regione e per esenti per patologia	50%	1.329.054,75	1.329.054,75	
90.68.3 ige totali	34288	13,10	449.172,80	prescrivibile o suggerito esclusivamente da specialista nell'ambito di protocolli validati dalla regione e per esenti per patologia	50,00%	224.586,40	224.586,40	
90.70.4 leucociti (conteggio e formula leucocitaria microscopica) [(sg)]	3135	5,15	16.145,25	prescrivibile o suggerito esclusivamente da specialista nell'ambito di protocolli validati dalla regione e per esenti per patologia	0,00%	-	16.145,25	
90.70.5 leucociti (conteggio) [(sg)]	265	1,20	318,00	prescrivibile o suggerito esclusivamente da specialista nell'ambito di protocolli validati dalla regione e per esenti per patologia	0,00%	-	318,00	
90.71.3 piastrine (conteggio) [(sg)]	3265	1,50	4.897,50	prescrivibile o suggerito esclusivamente da specialista nell'ambito di protocolli validati dalla regione e per esenti per patologia	0,00%	-	4.897,50	
91.10.2 treponema pallidum anticorpi (e.i.a.)	48806	7,80	380.686,80	prescrivibile o suggerito esclusivamente da specialista nell'ambito di protocolli validati dalla regione e per esenti per patologia	50%	190.343,40	190.343,40	
91.10.3 treponema pallidum anticorpi (i.f.) [fta-abs]	307	9,60	2.947,20	prescrivibile o suggerito esclusivamente da specialista nell'ambito di protocolli validati dalla regione e per esenti per patologia	50%	1.473,60	1.473,60	
91.10.4 treponema pallidum anticorpi (ricerca qualit. mediante emoagglutin. passiva) [tpha]	6585	4,10	26.998,50	prescrivibile o suggerito esclusivamente da specialista nell'ambito di protocolli validati dalla regione e per esenti per patologia	50%	13.499,25	13.499,25	
91.10.5 treponema pallidum anticorpi (ricerca quantit. mediante emoagglutin. passiva) [tpha]	28162	6,80	191.501,60	prescrivibile o suggerito esclusivamente da specialista nell'ambito di protocolli validati dalla regione e per esenti per patologia	50%	95.750,80	95.750,80	
<b>TOTALE ANNUO ATTUALE</b>	-		<b>51.243.395,50</b>					
<b>RIENTRO TARIFFATO PREVISTO</b>	-							<b>25.990.204,38</b>
<b>RIENTRO REALE PREVISTO del MAT di CONSUMO</b>	-					<b>33%</b>		<b>8.576.767,44</b>

## **1.6.La radiodiagnostica**

### SITUAZIONE ATTUALE

Fondamentalmente la radiodiagnostica si suddivide in tre grossi settori: pubblica, privata convenzionata e privata "pura".

La radiodiagnostica pubblica, a prescindere dalle situazioni di eventuale riordino di indirizzo in funzione dei rapporti con ospedali di vario livello specialistico presenta complessivamente una situazione strutturale e tecnologica che, pur con alcuni aggiustamenti relativi alla loro funzione, è in grado di espletare i compiti istituzionali di competenza. Questo vale per la radiodiagnostica di base, l'ecografia, la TC e la RM.

La radiodiagnostica privata convenzionata si è progressivamente "sostituita" a quella pubblica soprattutto nell'espletamento degli esami che più lunghe liste di attesa presentavano ed essenzialmente ecografia ed RM. Si è assistito quindi ad una crescita talvolta esponenziale del numero di attrezzature installate, giustificate unicamente dall'incremento della richiesta di tali esami.

Il fatturato della radiodiagnostica privata relativa a RM e TC costituisce l'80% del totale, discostandosi molto dalla media dell'attività del privato accreditato in Regione.

La radiodiagnostica privata ha subito un ridimensionamento anche in funzione della richiesta ed è attualmente limitato a strutture anche di ricovero o a strutture a carattere anche scientifico, ma rappresentando complessivamente un evento minoritario e comunque autogestito, pur nel rispetto delle regole generali di gestione di tali strumentazioni.

### CRITICITA'

L'evento fondamentale è stato quello dell'incremento della richiesta e delle sempre più nuove possibilità di applicazione delle strumentazioni. Questo ha portato ad un aumento non gestito del numero di attrezzature raggiungendo rapporti apparecchio/utenza che esula i parametri in altri stati codificati. Attualmente per la RM il rapporto è di circa 1 apparecchio ogni 40-50 mila abitanti in Piemonte, contro una media nazionale ed europea di 1 ogni circa 250.000.

La RM ha come elemento di criticità la mancanza di criteri sia esecutivi che di indicazione. Pur essendo presenti sia a livello regionale che nazionale protocolli ben precisi, questi vengono costantemente disattesi o mal interpretati provocando un meccanismo perverso in base al quale non esiste oggi alcuna possibilità di riordino del sistema.

### OBIETTIVI

La domanda di esami deve avere un riordino su base di protocolli condivisi a seconda delle specialità individuando i criteri di correttezza, i carichi di lavoro e i livelli di professionalità degli operatori coinvolti. A tale scopo le società scientifiche svolgono un compito fondamentale in quanto uniche interlocutrici circa la giustificazione dell'indagine da svolgere.

Sulla base degli obiettivi suddetti si stabiliscono i criteri di accettazione delle varie indagini e in particolari di quelle ecografiche ed RM, facendo riferimento a quanto a suo tempo stabilito dai LEA, individuando nella traumatologia e nell'oncologia i due settori di riferimento per esecuzione di indagini TC ed RM, sulla base della semplice richiesta medica e filtrando attraverso la richiesta specialistica e secondo protocolli condivisi l'esecuzione di esami in ambito flogistico-degenerativo.

Inoltre, si ritiene importante valutare l'attuale distribuzione sul territorio regionale delle grandi apparecchiature in funzione delle esigenze diagnostiche della popolazione procedendo a una revisione della rete.

AZIONI PROPOSTE:**1.6.1. Appropriatezza prescrittiva**

La riduzione del 5% prevista nel contratto con i privati accreditati (vedere capitolo specifico) costituirà il primo calmierino per il primo trimestre 2011 anche nel campo della radiodiagnostica. Gli interventi specifici sulla branca Diagnostica per immagini sono i seguenti:  
Determina Dirigenziale entro il 31/1/2011 con la quale viene costituito un Gruppo di lavoro Radiologia in Assessorato, costituito da professionisti pubblici e privati accreditati, obiettivi che dovrà lavorare a tutte le attività previste nelle DGR sotto riportate.

La Regione emetterà una DGR entro il 31/03/2011 che dovrà prevedere:

- l'approvazione della modifica del nomenclatore tariffario che prevede un gruppo di analisi di diagnostica per immagini la limitazione alla prescrivibilità ("prescrivibile o suggerito esclusivamente da specialista nell'ambito di protocolli validati dalla Regione, e per esenti per patologia");
- l'approvazione di protocolli concordati con i clinici, che individuino i casi in cui è indicato il ricorso alla diagnostica RM e TC;
- l'approvazione di protocolli esecutivi delle analisi RM e TC che prevedano anche degli indicatori sull'utilizzo delle grandi apparecchiature tra i quali tempo macchina, orari di apertura al pubblico, professionalità coinvolte, ecc;
- le variazioni delle tariffe di rimborso di RM e TC (se il Gruppo ne ravvisa l'opportunità dopo un'attenta analisi).

**1.6.2. Revisione della rete**

La Regione emetterà una DGR entro il 30/06/2011 che dovrà prevedere la revisione della rete delle Diagnostiche per immagini in Piemonte, individuando la più corretta distribuzione di grandi apparecchiature in rapporto alle esigenze della popolazione con un dettagliato cronoprogramma.

RISVOLTI ECONOMICI

Il Gruppo di Lavoro prenderà in considerazione le 50 prestazioni complessivamente più costose in Regione. Di queste, individuerà quelle radiologiche meritevoli di attenzione in relazione alla appropriatezza. A tali prestazioni verrà inserito l'obbligo di prescrizione o suggerimento da parte di specialista, nell'ambito di protocolli validati dalla Regione), esclusi gli esenti per patologia. Di seguito si riporta l'Allegato 1 con una prima proposta operativa di quanto scritto, specificando che nel dettaglio dovrà essere rivista e condivisa, ma i valori economici totali dovranno essere sostanzialmente rispettati. Sono state considerati i valori solo riferiti alle strutture pubbliche, in quanto i risparmi delle strutture private sono già inglobati nella riduzione percentuale dei contratti.

Tale indicazione si prevede porti ad una minore spesa di 1,2 mln euro su base annua. Quindi per il **2011 il risparmio sarà pari a 0,9 mln** (partendo le azioni da Aprile) e per il **2012 pari a 1,2 mln. La riorganizzazione della rete ospedaliera evidenzia nella sezione "1.2.2 La ridefinizione della rete di emergenza ospedaliera" dei risparmi quantificati in circa 70 tecnici per un valore economico di circa euro 3,6 milioni. Inoltre, la riorganizzazione potrà prevedere una riduzione del numero di medici negli ospedali trasformati da DEA in PS.**

## FONTI DI VERIFICA ( INDICATORI)

indicatori sull'utilizzo delle grandi apparecchiature tra i quali tempo macchina, orari di apertura al pubblico, professionalità coinvolte, ecc  
% delle indicazioni S (suggerito) sul totale dei tracciati C rispetto della revisione della rete

ALLEGATO 1						
prestazione	importo netto totale (9 mesi) ricorosciuto	quantità	(s) prescrivibile o suggerito esclusivamente da specialisti nell'ambito di protocolli validati dalla Regione, e per esenti per patologia (xx) non prescrivibile fuori dai programmi di screening, escluso sospetto diagnostico	% di rientro	valore	
<b>ASL</b>						
88.93 RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA Cervicale, toracica, lombosacrale	3.999.88	26.231	X	3%	119.994,53	
88.76.1 ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	3.879.604	67.778	X	3%	116.388,13	
88.72.6 ECOCARDIOGRAFIA	3.224.550	50.763	X	3%	96.736,49	
88.016 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO	2.962.362	15.152	X	3%	88.870,87	
88.94.A RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHELETRICA - piccole articolazioni + ginocchia	2.532.912	210,9	X	3%	75.987,37	
88.94.I RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHELETRICA - Grandi articolazioni RM di spalle	2.296.785	15.561	X	3%	68.903,56	
87.411 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO TC del torace [poli]	2.090.230	12,913	X	3%	62.706,90	
88.912 RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO	1.647.601	5.699	X	3%	49.428,02	
88.77.2 ECO(COLOR) DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI E INFERIORI DISTRETTUALE, ARTERIOSA	1.436.300	34.222	X	3%	43.088,99	
<b>ASO</b>						
88.016 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO	2.856.388	4.728	X	3%	85.691,64	
88.93 RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA Cervicale, toracica, lombosacrale	1.399.478	9.130	X	3%	41.984,34	
88.912 RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO	1.2617,9	4.224	X	3%	37.851,56	
88.94.A RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHELETRICA - piccole articolazioni + ginocchia	9610,36	7.936	X	3%	28.831,08	
88.73.5 ECO(COLOR) DOPPLER DEI TRONCHI sovraortici a riposo o dopo prova fisica o farmacologica	649.599	4.361	X	3%	19.487,96	
<b>PRESIDI e IRCCS</b>						
92.18.6 TOMOSCINTIGRAFIA GLOBALE CORPorea (PET)	2.044.791	1936	X	10%	204.479,08	
88.93 RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA Cervicale, toracica, lombosacrale	939.543	6.117	X	10%	93.954,26	
88.016 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO	682.863	3.546	X	10%	68.286,29	
87.411 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO TC del torace [poli]	507.546	3.157	X	10%	50.754,60	
88.94.A RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHELETRICA - piccole articolazioni + ginocchia	466.709	3.874	X	10%	46.670,86	
88.72.6 ECOCARDIOGRAFIA	438.234	6.873	X	10%	43.823,41	
88.77.2 ECO(COLOR) DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI E INFERIORI DISTRETTUALE, ARTERIOSA	297.007	6.867	X	10%	29.700,74	
88.94.I RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHELETRICA - Grandi articolazioni RM di spalle	276.008	1.872	X	10%	27.600,80	
88.912 RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO	247.236	13,9	X	10%	24.723,60	
88.912 RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO	226.330	759	X	10%	22.632,79	
88.714 DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO Ecografia di ghiandole salivari, collo per linfonodi	41448	5.944	X	10%	14.144,78	
<b>STRUTTURE PRIVATE</b>						
88.93 RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA Cervicale, toracica, lombosacrale	8.414.946	55.969	X	10%	841.494,58	
88.94.A RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHELETRICA - piccole articolazioni + ginocchia	6.534.711	55.154	X	10%	653.471,05	
88.76.1 ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	6.013.032	113.029	X	10%	601.303,22	
92.18.6 TOMOSCINTIGRAFIA GLOBALE CORPorea (PET)	4.516.994	4.278	X	10%	451.699,45	
88.72.6 ECOCARDIOGRAFIA	4.351.868	73.079	X	10%	435.186,80	
88.912 RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO	3.521.541	12.026	X	10%	352.154,11	
88.94.I RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHELETRICA - Grandi articolazioni RM di spalle	3.380.716	22.926	X	10%	338.071,58	
88.77.2 ECO(COLOR) DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI E INFERIORI DISTRETTUALE, ARTERIOSA	3.227.701	77.218	X	10%	322.770,10	
88.912 RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO	2.924.555	15.729	X	10%	292.455,50	
88.73.5 ECO(COLOR) DOPPLER DEI TRONCHI sovraortici a riposo o dopo prova fisica o farmacologica	2.625.516	63.378	X	10%	262.551,61	
88.016 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO	1.466.288	7.512	X	10%	146.628,83	
88.93.2 RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) secondo distretto	1.322.775	9.235	X	10%	132.277,52	
87.411 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO TC del torace [poli]	941.946	5.806	X	10%	94.194,57	
88.714 DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO Ecografia di ghiandole salivari, collo per linfonodi	872.704	40.659	X	10%	87.270,36	
88.93.1 RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO Cervicale	797.376	3.351	X	10%	79.737,64	
87.03.4 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELLE ARCATE DENTARIE [DENTALS CAN] TC dei denti (arc)	760.078	10.746	X	10%	76.007,83	
88.74.1 ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE incluso : fegato e vie biliari, pancreas, milza, reni e surreni, retroperitoneo	736.040	21.177	X	10%	73.604,02	
88.914 RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL MASSICCIO FACIALE, SENZA E CON CONTRASTO	599.887	2.441	X	10%	59.988,71	
87.113 ORTOPANORAMICA DELLE ARCATE DENTARIE Arcate dentarie complete superiore e inferiore (OPT)	536.549	63.214	X	10%	53.654,89	
88.99.2 DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGII Lombari, femorali, ultradistali	510.609	20.594	X	10%	51.060,89	
87.37.1 MAMMOGRAFIA BILATERALE (2 proiezioni)	507.238	22.836	XX	80%	405.790,08	
<b>TOTALE RAPPORTATO A 9 MESI</b>					<b>7.374.096,18</b>	
<b>TOTALE RAPPORTATO A 12 MESI</b>					<b>9.832.128,24</b>	
<b>TOTALE RAPPORTATO A 9 MESI (senza Presidi e IRCCS e strut. Private)</b>					<b>935.951,44</b>	
<b>TOTALE RAPPORTATO A 9 MESI (senza Presidi e IRCCS e strut. Private)</b>					<b>1.247.935,25</b>	

## 2. IL PERSONALE

### SITUAZIONE ATTUALE

Il costo del personale dipendente del SSR, (dato 2009) presenta una spesa per residente, (anche tenendo conto della pesatura della popolazione quale proxy del fabbisogno) compatibile con i costi di alcune regioni con analoga struttura dell'offerta pubblica dei servizi sanitari (Emilia Romagna..), ma superiore ad altre quali per esempio il Veneto.

L'analisi della situazione attuale va suddivisa nei suoi due aspetti portanti:

1. La consistenza della dotazione organica (effetto composizione);
2. Il costo della dotazione organica (effetto reddito).

1. La consistenza organica totale delle aziende sanitarie della Regione Piemonte è paragonabile a quella della Regione Veneto e della Regione Emilia Romagna:

N° di dipendenti del SSN per 100 abitanti (fonte: conto annuale 2008)

Piemonte	Emilia Romagna	Veneto
1,263	1,288	1,185

Approfondendo il dato per profilo professionale si scopre però che ci sono differenze tra le tre Regioni.

In particolare, in Piemonte risulterebbe un "eccesso" di personale medico e di personale amministrativo del comparto, mentre risulterebbe esserci "carenza" di personale infermieristico, delle funzioni riabilitative, di vigilanza e ispezione e di dirigenti del ruolo tecnico e professionale. "Eccesso" e "carenza" sono ovviamente relative alla situazione delle altre due Regioni benchmark.

L'analisi sul personale medico andrà approfondita rapportando la consistenza numerica con l'attività svolta (posti letto, presenza di DEA e PS, volume di prestazione per specialità, elementi di contesto che devono essere letti congiuntamente con le azioni di riordino del SSR prefigurate dal programma attuativo e dalla DGR n. 51-1358 del 29/12/2010 ).

In relazione invece alla presunta "carenza" di personale infermieristico, la Regione Piemonte aveva commissionato un'analisi di fabbisogno sul personale infermieristico ospedaliero (ricerca condotta da KPMG) basato sulle giornate di degenza (dati 2007). La dotazione organica presente in servizio nei reparti di degenza è stata paragonata a due scenari: come dovrebbe essere secondo la normativa regionale piemontese (reparti con una dotazione minima di 10 posti letto) e come dovrebbe essere nel caso in cui i reparti di degenza avessero una dotazione minima di 20 posti letto. I risultati hanno portato ad affermare che nel primo caso c'è un esubero del 5% di personale infermieristico e nel secondo dell'11%.

I due scenari apparentemente contrastanti ("carenza" a confronto con le altre due regioni vs "esubero" come da studio KPMG) possono essere invece letti come un unico fenomeno: data l'attuale organizzazione dell'assistenza ospedaliera il personale infermieristico è "carente"; riorganizzando l'offerta ospedaliera non solo la dotazione infermieristica sarebbe sufficiente ma si potrebbero liberare risorse.

Tali risorse potrebbero costituire risparmio per l'azienda nel caso in cui non sono sostituite quando cessano il rapporto con l'azienda oppure potrebbero essere risorse "impiegabili" sul territorio.

L'esubero riguarda sicuramente la componente medica. Tale aspetto va però approfondito rispetto al tema della specialità a cui il medico, soprattutto ospedaliero, è legato. Anche l'esubero di personale amministrativo del comparto può essere confermato, anche alla luce di un confronto con le altre realtà nazionali.

La carenza di personale infermieristico è più incerta: il confronto con i benchmark la conferma, l'analisi della componente ospedaliera la smentisce, ma solo nel caso di riorganizzazione

dell'attività (ossia sfruttando alcune economie di scala). Probabilmente è corretto sostenere che il numero complessivo di infermieri è "giusto", ma necessita di una riorganizzazione.

2. L'analisi del costo della dotazione organica (inteso come costo pro-capite) evidenzia che il personale dipendente delle aziende sanitarie piemontesi è pagato di più che nelle Regioni benchmark ma anche rispetto alla media nazionale. Tale differenza è dovuta alla maggiore consistenza delle voci retributive legate al trattamento accessorio.

### CRITICITÀ

L'art. 2, comma 71, della legge 23.12.2009, n. 191, prevede che, fermo restando quanto previsto dall'art.1, comma 565, della legge 27.12.2006, n. 296 e s.m., per il triennio 2007/2009, gli Enti del Servizio Sanitario adottino anche nel triennio 2010/2012 le misure necessarie per garantire che le spese del personale, relative al personale a tempo indeterminato, determinato, con contratto di collaborazione coordinata continuata, o con altre forme di lavoro flessibile e/o convenzioni, al lordo degli oneri riflessi a carico delle aziende e dell'imposta regionale sulle attività produttive, non superino per ciascun anno il corrispondente ammontare dell'anno 2004 diminuito del 1,4%.

Ai fini dell'applicazione di dette disposizioni le spese per il personale sono considerate al netto:

- a) per l'anno 2004, delle spese per arretrati relativi ad anni precedenti per rinnovo dei contratti collettivi nazionali di lavoro;
- b) per ciascuno degli anni 2010, 2011 e 2012, delle spese derivanti dai rinnovi dei contratti collettivi nazionali di lavoro intervenuti successivamente all'anno 2004. Sono comunque fatte salve, e devono essere escluse sia per l'anno 2004 sia per ciascuno degli anni 2010, 2011 e 2012, le spese di personale totalmente a carico di finanziamenti comunitari o privati, nonché le spese relative alle assunzioni a tempo determinato e ai contratti di collaborazione coordinata e continuativa per l'attuazione di progetti di ricerca finanziati ai sensi dell'articolo 12-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502, e successive modificazioni.

L'articolo 2, comma 72, della legge 23.12.2009, n. 191, prevede inoltre che le Aziende Sanitarie, nell'ambito degli indirizzi fissati dalle Regioni, anche in connessione con i processi di riorganizzazione, ivi compresi quelli di razionalizzazione ed efficientamento della rete ospedaliera, per il conseguimento degli obiettivi di contenimento della spesa suddetti predispongano un programma di revisione delle consistenze organiche finalizzato alla riduzione della spesa complessiva per il personale e fissino dei parametri standard per l'individuazione delle strutture semplici e complesse nonché delle posizioni organizzative e coordinamento.

E' ovvio che le difficoltà di rientro nel parametro del 1,4% suddetto dipende dalle politiche di gestione dei servizi adottate nelle aziende delle diverse Regioni: dove ci sono state politiche di sostituzione dei medici dipendenti con medici convenzionati (specialistica convenzionata interna) oppure politiche di esternalizzazione dei servizi sia tecnico economici (lavanderia, guardaroba, mensa, pulizia, manutenzione ecc.) che di diagnosi e cura (service di radiodiagnostica, di laboratorio, di dialisi, di oculistica ecc.) il costo del personale è diminuito in modo significativo mentre in altre regioni, come il Piemonte, dove detta scelta è stata adottata solo parzialmente e in molti casi si sono assunti in gestione diretta anche le strutture residenziali (RSA) la diminuzione del costo del personale può essere perseguita principalmente attraverso una razionalizzazione della rete dell'offerta agendo anche sulla leva del costo medio per dipendente.

Di seguito viene riportata la tabella del costo del personale del 2004-

## Tabella costo del personale 2004

(aggregato delle singole tabelle richieste alle ASR e inviate al Ministero dell'Economia e al Ministero della Salute).

Tabella 1

Denominazione regione	PIEMONTE					
Denominazione azienda/ente						
Periodo di rilevazione	2004					
	<b>Totale presenti al 31/12/2004 (1)</b>	Spese per competenze fisse e accessorie (2)	IRAP (3)	Spese per contributi a carico dell'azienda (4)	Altre voci di spesa (5)	<b>Totale (6) = (2) + (3) + (4) + (5)</b>
<i>(valori in migliaia di euro)</i>						
<b>Personale dipendente a tempo indeterminato</b>	<b>56.168</b>	<b>1.895.817</b>	<b>167.522</b>	<b>526.384</b>	<b>27.078</b>	<b>2.619.192</b>
	-	-	-	-	-	-
<b>Personale a tempo determinato</b>	<b>516</b>	<b>15.081</b>	<b>1.186</b>	<b>3.782</b>	<b>12</b>	<b>28.328</b>
	-	-	-	-	-	-
<b>Restante personale</b>	<b>827</b>	<b>25.628</b>	<b>499</b>	<b>490</b>	<b>4.896</b>	<b>44.081</b>
	-	-	-	-	-	-
<b>Totale</b>	<b>57.511</b>	<b>1.936.526</b>	<b>169.207</b>	<b>530.657</b>	<b>31.986</b>	<b>2.688.645</b>
meno: categorie protette						
<b>Totale netto</b>						
<i>(valori in migliaia di euro)</i>						<b>Totale rimborsi</b>
<b>Indennità De Maria</b>						<b>19.176</b>

Nella tabella è compreso il numero ed il costo del personale dell'attuale ASL TO 1 e della AO Mauriziano di Torino, con inclusi i dati del personale acquisiti a seguito del transito dei presidi Mauriziano, con il presidio di Candiolo, e presidio Valdese di Torino, al SSR (il presidio Valdese dal secondo semestre 2004, l'ospedale Mauriziano dal 1 febbraio 2005). Nei valori della tabella sono compresi i costi della prestazioni aggiuntive valutate in circa 20 mln di euro.

Di seguito si riporta l'obiettivo di riferimento a norma di legge tenendo conto dei rinnovi contrattuali intervenuti successivamente al 2004.

Valore effettivo del costo del personale dell'anno 2004 (con Mauriziano, Candiolo e Valdese, transitato al SSR da 2004 in avanti e al netto delle prestazioni aggiuntive)	2.668 milioni
Obiettivo del - 1,4%	-38 milioni
Rinnovi contrattuali compresi quelli del biennio 2008/2009	+388 milioni
Indennità vacanza contrattuale	+ 18 milioni
<b>OBIETTIVO DI RIFERIMENTO A NORMA DI LEGGE</b>	<b>3.036 milioni</b>

### Tabella di confronto tra l'obiettivo di costo ai sensi della vigente normativa e il costo programmato

Euro milioni		Preconsuntivo 2010	Programmato 2011	Programmato 2012
1	Consistenza organica	3236	3176	3.153
2	Prestazioni aggiuntive	10 *	4	4
3=1+2	<b>Totale</b>	<b>3.246</b>	<b>3.180</b>	<b>3.157</b>
	Delta rispetto obiettivo consistenza organica (3.036)	200	143	117

(\*) Valore prestazioni aggiuntive prudenzialmente stimate in euro dieci milioni (euro due milioni del comparto e otto milioni della dirigenza).

Per il 2010, 2011 e 2012 dalla consistenza organica e dal totale è stato escluso l'importo della indennità riconosciuta al personale universitario ex indennità De Maria - che ammonta a circa, 24 milioni per ogni anno

Nell'anno 2010, dopo una forte crescita nel primo quadrimestre, si è avuto una contrazione del costo con il blocco delle assunzioni attuato con DGR 30-43 del 30/04/2010 e successivamente, con la definizione per ogni Azienda Sanitaria dei tetti di spesa per il personale dipendente ed interinale approvati con DGR 3-360 del 20 luglio 2010. Al 31/12/2010 il costo della consistenza organica è previsto in 3236 milioni di euro.

## OBIETTIVI

**Considerato che i valori programmati di spesa di cui alla tabella sovrastante non consentono il pieno conseguimento degli obiettivi previsti dalla predetta normativa statale, la regione assume l'impegno ad adottare ogni iniziativa idonea a rientrare nei parametri previsti dalla normativa, una volta raggiunti gli obiettivi di revisione del SSR e comunque nell'arco della legislatura.**

Nel triennio di piano è comunque possibile invertire la tendenza e ottenere una riduzione dei costi attraverso una revisione della dotazione organica complessiva a seguito della riorganizzazione della rete ospedaliera mantenendo inalterati i livelli di assistenza del 2009 e sospendendo l'attivazione degli ampliamenti dei servizi esistenti o dei nuovi servizi che si potrebbero attivare per l'avvenuto completamento delle opere strutturali e/o impiantistiche (nuovi servizi ospedalieri realizzati con finanziamenti art. 20 legge 67/88 che per maggior ampiezza o diverse esigenze organizzative richiedono incrementi di personale, nuovi hospice, ecc.).

Tenendo conto dell'evoluzione epidemiologica e dei diversi fabbisogni di una popolazione sempre più anziana, è necessaria infatti una riqualificazione dell'offerta, riducendola quantitativamente, ma migliorandola qualitativamente sia sul versante strutturale che su quello organizzativo per renderla più efficiente ed efficace e assicurare complessivamente una offerta più adeguata ai bisogni dei cittadini attraverso una maggiore appropriatezza delle modalità di risposta.

L'immediata adozione dei provvedimenti previsti da questo piano di rientro per creare un sistema ospedaliero moderno ed efficiente mediante la puntuale applicazione delle disposizioni regionali esistenti e di quanto stabilito dall'art. 6 del Patto per la Salute 2010/2012 (che prevede una razionalizzazione della rete ospedaliera mediante l'incremento dell'appropriatezza dei ricoveri ottenibile con la promozione del passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno, dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale e, in generale, dal ricovero all'assistenza residenziale e domiciliare creando così una situazione ottimale in cui i ricoveri ospedalieri sono limitati ai casi importanti e necessitanti di una assistenza altamente qualificata) produrrà nel 2011 e nel 2012 una riduzione del fabbisogno di personale. Una ulteriore riduzione di personale sarà possibile realizzare, nell'ottica della riorganizzazione del SSR prevista dalla DGR n. 51-1358 del 29/12/2010, con l'accentramento e/o razionalizzazione delle funzioni amministrative delle Aziende (procedure d'acquisto e di affidamento dei lavori a livello sovrazonale e/o regionale tramite SCR, organizzazione a livello sovrazonale delle procedure amministrative relative alla contabilità generale e all'amministrazione del personale, ampliamento procedure on line per le prenotazioni e le altre pratiche relative all'assistenza sanitaria ecc.).

Per una maggior efficacia ed immediatezza dei provvedimenti la riduzione del personale inciderà in modo rilevante sulla riduzione dei contratti atipici (interinali, collaborazioni

coordinate e continuate, consulenze ecc.) che possono essere interrotti con maggior facilità e rapidità.

Nel rimodulare la dotazione organica delle aziende in linea con la riorganizzazione della rete dei servizi sarà utile anche intervenire sul costo medio pro-capite per riportarlo ai livelli medi nazionali. Il controllo di tale variabile passa attraverso la razionalizzazione della retribuzione accessoria e quindi la gestione dei fondi contrattuali con la quale è finanziata. Attualmente i fondi contrattuali a disposizione delle aziende sanitarie regionali, oltre a portare ad una situazione retributiva pro-capite in media più alta rispetto alla media nazionale, creano anche forti sperequazioni retributive tra le aziende all'interno della Regione.

