

Deliberazione della Giunta Regionale 30 dicembre 2013, n. 25-6992

Approvazione Programmi Operativi 2013-2015 predisposti ai sensi dell'art. 15, comma 20, del D.L. n. 95/2012 convertito, con modificazioni, in legge n. 135/2012.

A relazione dell'Assessore Cavallera:

Con DGR 1-415 del 2 agosto 2010 è stato approvato l'Accordo fra la Regione Piemonte, il Ministero dell'Economia e delle Finanze ed il Ministero della Salute inerente il Piano di rientro di riqualificazione e riorganizzazione e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico (Piano di rientro) 2010-2012, ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311.

L'Accordo è stato sottoscritto il 29.07.2010 e successivamente integrato dall'Addendum di cui alle DD.G.R. n. 44-1615 del 28.02.2011 e n. 49-1985 del 29.04.2011.

Il Piano di rientro 2010-2012 ed il suo Addendum, sulla base della ricognizione delle cause che hanno determinato strutturalmente eccessivi oneri di gestione per il SSR, ha individuato e affrontato selettivamente le diverse problematiche emerse, incidendo sui diversi fattori di spesa e specificando gli obiettivi di contenimento, le singole azioni concretamente realizzabili per il raggiungimento degli obiettivi medesimi e l'impatto finanziario correlato.

Ai sensi dell'art. 15, comma 20, del D.L. n. 95/2012 - convertito, con modificazioni, in legge n. 135/2012 - la Regione, in esito alle valutazioni emerse in sede di tavolo ministeriale di verifica sull'attuazione del PRR, data la necessità di non compromettere l'attribuzione in via definitiva delle risorse finanziarie, in termini di competenza e di cassa, condizionate alla piena attuazione del Piano di rientro stesso, ha predisposto i Programmi operativi per il triennio 2013-2015.

I Programmi Operativi 2013-2015 intendono proseguire e rafforzare l'azione di controllo della spesa sanitaria già intrapresa dalla Regione con il sopracitato PRR, continuando a garantire i Livelli Essenziali di Assistenza, attraverso tre "categorie" di interventi, tra loro fortemente correlati:

- dotare il SSR di strumenti in grado di garantirne il governo complessivo, semplificando la "catena di comando";
- implementare le azioni "strutturali" nei confronti del SSR, in grado di assicurare nel tempo la sua sostenibilità;
- proseguire il percorso già avviato e relativo allo sviluppo di azioni di efficientamento del sistema, con la finalità di contenere i costi attraverso meccanismi di razionalizzazione nell'uso delle risorse.

La Regione, in data 10.05.2013, ha trasmesso al Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali, la proposta di Programmi Operativi 2013-2015 (prot. n. 80_13 del 10.05.2013) predisposta ai sensi del citato art. 15, comma 20, del D.L. 95/2012, corredata dagli allegati CE Ministeriali e Modelli LA.

In data 5.07.2013, in esito alle osservazioni sulla bozza dei PP.OO. evidenziate dal Ministero della Salute nel corso dell'incontro tenutosi in data 21.06.2013, con particolare riferimento agli aspetti relativi all'area assistenziale, ha trasmesso un aggiornamento sulla proposta di PP.OO. 2013-2015 (prot. n. 134_13 del 5.07.2013).

In data 23.07.2013 il Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali ed il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza hanno evidenziato ulteriori criticità ed hanno richiesto alla Regione di ritrasmettere, entro il 10.09.2013, una nuova bozza di PP.OO. 2013-2015, che recepisce quanto indicato nel verbale.

La Regione ha trasmesso, entro il termine sopra indicato, una nuova bozza di PP.OO. 2013-2015 (prot. 163_2013 del 10.09.2013), corredata dei modelli CE e LA tendenziali e programmatici e del relativo cronoprogramma di attuazione, nella quale, premessi alcuni indicatori demografici e socio-sanitari, vengono trattati lo stato di attuazione del precedente Piano di Rientro 2010-2012 e le modalità di costruzione dei livelli tendenziali dei ricavi e dei costi; vengono inoltre illustrate le linee di intervento regionali e il relativo impatto economico.

In data 13.11.2013 il Tavolo tecnico ed il Comitato hanno verificato la nuova bozza dei Programmi Operativi 2013-2015 trasmessa dalla