Il controllo della gestione dei fondi contrattuali per la retribuzione accessoria non solo contribuirà alla diminuzione del costo del personale ma permetterà di tenere sotto controllo la spesa sul personale in vista dello scorporo tra servizi ospedalieri e servizi territoriali e la conseguente nascita di nuove aziende nel 2012.

In sintesi, fermo restando la puntuale applicazione delle disposizioni in materia di contenimento del costo del personale di cui all'articolo 9 del DL 78/2010, l'obiettivo in termini numerici e' il seguente:

- ridurre la consistenza organica complessiva, comprensiva delle forme contrattuali atipiche, al 31.12.2011 di 1626 unita' rispetto al numero di persone in servizio al 30 settembre 2010.
- consolidare per l'anno 2012 la consistenza organica complessiva prevista al 31.12.2011.

Il raggiungimento di detti obiettivi anche in termini di costo è previsto entro i seguenti periodi:

-entro l'anno 2011, con eventuale riserva di manovra nel primo trimestre 2012, riduzione del costo della consistenza organica a livello regionale di euro 60,703 mln. (tabella effetti economici, riga "differenza con 2010 escluso prestazioni aggiuntive e indennità De Maria") rispetto al preconsuntivo 2010 e di 94,994 mln di euro (tabella costo tendenziale-programmato) rispetto al tendenziale 2011 (comprensivi dei maggiori oneri relativi alla vacanza contrattuale ed IRAP ma al netto delle prestazioni aggiuntive);

-entro l'anno 2012 una riduzione del costo della consistenza organica a livello regionale di euro 83,465 mln. (tabella effetti economici, riga "differenza con 2010 escluso prestazioni aggiuntive e indennità De Maria") rispetto al preconsuntivo 2010 e di euro 134,932 mln (tabella costo tendenziale-programmato) rispetto al tendenziale 2012 (comprensivi dei maggiori oneri relativi alla vacanza contrattuale ed IRAP ma al netto delle prestazioni aggiuntive ).

#### AZIONI PROGRAMMATE PER REALIZZARE GLI OBIETTIVI

**La Regione entro il 31 gennaio 2011 dispone con apposita DGR le seguenti azioni che devono applicare tutte le Aziende Sanitarie:**

##### **1) Personale dipendente:**

- divieto per tutto l'anno 2011 a tutte le ASR di assunzione di personale a tempo indeterminato e determinato ad eccezione della copertura nella misura del cinquanta per cento dei posti e della spesa corrispondente al personale cessato successivamente al 31/12/2010 dei dirigenti medici e del personale di assistenza (infermieri, ostetriche, e operatori socio sanitari) e dei tecnici di radiologia. Il divieto permane per tutto il 2011 per tutte le ASR indipendentemente dalla compatibilità con il tetto di spesa indicato al punto successivo.

- blocco totale delle prestazioni aggiuntive per il personale del comparto dipendente. La Regione stabilisce che, poichè per effettuare le prestazioni aggiuntive a copertura dei posti vacanti di infermiere e tecnico di radiologia occorre l'assenza di maggiori oneri, le ASR non possano ricorrere a detto istituto per l'anno 2011 e 2012. Questa disposizione è in linea con l'art. 12 comma 2 CCNL del personale del comparto biennio economico 2008/2009 che stabilisce che "in materia di prestazioni aggiuntive, si rinvia a quanto stabilito nell'art. 1 del D.L. 402/2001, convertito in L.1/2002 e s.m.i. con le precisazioni contenute nell'art. 4 comma 1 e 2 della L. 120/2007;
- blocco parziale delle prestazioni aggiuntive per il personale dirigente dipendente. Le ASR per la dirigenza medica possono ricorrere per gli anni 2011 e 2012 a prestazioni aggiuntive ex art. 55, secondo comma, CCNL Dirigenza Medica 08/06/2000 e s.m.i. per un costo complessivo non superiore al 50% di quello sostenuto nel 2010;

**2) Contratti di lavoro atipici:**

divieto alle ASR per tutto l'anno 2011 di rinnovare, prorogare e/o stipulare nuovi contratti di lavoro flessibile ad esclusione di quelli riguardanti i medici, il personale di assistenza (infermieri, ostetriche, operatori socio sanitari ) e i tecnici di radiologia in misura pari al 50% dei posti e della spesa corrispondente ai contratti scaduti e/o cessati dopo il 31 dicembre 2010. Il divieto permane per tutto il 2011 per tutte le Aziende indipendentemente dalla compatibilità con il tetto di spesa indicato al punto successivo.

**3) Tetti di spesa delle consistenze organiche 2011 e 2012:**

definizione da parte della Regione entro il 30/06/2011 dei **tetti di spesa** relativi agli anni 2011 e 2012 entro il quale ogni ASR deve contenere il costo della consistenza organica comprensiva delle forme contrattuali atipiche. La sommatoria di detti tetti di spesa attribuiti alle Aziende (al netto dei rimborsi relativi all'indennità riconosciuta al personale universitario e al netto delle prestazioni aggiuntive) sarà pari al costo complessivo delle consistenze organiche comprensive delle forme contrattuali atipiche previsto per il 2011 in euro 3.175.819.000 e per il 2012 in euro 3.153.057.000, fatta salva la ridefinizione a livello aziendale, a parità di tetto complessivo 2012 e nel rispetto delle varie forme contrattuali, in conseguenza della revisione dell'assetto istituzionale.

**4) Divieto attivazione di servizi:**

divieto alle ASR per gli anni 2011 e 2012 di attivare nuovi servizi e/o attività oppure ampliare quelle esistenti, salvo deroghe della Direzione Sanità che potranno essere concesse solo nei limiti delle consistenze organiche e dei costi programmati di cui al punto precedente.

**5) Divieto conferimento commesse:**

divieto per gli anni 2011 e 2012 alle ASR che si configurano, in qualsiasi forma giuridica, quali membri di società di servizi di conferire alle stesse nuove commesse comportanti costi aggiuntivi e/o aumenti del personale rispetto all'anno 2010.

**6) Divieto esternalizzazione servizi:**

divieto per gli anni 2011 e 2012 alle ASR di esternalizzare mediante qualsiasi forma di appalto e/o consulenza, i servizi o le attività prodotte alla data del 31/10/2010 (come previsto dalla DGR n.62-896 del 25 ottobre 2010) da figure professionali comprese nella consistenza organica aziendale. Qualora le ASR ritengano conveniente e necessaria l'esternalizzazione devono presentare alla Direzione Sanità apposito progetto, che preveda tra l'altro l'ulteriore riduzione della consistenza organica in maniera tale da

ridurre i costi programmati del personale in misura non inferiore al corrispondente costo del servizio esternalizzato. L'esternalizzazione potrà essere realizzata solo se preventivamente autorizzata dalla Direzione Sanità.

**7) Specialisti convenzionati:**

divieto alle ASR di aumentare per gli anni 2011 e 2012 le ore in convenzione dei medici specialisti convenzionati rispetto a quelle in essere al 31 dicembre 2009.

**8) Ulteriori limitazioni per le ASR in "disequilibrio":**

previsione per le ASR che nei rendiconti mensili risultano in disequilibrio economico e quindi in un evidente necessità di interventi più incisivi per rientrare nei tetti di spesa programmati la possibilità di sostituire solo il personale dedicato ai servizi di emergenza ed urgenza, entro il limite di cui ai punti precedenti.

Entro il 31 dicembre 2011 la Regione procederà alla verifica sul grado di raggiungimento degli obiettivi al fine di valutare l'eventuale necessità di un ulteriore proroga del blocco delle assunzioni; pertanto il blocco delle assunzioni nei termini indicati nei punti precedenti proseguiranno nel corso dell'anno 2012 fino al raggiungimento degli obiettivi numerici ed economici previsti per l'anno 2011 e 2012.

Entro il 31 ottobre 2011 le Aziende Sanitarie saranno tenute a rideterminare le consistenze organiche, entro il tetto di spesa assegnato secondo gli indirizzi che saranno forniti dalla Direzione Sanità per permettere il passaggio al nuovo assetto istituzionale.

La Regione approverà le consistenze organiche di ogni azienda entro il 31 dicembre 2011. Con le indicazioni operative saranno fornite alle ASR tassative disposizioni circa l'applicazione dell'articolo 9 comma 2 bis del D.L.78/2010 convertito in legge 122/2010 che prevede la riduzione proporzionale delle risorse destinate al trattamento accessorio.

Entro il 30 giugno 2012 saranno ridefinite le consistenze organiche dei nuovi soggetti giuridici derivanti dal riassetto del SSR, entro i limiti dei tetti di spesa previsti nel punto 3 per l'anno 2012.

### RISVOLTI ECONOMICI

In sintesi viene prevista la seguente correzione tramite le manovre descritte sul costo tendenziale del personale utilizzato dalle Aziende.

Come dettagliato nella tabella sotto riportata, la manovra su questo fattore produttivo sarà pari complessivamente a circa 99 milioni di euro, programmato 2011 su tendenziale 2011, e a 139 milioni di euro circa, programmato 2012 su tendenziale 2012.

Tabella costo tendenziale –programmato del personale

euro migliaia	Tendenziale	
	2011	2012
Costo tendenziale personale dipendente + indennità riconosciuta al personale universitario + prestazioni aggiuntive	3.018.145	3.033.564
Costo tendenziale personale contratti atipici (incluso in voce di costo altri componenti di spesa)	68.973	69.650
Totale tendenziale costo personale + indennità riconosciuta al personale universitario + prestazioni aggiuntive + atipici	3.087.118	3.103.214
IRAP 8,5% (escluso oneri)	215.695	216.775
<b>Costo tendenziale consistenza organica + indennità riconosciuta al personale universitario + prestazioni aggiuntive + atipici + lordo IRAP</b>	<b>3.302.813</b>	<b>3.319.989</b>
	Programmatico	
	2011	2012
Costo programmato personale dipendente + indennità riconosciuta al personale universitario + prestazioni aggiuntive	2.944.331	2.923.155
Costo programmato personale contratti atipici (incluso in voce di costo altri componenti di spesa)	49.901	49.901
Totale costo programmato personale + indennità riconosciuta al personale universitario + prestazioni aggiuntive + atipici	2.994.232	2.973.056
IRAP 8,5% (escluso oneri)	209.587	208.001
<b>Costo consistenza organica + indennità riconosciuta al personale universitario + prestazioni aggiuntive + atipici lordo IRAP</b>	<b>3.203.819</b>	<b>3.181.057</b>
(*) di cui indennità vacanze contrattuali	18.618	18.618
	Differenza	
	2011	2012
Manovra personale dipendente + indennità riconosciuta al personale universitario + prestazioni aggiuntive	-73.814	-110.409
Manovra personale contratti atipici (incluso in voce di costo altri componenti di spesa)	-19.072	-19.749
Totale manovra personale	-92.886	-130.158
IRAP 8,5% (escluso oneri)	-6.108	-8.774
<b>Totale manovra personale lordo IRAP</b>	<b>-98.994</b>	<b>-138.932</b>
<b>Costo prestazioni aggiuntive</b>	<b>4.000</b>	<b>4.000</b>
<b>Totale manovra personale netto prestazioni aggiuntive</b>	<b>-94.994</b>	<b>-134.932</b>

Rispetto all'anno 2010 le azioni programmate sulla voce personale dipendente e atipico comportano una riduzione nel biennio 2011-2012 di 1.626 di addetti.

Il personale atipico e a tempo determinato è stato considerato in unità equivalenti al personale a tempo indeterminato a tempo pieno. La tabella successiva rappresenta l'evoluzione della consistenza numerica del personale in servizio nel triennio 2010-2012.

**Tabella Effetti numerici della manovra sulla consistenza organica**

Rif N° persone su base annua		2011 programmato						Personale in servizio al 31/12	
		Personale in servizio al 30/9/2010 (*)	Cessazioni totale	Cessazioni personale assistenza	Cessazioni altro personale	% assunzione personale assistenza	Assunzioni		Diminuzione
A1	Medici	9.501	304	304		50%	152	-152	9.349
A2	Dirigenti non medici	1.394	43		43		0	-43	1.351
A3	Personale non dirigente	46.828	1.052	904	148	50%	452	-600	46.228
A4	Altro personale	65	0	0	0		0	0	65
A5	<b>Totale indeterminato</b>	<b>57.788</b>	<b>1.399</b>	<b>1.208</b>	<b>191</b>		<b>604</b>	<b>-795</b>	<b>56.993</b>
A6	<b>Personale a tempo determinato</b>								
A7	Medici	105	65	65		50%	33	-32	73
A8	Personale non dirigente	538	287	195	92	50%	98	-189	349
A9	<b>Totale determinato</b>	<b>643</b>	<b>352</b>	<b>260</b>	<b>92</b>		<b>131</b>	<b>-221</b>	<b>422</b>
A10	Altre forme contrattuali e consulenze (**)	1.719	910	601	309	50%	300	-610	1.109
A11	<b>Totale consistenza numerica</b>	<b>60.150</b>	<b>2.661</b>	<b>2.069</b>	<b>592</b>		<b>1.035</b>	<b>-1.626</b>	<b>58.524</b>

Nell'anno 2012 non sono previste variazioni numeriche rispetto al personale in servizio al 31/12/2011.

(\*) Allegato CE al terzo trimestre – Conto Annuale rilevazione trimestrale.

(\*\*) Compresa nelle voci del CE, il numero è stato stimato partendo dalle voci di costo dei codici sotto elencati (costo medio pro capite euro 50.000). B.2.A.14.1) + B.2.A.14.2) Consulenze sanitarie da soggetti pubblici, B.2.A.14.3.A) Consulenze sanitari da privato, B.2.A.14.3.B) Collaborazioni coordinate e continuative sanitarie e socios. da privato, B.2.A.14.3.D) Lavoro interninale -area sanitaria, B.2.A.14.3.E) Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro -area sanitaria, B.2.A.14.4) Rimborso oneri stipendiali del personale sanitario in comando, B.2.B.2) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie

L'operazione è fattibile in quanto le cessazioni annue del personale dipendente sono mediamente circa il 2,7% del numero di dipendenti a tempo indeterminato e cioè circa 1569:

tra il 2008 e il 2009 i rapporti cessati (al netto dei trasferimenti presso altre ASR, che non sono calcolate in quanto non portano risparmio a livello di sistema) nelle aziende sanitarie piemontesi sono (in media tra i due anni) 1569, pari a circa 2,7% del totale dei dipendenti (che, al 2009, risultavano essere 58.228 tra tempi indeterminati e determinati e 57.632 solo i tempi indeterminati). I dati sono ricavati dal Conto Annuale 2008 e 2009.

Tra i 1569 "cessati" troviamo:

DIRIGENTI MEDICI	341	22%
DIRIGENTI SAN NON MEDICI	31,5	2%
DIRIGENTI PTA	17	1%
COMPARTO - ASSISTENZA	731	47%
COMPARTO - ALTRO	448,5	28%
<i>Totale</i>	<i>1.569</i>	<i>100%</i>

Tenendo conto di dette cessazioni, dei contratti a tempo determinato e di quelli atipici esistenti al 31 dicembre 2010 si può ipotizzare che la manovra economica suddetta possa essere realizzata nei tempi indicati utilizzando un parziale blocco delle assunzioni che rimarrà in vigore sino a quando il personale delle singole ASR non sarà rientrato nei limiti numerici ed economici previsti per gli anni 2011 e 2012.

La razionalizzazione del personale e l'effettivo blocco del turn-over è resa possibile grazie a tutte le azioni definite in questo programma attuativo nei vari paragrafi (riforma del SSR piemontese, razionalizzazione reti, farmaceutica, acquisti ecc) che permettono una razionalizzazione delle risorse umane senza diminuire il livello dell'assistenza.

L'obiettivo economico, tenendo conto della diversa composizione nelle ASR del personale sia nella tipologia dei contratti che nella ripartizione numerica per qualifica, verrà attuato con una manovra che i sintesi prevede i seguenti interventi:

blocco parziale del turn over del personale dipendente a tempo indeterminato: il personale dipendente che cessa il rapporto nel 2011 è prudenzialmente stimato in 1399 operatori di cui:

- 1.208 dipendenti addetti all'assistenza che necessitano di sostituzione al 50%;
- 191 dipendenti con altre funzioni che non necessitano di sostituzione.

Il costo procapite stimato (ricavato dalla media dei valori riportati nelle tabelle successive) di un dirigente è di euro 89.407 e quello del personale del comparto è di euro 41.531.

Ipotizzando che le cessazioni siano diluite in forma lineare nell'arco dell'anno e che producano un risparmio medio pari a sei mensilità, si può ottenere una riduzione per l'anno 2011 del costo del personale dipendente a tempo indeterminato di 21,176 milioni di euro, come risulta dalla tabella "effetti economici della riduzione del personale" sotto riportata.

Nel'anno 2012 per effetto del consolidamento della riduzione della consistenza organica, il risparmio su base annua è stimato in 42,353 milioni di euro.

A livello di spesa, è necessario sottolineare che il costo cessante varia da azienda ad azienda in quanto varia il reddito percepito dalle persone cessate. Per stimare il costo cessante è stato calcolato il dato di costo medio per la dirigenza e per il comparto per ogni

azienda ed è stato moltiplicato per il numero di cessazioni effettivamente avvenute nel 2008 e 2009. Sotto si riportano i tre dati medi (costo medio pro capite generale, costo medio pro capite dirigenza e costo medio pro capite comparto):

Costo medio pro capite	<b>€ 62.676,61</b>
Costo medio p. c. - comparto	<b>€ 45.404,90</b>
Costo medio p. c. - dirigenza	<b>€114.979,51</b>

Al netto della retribuzione accessoria i costi medi sono i seguenti:

Costo medio pro capite	<b>€ 44.157,27</b>
Costo medio p. c. - comparto	<b>€ 37.658,86</b>
Costo medio p. c. - dirigenza	<b>€ 63.836,02</b>

Tenendo conto dei meccanismi di rideterminazione dei fondi e dell'età dei neo assunti che comportano un minor costo, si è ipotizzato in via prudenziale un costo medio pro-capite per il personale del comparto di euro 41.531.e per la dirigenza di euro 89.407.

**TABELLA EFFETTI ECONOMICI**

<b>Rif</b>	<b>Valore in migliaia di euro</b>	<b>Costo unitario in migliaia di euro</b>	<b>coeff 2011</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
B1	Medici	89,407	50%	-6.795	-13.590
B2	Dirigenti non medici	89,407	50%	-1.922	-3.845
B3	Personale non dirigente	41,531	50%	-12.459	-24.919
B4	Altro personale	n/a			
<b>B5=B1+B2+B3+B4</b>	<b>Totale indeterminato</b>			<b>-21.176</b>	<b>-42.353</b>
B6	<b>Personale a tempo determinato</b>				
B7	Medici	89,407	100%	-2.861	-2.861
B8	Personale non dirigente	41,531	100%	-7.849	-7.849
<b>B9=B7+B8</b>	<b>Totale determinato</b>			<b>-10.710</b>	<b>-10.710</b>
B10	<b>Riduzione costo Prestazioni aggiuntive</b>			<b>-6.000</b>	<b>-6.000</b>
B11	<b>Vacanze contrattuali</b>			<b>6.042</b>	<b>6.042</b>
B12	<b>Altre forme contrattuali e consulenze</b>	50	100%	<b>-30.485</b>	<b>-30.485</b>
<b>TOTALE (B5+B9+B10+B11+B12)</b>				<b>-62.329</b>	<b>-83.506</b>

**TABELLA EFFETTI ECONOMICI (SEGUE)**

		Preconsuntivo	Programmatico	
	Costo	2010	2011	2012
C1	Costo personale (indeterminato e determinato)	2.976.176	2.944.331	2.923.155
C2	Costo personale (altre forme)	80.386	49.901	49.901
C3=C1+C2	<b>Totale costo personale</b>	<b>3.056.562</b>	<b>2.994.232</b>	<b>2.973.056</b>
	<b>DIFF PROG - PREC 2010</b>		<b>-62.330</b>	<b>-83.506</b>

C4	IRAP		213.960	209.587	208.001
C5=C3+C4	<b>Totale costo personale lordo IRAP</b>		<b>3.270.522</b>	<b>3.203.819</b>	<b>3.181.057</b>
C6	Indennità De Maria		24.207	24.207	24.207
C7=C5-C6	<b>Totale costo personale al netto ind.tà De Maria</b>		<b>3.246.315</b>	<b>3.179.612</b>	<b>3.156.850</b>
C8	Prestazioni aggiuntive		10.000	4.000	4.000
C9=C7-C8	<b>Totale costo personale escluse prestazioni aggiuntive e inden.tà De Maria</b>		<b>3.236.315</b>	<b>3.175.612</b>	<b>3.152.850</b>
	<b>Differenza con 2010 escluso prestazioni aggiuntive e indennità de Maria</b>			<b>-60.703</b>	<b>-83.465</b>

## **Tabella effetti economici della riduzione di personale**

Nota i valori della tabella sopra risultano dalla colonna "diminuzioni" della tabella Effetti numerici della manovra sulla consistenza organica (per esempio la riga B1 Medici colonna effetti 2012 è il prodotto della riga A1 colonna "Diminuzioni" \* la colonna "Costo unitario in migliaia di euro". Il valore 2011 della stessa riga è il prodotto della colonna 2012 e la colonna "coeff 2011".

Blocco parziale del turn over del personale a tempo determinato: il costo del lavoro dipendente a tempo determinato verrà ridotto di 10,71 milioni di euro, come riportato nella tabella "effetti economici della riduzione del personale" pari a circa 221 dipendenti (di cui 32 dirigenti), come riportato nella tabella "effetti numerici della riduzione del personale", sia nel 2011 che nel 2012.

Riduzione costo altre forme di acquisizione del personale: a differenza del lavoro dipendente, le cui cessazioni derivano quasi esclusivamente da scelte dei lavoratori e dalla normativa pensionistica, i contratti di lavoro flessibili possono essere in genere risolti nei tempi indicati dal datore di lavoro. E' pertanto ragionevole ipotizzare che i contratti degli altri 610 operatori stimati a cui il SSR può rinunciare con un risparmio annuo di circa 30,5 milioni di euro a seguito degli interventi di razionalizzazione su descritti possano complessivamente essere recuperati riducendo fin dal mese di febbraio 2011 i contratti in corso nella misura necessaria ad ottenere detto contenimento dei costi.

Dopo il definitivo assestamento della riorganizzazione delle ASR e cioè dal 2013 verranno adottate ulteriori misure di contenimento del personale per ottenere definitivamente un costo del personale in linea con quanto previsto dalla legge 191/2009.

Mancata attivazione nuovi servizi a gestione diretta: alla luce della riforma del SSR e della razionalizzazione delle reti assistenziali, si è deciso di non potenziare e/o non attivare nuovi servizi a gestione diretta che erano stati previsti nel tendenziale 2011 e in quello del 2012 (per esempio nuove emodinamiche, allocazione di reparti e/o servizi in nuove strutture che necessitano di un maggior numero di personale, nuovi Hospice, Rsa ecc.).

Si stima che la mancata attivazione dei servizi sia traducibile in un risparmio pari a circa 14 milioni di euro per il 2011 e pari a circa 51 milioni di euro nel 2012; considerando il consolidamento della manovra sui costi dell'anno 2010, pari a circa 22 milioni, il differenziale tra il tendenziale e il programmato dell'anno 2011 si riduce a circa 14 milioni di euro, parimenti lo scostamento tra il tendenziale e programmato previsto per l'anno 2012 si riduce di circa 22 milioni di euro.

Inoltre è previsto il blocco delle prestazioni aggiuntive per il personale dipendente.

Per gli anni 2011 e 2012 opera il divieto alle ASR di effettuare qualsiasi prestazione aggiuntiva per il personale dipendente del comparto in quanto ai sensi dell'art. 12 comma 2 CCNL del personale del comparto biennio economico 2008/2009 che stabilisce che "in materia di prestazioni aggiuntive, si rinvia a quanto stabilito nell'art. 1 del D.L. 402/2001, convertito in L.1/2002 e s.m.i. con le precisazioni contenute nell'art. 4 comma 1 e 2 della L. 120/2007, per effettuare le prestazioni aggiuntive a copertura dei posti vacanti di infermiere e tecnico di radiologia occorre una autorizzazione della Regione e l'assenza di maggiori oneri. Le ASR per la dirigenza medica possono ricorrere per l'anno 2011 e 2012 a prestazioni aggiuntive ex art. 55, secondo comma, CCNL Dirigenza Medica 08/06/2000 e s.m.i. per un costo complessivo non superiore al 50% di quello sostenuto nel 2010. Detti interventi sulle prestazioni aggiuntive comportano una riduzione dei costi rispetto al 2009 e al 2010 di circa **sei milioni di euro**. La Regione ha prudenzialmente stimato in 2 milioni di euro il valore delle prestazioni aggiuntive

del personale del comparto per l'anno 2010, e, in 8 milioni di euro di quello del personale dirigente. Pertanto, le economie previste per l'anno 2011 e 2012 sono state valutate, ancora prudenzialmente, in 2 milioni più 4 milioni di euro (50% dirigenza) per un totale di 6 milioni di euro. In considerazione di quanto esposto i tetti di spesa previsti per il 30 giugno 2011 saranno definiti dopo la rilevazione definitiva del valore consuntivo delle prestazioni aggiuntive.

FONTI DI VERIFICA (INDICATORI):

Un monitoraggio trimestrale integrativo, rispetto agli allegati del modello CE trimestrale, per ciascuna azienda, sarà di supporto alla verifica degli obiettivi, con riferimento al citato tetto programmatico della legge 191/2009 che dia evidenza sia dell'obiettivo dell'articolo 2, comma 72, della legge 191/2009, sia di quello relativo alle prestazioni aggiuntive.

Il rispetto del seguente Cronoprogramma che sintetizza tutti gli interventi definiti nel paragrafo sulle "Azione proposte":

- entro il 31 gennaio 2011 indirizzi alle ASR di contenimento dei costi con blocco delle assunzioni del *personale come previsto nelle azioni sudescritte*
- entro il 30 giugno 2011 definizione da parte della Regione dei tetti di spesa della consistenza organica di ogni Azienda Sanitaria;
- entro il 31.10.2011 predisposizione da parte delle ASR del programma di revisione delle consistenze organiche per contenere i costi nell'ambito di quelli programmati e dei fondi contrattuali per la retribuzione accessoria;
- entro il 31.12.2011 approvazione regionale delle consistenze organiche aziendali.
- verifica al 31 dicembre 2011 del grado di raggiungimento degli obiettivi e decisioni in merito alla proroga nel 2012 del blocco delle assunzioni.

### 3. LA FARMACEUTICA TERRITORIALE

La spesa farmaceutica convenzionata regionale netta relativa all'anno 2010 si posizionerà presumibilmente attorno agli 800 MLN €, con un decremento del 3,4% rispetto al 2009 e con un'incidenza sul FSR ampiamente sotto il tetto previsto dalla legge (13,3%). La diminuzione della spesa convenzionata regionale è da attribuirsi principalmente all'attivazione della "Distribuzione per conto" (DGR 16-11775 del 20/07/2009) a partire dal mese di marzo 2010, con il conseguente spostamento dei costi dei farmaci ricompresi nel PHT dalla farmaceutica convenzionata alla DPC, ed ai provvedimenti legislativi assunti a livello nazionale (scadenze brevettuali, riduzione di prezzo per i farmaci generici, aumento degli sconti SSN,...).

Anno	Valore da CE	Incidenza % su FSR	Scostamento assoluto dal tetto
2008	951.090	12,7	-1,3
2009	982.183	12,5	-0,8

Fonte Agenas, Aifa e Corte dei Conti

A partire da novembre 2010 occorrerà, tuttavia, tenere conto della riclassificazione dei farmaci H osp 2 in fascia A PHT che determinerà una attribuzione dei costi alla componente territoriale (invece che a quella ospedaliera) della spesa farmaceutica stimabile in circa 40,5 MLN € per anno. Inoltre, nonostante tutti gli indicatori della spesa convenzionata (spesa pro-capite lorda, netta, pro-capite ricette) posizionino ancora il Piemonte sotto il dato medio nazionale, viene tuttavia rilevato il costante aumento del numero di ricette (+3 % nel 2010) e risulta, pertanto, opportuno prevedere interventi mirati allo scopo di contrastare il trend in atto.

#### 3.1. Revisione del prontuario terapeutico regione piemonte (pt-rp) secondo il criterio delle categorie omogenee di farmaci ed in funzione delle ricadute sulla spesa farmaceutica territoriale

##### SITUAZIONE ATTUALE

Il Prontuario Terapeutico regionale (PTR) è una selezione di farmaci autorizzati, utilizzato nella maggior parte delle regioni quale strumento di regolazione dell'impiego e della fornitura di medicinali nell'ambito delle strutture del Servizio sanitario regionale.

La definizione di un sistema preposto alla scelta dei farmaci utilizzabili nelle ASR risulta, infatti, un primo fattore di standardizzazione dei trattamenti e di razionalizzazione della spesa farmaceutica pubblica.

L'adozione di un PTR in Regione Piemonte entro il 30/11/2010 rientrava, pertanto, nel programma operativo del piano di rientro 2010-2012 di cui all'accordo del 29/7/2010 tra Ministro della salute, Ministro dell'economia e finanze e Regione Piemonte.

Il Prontuario Terapeutico della Regione Piemonte (PT-RP) è stato adottato con DGR 84 -1156 del 30/11/2010, con valenza operativa per le ASR piemontesi a far data dal 1° gennaio 2011. Il PT-RP è stato predisposto sulla base di linee guida nazionali ed internazionali, delle raccomandazioni dell'AIFA e secondo criteri di appropriatezza, efficacia e sicurezza.

Le Commissioni per i prontuari terapeutici delle singole ASR sono tenute a selezionare nell'ambito del PT-RP solo i farmaci effettivamente rispondenti alle specifiche necessità terapeutiche.

E' già previsto dalla stessa DGR 84 -1156 del 30/11/2010 che i futuri aggiornamenti del PT-RP siano sinergici rispetto agli interventi regionali mirati all'appropriatezza dei trattamenti farmacologici.

### CRITICITA'

Il PT-RP ad oggi include un'ampia selezione dei principi attivi che possono essere utilizzati nelle strutture di tutte le ASR piemontesi. E', tuttavia, comprovato come le terapie prescritte ed utilizzate in ambito ospedaliero, ambulatoriale, in dimissione, ecc., abbiano importanti ricadute sulle prescrizioni dei medici di famiglia e sulla spesa farmaceutica territoriale.

### OBIETTIVI

Come già previsto dalla DGR 84 -1156 del 30/11/2010 risulta necessario rivedere il PT-RP al fine di indirizzare l'appropriatezza dei consumi interni aziendali e della prescrizione indotta sul territorio dagli specialisti delle strutture aziendali.

La revisione del PT-RP comporterà l'esclusione delle molecole aventi uno sfavorevole rapporto costo/beneficio, soprattutto in funzione dell'impatto delle stesse sui costi dell'assistenza farmaceutica territoriale.

Tale revisione consentirà un uso più razionale dei medicinali anche all'interno delle strutture delle aziende sanitarie mediante l'acquisizione del principio attivo a minor costo a parità di indicazione terapeutica e profilo rischio/beneficio.

Verrà, inoltre, favorita nelle procedure di acquisizione la competizione fra produttori di molecole aventi uguali indicazioni terapeutiche ed outcome clinici analoghi, con conseguenti economie dirette.

### AZIONI PROPOSTE

Ai sensi della DGR 84 -1156 del 30/11/2010 la revisione del PT-RP deve essere effettuata con proposta alla Giunta sulla base di valutazione tecnica della Commissione Regionale Farmaceutica del Prontuario. Occorre, pertanto, procedere alla nomina della Commissione con Determinazione Dirigenziale entro il 31/1/2011.

La prima revisione del PT-RP sarà effettuata con una DGR entro il 28/2/2011 sulla base dei criteri indicati:

- individuazione delle categorie di farmaci omogenee, ovvero gruppi di molecole la cui efficacia e profilo di sicurezza si possano ritenere sovrapponibili;
- selezione, nell'ambito delle categorie di farmaci individuate, dei soli principi attivi con rapporto più favorevole in termini di ricaduta dei costi sul territorio (minimizzazione dei costi).

Nella DGR si specificherà che:

- per le molecole escluse dal PT-RP e/o dalle procedure di acquisizione si introdurranno richieste motivate da prodursi solo in casi clinici particolari da sottoporsi alle Commissioni Farmaceutiche Interne (istituite in tutte le ASR con DGR 76-4318 del 13/11/2006 per favorire l'appropriatezza prescrittiva e la continuità assistenziale) che effettueranno il monitoraggio dell'adesione degli specialisti al PTR al momento del consiglio terapeutico fornito in dimissione a seguito di ricovero ospedaliero o visita ambulatoriale;
- le Commissioni delle ASR dovranno produrre una reportistica delle richieste di fuori prontuario da inviare trimestralmente alla Commissione Regionale che le valuterà producendo delle indicazioni di azioni correttive per le ASR con prescrizioni al di fuori della media;
- l'indicatore per la verifica dell'adesione al PT-RP sarà inserito nel Sistema di Valutazione dei Commissari e dovrà costituire specifico obiettivo da assegnarsi ai medici dipendenti e convenzionati;

- l'indicatore relativo all'incremento delle prescrizioni del principio attivo rispetto al totale prescritto dovrà costituire specifico obiettivo da assegnare ai medici dipendenti;
- l'indicatore relativo all'incremento delle prescrizioni di brevetto scaduto rispetto al totale prescritto dovrà costituire specifico obiettivo da assegnare ai medici convenzionati.

### RISVOLTI ECONOMICI

Per la prima revisione del PT-RP saranno selezionati i gruppi terapeutici a maggiore impatto sulla spesa territoriale, nel 1° semestre 2010, che risultano essere:

ACE INIBITORI (C09AA) – € 12,6 milioni  
 ACE INIBITORI ASSOCIATI A DIURETICI (C09BA) - € 11,2 milioni  
 SARTANI (C09CA) - € 21,6 milioni  
 SARTANI ASSOCIATI A DIURETICI (C09DA) - € 26,4 milioni  
 STATINE (C10AA) - € 38 milioni  
 INIBITORI POMPA PROTONICA (A02BC) - € 37,7 milioni  
 INIBITORI DELLA RICAPTAZIONE DELLA SEROTONINA (N06AB) - € 12,2 milioni

I gruppi terapeutici sopra individuati rappresentano una spesa di € 160 milioni nei primi sei mesi del 2010 ed incidono per il 33,8% sulla spesa farmaceutica convenzionata lorda che è risultata pari a € 473 milioni (spesa netta € 418 milioni).

Nel periodo 1° semestre 2010 sono state rilevate le DDD totali erogate e le % DDD dei medicinali a brevetto scaduto sul totale e precisamente:

<b>Gruppi terapeutici</b>	<b>DDD X 1000 ab./die</b>	<b>% DDD brevetto scaduto</b>
STATINE (C10AA)	284,38	33
IPP (A02BC)	324,12	73
SARTANI ASSOC. A DIURETICI (C09DA)	234,69	15
SARTANI (C09CA)	276,25	11
ACE INIBITORI (C09AA)	516,76	96
ACE INIBITORI CON DIURETICI (C09BA)	194,50	83
INIBITORI DELLA RICAPTAZIONE DELLA SEROTONINA (N06AB)	189,25	73

Ipotizzando nel 2011 un incremento di 3,0 punti percentuali di brevetto scaduto sul totale del prescritto, a parità di consumi rispetto al 2010, si possono prevedere risparmi per circa € **4.200.000/anno**

### FONTI VERIFICA (INDICATORI)

incremento > = 3,0% farmaci a brevetto scaduto su branded (per i medici convenzionati)  
 incremento > = 3,0% prescrizioni dei principio attivo su branded (per i medici dipendenti)

### **3.2. Ridefinizione degli oneri alle farmacie per la distribuzione in nome e per conto (dpc)**

#### SITUAZIONE ATTUALE

La DPC è attualmente disciplinata dalla DGR 16-11775 del 20/07/2009 e dalla DD 103 del 16/02/2010, le quali stabiliscono, tra l'altro, l'onorario per la dispensazione dei medicinali in PHT a favore dei farmacisti convenzionati, pari a 9-10-11 € + IVA a confezione, in rapporto al fatturato dichiarato dalla farmacia.

La sperimentazione della DPC è iniziata in Piemonte dal marzo 2010 e la sua durata è stata fissata per un periodo di sei mesi al termine della quale è stata prevista la valutazione d'impatto e l'assunzione di decisioni conseguenti.

#### CRITICITA'

L'onorario stabilito nel 2009 risulta attualmente più alto rispetto al valore medio che viene applicato in altre Regioni per il medesimo servizio.

E' urgente procedere a nuova contrattazione con Federfarma-Piemonte, ai sensi dell'art. 8 della L. 405/2001, al fine di addivenire a condizioni più favorevoli per il SSR.

#### OBIETTIVO

La revisione dell'onorario per il servizio prestato dai farmacisti convenzionati che consentirà un risparmio per il SSR a parità di prestazione erogata.

#### AZIONI PROPOSTE

Avvio immediato della ricontrattazione dell'accordo per la DPC con Federfarma Piemonte e definizione delle nuove tariffe per il servizio DPC.

Recepimento del nuovo accordo con DGR da adottarsi entro il 28/02/2011.

Nel caso che entro tale data, non si ottenga tale obiettivo, la Regione si impegna ad emettere una DGR (sempre entro il 31/01/2011) che preveda l'implementazione della distribuzione diretta che sostituisca la distribuzione per conto con l'obbligo per le ASR di renderla operativa entro il 31/03/2011.

#### RISVOLTI ECONOMICI

In caso di nuovo onorario, ridotto a 6 € IVA compresa per confezione di medicinali in PHT, a parità di consumi (circa 100.000 confezioni/mese), risulterebbe una spesa di € 7.600.000 /anno, a fronte della spesa attuale di € 12.000.000 /anno, con un risparmio annuo di **4,4 MLN €**.

#### FONTI VERIFICA (INDICATORI)

Stipula dell'accordo con FederFarma. Eventuale adozione della distribuzione diretta da parte dei Commissari entro il 31/3/2011, nel caso non si contrattualizzi la DPC.

### **3.3. Rafforzamento dell'attività di controllo sull'appropriatezza prescrittiva da parte dei servizi farmaceutici delle asr anche per i farmaci per i quali non sono previste limitazioni di prescrizione per l'erogazione a carico del ssn**

#### SITUAZIONE ATTUALE

Dalla valutazione dei dati regionali di prescrizione dei farmaci erogati in assistenza convenzionata, risulta che la maggior incidenza sia in termini di spesa che di consumo è determinata da prescrizioni di farmaci per i quali non è prevista alcuna limitazione prescrittiva per l'erogazione a carico del SSN. Il loro costo rappresenta circa il 56% della spesa netta totale (circa 448 MLN €/ anno 2010).

#### CRITICITA'

Se da un lato l'andamento della spesa convenzionata regionale e l'incremento del numero di ricette con un conseguente calo del valore medio delle stesse, sceso da circa 23,5 a 21,0 euro /ricetta, sono da attribuirsi al crescente impatto del prezzo di riferimento per i farmaci equivalenti in seguito alla progressiva scadenza di brevetti ed alla nuova modalità di distribuzione dei farmaci attivata nel corso del 2010 (DPC), dall'altro l'aumento costante del consumo dei farmaci sul territorio richiede un controllo appropriato sia livello qualitativo che quantitativo, specie per quei farmaci che in assenza di un piano terapeutico o di una particolare restrizione alla rimborsabilità (note AIFA) non sono facilmente monitorabili o per i quali non è comunque definito un percorso di controllo che giustifichi la razionalità della loro prescrizione. Per tali prescrizioni e nella maggior parte dei casi, il medico di medicina generale non subisce induzioni da parte di colleghi ospedalieri e/o ambulatoriali, non è il trascrittore, ma l'unico attore ed ordinatore di spesa.

La riorganizzazione delle ASR e lo scollamento ancor più marcato tra ospedale e territorio, previsti per il 2011 e a seguire, comporteranno la necessità di un forte raccordo a livello centrale e regionale, al fine di garantire la continuità ospedale-territorio e dirimere le difficoltà relazionali sia pregresse che attuali tra medici specialisti e medici di medicina generale.

Pertanto si renderà necessario favorire l'omogeneità delle ASR in riferimento ai lavori delle Commissioni farmaceutiche interne (CFI) sull'appropriatezza prescrittiva ed uniformare e migliorare per quanto possibile l'efficienza dei servizi farmaceutici territoriali in merito a tali controlli.

#### OBIETTIVI

Potenziare l'attività di controllo sull'appropriatezza prescrittiva dei farmaci in termini qualitativi/quantitativi e determinare un'azione puntuale e concreta di ritorno alla Regione sulle azioni effettuate. Istituire a livello regionale un'apposita commissione di controllo, supporto e coordinamento dei lavori delle commissioni per l'appropriatezza prescrittiva delle singole ASR.

#### AZIONI PROPOSTE

L'intervento comporta la realizzazione per il 2011 e a seguire di una forte azione d'indirizzo regionale che le nuove aziende devono sviluppare per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva dei MMG, PLS, specialisti territoriali e ospedalieri, anche in considerazione di

quanto previsto dal DL 78/2010, commi 7-b. A tal fine si emetterà una DGR entro il 31/01/2011 che preveda:

- assegnazione ai commissari/DG delle ASR dell'obiettivo (da inserire nel Sistema di Valutazione dei Commissari/DG) di potenziamento dei controlli ad opera dei servizi farmaceutici territoriali e dei conseguenti lavori delle commissioni distrettuali per l'appropriatezza prescrittiva di cui alla Legge n°405/01 con i seguenti indicatori:
  - n° verbali commissioni per l'appropriatezza prescrittiva /anno = non < 12 ;
  - n° report dei lavori delle commissioni/anno = non < 4 da trasmettere alla regione Piemonte non oltre il quindicesimo giorno del mese successivo al trimestre di controllo;
- nomina della Commissione regionale per l'appropriatezza prescrittiva, cui saranno assegnati gli obiettivi di:
  - definire entro il 28/02/2011 un modello di reportistica con cui le commissioni per l'appropriatezza prescrittiva delle singole ASR trasmetteranno trimestralmente alla Regione Piemonte le risultanze dei loro lavori;
  - valutare i lavori trimestrali delle commissioni per l'appropriatezza prescrittiva delle singole ASR, individuando aree critiche di intervento. In particolare la commissione, qualora lo reputi necessario, potrà di concerto con il presidente e/o suo delegato della commissione per l'appropriatezza prescrittiva dell'ASR che ha segnalato particolari criticità, prendere provvedimenti per correggere le inappropriate prescrizioni utilizzando tutti gli strumenti previsti dalla normativa;
  - definire ogni tre mesi gli indirizzi e linee guida prescrittive in relazione all'analisi complessiva dei consumi farmaceutici e alle aree critiche individuate emerse dalla reportistica bimestrale;
  - definire costi standard per patologia e per assistito confrontandosi con i costi delle regioni più virtuose;
  - definire supporti informativi per i MMG, PLS e specialisti ospedalieri e territoriali sull'utilizzo corretto dei farmaci.

### RISVOLTI ORGANIZZATIVI

Il potenziamento dell'attività di controllo da parte dei servizi farmaceutici territoriali delle asl regionali comporta di riflesso il potenziamento di risorse professionali competenti sull'attività di controllo. Tale potenziamento può essere conseguente alla razionalizzazione e redistribuzione del personale farmacista in riferimento sia al nuovo piano organizzativo delle ASR e delle ASO sia alla riorganizzazione degli stessi servizi farmaceutici territoriali con l'istituzione al loro interno di appositi settori dedicati al controllo dell'appropriatezza prescrittiva.

### RISVOLTI ECONOMICI

Per la valorizzazione economica del rientro dovuto alle azioni di controllo costanti e puntuali sulle prescrizioni dei medici di famiglia, sulla base dell'esperienza delle attività già effettuate, si può ipotizzare un rientro iniziale pari a circa allo 0,3% nell'immediato **2011 (1,3 MLN €)** destinato ad incrementarsi **nel 2012 sino allo 0,7% (3,1 MLN €)**.

L'ambito di intervento non è sovrapponibile a quello previsto dalle azioni relative alla revisione del prontuario terapeutico della Regione Piemonte, in quanto le azioni previste riguardano:

- eccessi prescrittivi/di consumo (iperprescrittori, iperconsumatori);
- rigorosa aderenza alle note AIFA e indicazioni autorizzate;
- rispetto della prescrivibilità temporale delle terapie (massimo 60 giorni);
- indicazioni per limitazioni prescrittive in fase di nuova terapia (massimo una confezione).

#### FONTI DI VERIFICA (indicatori)

n° verbali commissioni per l'appropriatezza prescrittiva /anno = non < 12 ;  
n° report dei lavori delle commissioni/anno = non < 4 da trasmettere alla regione Piemonte non oltre il quindicesimo giorno del mese successivo al trimestre di controllo

### **3.4. Monitoraggio delle prescrizioni in dimissione da ricovero ospedaliero e visita ambulatoriale**

#### SITUAZIONE ATTUALE

La distribuzione del 1° ciclo di terapia ai sensi della legge 405/2001 è già stato attivato negli anni passati ed ha rappresentato nel 2010 un obiettivo per i direttori generali delle aziende sanitarie, con il duplice intento di favorire la continuità terapeutica al cittadino nel momento della dimissione e di ottenere risparmio considerato il minor prezzo di acquisto dei farmaci erogati rispetto ai costi della farmaceutica convenzionata.

#### CRITICITA'

Considerato che la distribuzione del 1° ciclo di terapia non viene effettuata in maniera puntuale da tutte le ASR piemontesi e da tutte le strutture convenzionate non è possibile avere la completa tracciabilità di quanto prescritto al momento della dimissione da ricovero o visita ambulatoriale.

#### OBIETTIVI

Considerato che la revisione del PT-RP dovrebbe comportare una positiva ricaduta sulle prescrizioni farmaceutiche territoriali in termini di appropriatezza e di contenimento della spesa convenzionata, è necessario poter valutare l'adesione dei prescrittori al PT-RP non solo durante il ricovero, ma anche all'atto del suggerimento delle terapie da assumere al domicilio. Il continuo monitoraggio delle prescrizioni in dimissione in funzione della loro ricaduta potrà, pertanto, consentire di individuare e correggere eventuali situazioni di mancata aderenza al PT-RP.

#### AZIONI PROPOSTE

- completa attuazione della distribuzione del 1° ciclo di terapia attraverso le farmacie ospedaliere (atto di indirizzo regionale da adottarsi entro il 31/3/2011);
- monitoraggio delle prescrizioni in dimissione da parte delle farmacie ospedaliere e predisposizione di un report trimestrale da inviare ai direttori generali e all'Assessorato regionale per l'individuazione di eventuali criticità e la messa in atto di azioni correttive.

#### RISVOLTI ORGANIZZATIVI

E' necessario che le farmacie ospedaliere siano dotate di personale sufficiente e di adeguati supporti informatici per poter adempiere a quanto previsto.

### RISVOLTI ECONOMICI

L'intervento, finalizzato al monitoraggio dell'attuazione della revisione del PT-RP in funzione delle ricadute sulle prescrizioni territoriali, grazie all'incremento della distribuzione in dimissione (ipotizzabile in circa il 5% - valore 2010 distribuzione in dimissioni, visita, etc, pari a 29 MLN € - file F) potrà determinare un risparmio quantificabile in **0,4 MLN €/anno**. La stima di risparmio deriva da una sperimentazione diretta svolta in una ASR.

### FONTI VERIFICA (INDICATORI)

prescrizioni non coerenti con PT-RP su totale  
incremento del valore della specifica tipologia di file F (distribuzione in dimissione o dopo visita ambulatoriale) di un valore minimo del 5%

#### 4. ASSISTENZA FARMACEUTICA OSPEDALIERA

Con legge 24 dicembre 2007, n. 244 (finanziaria 2008) il tetto della spesa farmaceutica ospedaliera, espresso in percentuale della spesa sanitaria a programma (fondo sanitario regionale - FSR -), è stato fissato a partire dall'anno 2008 al 2,4%.

Come nella maggior parte delle Regioni, anche in Piemonte si rilevano forti criticità per quanto concerne il rispetto del tetto del 2,4%.

L'andamento è analogo a quello rilevato negli anni precedenti.

Anno	Valore da CE	Incidenza % su FSR	Scostamento assoluto dal tetto
2008	304.230	4,1	+1,7
2009	328.994	4,2	+1,8

Fonte Agenas, Aifa e Corte dei Conti

Principale determinante del generalizzato incremento della spesa farmaceutica ospedaliera viene ritenuta l'immissione sul mercato di farmaci innovativi, più efficaci nel trattamento di patologie complesse, ma di costo molto elevato (10 – 20 mila €/anno per paziente).

Allo scopo di ridurre l'incidenza sulla spesa farmaceutica ospedaliera ( DL 78/2010, convertito, con modificazioni, nella L 122/2010), con determinazione AIFA del 2/11/2010 è stata operata la riclassificazione in fascia A di un elenco di farmaci di fascia H dispensati direttamente ai pazienti. Il provvedimento è in vigore dal 9/11/2010 e, per la Regione Piemonte, si tratta di un trasferimento di costi stimabile in 40,5 MLN € per anno.

Considerate le difficoltà di tutte le Regioni nel contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera entro il tetto di legge, gli organismi centrali hanno adottato politiche di orientamento dei prescrittori all'appropriatezza di utilizzo dei farmaci (Registro AIFA ONCO, Monitoraggio Intensivo,...) e di corresponsabilizzazione dell'industria farmaceutica alla sostenibilità del sistema (es. pay back, risk sharing, payment by results,..).

Anche la Regione Piemonte ha già intrapreso azioni volte a garantire l'appropriatezza e la razionalizzazione prescrittiva di particolari categorie di farmaci, utilizzando lo strumento dei "Registri" quale base per monitoraggio dei trattamenti, selezione dei prescrittori e programmazione della spesa.

Sono attivi i Registri regionali informatizzati per la prescrizione di:

- 1) ormone somatotropo;
- 2) teriparatide e bifosfonati uso e.v.;
- 3) biologici utilizzati in reumatologia e dermatologia;
- 4) terapia di malattie rare;
- 5) vaccini iposensibilizzanti;

Per rendere più cogente l'obbligo di prescrizione tramite i registri regionali, il conferimento dei dati nei registri stessi è stato assimilato a debito informativo verso la Regione (DGR 18-804 del 15/10/2010).

Con DGR 22-11512 del 3/6/2009 sono stati definiti gli standard minimi di attività delle farmacie ospedaliere, in particolare riguardo a gestione degli scaduti in reparto, centralizzazione delle preparazioni antiblastiche, formazione, etc.

Dal monitoraggio di verifica conclusosi in novembre 2010, non risulta ancora il completo adeguamento delle ASR agli indirizzi regionali.

In conclusione, esistono già adeguati strumenti normativi nazionali e regionali per il governo e la stabilizzazione della spesa farmaceutica ospedaliera regionale, ma è necessario introdurre

sistemi per l'effettiva applicazione di tali normative e sono necessari ulteriori interventi regionali mirati per il recupero delle aree di inappropriata che ancora si rilevano.

Per l'efficacia delle azioni da intraprendere sarà necessario ricercare preliminarmente condivisione ed adesione al progetto da parte di tutti i soggetti interessati e prevederne il puntuale monitoraggio in itinere.

#### **4.1. Appropriata dell'utilizzo dei farmaci oncologici ad alto costo**

##### SITUAZIONE ATTUALE

La spesa farmaceutica ospedaliera regionale è determinata per circa 1/3 dai farmaci oncologici/innovativi ( 115 MLN € - dati IMS).

Alcuni di questi farmaci, in considerazione del rilevante impatto sulla spesa SSR e per il completamento dei profili di sicurezza, sono sottoposti a monitoraggio intensivo AIFA (DM 21/11/2003). La prescrizione e l'utilizzo a carico SSR deve, pertanto, essere effettuata sulla base dei criteri di appropriatezza indicati dall' AIFA in fase di inserimento dei dati nel Registro centralizzato nazionale.

Per i farmaci innovativi di costo elevato (40-60.000€ anno/pz), approvati con procedure rapide e per i quali non è ancora ben definito il profilo di efficacia, può essere prevista nel decreto di autorizzazione una rimborsabilità condizionata ai risultati terapeutici (cost sharing, payment by results,..). Per ottenere i rimborsi dei farmaci inseriti nei registri secondo gli accordi negoziali AIFA i prescrittori sono tenuti a completare il percorso di monitoraggio indicato nel registro.

La spesa regionale per farmaci oncologici sottoposti a monitoraggio AIFA è di 70 MLN €/anno 2010.

##### CRITICITA'

In Regione Piemonte la pratica della compilazione del Registro AIFA non è ancora adeguatamente conosciuta e praticata, con effetti negativi in termini di recupero di costi per terapie non efficaci, come risulta dal confronto tra i dati inseriti nel Registro AIFA e i farmaci effettivamente erogati (file F). Infatti, l'onere del controllo e della richiesta di rimborso è un diritto/dovere delle ASR e, in mancanza di dati di esito, non è possibile chiedere alcun rimborso.

La prescrivibilità dei farmaci soggetti a monitoraggio intensivo è, inoltre, consentita in Regione Piemonte a tutti gli specialisti, con maggiore rischio di inappropriata laddove la prescrizione sia effettuata in strutture senza adeguata competenza clinica.

L'estesa prescrivibilità determina spesso anche la dispersione nella preparazione delle terapie antitumorali con conseguente aumento dei costi.

E', inoltre, da segnalare che non per tutti i farmaci autorizzati con le formule del cost sharing, risk sharing, payment by results,... l'AIFA ha attuato le procedure informatiche di rimborso. In mancanza delle stesse non è possibile per le regioni avviare l'iter di rimborso.

##### OBIETTIVI

Il conferimento dei dati nel Registro AIFA deve risultare prassi ordinaria per gli specialisti che prescrivono farmaci sottoposti a monitoraggio intensivo. La fornitura dei farmaci da parte dei Servizi farmaceutici aziendali può avvenire solo previa verifica degli effettivi adempimenti AIFA da parte dei prescrittori.

## AZIONI PROPOSTE

La Regione emetterà una Determina Dirigenziale entro il 28/02/2011 che dovrà prevedere:

- l'obbligo di inserire la copia della scheda AIFA nella cartella clinica del paziente, poichè il rispetto degli obblighi AIFA di monitoraggio deve essere condizione imprescindibile ai fini della fornitura dei farmaci da parte delle farmacie ospedaliere. L'obbligo per la farmacia ospedaliera di effettuare la fornitura del farmaco solo dopo verifica della scheda stessa; l'istituzione di una Commissione Regionale di Coordinamento delle Commissioni farmaceutiche interne (CFI) delle ASR e l'obbligo di autorizzare gli usi off-label ripetuti e sistematici sulla base di sistemi di valutazione HTA;
- l'incarico alla Commissione Regionale di Coordinamento di svolgere un Audit regionale di valutazione della conformità delle prescrizioni ai criteri di appropriatezza del Registro AIFA ogni semestre a partire dal 30/6/2011 e di intervenire con le ASR meno virtuose;
- l'obbligo da parte delle ASR di inviare trimestralmente report sulle somme recuperate con le procedure di rimborso AIFA e l'obbligo da parte della Commissione Regionale di Coordinamento di svolgere dei confronti tra le ASR e intervenire con le Aziende meno virtuose;
- l'approvazione dell'elenco delle Unità Operative abilitate alla prescrizione di specifici farmaci. L'elenco finale dovrà essere coerente con la riorganizzazione del sistema delle ASR piemontesi e dovrà prevedere una riduzione dei centri rispetto alla situazione attuale;
- l'obbligo della Commissione Regionale di Coordinamento di produrre un Piano di Formazione/Informazione delle ASR (direzioni/farmacie/specialisti) circa gli obiettivi del monitoraggio AIFA entro il 30/04/2010. La formazione si dovrà concludere entro il 2011;
- l'obbligo della Commissione Regionale di Coordinamento di attribuire entro il 30/03/2010 una percentuale diversa per ogni ARS di abbattimento della inappropriatezza. Tali percentuali per ogni ASR saranno definite tenendo conto del livello di inappropriatezza attuale di ogni ASR con l'obiettivo di ridurre in media a livello regionale l'inappropriatezza del 20%. Il rispetto di tali obiettivi sarà inserito nel Sistema di Valutazione dei Commissari/DG delle ASR.

Inoltre, sarà compito della Commissione Regionale Farmaceutica richiedere ad AIFA l'attuazione delle procedure di rimborso per tutti i farmaci finora autorizzati con tale formula.

## RISVOLTI ECONOMICI

Per la stima della % di inappropriatezza sulla prescrizione dei farmaci in questione sono state comparate diagnosi/terapie analizzando 140 cartelle cliniche consecutive di pazienti trattati con farmaci ad alto costo in due ospedali con importante attività oncologica (ASO S.Giovanni Battista di Torino e IRCC Candiolo). La % di inappropriatezza riscontrata è stata valutata intorno al 20%. A livello prudenziale si considera una % per tutta la Regione pari al 10%.

Si ritiene quindi che sia ragionevole stimare una riduzione della spesa regionale dei farmaci oncologici pari al 10% (3,5 MLN €) per anno. Considerando che la azioni partono dal 1/3/2011 **per il 2011 il risparmio è pari a 2,9 mln (dieci dodicesimi) e per il 2012 è pari a 3,5 mln.**

## FONTI DI VERIFICA (INDICATORI)

valore rimborso AIFA – da conto economico-/ consumo farmaci monitoraggio AIFA = a media regionale  
rispetto dell'obiettivo di riduzione % dell'inappropriatezza

## 4.2. Centralizzazione in farmacia delle preparazioni antiblastiche

### SITUAZIONE ATTUALE

Sulla base di esperienze già consolidate, la centralizzazione in farmacia delle preparazioni antiblastiche e la concentrazione delle terapie in un periodo ristretto (es un giorno predefinito della settimana, cosiddetto "drug-day") permette l'utilizzo completo delle dosi di farmaci, evitando sprechi di risorse.

Il valore delle soluzioni oncologiche infusionali utilizzate dalle ASR piemontesi ammonta a 19,6 MLN € (dati IMS) nel primo semestre 2010 (39,2 MLN € su base annua).

### CRITICITA'

Nonostante siano già state date indicazioni per la centralizzazione in farmacia delle terapie antiblastiche (DGR 22- 11512 del 3/6/2009) non risulta il completo adeguamento delle ASR a tali disposizioni.

### OBIETTIVI

Tutti i farmaci onco-ematologici per uso parenterale devono essere allestiti in dosi pronte all'uso e personalizzate esclusivamente presso i laboratori delle farmacie ospedaliere (FO). Tali attività, anche in forma consortile, dovranno essere garantite dalle FO entro il 30/6/2011.

### AZIONI PROPOSTE

La Regione emetterà una DGR entro il 28/02/2011 che dovrà prevedere:

- l'approvazione dell'elenco delle farmacie ospedaliere individuate per le preparazioni antiblastiche che dovranno essere accreditate per tale funzione e disposizione che la procedura di accreditamento dovrà essere conclusa entro il 30/09/2011. L'elenco finale dovrà essere coerente con la riorganizzazione del sistema delle ASR piemontesi e dovrà prevedere una riduzione delle farmacie accreditate rispetto alla situazione attuale;
- l'obbligo per le Farmacie Ospedaliere di documentare la messa in atto di strumenti per la riduzione degli sprechi di dose (concentrazione della preparazione di ogni farmaco solo in un giorno predefinito della settimana – drug day- nelle Farmacie ospedaliere dei centri più piccoli; utilizzo di confezioni multi-dose; valutazione della stabilità dei farmaci per utilizzo successivo);
- l'obbligo delle FO di trasmettere Regione con cadenza bimestrale entro il decimo giorno del mese successivo, sulla base di tabella excel unica regionale, i dati relativi alle preparazioni effettuate che saranno analizzate prevedendo degli interventi nelle Asr che disattendono la norma.

### RISVOLTI ECONOMICI

Si stima che la centralizzazione delle preparazioni antiblastiche comporti un risparmio sui costi dei farmaci utilizzati corrispondente al 5% **(1,9 MLN €) nel 2011** e 10% **(3,8 MLN €) nel 2012**.

### **4.3. Unificazione delle procedure di gara**

#### SITUAZIONE ATTUALE

Le aziende sanitarie stanno procedendo all'espletamento di gare per l'acquisizione di beni e servizi consorziandosi in aree sovra zonali o in alternativa ricorrendo alla ditta di committenza regionale (SCR). Per quanto riguarda i medicinali attualmente vige su tutto il territorio piemontese il regime di proroga in attesa della definizione di nuove procedure unificate di gara che consentano maggiori economie.

#### CRITICITA'

E' presente una certa eterogeneità nel processo di selezione dei farmaci acquistati e scarsa razionalizzazione delle risorse nella fase di acquisto.

#### OBIETTIVO

Migliorare il processo di selezione dei farmaci e recuperare economie nella fase di acquisto.

#### AZIONI PROPOSTE

La Regione emetterà una DGR entro il 31/01/2011 che dovrà prevedere:

- l'obbligo di SCR (Società di Committenza Regionale) di attivare entro il 30.06.2011 le procedure per le gare sui farmaci inclusi nel PT-RP aventi come base d'asta le condizioni attuali più favorevoli, almeno a livello regionale. Il capitolato di gara dovrà essere predisposto secondo il criterio delle categorie omogenee, così come individuate nel PT-RP;
- l'obbligo di SCR di predisporre una reportistica riportante tutti i dati necessari per l'attuazione della gara da inviare a tutte le ASR entro il 15/04/2011;
- l'obbligo delle ARS di inviare la reportistica compilata correttamente ad SCR entro il 15/5/2010;
- l'obbligo di SCR di concludere definitivamente la gara entro il 31/12/2011.

#### RISVOLTI ECONOMICI

Sulla base delle precedenti esperienze di aggregati di acquisto si ritiene di poter prevedere un'efficienza dal **2012** del 2% sul valore della spesa farmaceutica aziendale (**10 MLN €**)

### **4.4. Ottimizzazione dell'impiego dei farmaci stimolanti l'eritropoiesi nei pazienti uremici**

#### SITUAZIONE ATTUALE

In Regione Piemonte esistono 25 Centri Dialisi, organizzati in una rete nefrologica ormai consolidata. Dai dati del Registro regionale Dialisi e Trapianti (RPDT) risultano in Piemonte oltre 3000 pazienti in dialisi e ogni anno si rilevano circa 600 nuovi trattamenti sostitutivi.

Un'importante quota di pazienti in dialisi (80%) è trattato con farmaci stimolanti l'eritropoiesi (ESA), con un costo medio per paziente di 2000-2.300 €/anno.

La spesa complessiva regionale per ESA (epoetine e darboepoetina) per pazienti in dialisi è stimata in 5,5 MLN € per l'anno 2010.

Il livello di appropriatezza d'uso degli ESA, in termini di aderenza alle linee guida nazionali ed internazionali, è ritenuto generalmente molto buono in Piemonte, come riscontrato nel corso

dell'audit regionale dei centri dialisi tenutosi a Torino nel novembre 2010. Sempre prendendo in considerazione i dati di AUDIT è possibile vedere come il target di emoglobina considerato accettabile si sta consolidando in Piemonte verso livelli inferiori rispetto a quelli stabiliti in precedenza dalla linee guida, soprattutto in alcuni gruppi di pazienti a rischio cardiovascolare elevato (da 11-12 g/Dl a 10.5–11.5 g/Dl ). Come diretta conseguenza si sta assistendo ad una riduzione delle dosi complessive di ESA somministrate, con relativo decremento dei costi. Un decremento della dose media di emoglobina si è registrata nel corso degli ultimi 3 anni ed è evidente una riduzione dei costi del primo semestre del 2010 rispetto ai costi del 2009.

### CRITICITA'

Una opportunità di economia nell'ambito del trattamento dell'anemia nei pazienti con Insufficienza renale è rappresentata dall'utilizzo dei biosimilari degli ESA, disponibili ad un costo attuale mediamente inferiore del 30-40% rispetto ai farmaci "originatori". Sulla base delle indicazioni delle società scientifiche l'uso dei farmaci biosimilari può essere riservato, con adeguati profili di sicurezza, ai pazienti naive al trattamento. Le stesse società scientifiche del resto sconsigliano variazioni dei tipi di ESA somministrati nel corso del tempo.

Dalla rilevazione dei dati dell'AUDIT clinico sull'anemia relativi al 2009 la percentuale di pazienti trattati nei centri Piemontesi con ESA Biosimilari è ancora molto bassa, intorno al 2% dei casi trattati con ESA (anche se l'uso degli stessi è aumentato nel corso del 2010). I dati sono analoghi a quelli rilevati nelle altre regioni.

### OBIETTIVI

Per la razionalizzazione della spesa regionale relativa agli ESA ai pazienti dializzati è opportuno estendere progressivamente, in tutti i centri piemontesi, l'utilizzo dei biosimilari ai nuovi pazienti trattati avviati al trattamento sostitutivo, monitorizzando l'uso e la reale efficacia clinica nel trattamento dell'anemia, oltre che la comparsa di eventuali effetti collaterali.

### AZIONI PROPOSTE

La Regione con una determina dirigenziale (DD) si impegna a nominare entro il 31/01/2010 un tavolo regionale di coordinamento composto da esperti del settore con il compito di redigere entro il 28/02/2010 delle linee guida per l'utilizzo dei farmaci ESA-biosimilari e una scheda riepilogativa unica regionale per il monitoraggio delle prescrizioni. Inoltre, entro metà febbraio 2011, dovrà dare le indicazioni necessarie per integrare adeguatamente il Registro regionale RP.DT per consentire il puntuale monitoraggio dei trattamenti con ESA.

La Regione emetterà una DGR entro il 28/02/2011 che dovrà prevedere:

- l'approvazione delle linee di indirizzo per l'utilizzo dei farmaci ESA-biosimilari stabilite dal tavolo regionale di coordinamento che dovranno definire:
  - quando utilizzare i farmaci biosimilari e quando invece gli originatori, rimarcando i margini di discrezionalità;
  - se esistono e quali sono le differenze, in termini decisionali, tra il gruppo delle eritropoietine e quello del filgrastim;
  - quali raccomandazioni formulare in merito allo switch tra originatori e biosimilari e tra biosimilari;
  - quali modalità adottare per l'approvvigionamento di questi prodotti;

- l'obbligo da parte delle farmacie di adozione vincolante di una specifica modulistica di richiesta personale con la motivazione del medico a fronte di scostamenti dalle linee di indirizzo;
- l'obbligo dei servizi farmaceutici aziendali di inviare con cadenza bimestrale alla Regione i reports di utilizzo e spesa per Centro prescrittore accompagnato alla motivazione del medico di scostamenti dalle linee di indirizzo, sulla base della scheda riepilogativa unica regionale;
- l'obbligo della Regione di analizzare trimestralmente i dati contenuti nella scheda riepilogativa al fine di prevedere interventi sulle Aziende che si discostano dalla media regionale. Tale azioni saranno svolte con il supporto tecnico del tavolo regionale di coordinamento.

### RISVOLTI ECONOMICI

L'applicazione delle linee guida con il processo sopra descritto permetterà che:

- l'utilizzo di ESA biosimilari nei nuovi pazienti avviati al trattamento sostitutivo (tasso prevedibile di 600 nuovi ingressi per anno) generi un risparmio medio di circa 700€/paziente ed un risparmio regionale stimabile in circa 420.000 €/annuo per il 2011 e di circa 840.000 €/annuo per il 2012;
- l'abbassamento del target di emoglobina accettabile porti una riduzione stimata dei costi di circa 300.000 €/annuo per il 2011 e per il 2012.

Quindi il risparmio complessivo per il **2011 è di € 0,6 mln** (€ 0,72 mln annuo partendo da marzo) e per il **2012 di € 1,1 mln**.

### FONTI VERIFICA (INDICATORI)

$$\frac{\text{N° pazienti dializzati naive trattati con ESA biosimilari (prevalenti/incidenti)}}{\text{N° pazienti dializzati naive trattati con PT ESA}} * 100 = 100\%$$

#### **4.5. Ottimizzazione dell'impiego dei farmaci stimolanti l'eritropoiesi e stimolanti i fattori di crescita della serie granulocitaria nei pazienti oncologici**

### SITUAZIONE ATTUALE E CRITICITA'

Da un recente documento divulgato da AIOM, la gestione dei farmaci biosimilari può rappresentare un problema anche in ambito onco-ematologico. Infatti da un sondaggio tra gli oncologi effettuato da AIOM stessa solo il 18 % dei medici sapeva dare una definizione esatta di cosa fosse farmaco biosimilare e solo il 32 % si poneva il problema reale di possibile immunogenicità che qualsiasi farmaco biotech può dare e quindi dei potenziali rischi di tossicità che potrebbero derivare, nel passaggio tra un farmaco originator ad uno biosimilare, per un paziente non gestito in maniera appropriata. E' anche vero che l'Italia è tra i paesi Europei rispetto a Spagna Francia e Germania che dal punto di vista legislativo e quindi anche nell'aspetto di tutela medico-legale sta affrontando soltanto adesso il problema. D'altro canto dal punto di vista economico nel futuro rappresenterà quasi "un obbligo" utilizzare in maniera appropriata i farmaci biosimilari che hanno in media un costo inferiore dal 20% al 50% rispetto agli originator. Già il Servizio Farmaceutico Regionale aveva segnalato come la spesa delle eritropoietine rappresentasse uno dei gruppi di molecole con maggiore incidenza sulla spesa farmaceutica regionale. A seguito di ciò il Nucleo Tecnico HTA di Aress aveva elaborato un mini report per la valutazione di eventuali ambiti di inappropriata Nel maggior Ospedale Piemontese, il S. Giovanni Battista di Torino, si consumano in un anno 1.044.854 euro di eritropoietine in ambito oncologico e 1.373.885 euro di fattori di crescita della serie granulocitaria, con un risparmio ipotizzabile minimo (in caso di passaggio a biosimilari) di 210.000 euro per le eritropoietine e 280.000 euro per i fattori di crescita solo nell'anno 2011.

Dal 2007 Emea ha dato parere favorevole a tre eritropoietine nell'anemia dei tumori solidi e dal 2008 a tre fattori di stimolazione della serie granulocitaria, rendendoli disponibili per il mercato italiano. E' quindi necessario pianificare delle linee d'indirizzo nell'uso di queste tipologie di farmaci con l'obiettivo di una corretta informazione che tuteli sia l'operatore che il paziente e nello stesso tempo segua le direttive del piano di razionalizzazione della spesa regionale.

### OBIETTIVI

Per la razionalizzazione della spesa regionale relativamente all'utilizzo di farmaci biosimilari per i pazienti onco-ematologici è opportuno individuare linee d'indirizzo regionale sull'utilizzo di questi farmaci e pianificare strumenti di monitoraggio specifici al fine di garantire, oltre al corretto trattamento dell'anemia e della neutropenia, anche un' appropriata e tempestiva attività di farmacovigilanza.

### AZIONI PROPOSTE

La Regione si impegna a nominare con Determina Dirigenziale (DD) entro il 31/01/2010 un tavolo regionale di coordinamento composto da esperti del settore con il compito di redigere entro il 28/02/2010 delle linee guida per l'utilizzo dei farmaci ESA-biosimilari e stimolanti i fattori di crescita della serie granulocitaria e una scheda riepilogativa unica regionale per il monitoraggio delle prescrizioni e di attuare le azioni previste dalla DGR sotto riportata.

La Regione emetterà una DGR entro il 28/02/2011 che dovrà prevedere:

- l'approvazione delle linee di indirizzo per l'utilizzo dei farmaci ESA-biosimilari e stimolanti i fattori di crescita della serie granulocitaria definite dal tavolo regionale di coordinamento che dovranno definire:
  - quando utilizzare i farmaci biosimilari e quando invece gli originatori, rimarcando i margini di discrezionalità;
  - se esistono e quali sono le differenze, in termini decisionali, tra il gruppo delle eritropoietine e quello del filgastrim;
  - quali raccomandazioni formulare in merito allo switch tra originatori e biosimilari e tra biosimilari;
  - quali modalità adottare per l'approvvigionamento di questi prodotti;
- l'obbligo da parte delle farmacie di adozione vincolante di una specifica modulistica di richiesta personale con la motivazione del medico a fronte di scostamenti dalle linee di indirizzo;
- l'obbligo dei servizi farmaceutici aziendali di inviare con cadenza bimestrale alla Regione i reports di utilizzo e spesa per Centro prescrittore accompagnato alla motivazione del medico di scostamenti dalle linee di indirizzo, sulla base della scheda riepilogativa unica regionale;
- l'obbligo della Regione di analizzare trimestralmente i dati contenuti nella scheda riepilogativa al fine di prevedere interventi sulle Aziende che si discostano dalla media regionale. Tale azioni saranno svolte con il supporto tecnico del tavolo regionale di coordinamento;

### RISVOLTI ECONOMICI

Si stima che l'impiego di epoetine e fattori crescita biosimilari in ambito oncoematologico possa tradursi in ambito regionale in un risparmio progressivo del 15-20% rispetto alla spesa dell'anno 2010 (8,1 MLN per epoetine e 8,2 MLN per fattori di crescita), ovvero **2,4 MLN**

**nell'anno 2011 e 3,2 MLN nell'anno 2012.** Tali valori sono stati stimati analizzando nel dettaglio dati di alcune Aziende Ospedaliere della Regione.

#### **4.6. Razionalizzazione d'uso dei farmaci per il trattamento dell'ipertensione arteriosa polmonare**

##### SITUAZIONE ATTUALE

L'ipertensione arteriosa polmonare (PAH) è malattia rara, cronica, invalidante e progressiva gravata da elevato tasso di mortalità qualora non trattata. La disponibilità di farmaci specifici ha modificato la prognosi della stessa migliorando sia la qualità di vita che le curve di sopravvivenza. La malattia rimane comunque gravata da prognosi sfavorevole. Quanto sopra riferito è da considerarsi ristretto alle forme di tipo arterioso (cioè dal punto di vista epidemiologico la forma idiopatica, quella associata a malattie del tessuto connettivo, a cardiopatie congenite, ad infezione HIV e a anemie emolitiche congenite), le uniche forme per le quali i farmaci sottoposti a verifica sono prescrivibili secondo registrazione AIFA. Nell'ambito dei trattamenti per PAH i costi maggiori sono determinati dal farmaco Bosentan (4,2 MLN € nell'anno 2010 su una spesa regionale totale di 6,8 MLN € - dati file F)

##### CRITICITA'

- Si rileva una notevole dispersione delle prescrizioni per Bosentan che provengono da numerosi centri molti dei quali seguono meno di 5 pazienti ciascuno;
- risulta difficile identificare per il farmaco con maggior livello di costo (Bosentan) se la prescrizione sia per ipertensione polmonare o per le ulcere cutanee sclerodermiche;
- i dati disponibili rilevano la non completa corrispondenza tra piani terapeutici inseriti nel Registro regionale per le malattie rare e farmaci effettivamente erogati per PAH;
- un numero di pazienti non trascurabile assume terapia di combinazione (da 2 a 3 farmaci associati).

##### OBIETTIVI

- Garantire la corretta terapia a tutti pazienti affetti da ipertensione arteriosa polmonare idiopatica o associata a malattie rare in specie alle connettivopatie (80% circa del bacino di utenza dei farmaci sottoposti a controllo), trattabili secondo le linee guida e le indicazioni previste per le quali i singoli farmaci sono registrati ed in commercio;
- ridurre i costi relativi ai farmaci prescrivibili per l'ipertensione arteriosa polmonare rafforzando i controlli su diagnosi e prescrizioni al fine di limitare l'uso di tale farmaci ai reali aventi diritto sulla base di criteri di appropriatezza.

##### AZIONI PROPOSTE

La Regione emetterà una Determina Dirigenziale entro il 28/02/2011 che dovrà prevedere:

- l'identificazione, nell'ambito della rete regionale delle malattie rare dei "Centri esperti" per il controllo delle prescrizioni di trattamenti ad alto costo ed alla criticità in termini di costi ed organizzazione del trattamento con farmaci somministrati in infusione continua;
- l'obbligo per i servizi farmaceutici di erogazione dei farmaci esclusivamente sulla base di piano terapeutico informatizzato del Registro regionale MARARE;
- l'approvazione della modifica dell'applicativo Marare con introduzione di schede di diagnosi, di piani terapeutici e di schede di follow-up in grado di garantire accuratezza dei percorsi

diagnostici e degli schemi di trattamento (a cura del tavolo scientifico del consorzio sull'ipertensione polmonare e del coordinamento regionale). Questo comporterà l'obbligo di esecuzione e registrazione del cateterismo cardiaco destro alla diagnosi, da ripetersi e da registrare ad ogni aggravamento che richieda implementazione del trattamento (scheda di follow-up), nonché della classe funzionale, come determinanti rispettivamente della diagnosi e delle indicazioni terapeutiche;

- la revisione delle diagnosi/prescrizioni con caratteristiche di criticità (a cura dei centri esperti del tavolo scientifico, del consorzio sull'ipertensione polmonare e del coordinamento regionale);
- la verifica incrociata dei piani terapeutici ancora cartacei verso i piani terapeutici informatizzati del Registro e revisione della correttezza diagnostica ed appropriatezza terapeutica; questo approccio permetterà di fare emergere anche quella quota (misurabile intorno al 20% del globale) relativa a prescrizioni per ipertensione arteriosa polmonare associata a malattie non incluse tra le malattie rare, ma ugualmente trattabile secondo linee guida;
- la separazione dei flussi di costo delle ulcere da quelli dell'ipertensione polmonare arteriosa per il farmaco (Bosentan) che, unico, ha oggi indicazioni per il trattamento delle ulcere cutanee sclerodermiche;
- la verifica costante e periodica della correttezza della diagnosi e della appropriatezza prescrittiva (a cura dei centri esperti);
- l'aggiornamento costante dei criteri diagnostici e degli schemi di trattamento in funzione dei nuovi dati scientifici e delle disponibilità di nuovi farmaci (a cura dei centri esperti e del consorzio sull'ipertensione polmonare).
- L'intervento non incide sui livelli assistenziali, ma intende garantire l'appropriatezza d'uso del farmaco, bosentan rispetto alle indicazioni autorizzate. Si realizza tramite l'adeguamento del registro regionale delle malattie rare (nuove schede diagnosi/requisiti inclusione ai trattamenti) e limitando la prescrivibilità ai soli centri qualificati.

#### RISVOLTI ECONOMICI

Si stima la riduzione del 20% della spesa regionale di Bosentan prescritto per malattia rara, che produce quindi un risparmio pari a 800.000 €. **Quindi nel 2011 il risparmio è pari a 0,66 mln e nel 2012 pari a 0,8 mln.**

#### FONTI VERIFICA (INDICATORI)

Gli indicatori proposti sono:

numero dei pazienti registrati con diagnosi di malattia trattabile secondo linee guida con i farmaci oggetto della presente revisione nel sito con l'applicativo marare + numero e tipologia di piani terapeutici informatizzati compilati sullo stesso applicativo;

numero e tipologia dei farmaci registrati in file F ed effettivamente erogati le stesse indicazioni;

valutazione comparativa dei dati ottenuto dalle due fonti.

### **4.7. Monitoraggio dell'appropriatezza d'uso delle immunoglobuline endovena**

#### SITUAZIONE ATTUALE

Le immunoglobuline per uso endovenoso (Ig ev) costituiscono il principio attivo con maggiore incidenza (3,2 %) sulla spesa farmaceutica delle ASR piemontesi. Nel primo semestre 2010 risulta una spesa di Ig ev pari a 9,6 MLN € (19,2 MLN su base annua).

### CRITICITA'

Il largo impiego di Ig ev in Piemonte, anche rispetto ai dati di altre Regioni (BD IMS), induce ad ipotizzare un certo margine di inappropriata prescrizione.

### OBIETTIVI

Ricondurre la prescrizione di Ig ev entro gli utilizzi che trovano conferma di appropriatezza nella pratica clinica e nelle linee guida nazionali ed internazionali

### AZIONI PROPOSTE

La Regione emetterà una Determina Dirigenziale entro il 28/02/2011 che dovrà prevedere il collegamento di ogni terapia con Ig ev ad una diagnosi specifica (ICD9-CM), in mancanza della quale, salvo giustificata motivazione, non sarà possibile la fornitura del farmaco da parte dei Servizi farmaceutici aziendali;

### RISVOLTI ECONOMICI

Si prevede di recuperare l'inappropriata prescrizione per Ig ev per un valore pari al 10% dell'erogato per anno (1,9 MLN). Quindi, **1,58 MLN per il 2011** (dieci dodicesimi) e **1,9 MLN per il 2012**.

### FONTI VERIFICA (INDICATORI)

prescrizioni Ig ev con diagnosi/ prescrizioni Ig ev totali

## 5. L'INTEGRATIVA E LA PROTESICA

### SITUAZIONE ATTUALE

L'Assistenza Integrativa e Protesica ha registrato un incremento medio del 7,44% dal 2002 al 2009 e del 5,07% nel triennio dal 2006 al 2009. Nel 2009 la crescita è pari al 2,40% a fronte di una media nazionale dell'1,69%.

Fino ad oggi ogni ASL si è organizzata non come servizio specifico, ma erogando le prestazioni tramite uffici/servizi dedicati a livello per lo più distrettuale, il più delle volte, senza un coordinamento tra le diverse sedi distrettuali e con riferimenti organizzativi e di responsabilità più vari. Tali uffici/servizi infatti in taluni casi fanno capo alla Medicina Legale, in altre realtà all'Assistenza Sanitaria Territoriale o piuttosto ai Distretti, molto spesso embricandosi – almeno per quanto riguarda l'integrativa – con l'Assistenza Farmaceutica Territoriale.

Anche il magazzino protesica, punto cruciale del sistema, è gestito in modo difforme tra le varie AA.SS.LL., in alcuni casi in appalto ed in altri gestito direttamente.

### CRITICITA'

- Mancanza di un Servizio specifico di Assistenza Integrativa e Protesica, riconducibile univocamente ad un livello organizzativo inequivocabilmente definito, la cui conseguenza è un grado critico di deresponsabilizzazione sulle procedure di fornitura e sul controllo della spesa, quest'ultima di entità tutt'altro che trascurabile;
- mancanza o parziale utilizzo di un sistema informatico a livello aziendale, inserito in un sistema informatico regionale (rete), che registri, elabori e fornisca, in tempo reale, i dati necessari al monitoraggio delle forniture e della conseguente spesa;
- difformi modalità di approvvigionamento dei dispositivi durevoli non personalizzati e del materiale monouso, con frammentazione delle acquisizioni dai vari fornitori, con variabilità di prezzi da ASL ad ASL;
- cessione o non curanza del dispositivo di cui agli elenchi 1 e 2 del nomenclatore dato all'assistito, con il suo utilizzo talora limitato nel tempo e la conseguente alienazione prematura di un bene ancora proficuamente fruibile, non avvalendosi invece della facoltà della Regione di disciplinare modalità di cessione in comodato per i quali sia possibile il riutilizzo, allo scopo di conseguire economie di gestione (Art. 4 comma 12 Decreto Ministeriale - Ministero della Sanità - 27 agosto 1999, n. 332);
- distribuzione del materiale monouso per un periodo trimestrale, che in considerazione della tipologia degli assistiti cui è destinato, conduce, in un significativo numero di casi, ad un inutilizzo antieconomico;
- scarsa appropriatezza da parte dei prescrittori con eccessivo ricorso alla concessione del monouso e degli ausili extra-tariffario.

### OBIETTIVI

- Indizione di Gare regionali per l'acquisto di materiale monouso e di ausili durevoli non personalizzati;
- economie derivanti da redistribuzione dei dispositivi di cui agli elenchi 1 e 2 del nomenclatore in comodato d'uso agli aventi diritto;
- maggiore appropriatezza nell'utilizzo del materiale monouso, con prescrizioni temporalmente più circoscritte (mensile);
- maggiore appropriatezza della fornitura del monouso e degli ausili extra-tariffario;
- economie derivanti dall'incremento dello sconto, a favore delle ASL, applicato dai fornitori (negozi autorizzati e farmacie) sulle forniture di materiale di medicazione, dal 5% al 10% sul prezzo al pubblico;

- diminuzione della spesa riguardante i presidi per diabetici a seguito della variazione dell’IVA dal 20% al 4% a decorrere dal 1° novembre 2010 (deliberazione già esecutiva).

## AZIONI PROPOSTE

Determina Dirigenziale che istituisca in Assessorato, entro il 31.1.2011, un Gruppo di Lavoro di Assistenza Integrativa-Protesica costituito da funzionari dell’Assessorato che si avvale della collaborazione di esperti delle ASR e dell’Agenas e che coordina tutte le seguenti attività suddivise nei vari obiettivi operativi:

### **5.1. Appropriately prescriptive and use**

La Regione emetterà una DGR entro il 30/04/2011 che dovrà prevedere:

- l’approvazione di linee di indirizzo di appropriatezza prescrittiva, in particolare per quanto riguarda la revisione del monouso e degli ausili fornibili in extratariffario, anche definendo le modalità di approvvigionamento, le procedure autorizzative per le modalità di fornitura, le procedure per il collaudo dei dispositivi previa puntuale valutazione dei fabbisogni;
- l’approvazione di linee di indirizzo di appropriatezza di utilizzo in particolare:
  - modificando la cadenza della distribuzione del materiale monouso da trimestrale a mensile evitando sprechi, dopo un’attenta valutazione del costo-beneficio rispetto al costo di distribuzione;
  - prevedendo l’acquisizione delle ASR dei dispositivi riutilizzabili, di cui agli elenchi 1 e 2 del nomenclatore, che vengono dati in comodato d’uso agli aventi diritto, con obbligo di restituzione del bene al termine dell’esigenza;
  - stabilendo il raggiungimento di un preciso obiettivo definito dal seguente indicatore: riutilizzo almeno del 70 % del totale degli ausili concessi per il periodo equivalente dell’ammortamento degli stessi (circa 5 anni).

### **5.2. Implementation and strengthening of an information system**

La Regione darà mandato entro il 28/02/2011 al CSI Piemonte per l’implementazione e il potenziamento da concludere entro il 31.12.2011, del sistema informativo già esistente (*PROTES*) per quanto riguarda:

- lo sviluppo della Rete Regionale per l’assolvimento del debito informativo da parte delle ASL verso la Regione e dalla Regione verso il Ministero;
- la parte gestionale del concedibile-concesso all’avente diritto;
- la gestione del magazzino;
- la gestione economico-finanziaria;
- accesso al sistema per i prescrittori (specialisti e medici di medicina generale)
- collegamento di *PROTES* con l’applicativo *WEBCARE* utilizzato dai fornitori (negozi autorizzati e farmacie) per l’erogazione di prodotti di assistenza integrativa;
- lo sviluppo di reportistica ed analisi dati per il livello centrale regionale e per le singole ASR.

### **5.3. Centralization of acquisition of goods and services and improvement of economic conditions**

La Regione emetterà una DGR entro il 30/01/2011 (già prevista nel capitolo “Acquisizione di altri beni e servizi”) che affiderà ad SCR la gestione delle gare regionali per la fornitura alle

AA.SS.LL. sia del materiale monouso, sia degli ausili non personalizzati e riutilizzabili da indire entro il 30/9/2011 e di altri beni rilevanti.

Incarico all' Ufficio di Assistenza Integrativa-Protesica dell'Assessorato di valutare, entro il 28/2/2011, gli aspetti economici della distribuzione degli ausili agli assistiti ai fini di produrre delle linee guida, entro il 31/5/2011, che definiscano la riorganizzazione di tale processo in modo più efficiente ed efficace.

Avvio di una nuova negoziazione con i fornitori (negozi autorizzati e farmacie) sulle forniture di materiale di medicazione con l'obiettivo di un aumento della percentuale di sconto dal 5% al 10% da raggiungere entro il 31/3/2011.

#### **5.4. Riorganizzazione dei servizi di assistenza integrativa e protesica, della logistica e degli approvvigionamenti delle Asr**

La Regione emetterà una DGR entro 28.2.2011 che prevederà:

- l'indicazione alle ASL di costituzione di un Servizio dedicato, con accorpamento delle funzioni in un unico soggetto (Servizio Assistenza – Integrativa Protesica) a livello Aziendale per migliorare la forte disomogeneità presente attualmente nelle ASR con una disaggregazione delle funzioni dell'Integrativa e della Protesica su più servizi e uffici. Tale servizio, all'interno del dipartimento di riferimento, risponde funzionalmente alla Direzione Sanitaria Aziendale.
- l'assegnazione a tale servizio e, di conseguenza, alla Direzione Generale dell'ASR (con l'inserimento dell'obiettivo nel Sistema di Valutazione dei Commissari/DG), di un tetto massimo di 42 euro pro capite per l'assistenza integrativa e protesica per il 2011 e di 40 euro pro capite per il 2012. Tali obiettivi sono prudenziali in quanto rappresentano la media delle 5 ASR del Piemonte con performance migliore che hanno il 40% della popolazione totale della Regione. Si è stimato che tale risparmio si possa ottenere con buoni margini attuando tutte le azioni sopra descritte.
- la riorganizzazione della logistica e dei magazzini centrali in coerenza con quanto definito nel capitolo sulla Logistica definendo soprattutto i seguenti aspetti:
  - l'individuazione delle aree di stoccaggio dei dispositivi (proprie o in locazione);
  - il servizio di ritiro e consegna dei presidi;
  - il servizio di manutenzione e sanificazione dei presidi (ponendo, per questi punti, particolare attenzione alla cessione in appalto dei servizi, al fine di evitare il concretizzarsi di conflitti di interesse, in particolare da parte degli eventuali appaltatori);
  - partecipazione del personale sanitario nella gestione degli ausili;
  - organizzazione e gestione di un magazzino aziendale (o inter-aziendale tra ASL contigue), collegato al Sistema Informativo, attraverso il quale è possibile ricorrere al riutilizzo, già dalla fase prescrittiva in quanto le giacenze risultano visibili a tutti gli attori del processo di assegnazione.

#### RISVOLTI ECONOMICI

Nel 2009 la spesa totale per l'integrativa e la protesica è stata pari a 208,5 Mln di € che corrisponde a 47 € pro capite. L'obiettivo definito da una apposita DGR (come descritto sopra) prevede di portare la spesa pro-capite:

- per il **2011** a 42 €, che corrisponde a una spesa complessiva di circa 186 Mln di € e quindi a un risparmio complessivo di **20 Mln di €** rispetto al tendenziale 2011;
- per il **2012** a 40 €, che corrisponde a una spesa complessiva di circa 177 Mln di € e quindi a un risparmio complessivo di **30 Mln di €** rispetto al tendenziale 2012;

Tale obiettivi sono prudenzialmente perseguibili grazie all'implementazione delle azioni appena descritte considerando anche che attualmente le 5 ASR più performanti e che rappresentano il 40% della popolazione sono in linea con l'obiettivo e quindi è ragionevole pensare che accentrando il governo del sistema e attuando le azioni in modo uniforme venga raggiunto il risultato.

A maggior supporto di tale ragionamento si riporta di seguito la stima di alcune delle azioni previste. Non è possibile prevedere una stima puntuale di tutte le azioni poiché non si hanno a disposizione i dati disaggregati di consumo e di spesa (elemento che si dovrebbe superare con l'attuazione dell'obiettivo IP2).

- La gara regionale per l'acquisto di ausili monouso condurrà ad una riduzione del costo di acquisto stimabile nel 15% - 20% sul prezzo di listino. [come già verificato in alcune AA.SS.LL. piemontesi (es. Biella)].

Dall'esame dei dati di spesa del 2008 è possibile stimare i risparmi a livello regionale, per i soli ausili monouso, secondo la seguente tabella:

	<b>residenti</b>	<b>Spesa</b>	<b>spesa pro capite</b>
stima spesa regionale	4.432.000	€ 42.905.443,02	€ 9,68

<b>Scontistica</b>	<b>spesa</b>	<b>Risparmio</b>
sconto 15%	€ 36.469.626,56	€ 6.435.816,45
sconto 20%	€ 34.324.354,41	€ 8.581.088,60
sconto 30%	€ 30.033.810,11	€ 12.871.632,91

- La gara regionale per l'acquisto degli ausili riutilizzabili, che inciderà sul costo totale della spesa protesica per il 20% - 30%. (Dall'esperienza fatta dall'ex ASL 15 di Cuneo, sulla scorta dei dati rilevati nel 2007 - 2008-2009, il risparmio incomincia ad essere significativo quando supera la soglia del 15 % sul totale degli ausili concessi per anno, percentuale entro la quale dovranno stare i costi per la gestione del magazzino, consegna e ritiro, manutenzione e sanificazione del presidio).

## INDICATORI

Riutilizzo almeno 70 % del totale degli ausili concessi per il periodo equivalente dell'ammortamento degli stessi (circa 5 anni).

Tetto massimo di spesa di 42 euro pro capite per l'assistenza integrativa e protesica per il 2011 e di 40 euro pro capite per il 2012.

## **6. ACQUISTI DI ALTRI BENI E SERVIZI**

### SITUAZIONE ATTUALE

Con DGR 9-9007 del 20 Giugno 2008 la Regione si è dotata di un sistema di acquisizione di beni e servizi in ambito sanitario "a rete", nel quale oltre a garantire l'adesione alle convenzioni CONSIP qualora presenti, sono state programmate e messe in opera aggregazioni di acquisti a livello di aree sovra-zonali, ed a livello regionale tramite la Società di Committenza Regionale (SCR) costituita ex legge regionale n. 19 del 6 Agosto 2007.

Le finalità da perseguire nell'ambito di tale sistema sono state così enunciate:

- aggregazione della domanda e standardizzazione dei fabbisogni di beni/servizi;
- standardizzazione delle codifiche e delle anagrafiche dei prodotti;
- conseguimento economie di scala;
- razionalizzazione delle procedure di acquisto.

Con DGR n. 3-360 del 20.07.2010 e DGR n. 62-896 del 25.10.2010 la Regione ha impartito alle Aziende Sanitarie ulteriori indirizzi per i processi di acquisizione dei beni e servizi, sia a livello singolo che associato, prevedendo in particolare che, salvo specifici casi da segnalare alla Regione nell'ambito di appositi monitoraggi, nella valutazione dei prodotti il prezzo venga considerato in misura non inferiore al 70%, e che per gli acquisti di importo uguale o superiore ad euro 100.000 venga predeterminata una base d'asta calcolata sul prezzo storico del bene e/o servizio da acquisire e se inferiore, sulla base della media dei prezzi rilevati dalle altre aziende sanitarie.

### CRITICITA'

Nell'attuazione della programmazione degli acquisti a livello centralizzato si sono riscontrate le seguenti criticità:

- difficoltà nella fase di aggregazione della domanda, soprattutto inerente i Dispositivi Medici (DM), in presenza di codifiche diverse nelle varie realtà aziendali;
- difficoltà nella standardizzazione dei fabbisogni e nella gestione dell'appropriatezza nell'uso dei DM;
- mancanza di un governo del sistema a livello regionale.

Si rende necessario revisionare la programmazione degli acquisti di area sovra-zonale in relazione alla nuova organizzazione della rete delle ASL/ASO, e dettagliare maggiormente l'indicazione circa il peso da attribuire agli elementi di valutazioni delle offerte in un'ottica che tenga conto, caso per caso, dell'opportunità di "stressare" il mercato sul fattore prezzo piuttosto che sul fattore qualità.

### OBIETTIVI

Per giungere al contenimento della spesa per beni e servizi occorre perseguire i seguenti obiettivi:

- appropriatezza della domanda e del consumo dei DM;
- aggregazione e standardizzazione della domanda dei DM;
- revisione della programmazione delle gare di area sovra-zonale e regionale;
- monitoraggio dei prezzi.

## AZIONI PROPOSTE

Le azioni da intraprendere possono essere suddivise, in base agli obiettivi posti, in tre principali gruppi:

- indicazioni alle aziende relative alle modalità di acquisto
- standardizzazione della domanda e appropriatezza nell'utilizzo dei dispositivi medici;
- revisione della programmazione delle gare di area sovra-zonale in relazione alle nuove aggregazioni territoriali delle Asl/ASO e centralizzazione di alcune procedure di gara a livello regionale, per una migliore aggregazione della domanda.

Per perseguire tali obiettivi è indispensabile la costituzione, entro il 31/01/2011, di un apposito ufficio regionale presso l'Assessorato alla Salute che coordinerà i provveditori, i farmacisti aziendali e tutti gli operatori coinvolti dal processo degli acquisti.

### **6.1. Indicazioni alle aziende relative alle modalità di acquisto**

Con DGR n. 3-360 del 20.07.2010 e DGR n. 62-896 del 25.10.2010 la Regione ha impartito alle Aziende Sanitarie ulteriori indirizzi per i processi di acquisizione dei beni e servizi, sia a livello singolo che associato, prevedendo in particolare che, salvo specifici casi da segnalare alla Regione nell'ambito di appositi monitoraggi, nella valutazione dei prodotti il prezzo venga considerato in misura non inferiore al 70%, e che per gli acquisti di importo uguale o superiore ad euro 100.000 venga predeterminata una base d'asta calcolata sul prezzo storico del bene e/o servizio da acquisire e se inferiore, sulla base della media dei prezzi rilevati dalle altre aziende sanitarie. Inoltre ha fornito disposizioni sul contenimento dell'introduzione dell'uso di nuovi beni e sull'utilizzo di quelli forniti in esclusiva.

### **6.2. Standardizzazione domanda e appropriatezza utilizzo Dispositivi Medici**

La Regione emetterà una DGR entro il 31/01/2011 che dovrà prevedere:

- la costituzione di un gruppo di lavoro per l'acquisizione e l'utilizzo del motore di ricerca che consenta un più snello allineamento delle anagrafiche aziendali,. Inoltre sarà anche compito del gruppo di lavoro analizzare le anagrafiche ed i consumi delle Aziende entro 1 anno dall'acquisizione del SW;
- la costituzione delle commissioni per i DM nell'ambito delle ASR con indicazione del numero dei componenti e delle figure professionali da coinvolgere, entro il 28/2/2011. I compiti delle commissioni sono i seguenti:
  - stesura del repertorio dei DM aziendale informatizzato, con standardizzazione dei beni da utilizzarsi e con attribuzione codifiche univoche (CND e codice repertorio nazionale DM);
  - verifica e autorizzazione all'inserimento nel repertorio di nuovi DM, richiesti dagli utilizzatori, previa analisi effettiva necessità e valutazioni di HTA di concerto con la struttura di HTA dell'A.Re.S.S.;
  - verifica effettiva infungibilità dei prodotti richiesti da unico fornitore per caratteristiche tecniche specifiche;
  - stesura linee guida per corretto utilizzo dei DM.  
Ogni anno i Commissari/DG delle ASR dovranno produrre una relazione sul lavoro svolto da tali commissioni;
- il regolamento di funzionamento delle commissioni e il crono programma delle funzioni assegnate come segue:
  - dall'insediamento, analisi richieste di nuovi prodotti;
  - entro 18 mesi dall'insediamento, stesura del repertorio aziendale dei DM con criteri di standardizzazione dei prodotti da includere;
  - entro 1 anno dall'insediamento, analisi dei prodotti già in uso acquistati da ditta unica per caratteristiche tecniche specifiche, al fine di verificarne l'effettiva infungibilità;
  - entro 1 anno dall'insediamento, stesura linee guida per il corretto utilizzo di DM ad alto costo.

- l'assegnazione di tetti di spesa per le principali voci degli acquisti da assegnare ad ogni singola azienda sanitaria.

### 6.3. Centralizzazione procedure di acquisto e criteri di valutazione dei prodotti

La programmazione delle gare di area sovra-zonale verrà revisionata sia in relazione alle nuove aggregazioni territoriali delle ASL e ASO, sia in relazione alla necessità di aggregare la domanda di beni sanitari a basso contenuto tecnologico, ma a elevato consumo, a livello regionale per ottenere maggiori economie di scala. Tale processo sarà favorito dalla presenza di prontuari dei DM aziendali e di un Prontuario terapeutico regionale per i farmaci che consentiranno una omogeneizzazione a monte dei prodotti da utilizzarsi con una conseguente più agevole aggregazione della domanda e formulazione dei capitolati speciali di gara.

A tal fine la Regione emanerà una DGR entro il 31/01/2011 che dovrà prevedere:

- l'affidamento ad SCR Piemonte delle gare regionali per gli anni 2011 e 2012 con l'obbligo di effettuare per le tipologie di Dispositivi Medici (DM) a basso contenuto tecnologico e di facile standardizzazione, almeno le seguenti gare con le seguenti tempistiche:

#### ANNO 2011

- Farmaci	indizione gara entro il 30.06.2011
- Aghi e siringhe	indizione gara entro il 30.06.2011
- Ausili di assistenza integrativa e protesica	indizione gara entro 30.09.2011

#### ANNO 2012

- Prodotti di medicazione (garze, cerotti, ecc.)	indizione gara entro 31.01.2012
- Guanti medicali	indizione gara entro 28.02.2012
- Disinfettanti	indizione gara entro 31.03.2012
- Mezzi di contrasto	indizione gara entro 30.04.2012
- Sacche nutrizionali	indizione gara entro 31.05.2012

SCR sarà coadiuvata dall'ufficio apposito dell'Assessorato nella raccolta dei fabbisogni di queste tipologie di DM al fine di avere tutte le informazioni indispensabili per predisporre le gare.

Inoltre, SCR dovrà almeno rispettare l'indicatore definito dall'ufficio dell'Assessorato che definisce la % di gare minime da effettuare a livello regionale;

- l'obbligo di svolgere le gare, per i DM a medio ed alto contenuto tecnologico, a livello di aggregazione aziendale, sulla base del lavoro svolto dalle commissioni per il prontuario dei DM, e sulla base della rivisitazione della programmazione effettuata ai sensi della DGR 9-9007 del 20 Giugno 2008, e sotto il diretto controllo dell'apposito ufficio costituito presso l'Assessorato che definirà anche un indicatore che dovrà essere rispettato (% di gare effettuate in aggregazione tra aziende);
- l'obbligo delle ASR di aderire al risultato delle gare una volta che sono state concluse e aggiudicate ufficialmente;
- l'obbligo di istituire, entro il 30/6/2011, l'Osservatorio Regionale Prezzi on line al fine di rendere disponibili i prezzi dei prodotti acquistati dalle Aziende Sanitarie Regionali con l'impegno di produrre semestralmente una relazione sintetica con delle indicazioni operative da attuare alla luce dei dati emersi;
- la revisione della pianificazione degli acquisti in aggregazione tra aziende entro il 30/4/2011 in relazione alle nuove aggregazioni territoriali delle ASL e ASO;
- la stesura, entro il 28/2/2011, di linee guida per l'identificazione delle categorie merceologiche alle quali applicare diversi livelli di valutazione qualitativa/economica. In esse verranno approfondite le indicazioni date alle Aziende Sanitarie Regionali con DGR 3-360 del 20/07/2010 e DGR n. 62-896 del 25 ottobre 2010 in merito al criterio di valutazione dei prodotti, mantenendo il criterio del 70% al prezzo nel caso di DM a basso contenuto

tecnologico, ma consentendo di stabilire un diverso criterio di valutazione della qualità qualora si tratti di DM a medio e/o elevato contenuto tecnologico. Nelle linee guida si prevederà la presenza dei Servizi di Ingegneria Clinica nell'ambito delle Commissioni di valutazione dei DM ad alto contenuto tecnologico.

## RISVOLTI ECONOMICI

Il tendenziale dell'anno 2011 prevedeva l'aumento dei costi tenendo in considerazione l'andamento inflattivo degli ultimi anni, la costante evoluzione tecnologica (che come noto comporta maggiori oneri), la programmata attivazione di nuovi servizi e/o implementazione di quelli esistenti (per esempio nuove emodinamiche, allocazione di reparti e/o servizi in nuove strutture, nuovi Hospice, Rsa per le cui attività sarebbero stati consumati beni e impiegati servizi).

La mancata attivazione dei suddetti nuovi servizi e la mancata implementazione di quelli esistenti (sospesi in attesa del riordino del SSR), nonché il rallentamento nell'impiego di nuove tecnologie, conducono a stimare in 29,654 milioni di euro le economie ad essi associate.

Inoltre, i provvedimenti assunti con le DGR n. 3-360 del 20.07.2010 e DGR n. 62-896 del 25.10.2010, che prevedono stringenti azioni di controllo dei consumi e dei costi, che proseguono la loro efficacia anche negli anni 2011 e 2012, nonché l'effetto del peggioramento del quadro economico a livello nazionale che ha influito positivamente sull'andamento dei prezzi, produrrà un'economia stimata in 34,390 milioni di euro.

Complessivamente, per l'azione 6.1 la riduzione stimata per il 2011 è pari per **64,044 milioni di euro**.

**Nel 2012 tale effetto si attenerà a circa 20 milioni di euro**, in quanto, è previsto per l'aggregato di costi altri beni e servizi un incremento nell'anno 2012 di circa 77 milioni di euro, in grande parte attribuibili a due fattori: l'incremento delle manutenzioni degli edifici, in conseguenza dell'adeguamento alle norme di sicurezza previste dalle norme vigenti (quali la L.626/1994), il mantenimento delle attrezzature sanitarie in condizioni di efficienza e sicurezza.

Per la stima dei risparmi correlati alle azioni 6.2 e 6.3, si parte dalle voci del C.E. del 2009 che sono coinvolte:

### CE SPESA 2009:

- BO1035: 31.920.000 €
- BO1040: 244.345.000 €
- BO1045: 111.506.000 €
- **TOTALE: 387.771.000 €**

Dall'esperienza accumulata negli ultimi anni soprattutto in alcune ASR, si possono effettuare le seguenti stime di risparmi:

- per il **2011** pari al 2,5% della spesa totale = 9.694.275 € considerando l'ultimo trimestre. Quindi il valore è pari a **2.500.000 €**
- per il **2012** pari al 2,5% della spesa totale = **9.500.000 €**

Inoltre, con riferimento all'azione 6.2.1 sono stimati risparmi per l'introduzione del SW di semantica che garantisce l'armonizzazione delle anagrafiche aziendali nella seguente misura:

**2011: 500.000 €**

**2012: 1.500.000 €**

Si tenga presente che il SW di semantica avrà verosimilmente un canone d'utilizzo che può essere stimato in una spesa di circa 250.000 euro all'anno.

FONTI DI VERIFICA

Relazione dell'Ufficio Assessorato su:

- % di gare effettuate a livello regionale da SCR Piemonte
- % di gare effettuate in aggregazione tra aziende

Relazioni dei Direttori Generali sul lavoro svolto dalle Commissioni dei DM

Relazione di SCR Piemonte sui dati di attività dell'Osservatorio Regionale Prezzi

## **7. ACQUISTO PRESTAZIONI DA PRIVATO**

### SITUAZIONE ATTUALE

I contratti con gli erogatori privati sono siglati a livello di singola ASL, d'abitudine sulla base del tariffato storico, con rari casi di reale programmazione sulla base del numero di prestazioni necessarie per gli assistiti. Negli ultimi anni la Regione ha sempre siglato accordi di durata di due anni. A dicembre 2010 è scaduto il biennio 2009-2010 e dovranno quindi essere negoziati i nuovi contratti.

### CRITICITÀ

Tale modalità di contrattazione non ha finora consentito una reale programmazione sanitaria, ma ha portato ad una individuazione di tetti di spesa non sempre congruenti con le esigenze: controllando meglio tale programmazione è possibile ridurre il rischio che le attività degli erogatori possano indirizzarsi verso prestazioni diagnostiche e terapeutiche a maggiore redditività, indipendentemente dal reale fabbisogno.

### OBIETTIVI

#### **7.1. Definizione dei contratti**

In merito alle voci relative a assistenza specialistica da privato, assistenza ospedaliera da privato: individuare a livello regionale il numero di prestazioni necessarie per gli assistiti, anche su base territoriale. Individuazione delle attività in cui l'erogatore pubblico ha maggiori difficoltà di risposta, e delega all'erogatore privato di attività a seguito di appropriata contrattazione.

### AZIONI PROPOSTE

La Regione emetterà una DGR entro il 28/02/2011 che dovrà prevedere la proroga degli attuali contratti per i primi tre mesi del 2011 con riduzione del tetto del 5% rispetto al I trimestre 2010 con riferimento all'assistenza ospedaliera e alla specialistica ambulatoriale.

La Regione emetterà una DGR entro il 30/04/2011 che prevederà:

- la valutazione delle reali esigenze di prestazioni da erogatori privati in coerenza con il fabbisogno complessivo di prestazioni per tipologia (con particolare attenzione all'appropriatezza), con la ri-organizzazione del SSR del Piemonte e delle principali reti assistenziali. La valutazione dovrà portare a creare una vera integrazione tra pubblico e privati;
- le linee guida che aggiornano la struttura di contratto proponendo uno schema di riferimento che preveda non solo un tetto di spesa complessivo, ma anche il livello di prestazioni e di spesa aggregato per tipologie;
- l'indicazione dei tetti per ogni singola struttura definiti dalla Regione previa concertazione con le Aziende Ospedaliere e le ASL che preveda per il 2011 il 5% di riduzione rispetto al 2010 e per il 2012 un valore uguale al 2011 in riferimento all'assistenza ospedaliera e alla specialistica ambulatoriale;
- l'iter procedurale e i termini temporali per la sottoscrizione dei contratti per l'anno 2010 (valutando se prevederli annuali o biennali) da parte dei privati, da concludersi entro il 30 aprile 2010;

- la sospensione dall'accreditamento agli erogatori privati che non sottoscrivessero gli accordi definiti entro i termini suddetti;
- l'obbligo di invio mensile dei flussi amministrativi da parte degli erogatori privati alle ASL di competenza;
- la conferma del processo di controllo e verifica dei dati trasmessi a livello aziendale con il rafforzamento dell'azione di analisi, verifica e controllo della regione con riferimento anche ai budget concordati;
- revisione delle regole alla base del processo di autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione;

In merito alle voci relative a Assistenza riabilitativa da privato, Altra assistenza da privato, e Assistenza da pubblico, la Regione formula un tetto di spesa per ciascuna azienda di contenimento che tenga conto della programmazione regionale in coerenza con le reti assistenziali.

### RISVOLTI ECONOMICI

Grazie al processo di riforma del SSR e alla razionalizzazione delle reti assistenziali che comporta l'applicazione dell'appropriatezza del processo di diagnosi e cura, si prevede un risparmio del 5% sui contratti coi privati dell'assistenza ospedaliera (circa 550 mln di €) e della specialistica ambulatoriale (circa 200 mln di €) rispetto al contrattualizzato nell'anno 2010. Nei valori non sono compresi i sumaisti.

Quindi in riferimento al tendenziale 2011 e a quello del 2012, si prevede un risparmio rispettivamente di **68 mln di €** (23,5 mln per l'assistenza specialistica e 44,8 mln per l'assistenza ospedaliera) e di **94,13 mln di €** (38,4 mln per l'assistenza specialistica e 55,7 mln per l'assistenza ospedaliera).

Si rileva che le due voci di spesa programmate sono costanti tra il 2011 e il 2012 in quanto la riduzione del 5% per il 2012, ancora in fase negoziale, non è stata prudenzialmente recepita come ulteriore economie, anche se si ritiene fondamentale realizzarla in funzione della riorganizzazione delle reti assistenziali.

Per quanto riguarda le voci di spesa relative ad Altra Assistenza da Privato, Assistenza da Pubblico e Assistenza Riabilitativa da Privato, è previsto per il 2011 un incremento programmatico dell'inflazione dell'1,5% più l'effetto di trascinamento dell'incremento del tariffario previsto a metà del 2010. Tale effetto è esclusivamente riferito alla voce relativa all'Assistenza Residenziale per gli Anziani. Per il 2012 è previsto solo l'incremento dell'inflazione dell'1,5% su tutte le voci appena descritte.

L'effetto complessivo di questo è minore di quanto previsto nel tendenziale.

### FONTI DI VERIFICA (INDICATORI)

Indicatori di verifica del mantenimento dei tetti di spesa e di volume di attività per ciascun'ASL distinta tra ricoveri, prestazioni ambulatoriali, residenzialità ecc....

## 8. PROGETTI REGIONALI NELL'AMBITO DEL RIORDINO DEL SISTEMA

In ambito regionale sono previsti dei progetti necessari per supportare il processo di riforma del Servizio Sanitario Regionale piemontese che vengono di seguito descritti.

In attesa del completamento e del perfezionamento progettuale e dell'inizio della sua implementazione, prudenzialmente non sono state considerati dei risparmi in riferimento a tutte le manovre previste.

### 8.1. LOGISTICA

#### SITUAZIONE ATTUALE

La sostenibilità economico-finanziaria delle Aziende, il soddisfacimento dei servizi sanitari, l'elevazione del livello qualitativo, l'evoluzione tecnologica continua, richiedono l'aggiornamento continuo dei processi. E' emersa la consapevolezza, in altre regioni italiane e Paesi europei, che è possibile un significativo recupero di efficienza dei servizi tramite la riorganizzazione dei processi, orientata alla centralizzazione e alla specializzazione.

Tra i processi interessati, a seguito dell'accorpamento delle ASLL, quelli degli approvvigionamenti e della logistica sono considerati ad alto potenziale di risparmio.

Attualmente sono state definite 5 sovra - zone di acquisto che stanno operando dal 2008 per razionalizzare gli approvvigionamenti, mettendo a fattor comune i materiali simili, in modo da eseguire gare di maggiore entità garantendo risparmi in termini di prezzi di acquisto, riduzione del numero di procedure, riduzione delle attività amministrative.

A valle di questo primo passo di centralizzazione, lo step successivo coinvolge la gestione fisica dei prodotti acquistati e quindi viene interessata la logistica delle Aziende; in quest'ambito, l'Assessorato alla Salute ha dato mandato nel 2008 all'A.Re.S.S. di studiare la rete logistica delle AA.SS.RR. piemontesi e di fornire una prima fotografia dell'esistente e successivamente di indicare delle soluzioni di razionalizzazione.

Da tale fotografia emerge che l'attuale rete logistica sanitaria regionale è frammentata e non più in linea con le nuove procedure di approvvigionamento e con il ridotto numero di entità aziendali. Nello specifico, sono state individuati ben 47 magazzini farmacia e 48 magazzini generali dislocati in tutta la regione a fronte di 21 Aziende sanitarie sino al 2010.

Sono stati avviati 2 studi di fattibilità per la creazione di piattaforme logistiche per la sovra zona di Asti – Alessandria e per le ASO della città di Torino: entrambi i progetti hanno evidenziato come l'accorpamento dei magazzini delle aziende in un unico sito con modalità gestionali ben definite ed univoche, riesca a garantire risparmi considerevoli.

#### CRITICITA'

Le criticità evidenziate in ambito logistico possono essere riassunte nei seguenti punti:

- frammentazione dei magazzini ospedalieri con conseguenti ridondanze di scorte, eccessivo numero di risorse utilizzate, mancata saturazione dei trasporti e riprese dei materiali, sistemi informativi locali e carenti, non adeguatezza dei locali, duplicazione dei compiti all'interno delle Aziende;
- mancanza di un'anagrafica unica di magazzino e convergenza o transcodifica dei codici aziendali.
- assenza di integrazione operativa tra le Aziende per permettere di adottare procedure operative inter- aziendali;
- riqualificazione dell'attuale personale di magazzino nell'ambito dell'ufficio logistico o in altri ruoli: non tutto il personale attuale viene rimpiegato nel flusso logistico. Gli esuberanti devono essere ricollocati;
- definizione dell'assetto giuridico – amministrativo per la gestione della piattaforma logistica.

## OBIETTIVI

Le criticità appena descritte possono essere principalmente superate perseguendo due obiettivi principali:

### **8.1.1. Riorganizzazione rete logistica e realizzazione delle piattaforme logistiche integrate**

L'obiettivo primario è una riqualificazione logistica dell'intera rete sanitaria regionale, eliminando ridondanze di sedi e personale, puntando ad una integrazione geografica dei magazzini. Ciò si ottiene avviando delle piattaforme integrate indicativamente per ogni sovra zona che consentano una sinergia gestionale, una semplificazione dei flussi fisici e informativi inerenti i materiali, una maggiore visibilità dei prodotti comuni alle aziende e lo sviluppo della tracciabilità dei materiali all'interno delle strutture. Tali obiettivi risultano in linea con quanto verificatosi o in corso di realizzazione nelle regioni italiane che per prime hanno affrontato il *re-engineering* della logistica (Toscana, Emilia Romagna, Veneto).

Ciò si può realizzare con le seguenti attività:

- analisi dell'attuale rete logistica SSR;
- riduzione del numero di magazzini, creando sinergie logistiche tra strutture affini e definendo piattaforme logistiche integrate a livello sovra zonale;
- diminuzione del numero di risorse aziendali dedicate alla gestione dei materiali;
- riduzione degli stock nei magazzini, inserendo efficaci sistemi di controllo delle scorte e introducendo parametri di riordino dinamici monitoraggio dei consumi dei luoghi di utilizzo;
- aumento dell'efficienza della distribuzione (riduzione degli errori, limitazione della pratica dell'emergenza nei rifornimenti ai reparti);
- *re-engineering* dei processi logistici interni, grazie alla definizione di procedure e modi di lavoro comuni;
- riqualificazione del personale addetto alla logistica interna (farmacista clinico, magazziniere di reparto, esperto logistico);
- inserimento di sistemi elettronici per la lettura dei prodotti, integrati con i software di gestione;
- monitoraggio e controllo della domanda nei punti di utilizzo, tramite sistemi informativi o modalità organizzative per la definizione di trend di consumo.

Tutto ciò consente di ottenere risparmi economici derivanti da un'efficiente gestione dei materiali, riduzione delle scorte nei magazzini centrali e nei punti di utilizzo, riduzione dei consumi e degli scaduti e infine dei costi fissi per la gestione delle risorse dedicate alle strutture logistiche come nel seguito dettagliato.

### **8.1.2. Riorganizzazione dei percorsi fisici delle persone**

E' anche importante raggiungere tale obiettivo studiando, condividendo e realizzando la razionalizzazione dei percorsi dei pazienti, degli operatori sanitari e dei visitatori all'interno delle strutture sanitarie.

## AZIONI PROPOSTE DELLA LOGISTICA

Al fine di poter perseguire gli obiettivi sopra descritti, si rendono necessario adottare le seguenti azioni:

- la Regione emetterà una DGR entro il 28/02/2011 in cui:
  - viene richiesto alle ASR di utilizzare un questionario appositamente redatto per la raccolta dei dati logistici (come richiesto dalla DGR n. 62-896 del 25.10.2010, allegato B punto L), posticipando il termine ultimo di invio dati al 31 marzo 2011;

- si procede all'elaborazione i dati logistici entro il 30/4/2011;
- la Regione emetterà una DGR entro il 30 aprile 2011 che:
  - approverà il progetto istituzione piattaforma logistica AT-AL, stabilendogli assetti giuridici - amministrativi della piattaforma integrata;
  - darà mandato alle ASR della sovra zona AT-AL di espletare la gara per l'affidamento dei servizi logistici di piattaforma integrata un base alla definizione di capitolati per l'assegnazione a terzi della piattaforma logistica (ove si decide per la terziarizzazione);
- la Regione emetterà una DGR entro il 30 giugno 2011 con i seguenti contenuti:
  - linee guida per l'aggregazione a livello sovra zonale dei magazzini (farmacia, generali) e conseguente costituzione di gruppi di coordinamento;
  - individuazione di figure con esperienza logistica all'interno dell'aziende;
  - introduzione di sistemi organizzativi/informatici per il monitoraggio dei consumi nei luoghi di utilizzo;
- espletamento procedura di gara per la terziarizzazione della piattaforma logistica e della distribuzione dei materiali sovra zona AT-AL (01 luglio – 30 agosto 2011).
- aggiudicazione della gara entro settembre 2011.
- avvio operativo della piattaforma logistica sovra zona AT- AL da luglio 2012.
- la Regione emetterà una DGR entro il 31 luglio 2011 che:
  - approverà progetto nuova organizzazione logistica della seconda piattaforma entro il 30 giugno 2011;
  - richiederà che la definizione del capitolato di gara e/o modello organizzativo seconda piattaforma logistica regionale sia svolta entro 31 ottobre 2011;
  - richiederà che l'espletamento procedura di gara per la terziarizzazione della seconda piattaforma logistica e della distribuzione dei materiali sia effettuato entro il 31 dicembre 2011;
  - richiederà che la gare sia aggiudicata entro gennaio 2012;
  - richiederà che l'avvio operativo della seconda piattaforma logistica regionale avvenga a partire da ottobre 2012;
  - definirà entro il 31 ottobre 2011 un sistema di KPI (*Key Performance Indicator*) per la logistica e indicatori di consumi legati alle attività svolte.

Nel corso del 2011, si avvierà un percorso di studio della riorganizzazione logistica legata ai flussi dei pazienti, personale sanitario e visitatori.

Nel novembre 2012, verrà dettagliato un crono programma delle attività per il successivo biennio per la realizzazione delle restanti piattaforme logistiche integrate.

#### RISVOLTI ORGANIZZATIVI DELLA LOGISTICA

Con l'avvio delle piattaforme logistiche integrate, i flussi informativi relativi alla logistica delle singole aziende devono essere trasmessi alla Regione per l'effettuazione di analisi e comparazioni.

Ciò consentirà di definire dei parametri economici standard e delle indicazioni di obiettivi di efficienza per tutte le aziende.

Al fine di garantire una efficiente gestione dei flussi dei materiali, della loro tracciabilità e appropriatezza nei consumi, occorre integrare le attuali strutture aziendali con personale dedicato a tali compiti. In particolare, risultano necessari le definizioni delle figure del logistico aziendale e del farmacista clinico. Entrambi avranno compiti di monitoraggio dei consumi e dei flussi di materiali rispettivamente dal punto di vista gestionale e clinico.

#### RISVOLTI ECONOMICI DELLA LOGISTICA

**PIATTAFORMA LOGISTICA SOVRA ZONA AT-AL:** stante le indicazioni temporali sopra riportate, si avranno le seguenti ripartizioni di costi/benefici per il biennio oggetto di analisi:

2011: non risultano variazioni rispetto alla situazione attuale in quanto saranno in esecuzione le attività di definizione della gara e espletamento della stessa.

2012: l'avvio della piattaforma (come sopra riportato) viene previsto dal luglio 2012. Pertanto si prevedono i seguenti valori economici:

Investimenti: +150.000 €

Maggiori costi dovuti ad un parziale mantenimento di 2 organizzazioni logistiche: +153.000 €

Risparmi complessivi (al lordo dei maggiori costi): -522.000 €

Tale voce è dovuta alle seguenti componenti:

- risparmio oneri finanziari per accorpamento scorte;
- risparmio oneri finanziari per miglioramento indice di rotazione;
- risparmio flussi di cassa per riduzioni scorte;
- riduzione consumi di reparto per l'introduzione delle figure logistiche nelle aziende (logistico e farmacista).

Sull'arco temporale di 9 anni (periodo massimo di riferimento per contratto di servizi) il risparmio complessivo attualizzato della sovra-zona AT-AL è pari a 9,9 milioni €.

*SITUAZIONE COMPLESSIVA REGIONALE*: A seguito della attivazione delle piattaforme logistiche su tutta la Regione Piemonte, si possono ipotizzare dei risparmi complessivi a regime (a partire indicativamente dal 2014) pari a circa 9 milioni €/anno. Tale stima risulta prudentiale, in considerazione delle attuali difficoltà di integrazione delle anagrafiche e conseguentemente dei prodotti comuni delle aziende sanitarie. La riduzione dei costi può invece risultare via via crescente allorquando vi sia l'azione combinata di:

- conoscenza dei prodotti comuni tra le aziende e aggregazione delle scorte;
- tracciabilità dei materiali lungo tutta la catena dai fornitori ai pazienti;
- miglioramento del servizio grazie anche all'individuazione di *provider* specializzati;
- inserimento di figure aziendali destinate ad hoc al processo logistico oggi completamente assenti.

Occorre inoltre evidenziare come il miglioramento dei flussi logistici consente parimenti una riduzione dei rischi clinici connessi ad una gestione oggi per lo più approssimativa e non specializzata.

Inoltre, a tale computo, non vengono ancora conteggiate le riduzioni di personale dedicate ai magazzini che andranno in quiescenza e non verranno sostituite. L'attuale consistenza è pari a circa 700 unità (addetti di magazzino, tra personale interno ed esterno); la riduzione nell'arco di 9 anni può prudenzialmente essere prevista pari al 50%. Quindi per il 2012 potrebbero ridursi il personale di circa 30 unità.

In attesa del completamento e del perfezionamento progettuale e dell'inizio della sua implementazione, prudenzialmente non sono state considerati dei risparmi.

#### FONTI DI VERIFICA (INDICATORI) DELLA LOGISTICA

- Rispetto tempistiche di trasmissione dei dati logistici delle ASR ad A.Re.S.S.;
- adozioni Delibere Regionali;
- aggiudicazione gara piattaforma logistica sovra zona AT-AL;
- comparazioni tra costi di gestione attuali e futuri;

definizione e utilizzo di KPI (*Key Performance Indicator*) per la logistica e indicatori di consumi legati alle attività sv

## **8.2. HTM HEALTH, technology management: riordino della spesa nel settore delle apparecchiature biomediche mediante azioni supportate dalla rete regionale dei servizi di ingegneria clinica**

### SITUAZIONE ATTUALE

Il settore delle apparecchiature biomediche comprende oltre 115mila beni in uso presso le Aziende Sanitarie della Regione Piemonte, per un valore di sostituzione complessivo stimato in oltre 1 miliardo di euro. A queste si sommano le tecnologie ad utilizzo domiciliare, che stanno assumendo un impatto progressivamente crescente.

Le funzioni di gestione delle tecnologie sanitarie sono assolve dai Servizi di Ingegneria Clinica aziendali, per i quali è stato proposto un modello organizzativo "in rete" approvato dalla Regione con D.D. n. 41 del 27/01/2010.

Occorre fare due precisazioni:

- in coerenza con il prossimo assetto del SSR del Piemonte, è opportuno distinguere due percorsi di azione separati e complementari per il settore dell'assistenza ospedaliera e dell'assistenza territoriale;
- per una attuazione efficace delle strategie proposte, dovrebbe essere considerata una articolazione triennale del progetto che, se avviato in tempi brevi, avrà sviluppo nel triennio 2011-2013.

### **8.2.1. HTM, Area Ospedaliera**

#### CRITICITÀ

Le criticità riguardanti l'area ospedaliera possono essere così schematizzate:

- volume del parco tecnologico che, alla luce dei nuovi assetti proposti, risulta sovradimensionato, causando diseconomie di sistema, con punti di erogazione "duplicati" sia all'interno del medesimo cluster ospedaliero, sia tra livello ospedaliero e territoriale;
- politiche di investimento e di gestione manutentiva non coordinate né sincronizzate tra loro, causando spesa impropria e scarsa efficacia degli interventi;
- funzioni di ingegneria clinica non sufficientemente presidiate in alcune AA.SS.RR., con conseguente perdita del controllo della spesa e della conoscenza del proprio parco tecnologico;
- ricorso a forme improprie di acquisizione che possono risultare antieconomiche (spesa corrente, service tecnologici, trattative in esclusiva, ...);
- politiche di investimento regionali carenti e non orientate ad una programmazione centrale o a piani allocativi.

#### OBIETTIVI

- concentrazione dei punti di erogazione tecnologica con conseguente riduzione della spesa di investimento e manutentiva;
- maggiore governo delle politiche manutentive e sostitutive aziendali e centrali, ottenuto rafforzando le funzioni tecnico-gestionali di ingegneria clinica aziendali e centrali, con conseguente riduzione della spesa manutentiva e di investimento;
- adozione di politiche di acquisizione di beni, ricambi e servizi raggruppata/ centralizzata a livello sovrazonale o regionale.

## AZIONI PROPOSTE

Il perseguimento degli obiettivi proposti sarà raggiunto attraverso la sinergia delle seguenti azioni, per ciascuna delle quali si esplicitano gli atti necessari:

1. verifica e imputazione condivisa dei parametri di spesa sulle voci di interesse e rafforzamento delle procedure di monitoraggio della dotazione di tecnologie biomediche: tale azione è necessaria per garantire la disponibilità di dati confrontabili ed attendibili sull'andamento della spesa del settore oltre che sulla consistenza delle dotazioni tecnologiche, estendendo il monitoraggio dei flussi FITeB. *Atto*: emissione di linea-guida regionale sulla corretta ed omogenea imputazione dei costi relativi ai settori di interesse per il progetto. Progressiva estensione del monitoraggio FITeB a tutto il parco tecnologico regionale. Adozione di DGR che recepisce la linea guida ed estende il debito informativo FITeB. *Tempistiche*: linea-guida e DGR entro giugno 2011, per avere dati "puliti" già nel 2° semestre 2011. Progressiva estensione del monitoraggio FITeB nel corso del 2011-2012;
2. definizione dell'entità delle risorse in conto capitale da investire annualmente: risulta fondamentale, per poter perseguire le riduzioni delle spese di manutenzione e noleggio, destinare ogni anno una quota certa e congrua per gli investimenti in tecnologie. Questa può essere definita in modo oggettivo a partire dalla conoscenza del parco tecnologico esistente e delle sue principali linee di sviluppo. *Atto*: elaborazione di Linea guida per la programmazione degli investimenti tecnologici in conto capitale e relativo recepimento con DGR. *Tempistiche*: entro giugno 2011;
3. programmazione e controllo degli investimenti tecnologici: applicazione della DGR di cui al punto precedente, mediante attivazione di una Commissione Regionale, avente funzione di organo programmatico e di controllo sui finanziamenti destinati ad interventi sul parco tecnologico biomedico. *Atto*: istituzione ed attivazione della Commissione con DGR. *Tempistiche*: entro giugno 2011;
4. definizione delle corrette strategie per il noleggio tecnologico ed azioni correttive: per contenere le acquisizioni in spesa corrente, talora primariamente opportune ma altre volte utilizzate quali alternative all'assenza di fondi in conto capitale, si rende necessario predisporre linee-guida sul corretto ricorso a tali forme. *Atto*: elaborazione di Linea guida per il corretto ed omogeneo utilizzo delle diverse forme di investimento disponibili per l'acquisizione di beni tecnologici e relativo recepimento con DGR. *Tempistiche*: entro giugno 2011;
5. individuazione delle aree di duplicazione tecnologica, in sinergia con gli interventi di riorganizzazione delle Reti Cliniche Specialistiche: tale azione sta alla base di tutta l'impostazione della manovra, poiché la riduzione del numero assoluto di apparecchiature in dotazione alle strutture ospedaliere è essenziale per perseguire il riordino economico atteso. L'azione è fortemente connessa alle scelte di riorganizzazione della rete ospedaliera in corso. *Atti*: emissione di un report con valenza di direttiva tecnica sulle azioni di alleggerimento tecnologico da intraprendere a cura delle ASR. Istituzione con DGR di una "cabina di regia" regionale, composta da un rappresentante dell'Ingegneria Clinica per ciascuna delle ASR interessate e da rappresentanti regionali, per il coordinamento ed il monitoraggio delle azioni di alleggerimento tecnologico. *Tempistiche*: Primo report entro settembre 2011. Attivazione della cabina di regia entro fine 2011;
6. azioni di raggruppamento e gestione di acquisti tecnologici omologhi: trattandosi di problemi complessi, è importante che vi sia un nucleo tecnico specialistico che si occupi delle problematiche tecniche ingenerate dalle azioni di coordinamento dei fabbisogni tecnologici delle Aziende, per poi procedere con acquisizioni raggruppate. *Atto*: Adozione di DGR avente ad oggetto "Costituzione di una funzione centralizzata a livello regionale per la pianificazione delle acquisizioni di tecnologie biomediche". *Tempistiche*: DGR ed avviamento della funzione entro fine 2011. Progressiva messa a regime nel corso del 2012;
7. gestione centralizzata delle acquisizioni in esclusiva: le acquisizioni in esclusiva si prestano massimamente ad una gestione della trattativa centralizzata, dalla quale è possibile ottenere significative economie di scala. Si intende costituire un osservatorio regionale delle

- tecnologie effettivamente soggette ad esclusiva. *Atto*: Costituzione della funzione di osservatorio. DGR che riconosce la funzione nei confronti delle aziende. *Tempistiche*: attivazione sperimentale dell'osservatorio entro aprile 2011. DGR istitutiva della funzione entro settembre 2011. Completa messa a regime nel corso del 2012;
8. azioni di raggruppamento e gestione degli acquisti di servizi manutentivi e ricambi: analogamente alle azioni 4. e 5., è opportuno che vi sia un nucleo tecnico specialistico che si occupi delle problematiche tecniche/tecnologiche relative al coordinamento delle acquisizioni di servizi manutentivi e ricambi (spesso forniti da Assistenze esclusive), per poi procedere con acquisizioni raggruppate. *Atto*: Adozione di DGR avente ad oggetto "Costituzione di una funzione centralizzata a livello regionale per la pianificazione delle acquisizioni di servizi e ricambi manutentivi". *Tempistiche*: DGR ed avviamento della funzione entro fine 2011. Progressiva messa a regime nel corso del 2012;
9. riposizionamento delle funzioni e delle risorse di ingegneria clinica, in funzione del nuovo assetto delle Aziende Sanitarie Regionali: è necessario garantire adeguato presidio delle funzioni di ingegneria clinica alla luce della riorganizzazione della rete. *Atto*: adozione di DGR avente ad oggetto "Revisione della Rete Regionale dei Servizi di Ingegneria Clinica", sulla base di analisi e proposte di riassetto. *Tempistiche*: DGR entro settembre 2011. Progressivo riposizionamento delle funzioni nel corso del 2011-2012;
10. entro il mese di novembre 2012 verrà redatto un crono-programma delle attività per il proseguimento degli obiettivi del piano negli anni successivi; sono tuttavia riportate nella tabella seguente alcune ipotesi relative all'evoluzione nel corso dell'anno 2013.

#### RISVOLTI ORGANIZZATIVI

I risvolti organizzativi coinvolgono:

- il livello regionale, proseguendo e rafforzando le attività di supporto eseguite dal gruppo di lavoro HTM per quanto riguarda la programmazione regionale degli investimenti anche attraverso piani allocativi, la centralizzazione delle strategie di acquisizione, lo sviluppo della rete di ingegneria clinica, il monitoraggio delle dotazioni e della loro acquisizione e gestione;
- il livello aziendale/sovrazonale, attraverso il rafforzamento delle funzioni di ingegneria clinica dove non sufficientemente presidiate e la loro riorganizzazione alla luce del nuovo assetto della rete ospedaliera.

#### RISVOLTI ECONOMICI

Assunti i seguenti valori di riferimento (stime g.d.l. HTM su base Flusso Informativo FITeB, conti economici regionali, studi ed esperienze acquisiti):

a) valore di rinnovo del parco tecnologico biomedicale di proprietà (stima da Flusso FITeB e altre rilevazioni)	650 mln €
b) valore di acquisto del parco tecnologico biomedicale non di proprietà, ovvero in noleggio, comodato, service (stima da Flusso FITeB e altre rilevazioni)	300 mln €
A. spesa annua per investimenti regionali da destinare alla voce a) (quota da garantire nell'ambito del bilancio regionale, al netto da eventuali finanziamenti statali e contributi da privati)	50 mln €
B. spesa annua per noleggi di cui alla voce b) (stima da bilancio regionale)	50 mln €
C. spesa annua per consumabili esclusivi connessi all'uso di tecnologie biomediche (stima del gruppo di lavoro)	60 mln €
D. spesa annua per la manutenzione dei beni di cui alla voce b) (stima da bilancio regionale)	65 mln €
E. spesa annua per ricambi manutentivi dei beni di cui alla voce a)	5 mln €

(stima da bilancio regionale)	
F. spesa annua per la funzione di ingegneria clinica regionale (stima da specifica rilevazione)	6 mln €
G. spesa annua per servizi informatici connessi alle funzioni di ingegneria clinica (stima da specifica rilevazione)	0,5 mln €

Si osserva che i valori di a) e b) influenzano proporzionalmente i fattori di spesa A,B,C,D,E,F; si pone pertanto la necessità essenziale di diminuire o contenere il valore dei primi, ovvero ridurre il numero assoluto di apparecchiature in funzione. Tale approccio è reso possibile dalla nuova configurazione a tendere delle Aziende Sanitarie: gli Ospedali raggruppati nei nuovi cluster aziendali non sono più in competizione tra di loro ma sinergici, consentendo un certo grado di riduzione dei duplicati tecnologici.

Similmente, la rete delle Strutture Ospedaliere non è più in competizione con la rete Territoriale sulle prestazioni per le quali non sia indispensabile l'accesso del cittadino ad una struttura ospedaliera: in conseguenza, gli Ospedali dovranno effettuare un'operazione di "alleggerimento" tecnologico sulle prestazioni di vocazione e pertinenza territoriale.

Pertanto:

- la voce a) viene ridotta per effetto di uno studio per la razionalizzazione dei punti di erogazione delle prestazioni tecnologiche, nell'ambito dei nuovi raggruppamenti ospedalieri
- la voce b) viene ridotta applicando nuove regole, da definire e formalizzare nell'ambito del progetto, riguardanti i soli beni per cui risulta opportuno e conveniente il ricorso al noleggio

*Voci di spesa A, B e C:* traggono un beneficio di primo livello dalla riduzione di a) e b) (minor numero di apparecchiature da sostituire per obsolescenza / fine vita). Si propone inoltre di perseguire risparmi di spesa di secondo livello, progettando ed attuando azioni di raggruppamento degli acquisti omologhi e di centralizzazione della contrattazione per le forniture tecnologiche aventi carattere di esclusività.

*Voci di spesa D ed E:* trae un beneficio di primo livello dalla riduzione di a) e b) (minor numero di apparecchiature da mantenere). Si propone inoltre di perseguire risparmi di spesa di secondo livello, progettando ed attuando azioni di contrattazione raggruppata degli accordi manutentivi con i Fornitori esclusivisti di assistenza tecnica; attraverso azioni di acquisto centralizzato delle parti di ricambio; attraverso il potenziamento del primo intervento diagnostico/ispettivo a cura della funzione di ingegneria clinica interna, con conseguente alleggerimento della spesa generata dai fornitori di assistenza esterni.

*Voci di spesa F e G:* uniche voci previste in aumento, per garantire le competenze, le risorse umane e gli strumenti necessari all'attuazione di tutti i punti precedenti. L'aumento viene peraltro ampiamente compensato dalla diminuzione delle altre voci, con ciò garantendo gli obiettivi complessivi del piano di rientro.

La tabella seguente riassume le relazioni in crescita o in diminuzione tra le azioni proposte e le voci di spesa identificate: a partire dai valori di riferimento stimati, si riporta:

- il valore tendenziale a crescere che si prospetterebbe nel triennio senza azioni di controllo;
- il valore-obiettivo nel prossimo triennio di attuazione del piano;
- i risparmi o gli investimenti annui previsti per il prossimo triennio, rispetto all'anno 2010.

CAPITOLI DI SPESA →  AZIONI ↓	CONTO CAPITALE		SPESA CORRENTE						Saldo sp.corr.
	Acquisti di apparecchiature sanitarie (A)	Saldo c.capitale	Noleggi di apparecchiature sanitarie (B)	Consumabili esclusivi Per uso medico (C)	Servizi manutentivi su apparecchiature sanitarie (D)	ricambi per apparecchiature sanitarie (E)	Servizi di ingegneria clinica (F)	Servizi informatici per ingegneria clinica (G)	
1. Verifica e imputazione condivisa dei parametri di spesa sulle voci di interesse e rafforzamento delle procedure di monitoraggio della dotazione di tecnologie biomediche									
2. Definizione dell'entità delle risorse in conto capitale da investire annualmente	↑↑				↓	↓			
3. Programmazione e controllo degli investimenti tecnologici	↓		↓	↓					
4. Definizione delle corrette strategie per il noleggio tecnologico ed azioni correttive	↑		↓↓						
5. Individuazione delle aree di duplicazione tecnologica ed azioni di alleggerimento	↓↓↓		↓	↓	↓↓↓	↓	↑	↑	
6. Azioni di raggruppamento degli acquisti tecnologici omologhi	↓↓				↓		↑	↑	
7. Gestione centralizzata delle acquisizioni in esclusiva			↓	↓↓	↓				
8. Azioni di raggruppamento degli acquisti di servizi manutentivi e di ricambi					↓↓	↓↓			
9. Riposizionamento delle risorse e delle funzioni di ingegneria clinica					↓	↓	↑↑	↑	
<b>VALORI ECONOMICI ANNUI DI RIFERIMENTO</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>60</b>	<b>65</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>0,5</b>	<b>186,5</b>
TENDENZIALE SENZA AZIONI NEL TRIENNIO (ipotesi +6% nel triennio 2011-2013)	53	53	53	64	69	5,3	6,4	0,6	198,3
OBIETTIVO DEL PIANO NEL TRIENNIO 2011-2013	53	53	43	57	62	5	8	1	176
<b>OBIETTIVO ANNO 2011: delta 2011 vs. 2010</b>	<b>+1</b>	<b>+1</b>	<b>-2</b>	<b>0</b>	<b>-1</b>	<b>+0,1</b>	<b>+0,5</b>	<b>+0,2</b>	<b>-2,2</b>
<b>OBIETTIVO ANNO 2012: delta 2012 vs. 2010</b>	<b>+2</b>	<b>+2</b>	<b>-4</b>	<b>-2</b>	<b>-2</b>	<b>0</b>	<b>+1,5</b>	<b>+0,4</b>	<b>-6,1</b>
OBIETTIVO ANNO 2013: delta 2013 vs. 2010	+3	+3	-7	-3	-3	0	+2	+0,5	-10,5

Valori espressi in Milioni di €

In attesa del completamento e del perfezionamento progettuale e dell'inizio della sua implementazione, prudenzialmente non sono state considerati dei risparmi.

#### FONTI DI VERIFICA (INDICATORI)

Emissione degli atti  
Conto Economico regionale (sottoconti di pertinenza)  
Azioni di monitoraggio specifiche

### **8.2.2. HTM Area Territoriale**

#### CRITICITÀ

Le criticità riguardanti l'area territoriale possono essere così schematizzate:

- rischio di perdita della capacità di gestione tecnologica da parte delle Aziende Territoriali, alle quali nel nuovo modello organizzativo, seppure con lo scorporo delle funzioni ospedaliere, competerà l'erogazione di una quota non marginale di prestazioni tecnologiche, complementari a quelle ospedaliere;
- settore delle tecnologie domiciliari, poco presidiato dal punto di vista della gestione tecnico-logistica delle apparecchiature, con conseguente inefficienza economica complessiva.

#### OBIETTIVI

- Razionalizzazione dei punti di erogazione tecnologica territoriali, complementare a quanto proposto per le strutture ospedaliere, con conseguente riduzione della spesa di investimento e manutentiva;
- maggiore governo delle politiche di investimento e manutentive delle tecnologie domiciliari, ottenuto rafforzando le funzioni tecnico-gestionali, al fine di ridurre gli ingenti importi di noleggio e/o riacquisto di tecnologie oggi investite;
- adozione di politiche di acquisizione di beni, ricambi e servizi raggruppata/ centralizzata a livello sovrazonale o regionale.

#### AZIONI PROPOSTE

Il perseguimento degli obiettivi proposti sarà raggiunto attraverso la sinergia delle seguenti azioni, per ciascuna delle quali si esplicitano gli atti necessari:

1. verifica e imputazione condivisa dei parametri di spesa sulle voci di interesse e rafforzamento delle procedure di monitoraggio della dotazione di tecnologie biomediche, applicata alle tecnologie territoriali/domiciliari. *Cfr. Azione 1 – Area Ospedaliera;*
2. definizione dell'entità delle risorse in conto capitale da investire annualmente: applicata alle tecnologie territoriali. *Cfr. Azione 2 – Area Ospedaliera;*
3. programmazione e controllo degli investimenti tecnologici: applicata alle tecnologie territoriali. *Cfr. Azione 3 – Area Ospedaliera;*
4. definizione delle corrette strategie per il noleggio tecnologico ed azioni correttive, applicata alle tecnologie territoriali/domiciliari. *Cfr. Azione 4 – Area Ospedaliera;*
5. azioni di raggruppamento e gestione di acquisti tecnologici omologhi, applicata alle tecnologie territoriali/domiciliari. *Cfr. Azione 6 – Area Ospedaliera;*
6. azioni di raggruppamento e gestione degli acquisti di servizi manutentivi e ricambi, applicata alle tecnologie territoriali/domiciliari. *Cfr. Azione 8 – Area Ospedaliera;*
7. azioni organizzative per l'ottimizzazione del riutilizzo dei presidi tecnologici domiciliari: le tecnologie domiciliari devono essere sottoposte a procedure tecnico-logistiche che ne

garantiscono il riutilizzo e l'efficiente gestione, così da ridurre le spese per riacquisto o noleggio dei beni. Atto: Adozione di DGR avente ad oggetto "Revisione delle modalità tecniche di erogazione di presidi ed ausili domiciliari tecnologici agli Assistiti". Tempistiche: DGR entro settembre 2011;

8. rafforzamento delle risorse necessarie alla gestione delle problematiche di cui ai punti precedenti, necessario a garantire un adeguato presidio delle funzioni di gestione tecnica, alla luce della riorganizzazione del settore territoriale/ domiciliare. *Cfr. Azione 9 – Area Ospedaliera*;
9. entro il mese di novembre 2012 verrà redatto un crono-programma delle attività per il proseguimento degli obiettivi del piano negli anni successivi; sono tuttavia riportate nella tabella seguente alcune ipotesi relative all'evoluzione nel corso dell'anno 2013.

### RISVOLTI ORGANIZZATIVI

I risvolti organizzativi coinvolgono:

- il livello regionale, proseguendo e rafforzando le attività di supporto eseguite dal gruppo di lavoro HTM per quanto riguarda la programmazione regionale degli investimenti anche attraverso piani allocativi, la centralizzazione delle strategie di acquisizione, lo sviluppo della rete di ingegneria clinica, il monitoraggio delle dotazioni e della loro acquisizione e gestione;
- Il livello aziendale/sovrazonale, attraverso il rafforzamento delle funzioni di ingegneria clinica dove non sufficientemente presidiate e la loro riorganizzazione alla luce del nuovo assetto delle ASL territoriali.

### RISVOLTI ECONOMICI

Assunti i seguenti valori di riferimento (stime g.d.l. HTM AReSS su base Flusso Informativo FITeB, conti economici regionali, studi ed esperienze acquisiti):

a) valore di rinnovo del parco tecnologico biomedicale di proprietà c/o strutture territoriali (stima del gruppo)	80 mln €
b) valore di acquisto del parco tecnologico biomedicale di proprietà / in noleggio c/o Assistiti (stima del gruppo)	100 mln €
(A) spesa annua per investimenti da destinare alla voce a) (stima del gruppo)	5 mln €
(B) spesa annua per acquisti/noleggi di cui alla voce b) (stima del gruppo)	30 mln €
(C) spesa annua per la manutenzione dei beni di cui alla voce a) (stima del gruppo)	6 mln €
(D) spesa annua per la manutenzione / riciclo dei beni di cui alla voce b) (stima del gruppo)	3 mln €
(E) spesa annua per la funzione di ingegneria clinica regionale (stima del gruppo)	1 mln €
(F) spesa annua per servizi informatici connessi alle funzioni di ingegneria clinica (stima da specifica rilevazione)	0,2 mln €

Si osserva che i valori di a) e b) sono destinati ad essere mantenuti e probabilmente incrementati, nell'ottica di alleggerire la rete ospedaliera dalle prestazioni tecnologiche di vocazione e pertinenza territoriale.

La voce di spesa A potrà trarre un beneficio marginale dalla progettazione ed attuazione di azioni di raggruppamento degli acquisti omologhi.

La voce di spesa B potrà trarre un beneficio decisamente consistente dalla razionalizzazione degli investimenti in acquisto piuttosto che in noleggio e dalla gestione sistematica del riciclo.

La voce di spesa C sarà interessata da risparmi di spesa modesti, ottenuti progettando ed attuando azioni di contrattazione raggruppata degli accordi manutentivi con i Fornitori esclusivisti di assistenza tecnica; attraverso azioni di acquisto centralizzato delle parti di ricambio; attraverso il potenziamento del primo intervento diagnostico/ispettivo a cura della funzione di ingegneria clinica interna, con conseguente alleggerimento della spesa generata dai fornitori di assistenza esterni.

Le voci di spesa D, E ed F sono previste in modesto aumento, per garantire le competenze e le risorse necessarie all'attuazione di tutti i punti precedenti, con particolare riferimento alle azioni di rientro e ricircolo dei presidi domiciliari riutilizzabili. L'aumento viene peraltro ampiamente compensato dalla diminuzione delle altre voci, con ciò garantendo gli obiettivi complessivi del piano di rientro.

La tabella seguente riassume le relazioni in crescita o in diminuzione tra le azioni proposte e le voci di spesa identificate: a partire dai valori di riferimento stimati, si riporta:

- il valore tendenziale a crescere che si prospetterebbe nel triennio senza azioni di controllo;
- il valore-obiettivo nel prossimo triennio di attuazione del piano;
- i risparmi o gli investimenti annui previsti per il prossimo triennio, rispetto all'anno 2010.

CAPITOLI DI SPESA →  AZIONI ↓	CONTO CAPITALE		SPESA CORRENTE					Saldo sp.corr.
	Acquisti di apparecchiature sanitarie (A)	Saldo c.capitale	Noleggi/acquisti attrezzature sanitarie domic. (B)	Servizi manutentivi su apparecchiature sanitarie (C)	Manutenzione / riciclo attrezzature sanitarie domiciliari (D)	Servizi di ingegneria clinica (E)	Servizi informatici per ingegneria clinica (F)	
1. Verifica e imputazione condivisa dei parametri di spesa sulle voci di interesse e rafforzamento delle procedure di monitoraggio della dotazione di tecnologie biomediche								
2. definizione dell'entità delle risorse in conto capitale da investire annualmente	↑			↓				
3. programmazione e controllo degli investimenti tecnologici	↓		↓					
4. definizione delle corrette strategie per il noleggio tecnologico ed azioni correttive	↑		↓					
5. azioni di raggruppamento degli acquisti tecnologici omologhi	↓		↓	↓				
6. azioni di gestione sistematica del riciclo di attrezzature domiciliari			↓↓↓	↓	↑↑			
7. azioni di raggruppamento degli acquisti di servizi manutentivi e di ricambi				↓				
8. riposizionamento delle risorse e delle funzioni di ingegneria clinica				↓	↑	↑	↑	
<b>VALORI ECONOMICI ANNUI DI RIFERIMENTO</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>30</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>0,2</b>	<b>40,2</b>
TENDENZIALE SENZA AZIONI NEL TRIENNIO (ipotesi +6% nel triennio 2011-2013)	5,3	5,3	32	6,4	3,2	1	0,2	42,8
OBIETTIVO DEL PIANO NEL TRIENNIO 2011-2013	5,3	5,3	24	6	4,5	1,3	0,4	36,2
<b>OBIETTIVO ANNO 2011: delta 2011 vs. 2010</b>	<b>+0,1</b>	<b>+0,1</b>	<b>-1</b>	<b>0</b>	<b>0,2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>-0,8</b>
<b>OBIETTIVO ANNO 2012: delta 2012 vs. 2010</b>	<b>+0,2</b>	<b>+0,2</b>	<b>-4</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>-2,8</b>
OBIETTIVO ANNO 2013: delta 2013 vs. 2010	+0,3	+0,3	-6	0	1,5	0,3	0,2	-4

Valori espressi in Milioni di €

In attesa del completamento e del perfezionamento progettuale e dell'inizio della sua implementazione, prudenzialmente non sono state considerati dei risparmi.

#### FONTI DI VERIFICA (INDICATORI)

Emissione degli atti

### 8.3. EDILIZIA SANITARIA

#### SITUAZIONE ATTUALE

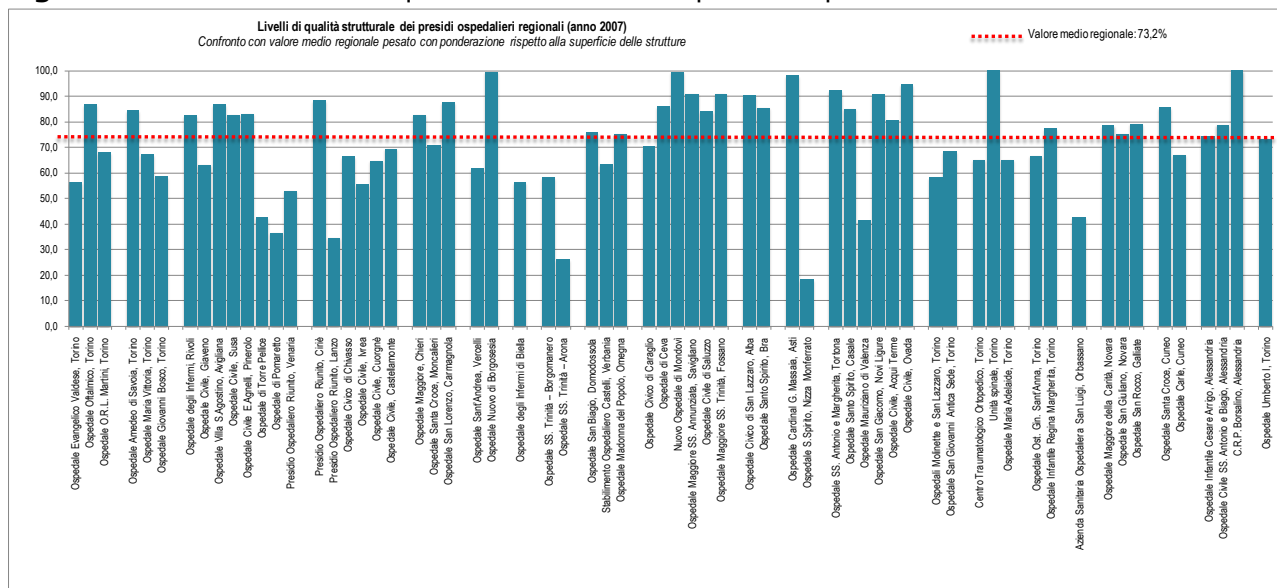
Il patrimonio ospedaliero regionale pubblico è costituito da 64 strutture (intesi come complessi edilizi singolarmente individuati) afferenti alle diverse aziende sanitarie regionali (non sono considerate le strutture private anche se equiparate ex. Artt. 41/43).

Di seguito viene effettuata una analisi dell’offerta delle strutture pubbliche per l’assistenza ospedaliera attraverso l’individuazione degli indicatori che forniscono una valutazione sintetica dello stato di conservazione e rispondenza ai requisiti minimi per l’accreditamento regionale, così come definiti dalla DCR 22 febbraio 2000, n. 616-3149 e s.m.i. L’analisi si riferisce alle strutture ospedaliere pubbliche presenti sul territorio regionale secondo il quadro aggiornato alla situazione di luglio 2010. La qualità edilizia è determinata, sulla base degli strumenti di analisi e di valutazione tecnico/economica, attraverso le seguenti variabili:

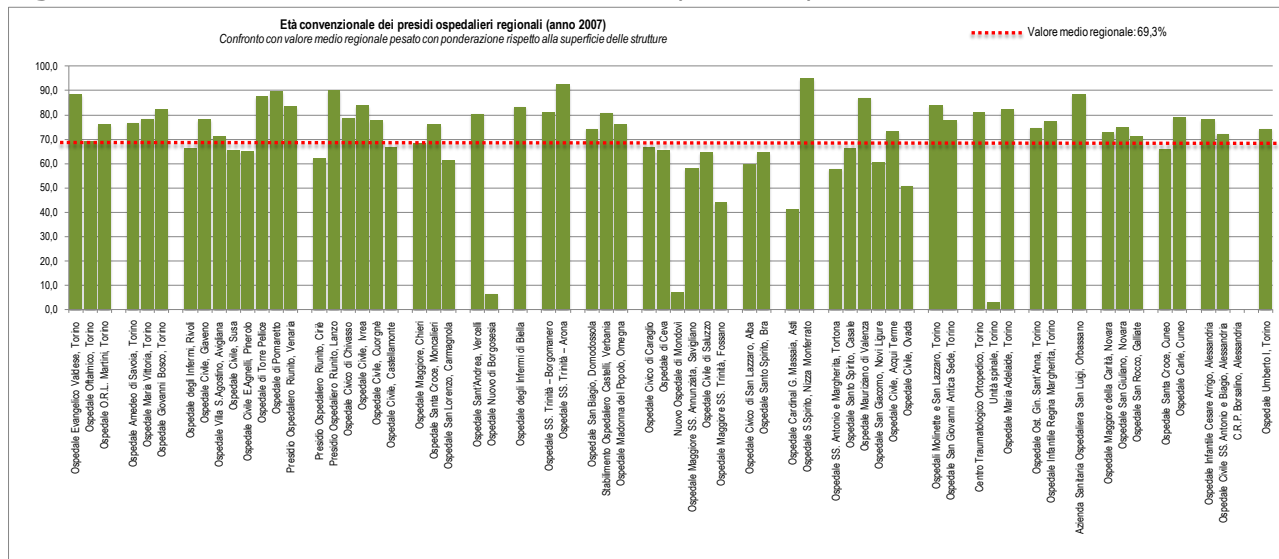
- a. *livello di qualità strutturale*: misura della conformità della struttura edilizia ai requisiti tecnologici e strutturali per l’accreditamento dei presidi ospedalieri;
- b. *vetustà o Età convenzionale della struttura*: individuazione della fase della vita operativa nella quale si stanno svolgendo le dinamiche evolutive attuali della struttura: fase di avvio, fase di rodaggio, fase di vita utile, fase di usura, fase di collasso;
- c. *costi di adeguamento della struttura*: ordine di grandezza delle risorse economiche per l’attuazione degli interventi edilizi utili per il pieno soddisfacimento dei requisiti tecnologici e strutturali per l’accreditamento;
- d. *valore di sostituzione della struttura*: ordine di grandezza delle risorse economiche da impiegare per la realizzazione di una nuova ed equivalente struttura sanitaria (piena conformità ai requisiti tecnologici e strutturali per l’accreditamento; stesso numero di posti letto e medesima tipologia di prestazioni sanitarie erogate).

La lettura congiunta degli indicatori di adeguatezza strutturale sopra esposti permette di fare considerazioni sull’efficacia e/o convenienza teorica all’effettuazione di interventi di adeguamento delle strutture edilizie esistenti, e dunque di eseguire valutazioni di opportunità di esecuzione degli interventi stessi (figure 1-2-3).

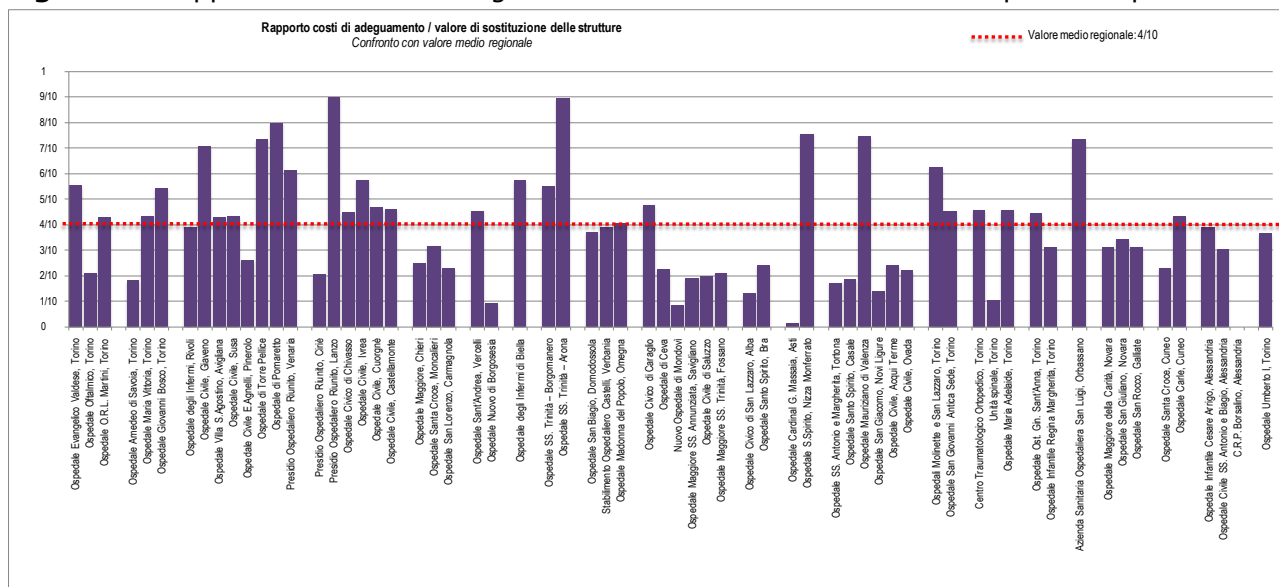
**Figura 1.** Valutazione della qualità strutturale dei presidi ospedalieri.



**Figura 2.** Valutazione dell'età convenzionale dei presidi ospedalieri.



**Figura 3.** Rapporto tra costi di adeguamento e valore di sostituzione dei presidi ospedalieri.



**CRITICITÀ**

Il quadro regionale delinea una situazione di senescenza e soprattutto di obsolescenza tecnologico/strutturale degli edifici ospedalieri. Infatti, a fronte ad una media regionale di qualità strutturale di circa 73,2% (livello medio/alto), l'indice di vetustà è pari a circa il 69,3 ovvero corrispondente alla fase di vita utile tardiva prossima alla fase di usura delle strutture. Considerando che la vetustà è concettualmente una funzione inversa della qualità, e che tale rapporto è influenzato in misura più che proporzionale dal livello di complessità tecnologica delle strutture, ne consegue che l'età avanzata in corrispondenza di una qualità medio/alta possa essere ricondotta non solo a condizioni di degrado e senescenza attribuibili al normale e fisiologico decadimento prestazionale dovuto all'uso ed al trascorrere del tempo, ma

soprattutto a condizioni di forte inadeguatezza tecnologico/strutturale degli edifici in esame. Tali condizioni, riconducibili non solo alle caratteristiche dei singoli elementi costitutivi i sistemi tecnologici, ma anche a limiti intrinseci dovuti a concezioni strutturali/morfologiche particolarmente rigide o comunque inappropriate rispetto alle funzioni ed alle relazioni, possono determinare condizioni di inadeguatezza difficilmente sanabili ed indurre quindi l'innalzamento dell'indice di età convenzionale attribuito ai presidi.

Ne consegue dunque che l'esecuzione di interventi di adeguamento delle strutture sia tanto più oneroso ed inefficace tanto più è elevata l'età convenzionale degli edifici, ovvero tanto più l'edificio si approssima alle fasi finali della propria vita utile (tabella 1).

**Tabella 1.** Valutazione dell'efficacia degli interventi di adeguamento.

Codice ASR	Presidi Ospedalieri	Posti letto Luglio 2010	Fasce e valori di età convenzionale: accertamento anno 2007	Face e valori di età convenzionale: previsione anno 2010	Classi di efficacia	EFFICACIA ED ENTITA' DEGLI INTERVENTI DI ADEGUAMENTO		
						Previsione dell'efficacia degli interventi di adeguamento	Costi di adeguamento anno 2007 ONERI INCLUSI	
ASL AT	Ospedale S.Spirito - Valle Belbo, Nizza M.to	83	94,9	95,9	Bassa efficacia	Bassa efficacia	€ 10.943.698,96	
ASL NO	Ospedale SS. Trinità, Arona	95	92,4	92,5		Bassa efficacia	€ 19.476.962,41	
ASL TO4	Presidio Ospedaliero Riunito, Lanzo	132	90,0	91,0		Bassa efficacia	€ 22.504.096,50	
ASL TO3	Ospedale di Pomaretto	53	89,5	90,5		Bassa efficacia	€ 10.138.640,66	
ASL TO1	Ospedale Evangelico Valdese, Torino	108	88,3	81,7		Bassa efficacia	€ 11.927.964,05	
AOU SAN LUIGI	Azienda Sanitaria Ospedaliera San Luigi, Orbassano	406	88,2	87,3		Bassa efficacia	€ 140.700.819,97	
ASL TO3	Ospedale di Torre Pellice	47	87,4	88,4		Bassa efficacia	€ 11.331.394,56	
ASL AL	Ospedale Mauriziano di Valenza	57	86,9	87,9		Bassa efficacia	€ 11.477.342,66	
ASL TO4	Ospedale Civile, Ivrea	255	83,8	83,3		Bassa efficacia	€ 31.638.874,70	
AOU MOLINETTE	Ospedale S. G.Battista Molinette, Torino	1282	83,8	83,0		Bassa efficacia	€ 278.873.818,56	
ASL TO3	Presidio Ospedaliero Riunito, Venaria	85	83,3	84,3		Bassa efficacia	€ 7.426.458,42	
ASL BI	Ospedale degli Infermi di Biella	454	83,0	83,2		Bassa efficacia	€ 54.583.000,05	
AO CTO	Ospedale Maria Adelaide, Torino	82	82,0	78,3		Bassa efficacia	€ 18.329.848,86	
ASL TO2	Ospedale Giovanni Bosco, Torino	368	82,0	74,9		Efficacia mutante (bassa-media)	Media efficacia	€ 51.854.138,11
AO CTO	Centro Traumatologico Ortopedico, Torino	337**	81,0	77,8			Media efficacia	€ 60.609.501,32
ASL NO	Ospedale SS. Trinità, Borgomanero	241	80,9	78,2	Bassa efficacia		€ 32.551.834,15	
ASL VCO	Stabilimento Ospedaliero Castelli, Verbania	352*	80,7	77,5	Media efficacia		€ 32.251.467,77	
ASL VC	Ospedale Sant'Andrea, Vercelli	317	80,4	79,3	Bassa efficacia		€ 37.716.669,52	
AO CUNEO	Ospedale Carle, Cuneo	732****	78,9	76,3	Media efficacia	Media efficacia	€ 19.890.769,10	
ASL TO4	Ospedale Civico, Chivasso	225	78,6	64,3		Media efficacia	€ 32.477.647,85	
ASL TO2	Ospedale Maria Vittoria, Torino	347	78,4	76,0		Media efficacia	€ 32.623.107,20	
AO ALESSANDRIA	Ospedale Infantile Cesare Arrigo, Alessandria	86	78,1	72,7		Media efficacia	€ 12.244.596,90	
ASL TO3	Ospedale Civile, Giaveno	49	78,0	73,2		Media efficacia	€ 14.018.896,41	
ASL TO4	Ospedale Civile, Cuorgnè	111	77,6	78,6		Media efficacia	€ 12.952.202,94	
AOU MOLINETTE	San Giovanni Antica Sede - SGAS	20	77,6	78,6		Media efficacia	€ 12.613.454,00	
AO OIRM-S.ANNA	Ospedale Infantile Regina Margherita, Torino	317	77,3	74,2		Media efficacia	€ 31.023.289,88	
ASL TO2	Ospedale Amedeo di Savoia, Torino	95	76,4	72,7		Media efficacia	€ 15.400.273,00	
ASL TO1	Ospedale O.R.L. Martini, Torino	232	75,9	62,4		Media efficacia	€ 34.903.361,98	
ASL TO5	Ospedale Santa Croce, Moncalieri	193	75,8	72,7		Media efficacia	€ 12.084.697,22	
ASL VCO	Ospedale Madonna del popolo, Omegna	352*	75,7	76,7		Media efficacia	€ 11.047.122,87	
AOU NOVARA	Ospedale San Giuliano, Novara	723***	74,8	75,8		Media efficacia	Media efficacia	€ 6.089.271,55
AO OIRM-S.ANNA	Ospedale Ost. Gin. Sant'Anna, Torino	482	74,4	75,0			Media efficacia	€ 41.967.527,95
AO MAURIZIANO	Ospedale Umberto I, Torino	448	74,2	70,8			Media efficacia	€ 53.300.677,57
ASL VCO	Ospedale San Biagio, Domodossola	352*	74,0	46,6			Media efficacia	€ 22.307.620,56
ASL AL	Ospedale Civile, Acqui Terme	152	73,2	73,0			Media efficacia	€ 12.230.910,43
AOU NOVARA	Ospedale Maggiore della Carità, Novara	723***	72,7	71,2			Media efficacia	€ 56.500.910,55
AO ALESSANDRIA	Ospedale Civile SS. Antonio e Biagio, Alessandria	526	72,0	72,4			Media efficacia	€ 56.512.670,16
ASL TO3	Ospedale Villa S.Agostino, Avigliana	41	71,1	65,5			Media efficacia	€ 7.868.968,05
AOU NOVARA	Ospedale San Rocco, Galliate	74	71,1	70,4			Media efficacia	€ 6.879.521,40
ASL TO1	Ospedale Oftalmico, Torino	73	69,0	59,8			Media efficacia	€ 8.811.873,05
ASL TO5	Ospedale Maggiore, Chieri	158	68,3	68,5		Media efficacia	€ 10.238.732,18	
ASL CN1	Ospedale Civico di Caraglio	50	66,7	62,0		Media efficacia	€ 3.298.647,93	
ASL TO4	Ospedale Civile, Castellamonte	73	66,6	67,6		Media efficacia	€ 11.252.334,10	
ASL AL	Ospedale Santo Spirito, Casale M.to	268	66,3	54,1	Media efficacia	€ 22.779.120,46		

Codice ASR	Presidi Ospedalieri	Posti letto Luglio 2010	Fasce e valori di età convenzionale: accertamento anno 2007	Face e valori di età convenzionale: previsione anno 2010	Classi di efficacia	EFFICACIA ED ENTITA' DEGLI INTERVENTI DI ADEGUAMENTO	
						Previsione dell'efficacia degli interventi di adeguamento	Costi di adeguamento anno 2007 ONERI INCLUSI
ASL TO3	Ospedale degli Infermi, Rivoli	240	66,1	63,1		Media efficacia	€ 31.035.905,55
AO CUNEO	Ospedale Santa Croce, Cuneo	732****	66,0	63,6		Media efficacia	€ 31.495.596,95
ASL TO3	Ospedale Civile, Susa	72	65,3	55,0		Media efficacia	€ 8.738.313,24
ASL CN1	Ospedale di Ceva	108	65,2	63,6		Media efficacia	€ 6.467.597,96
ASL TO3	Ospedale Civile E.Agnelli, Pinerolo	298	65,0	66,0		Media efficacia	€ 17.709.235,84
ASL CN2	Ospedale Santo Spirito, Bra	146	64,6	65,0		Media efficacia	€ 8.118.257,11
ASL CN1	Ospedale Civile di Saluzzo	145	64,5	62,8		Media efficacia	€ 7.340.445,86
ASL TO4	Presidio Ospedaliero Riunito, Ciriè	242	62,0	62,1		Media efficacia	€ 9.293.722,59
ASL TO5	Ospedale San Lorenzo, Carmagnola	139	61,0	61,4		Media efficacia	€ 6.776.529,31
ASL AL	Ospedale San Giacomo, Novi Ligure	194	60,5	61,0		Media efficacia	€ 11.148.759,13
ASL CN1	Ospedale Civico di San Lazzaro, Alba	289	59,5	59,4		Media efficacia	€ 6.629.452,64
ASL CN1	Ospedale Maggiore SS. Annunziata, Savigliano	310	58,1	55,1		Alta efficacia	€ 13.365.796,35
ASL AL	Ospedale SS. Antonio e Margherita, Tortona	198	57,6	57,3		Media efficacia	€ 10.926.509,78
ASL AL	Ospedale Civile, Ovada	88	50,7	49,5		Alta efficacia	€ 4.239.572,76
ASL CN1	Ospedale Maggiore SS. Trinità, Fossano	93	43,8	44,8	Alta efficacia	€ 3.625.138,72	
ASL AT	Ospedale Cardinal G. Massaia, Asti	496	41,1	31,7	Altissima efficacia	€ 2.447.744,90	
ASL CN1	Nuovo Ospedale di Mondovì	196	7,0	8,0	Massima efficacia	€ 6.970.547,00	
ASL VC	Ospedale Nuovo di Borgosesia	95	6,5	6,5	Massima efficacia	€ 3.112.801,00	
AO CTO	Unità spinale, Torino	337**	0,0	1,0	Massima efficacia	€ 0,00	
AO ALESSANDRIA	C.R.P. Borsalino, Alessandria	100	0,0	1,0	Massima efficacia	€ 0,00	

Nonostante l'eterogeneità riscontrabile a livello di dimensionamento dei presidi (sia strutturale che di offerta sanitaria), ad oggi non riconducibile ad una chiara strutturazione funzionale della rete ospedaliera, è tuttavia possibile osservare che la metà (7 su 14) delle strutture caratterizzate da una elevata vetustà e bassa efficacia degli interventi di adeguamento, corrispondono a piccole strutture dotate di posti letto inferiori a 120.

Per tali strutture, inoltre, l'incidenza dei costi di adeguamento ai requisiti minimi strutturali per l'accreditamento rispetto al valore di sostituzione della struttura è molto al di sopra della media regionale, ovvero per adeguare tali strutture occorre investire risorse pari a quelle necessarie a ricostruire a nuovo ben più della metà delle strutture stesse (figura 3).

Una ulteriore considerazione viene introdotta a proposito della capacità insediativa dei presidi ospedalieri, che viene messa in relazione all'entità delle risorse necessarie per l'erogazione delle prestazioni sanitarie previste. Poiché l'entità di tali risorse può essere idealmente ripartita in una quota fissa – sostanzialmente coincidente con l'onere per la disponibilità e l'accesso alla prestazione sanitaria considerata – ed una quota variabile – dipendente dal volume effettivo di attività – si ipotizza una forma di proporzionalità inversa fra la capacità insediativa del presidio ospedaliero ed il costo necessario per l'erogazione delle prestazioni sanitarie previste, almeno fino a quando il volume di attività non determina l'onere aggiuntivo per un ulteriore livello di coordinamento ed organizzazione. A sostegno di quanto sopra esposto si consideri anche solo che, per una data prestazione sanitaria e per un fissato periodo di osservazione, l'incidenza dei costi fissi – ad esempio per le attrezzature e le risorse umane necessarie – diminuisce all'aumentare del volume di attività. Un maggiore volume di attività, pertanto, corrisponde ad un più elevato rendimento delle risorse fatte corrispondere ai costi fissi e quindi, in altre parole, ad una più ampia efficienza del sistema produttivo considerato.

Le criticità del sistema strutturale ospedaliero possono dunque essere così riassunte:

- obsolescenza del patrimonio ospedaliero regionale e dunque necessità di interventi di adeguamento sulle strutture;
- scarsa efficacia degli interventi di adeguamento sulle strutture tecnologicamente e strutturalmente obsolete;
- elevata incidenza dei costi di adeguamento rispetto al valore di sostituzione delle strutture;

- elevata incidenza delle criticità sopra esposte sulle strutture ospedaliere di piccole dimensioni (in termini di produzione per la cui misurazione viene assunto come riferimento il n° di posti letto);
- maggiore inefficienza gestionale delle strutture di piccole dimensioni;
- eterogeneità dimensionale e funzionale delle strutture non riconducibile ad un disegno organizzativo della rete chiaramente individuabile rispetto a tipologia e complessità delle prestazioni e delle relazioni tra strutture.

### OBIETTIVI

Nell'ottica della razionalizzazione e miglioramento dell'offerta sanitaria (complessiva ed adeguata utilizzazione delle risorse, accessibilità ed appropriatezza delle prestazioni e dei ricoveri, integrazione e continuità assistenziali) si propone un piano di azione rivolto agli edifici ospedalieri finalizzato a supportare il processo di riordino organizzativo e funzionale della rete sanitaria mirato ad un modello che preveda la diversificazione dei centri e l'attribuzione delle competenze secondo livelli di complessità delle prestazioni e di intensità delle cure. Quindi il principale obiettivo che si intende perseguire è:

#### **8.3.1. Dismissione / Rifunzionalizzazione / Riconversione di alcuni presidi ospedalieri**

In particolare, a partire dagli indirizzi di programmazione sanitaria regionale e sulla base delle potenzialità strutturali degli edifici coinvolti dalla riorganizzazione, le azioni proposte saranno rivolte a:

- ridurre le inefficienze strutturali riscontrabili sulle strutture più obsolete;
- contrastare l'incidenza dei costi gestionali per le piccole strutture;
- promuovere l'innovazione strutturale e tecnologica, anche attraverso la definizione ed implementazione di nuovi modelli funzionali;
- valorizzare le strutture esistenti attraverso l'implementazione di modelli funzionali più adeguati;
- supportare la riorganizzazione e redistribuzione di posti letto e delle specialità, in relazione alla complessità delle prestazioni ed alle esigenze dei territori di riferimento.

### AZIONI PROPOSTE

Gli interventi proposti consistono nell'implementazione di processi di valorizzazione dei presidi ospedalieri esistenti a mezzo della rifunzionalizzazione/riconversione delle strutture verso modelli d'uso più sostenibili ed efficaci (sia in relazione alle caratteristiche attuali delle strutture sia al loro ruolo nella rete sanitaria regionale, anche territoriale) ovvero, qualora ritenuto opportuno, a mezzo della loro dismissione.

Le strutture che possono consentire di raggiungere nel breve periodo i maggiori benefici in termini di razionalizzazione della spesa ed ottimizzazione funzionale sono quelle più onerose e inefficienti rispetto alle attuali condizioni d'uso, corrispondenti agli edifici che hanno maggiore età convenzionale (e dunque minore efficacia degli interventi di adeguamento) e minor numero di posti letto (inferiore a 120). Le strutture in oggetto sono evidenziate in rosso in tabella 1.

In seguito al riordino funzionale tali edifici potranno dunque erogare prestazioni appropriate, in termini di qualità e quantità dell'offerta, alle esigenze del territorio di riferimento (in base a quanto definito a livello di programmazione regionale), in edifici strutturalmente e tecnologicamente adeguati ed in condizioni operative di sicurezza.

E' esclusa da tale considerazione la struttura di Venaria per la quale sono già stati previsti specifici investimenti finalizzati alla dismissione dell'attuale presidio ed a una nuova realizzazione.

Ai fini dell'efficacia delle azioni proposte, è da considerarsi la necessità di integrare il piano riqualificazione nell'ambito della riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale che l'amministrazione regionale deciderà di implementare sul sistema sanitario piemontese, supportando strutturalmente ed operando sinergicamente con le scelte di riordino sanitario ed organizzativo previste: ne consegue che la definizione del dettaglio delle possibili scelte di rifunzionalizzazione/riconversione, nonché la valutazione degli investimenti (a livello strutturale e organizzativo) necessari alla loro realizzazione, dovrà avvenire in relazione agli indirizzi di programmazione sanitaria promossi dall'amministrazione regionale.

E' dunque possibile ipotizzare la realizzazione e la valutazione delle proposte di efficientamento secondo livelli successivi di azione scanditi dalla definizione degli indirizzi regionali in materia di politiche sanitarie e riorganizzazione dei servizi ospedalieri e territoriali, nonché dalla predisposizione dei piani e/o progetti di riordino delle singole strutture.

Si può dunque ipotizzare che il piano di azione proposto trovi attuazione sulla base delle modalità e delle fasi che saranno scandite da specifici azioni o provvedimenti amministrativi. In particolare si ritiene necessario l'emanazione, entro i primi 6 mesi del 2011 di una D.G.R. che:

- definisca l'articolazione e l'organizzazione della rete sanitaria regionale, le strutture oggetto di dismissione ovvero di riconversione, rifunzionalizzazione o nuova edificazione, nonché le tipologie funzionali ad esse attribuibili;
- in relazione alle tipologie funzionali individuate, preveda la determinazione di modelli e standard di riferimento per l'adeguamento o la realizzazione delle strutture;
- impegni le aziende sanitarie coinvolte dalla riorganizzazione ad elaborare i piani di riordino delle strutture oggetto di rifunzionalizzazione o riconversione, sulla base delle effettive potenzialità edilizie degli edifici ed entro 3 mesi dall'emanazione della D.G.R.;
- specifichi che, ai sensi di quanto disposto dalla DGR 29/3/2010 n. 29-13683, ed a seguito della presentazione dei progetti di riordino da parte delle Aziende, si svilupperanno le analisi necessarie a supportare la programmazione degli investimenti in edilizia per la riorganizzazione della rete sanitaria, e provvederà ad implementare processi di monitoraggio dell'attuazione degli interventi previsti.

### RISVOLTI ORGANIZZATIVI

Attribuzione alle strutture coinvolte di diverse e/o nuove funzioni e modalità di relazione nell'ambito della rete sanitaria regionale, con conseguente razionalizzazione del fabbisogno di personale, tecnologie ed attrezzature sanitarie, sistemi di Information & Communication Technology (ICT) a supporto delle attività previste, da valutarsi in seguito a specifica definizione dei modelli e modalità d'uso.

### RISVOLTI ECONOMICI

La dismissione delle strutture dalle attuali funzioni, a seguito di eventuale chiusura ovvero nelle more della definizione delle modalità di rifunzionalizzazione/riconversione, permette fin da subito di ottenere dei risparmi, in termini di mancata esecuzione di interventi di adeguamento strutturale alle funzioni ad oggi esercitate nelle strutture o comunque previste in relazione agli attuali modelli d'uso. Tali risparmi possono essere stimati sulla base delle seguenti considerazioni:

- in relazione alle attuali modalità d'uso gli edifici identificati, vetusti ed obsoleti sia negli aspetti tecnologici che negli assetti morfologici e costitutivi, sono inadeguati rispetto ai requisiti minimi previsti dalla normativa per l'accreditamento delle strutture sanitarie;

- essendo la rispondenza ai requisiti minimi di accreditamento un adempimento normativo e dunque una condizione indispensabile per l'esercizio delle attività sanitarie, le strutture sono tenute ad eseguire gli interventi edilizi necessari al raggiungimento delle condizioni di adeguatezza;
- le aziende sanitarie a mezzo dello strumento informatico Edisan-DES (sulla base della procedura di cui alla DGR 29/3/2010 n. 29-13683, hanno avanzato alla regione le richieste di finanziamento per il triennio 2010/2012 finalizzate al raggiungimento delle condizioni di adeguatezza strutturale rispetto alle attività ad oggi previste e/o prevedibili;
- essendo i requisiti correlati alla tipologia di struttura ed alla specificità delle funzioni in essa svolta, il decadimento delle attuali funzioni implica conseguentemente la mancata occorrenza di esecuzione degli interventi ad oggi pianificati;
- gli investimenti il cui avvio è stato pianificato per il triennio in oggetto sono dunque da considerarsi quali risparmi in termini di mancati costi per gli esercizi 2011-2012-2013.

Ai fini della valutazione dei risparmi economici, i mancati costi imputabili agli esercizi 2011-2013 sono computati con le seguenti modalità:

- ribaltamento sull'esercizio 2011 degli investimenti pianificati per il 2010 che non hanno trovato copertura economica nell'esercizio in corso;
- per gli interventi ribaltati/programmati per 2011, la cui esecuzione, per tipologia ed entità, è da prevedersi nell'arco temporale dell'anno di riferimento, imputazione all'esercizio 2011 dei costi complessivi degli interventi;
- per gli interventi ribaltati/programmati per 2011, la cui esecuzione, per tipologia ed entità, è da prevedersi su un arco di tempo pluriennale, imputazione all'esercizio 2011 delle quote di costo riferite alle spese tecniche di gara e progettazione;
- per gli interventi ribaltati/programmati per 2011, la cui esecuzione, per tipologia ed entità, è da prevedersi su un arco di tempo pluriennale, imputazione agli esercizi 2012-2013 (in egual misura) delle quote di costo riferite agli avanzamenti lavori annuali;
- per gli interventi programmati per 2012, la cui esecuzione, per tipologia ed entità, è da prevedersi nell'arco temporale dell'anno di riferimento, imputazione all'esercizio 2012 dei costi complessivi degli interventi;
- per gli interventi programmati per 2012, la cui esecuzione, per tipologia ed entità, è da prevedersi su un arco di tempo pluriennale, imputazione all'esercizio 2012 delle quote di costo riferite alle spese tecniche di gara e progettazione, nonché allo stato di avanzamento del primo anno di lavori (lo stato di avanzamento è ripartito in egual misura su due esercizi)
- per gli interventi programmati per 2012, la cui esecuzione, per tipologia ed entità, è da prevedersi su un arco di tempo pluriennale, imputazione all'esercizio 2013 delle quote di costo riferite allo stato di avanzamento del successivo anno di lavori (lo stato di avanzamento è ripartito in egual misura su due esercizi).

In conclusione, attraverso le riconversioni di circa 8 presidi ospedalieri si possono perseguire dei risparmi negli investimenti che possono essere stimati intorno a 8,7 mln di € nel 2011 e a 28,9 mln di euro nel 2012.

Si segnala inoltre che, a seguito della riconversione delle strutture in organismi con funzioni diverse e a minore complessità ed intensità di cura, è possibile ipotizzare risparmi annuali conseguenti a minori costi organizzativi e di manutenzione edile/impiantistica per l'esecuzione di attività di gestione ed esercizio nell'ambito di sistemi sanitari e tecnologici meno complessi.

#### FONTI DI VERIFICA (INDICATORI)

Gli indicatori già utilizzati per la valutazione dell'attuale offerta strutturale, potranno essere utilizzati per monitorare i processi di attuazione e gli effetti del piano di interventi proposto per l'adeguamento della rete sanitaria.

- Qualità strutturale, Età convenzionale e Costi di adeguamento.

## **8.4. Tessera sanitaria**

### **8.4.1. Progetto Tessera Sanitaria evoluzione "Medici in Rete" art 1, comma 810 LF 2007 e DPCM 26/3/2008**

#### PARTE DESCRITTIVA

Il provvedimento normativo dispone le modalità di trasmissione telematica dei dati delle prescrizioni dai medici (MMG,PLS,specialisti) al Ministero dell'economia e pone le basi per la ricetta elettronica.

#### SITUAZIONE ATTUALE

Ad un anno dall'inizio della sperimentazione il 17 dicembre 2010 in specifico incontro con il MEF, con la partecipazione dei rappresentanti del Ministero della Salute e di Sogei, preso atto del funzionamento del sistema di trasmissione delle prescrizioni elettroniche anche attraverso le nuove procedure informatiche rese disponibili dal Sistema Tessera Sanitaria, ai sensi dell'articolo 11, comma 16 del decreto legge n. 78 del 2010, si è convenuto di poter procedere alla chiusura delle attività sperimentali in regione Piemonte e all'avvio a regime secondo il programma recepito con la Determina Dirigenziale n. 7 del 10 gennaio 2011.

#### CRITICITÀ

L'adeguamento dei software utilizzati dai medici di gestione dello studio (cartelle ambulatoriali) per consentire l'invio dei dati delle ricette è avvenuto con ritardo e permangono criticità e inadeguatezze.

#### OBIETTIVI

- 31 gennaio 2011, chiusura della prima fase di sperimentazione delle disposizioni di cui al citato DPCM 26 marzo 2008 concernenti la trasmissione telematica dei dati delle ricette a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e l'estensione della sperimentazione a tutti i restanti medici prescrittori;
- 30 giugno 2011, chiusura della sperimentazione regionale e avvio a regime con esecutività delle disposizioni di cui agli accordi collettivi nazionali vigenti con i medici regionali convenzionati con il SSN inerenti le segnalazioni dei casi di inadempienza da parte di ogni singolo medico prescrittore rispetto a quanto previsto dal medesimo DPCM 26 marzo 2008, documentate attraverso le verifiche del Sistema Tessera Sanitaria. In particolare, tale inadempienza si intende verificata, nel caso in cui le ricette prescritte a partire dalla data del 1° luglio 2011 da ogni medico convenzionato, siano inferiori all'80% del totale delle ricette per le quali risultano erogate le prestazioni di farmaceutica e specialistica ambulatoriale al Sistema Tessera Sanitaria, tenuto anche conto del sistema regionale di monitoraggio delle prescrizioni specialistiche autorizzato ai sensi del comma 11 del citato articolo 50.

#### AZIONI PROPOSTE

- incontri tecnici e informativi con le OO.SS regionali dei MMG e PLS
- gestione dell'applicativo nel sistema TS per la definizione del contributo unitario da erogare ai medici sperimentatori della prima e della seconda fase di sperimentazione

- pianificazione con Sogei di eventuali ulteriori incontri di formazione rivolti ai medici prescrittori nella seconda fase di sperimentazione.

#### RISVOLTI ORGANIZZATIVI E REGOLE

A regime semplificazione delle pratiche connesse alla prenotazione ed erogazione delle prestazioni specialistiche e farmaceutiche.

Controllo e analisi puntuale della spesa pubblica delle prestazioni specialistiche e farmaceutiche indotta a carico del SSN;

a regime eliminazione del costo delle ricette SSN cartacee stampate dal Poligrafico dello Stato, dei costi di distribuzione, delle risorse utilizzate nella registrazione delle ricette per l'intero ciclo di vita (dalla consegna dei ricettari al medico prescrittore alla consuntivazione della prestazione erogata)

#### FONTI DI VERIFICA (INDICATORI)

I dati acquisiti saranno oggetto di elaborazione ed analisi di confronto e congruenza fra prescritto ed erogato, consultazione dei report informativi periodici e degli indicatori nel Cruscotto Sistema TS.

#### **8.4.2. Progetto Tessera Sanitaria evoluzione "Sperimentazione Ricetta elettronica Ospedaliera specialistica" art 1, comma 810 LF 2007 e DPCM 26/3/2008**

Progetto relativo alla sperimentazione "Ricetta Elettronica Ospedaliera specialistica" nella Regione Piemonte, che rappresenta la *fase 1* del progetto di ricetta elettronica su scala nazionale. Il progetto si colloca nel contesto del sistema di monitoraggio della spesa sanitaria, art. 50 della legge 24 novembre 2003, n. 326, e utilizza la stessa infrastruttura dei servizi applicativi che viene utilizzata per il collegamento in rete dei medici, DPCM 26 marzo 2008. La peculiarità del progetto "Sperimentazione Ricetta Elettronica Ospedaliera Specialistica" consiste nella erogazione di un servizio specifico atto alla fornitura di un numero di ricetta elettronica in grado di identificare univocamente le prescrizioni specialistiche effettuate dai medici ospedalieri su ricette non conformi a quelle di cui al DM 18 maggio 2004 (*non rosse*). Ciò al fine di consentire alle Strutture Sanitarie Pubbliche di tracciarne univocamente l'intero ciclo di vita, dal momento della prescrizione all'atto dell'erogazione.

#### SITUAZIONE ATTUALE

La sperimentazione è nelle fasi iniziali, la Regione Piemonte si è resa disponibile alla collaborazione, tenendo conto che la Regione è pilota per il progetto "Medici in rete". Si prevede l'automazione delle procedure di tracciatura delle prescrizione e delle erogazione di prestazioni specialistiche a carico del SSN nell'ambito di una struttura sanitaria pubblica. In particolare, si procederà con la sperimentazione nell'ambito di una struttura ospedaliera e/o territoriale.

#### CRITICITÀ

La sperimentazione prevede obbligatoriamente il coinvolgimento del CSI Piemonte in qualità di Sistema informatico del Sistema Informativo Sanitario regionale (gestione anagrafi regionali e flussi ART.50) ma la proposta tecnico economica presentata da CSI non è stata approvata in quanto non conforme alle specifiche richieste da regione e per l'importo economico non congruo.

### OBIETTIVI

L'obiettivo della sperimentazione è tracciare le informazioni relative alla prescrizione delle prestazioni specialistiche e alla loro successiva erogazione all'interno delle Strutture Sanitarie Pubbliche

### AZIONI PROPOSTE

L'introduzione alla sperimentazione della ricetta elettronica ospedaliera specialistica in ambito regionale e aziendale dovrà essere supportata dalla definizione di un decreto/circolare ministeriale e da un impianto normativo (delibera regionale) entro il 30/6/2011.

### RISVOLTI ORGANIZZATIVI E REGOLE

Alla base del progetto vi è l'implementazione, da parte del SAC, del servizio di erogazione di numeri NRE, per l'emissione dei numeri di ricetta elettronica certificati, univoci a livello nazionale, e messi a disposizione della Regione/ASL.

Sarà cura della Regione/ASL comunicare preventivamente l'associazione tra il numero di ricetta elettronica e il medico prescrittore a cui è stato assegnato.

Il sistema informativo regionale si farà carico del riconoscimento e il controllo di autenticità della firma digitale apposta dal medico al momento della prescrizione e dell'invio al SAC della prescrizione effettuata.

La successiva fase di tracciamento della erogazione delle prestazioni avverrà, nella prima fase di sperimentazione, tramite l'invio tradizionale previsto dal comma 5, e successivamente nella fase di regime in modalità di cooperazione.

La possibilità di comunicazione e cooperazione tra i diversi sistemi gestionali delle SSP in ambito regionale, fornirà l'ulteriore valore aggiunto di eliminare il confinamento dei processi di prescrizione e erogazione nell'ambito della stessa SSP e di estendere i confini della sperimentazione su tutto il territorio regionale (Fase 2), arrivando così alla definizione di un modello per la realizzazione del prototipo di ricetta elettronica (Fase 3)

Il SAC sarà in grado di riconoscere la ricetta attraverso il numero di ricetta elettronica precedentemente fornito e abbinare quindi i dati relativi alla prescrizione con quelli dell'erogazione, fornendo alle ASL e alla regione opportuni prospetti riepilogativi finalizzati al potenziamento del monitoraggio della spesa sanitaria e della appropriatezza prescrittiva.

### FONTI DI VERIFICA (INDICATORI)

I dati acquisiti saranno oggetto di elaborazione ed analisi di confronto e congruenza fra prescritto ed erogato, consultazione dei report informativi periodici e degli indicatori nel Cruscotto Sistema TS

#### **8.4.3. Monitoraggio Tetti di spesa specialistica strutture private convenzionate tramite sistema TS**

### SITUAZIONE ATTUALE

Sono stati definiti tetti sulla spesa specialistica ambulatoriale per le strutture private convenzionate dalle singole aziende sanitarie.

### CRITICITÀ

I tetti sulla spesa specialistica ambulatoriale per le strutture private convenzionate dovrebbero essere stabiliti a livello centrale per tener conto della programmazione regionale complessiva.

### OBIETTIVI

Definire con deliberazione regionale il limite di spesa per l'esercizio 2011 per singola struttura privata convenzionata (Case di cura, centri di riabilitazione, laboratori e strutture specialistiche) entro il quale le ASL provvederanno a stipulare i contratti per disciplina/branca in relazione al fabbisogno.

### AZIONI PROPOSTE

Comunicazione alle ASL, alle strutture private e al Sistema TS dei tetti riferiti ad ogni singola struttura definiti con deliberazione regionale.

Si propone, in previsione della pubblicazione del nuovo nomenclatore ambulatoriale tariffario regionale di rivedere, prima della definizione dei tetti di spesa, le modalità di applicazione dello sconto sulle prestazioni erogate da soggetti privati, in applicazione della l. 296/2006.

### RISVOLTI ORGANIZZATIVI E REGOLE

Definire il limite di spesa per singola struttura privata convenzionata per il triennio 2011-2013 consentirebbe al sistema maggiori garanzie (vedere capitolo su "Acquisto prestazioni da privato").

### RISVOLTI ECONOMICI

Definire una percentuale (5%) in diminuzione sul valore totale dell'anno 2010.  
Rideterminazione sconto l. 296/2006.

### FONTI DI VERIFICA (INDICATORI)

utilizzo degli indicatori del Cruscotto del Sistema TS al fine del contenimento della spesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate dalle strutture private convenzionate nei tetti stabiliti per singola struttura.

#### **8.4.4. DM 11/12/2009 Controllo regionale del diritto all'esenzione per reddito tramite Sistema TS**

L'applicazione delle procedure previste dal succitato decreto ministeriale rende possibile la verifica preventiva delle condizioni di esenzione per motivi di reddito mediante la messa a disposizione delle relative informazioni nel sistema TS.

### SITUAZIONE ATTUALE

Con Determina Dirigenziale n 8 del 10 gennaio 2011, inviata ai Commissari delle ASR, è stato definito il cronoprogramma delle attività per la verifica delle esenzioni, in base al reddito, dalla compartecipazione alla spesa sanitaria, tramite il supporto del Sistema tessera sanitaria.

### CRITICITÀ

Attualmente i controlli vengono effettuati dalle ASL a campione e il recupero dei ticket non incassati presuppone un notevole dispendio di risorse, non sempre a buon fine.

### OBIETTIVI

Il sistema ha l'obiettivo di garantire le entrate relative alla compartecipazione dovuta dai cittadini, il controllo viene effettuato su tutti i cittadini che si avvalgono del diritto all'esenzione dall'Agenzia delle Entrate liberando le ASL dall'attività di verifica.

### AZIONI PROPOSTE

L'attuale normativa regionale utilizza per le esenzioni in assistenza farmaceutica lo stesso reddito nazionale della specialistica con criteri sulla fascia di età leggermente dissimili (nella assistenza specialistica non sono esenti i cittadini da 6 a 65 anni che nella farmaceutica sono invece esenti). Si propone una deliberazione regionale a cura del Settore Farmaceutico di applicazione dei medesimi criteri di esenzione utilizzati nella specialistica. Ciò consente un controllo univoco da parte dell'Agenzia delle Entrate su entrambe le prescrizioni e un risparmio sulla spesa regionale della farmaceutica.

### RISVOLTI ORGANIZZATIVI E REGOLE

#### **Prescrizioni ricette SSN:**

- entro il 15 marzo 2011 le aziende sanitarie locali, in collaborazione con la regione dovranno completare l'attività di formazione/informazione a MMG/PLS, operatori sanitari, cittadini sull'implementazione e diffusione della presente procedura;
- entro il 31 marzo 2011 le aziende sanitarie locali dovranno, utilizzando gli archivi MEF in loro possesso, completare la distribuzione, su supporto elettronico o cartaceo, a tutti i medici prescrittori degli elenchi delle posizioni di esenzione per reddito dei loro assistiti. Gli elenchi sono altresì a disposizione, con possibilità di estrazione, dei medici prescrittori muniti delle credenziali di accesso al sistema TS. L'accesso alle informazioni presenti in tali elenchi è, inoltre, possibile attraverso l'utilizzo della funzionalità "Ricetta elettronica via web" presente sul sistema TS;
- dal 1 aprile 2011 tutti i medici prescrittori dovranno utilizzare le procedure di cui all'art. 1 del DM 11.12.2009.

### PRESCRIZIONI RICETTE NO SSN (AUTOIMPEGNATIVE)

- entro il 31 marzo 2011 CSI Piemonte mette a disposizione di tutte le ASR nel sistema web dell'Anagrafe AURA l'elenco degli assistiti in posizione di esenzione inviato dall'Agenzia delle Entrate;
- dal 1 aprile 2011 tutti i medici prescrittori dipendenti ospedalieri dovranno utilizzare le procedure di cui all'art. 1 del DM 11.12.2009.

### RISVOLTI ECONOMICI

Aumento delle entrate delle ASR relative alla compartecipazione dei cittadini alla spesa.

### FONTI DI VERIFICA (INDICATORI)

consultazione dei report informativi periodici e degli indicatori nel Cruscotto Sistema TS, quadratura con i conti di ricavo del Conto Economico.

### **8.5. Sperimentazione gestionali**

Attualmente in regione Piemonte sono in atto due sperimentazioni gestionali:

- Centro Ortopedico di Quadrante
- Hopital du Piemont

Per quanto riguarda la prima è prevista la conclusione della sperimentazione ai sensi dell'articolo 18 della Legge Regionale n. 25 del 27 dicembre 2010. Per la seconda è allo studio una proposta di aggregazione tra strutture che determina la conclusione della sperimentazione e la conseguente destinazione all'attività ordinaria.

**H. LE MANOVRE 2011-2012**

<b>Manovre sui costi</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
<b>Personale</b>	<b>73.814</b>	<b>110.409</b>
Azione 2.2 - blocco prestazioni aggiuntive per il personale dipendente	6.000	6.000
Azione 2.3 - parziale blocco turn over personale dipendente	32.000	54.657
Azione 2.5 - mancata attivazione nuovi servizi a gestione diretta	35.814	49.752
<b>IRAP</b>	<b>6.108</b>	<b>8.774</b>
Irap	4.372	5.958
Conseguenza manovre 2.5	1.736	2.816
<b>Altre componenti di spesa</b>	<b>25.840</b>	<b>25.840</b>
Azione 2.4 - riduzione costo altre forme di acquisizione del personale	25.840	25.840
<b>Prodotti farmaceutici</b>	<b>14.440</b>	<b>28.700</b>
azione 4.1- appropriatezza farmaci oncologici di alto costo	2.900	3.500
azione 4.2- centralizzazione in farmacia delle preparazioni antitumorali	1.900	3.800
azione 4.3- unificazione procedure di gare	0	10.000
azione 4.4- ottimizzazione d'uso farmaci stimolanti e eritropoiesi	600	1.100
azione 4.5- ottimizzazione d'uso farmaci stimolanti eritropoiesi-pazienti oncologici	2.400	3.200
azione 4.6- razionalizzazione d'utilizzo farmaci per ipertensione arteriosa polmonare	660	800
azione 4.7- monitoraggio appropriatezza immunoglobuline endovena	1.580	1.900
Azione 3.2- ridefinizione oneri farmacie per distruzione in nome e per conto	4.400	4.400
<b>Altri Beni e servizi</b>	<b>84.944</b>	<b>60.700</b>
Azione 6.2.1- introduzione SW di semantica	500	1.500
Azione 6.1 Indicazione alle aziende relative alle modalità di acquisto	64.044	20.000
Azione 6.2 /6.3- centralizzazione procedure acquisto/tetti di spesa (dispositivi medici, ausili protesici..)	2.500	9.500
Azione 1.5.1- riorganizzazione reti di laboratorio	10.000	20.000
Azione 1.5.2- riorganizzazione laboratori, appropriatezza	7.000	8.500
Azione 1.6.1.-1.6.2- rete della diagnostica riorganizzazione, appropriatezza prescrittiva	900	1.200

<b>Farmaceutica convenzionata</b>	<b>5.900</b>	<b>7.700</b>
Azione 3.1 revisione prontuario terapeutica regionale	4.200	4.200
Azione 3.3 appropriatezza prescrittiva	1.300	3.100
Azione 3.4 appropriatezza prescrittiva in dimissione ospedaliera	400	400
<b>Assistenza specialistica da privato</b>	<b>23.566</b>	<b>38.404</b>
Azione 7.1 Definizione contratti con gli erogatori privati.	23.566	38.404
<b>Assistenza riabilitativa da privato</b>	<b>3.951</b>	<b>8.950</b>
Azione 7.1 Indicazione alle aziende relative alle modalità di acquisto (tetto di spesa)	3.951	8.950
<b>Assistenza protesica da privato</b>	<b>20.000</b>	<b>30.000</b>
Azione 5.1 Appropriata prescrizione e di utilizzo		
Azione 5.2 Implementazione S.I.		
Azione 5.3 Centralizzazione acquisti		
Azione 5.4 Riorganizzazione dei servizi		
<b>Assistenza ospedaliera da privato</b>	<b>44.816</b>	<b>55.712</b>
Azione 7.1 Definizione contratti con gli erogatori privati.	44.816	55.712
<b>Altra assistenza da privato</b>	<b>2.400</b>	<b>19.146</b>
Azione 7.1 Indicazione alle aziende relative alle modalità di acquisto (tetto di spesa)	2.400	19.146
<b>Assistenza da pubblico</b>	<b>10.480</b>	<b>18.327</b>
Azione 7.1 Indicazione alle aziende relative alle modalità di acquisto (tetto di spesa)	10.480	18.327
<b>Accantonamenti</b>		<b>(20.000)</b>
<b>Totale</b>	<b>316.259</b>	<b>392.662</b>

**I. IL CONTO ECONOMICO PROGRAMMATICO 2011-2012**

	<b>Pre- Consuntivo</b>	<b>Programmato</b>	<b>Programmato</b>
<b>Aggregati di voci</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
Contributi indistinti	7.752.167	7.818.791	7.990.023
Quota parte della manovra naz.le 2011-12 di 834 milioni (5/12) già finanziata.		26.250	26.250
Quota parte della manovra naz.le 2011-12 di 834 milioni (7/12) da finanziare.		36.750	36.750
Fondo regionale integrazione fondo	400.000	250.000	200.000
Altri contributi da pubblico	47.328	37.000	35.000
Contributi da privato	4.663	5.000	5.000
Ricavi prestazioni sanitari da pubblico	5.148	6.776	6.776
Ricavi prestazioni sanitari da privati	23.884	25.299	25.299
Concorso recupero	60.480	54.394	54.394
Compartecipazioni	111.626	114.780	114.780
Entrate varie	41.781	28.533	28.533
<b>Totale entrate</b>	<b>8.447.077</b>	<b>8.403.573</b>	<b>8.522.805</b>
Personale	(2.976.277)	(2.944.331)	(2.923.155)
Irap	(213.960)	(209.587)	(208.001)
Altre componenti di spesa	(293.750)	(263.250)	(272.396)
Prodotti farmaceutici	(613.281)	(608.841)	(607.047)
Altri Beni e servizi	(1.365.251)	(1.354.351)	(1.426.606)
Medicina di base	(475.521)	(477.051)	(479.436)
Farmaceutica convenzionata	(774.537)	(742.637)	(740.837)
Assistenza specialistica da privato	(283.399)	(273.205)	(273.205)
Assistenza riabilitativa da privato	(134.435)	(136.000)	(137.997)
Assistenza protesica da privato	(200.870)	(186.198)	(176.982)
Assistenza ospedaliera da privato	(567.570)	(534.378)	(534.378)
Altra assistenza da privato	(465.227)	(483.412)	(490.986)
Assistenza da pubblico	(139.314)	(143.863)	(145.500)
Mobilità passiva intraregionale	-	-	-
Accantonamenti	(4.840)	(13.098)	(33.098)
Interessi e altro	(35.008)	(36.425)	(36.508)
Saldo poste straordinarie	82.075	11.770	11.842
Saldo intramoenia	8.075	7.491	7.491
<b>Totale uscite</b>	<b>(8.453.090)</b>	<b>(8.387.366)</b>	<b>(8.466.799)</b>
<b>Saldo</b>	<b>(6.013)</b>	<b>16.207</b>	<b>56.006</b>

**J. LA PROGRAMMATICO 2011-2012**

Euro milioni	Preconsuntivo 2010		Programmatico 2011		Programmatico 2012	
Collettiva	384 (*)	4,3%	365	4,1%	370	4,1%
Distrettuale	4.760	52,9%	4.691	53,1%	4.737	53,1%
Ospedaliera	3.848	42,8%	3.784	42,8%	3.811	42,7%
<b>Totale</b>	<b>8.992</b>	<b>100%</b>	<b>8.840</b>	<b>100%</b>	<b>8.918</b>	<b>100%</b>

(\*) Questo valore, in crescita rispetto all'anno precedente, comprende una maggiore spesa per i vaccini (in particolare H1N1, HPV ed Esavalenti).

Lo sviluppo per sottolivello assistenziale è riportato nell'**allegato 4**.

Il modello LA rispetto al modello CE della pagina precedente include:

- Mobilità passiva extraregionale
- Costi straordinari (riportati a saldo con i ricavi straordinari nella voce saldo poste straordinarie)
- Costi non monetari (ammortamenti, svalutazioni ...)

Il modello non include, invece, il costo per la compartecipazione all'attività libera professionale (il saldo tra ricavi e costi di tale attività è riportato nella voce "Saldo intramoenia").

Una riduzione superiore della spesa del livello assistenziale ospedaliero è attesa dopo il 2012 a seguito del riordino della rete sanitaria regionale che vedrà spostare maggiormente sulla distrettuale, a scapito della ospedaliera, le relative spese assistenziali.

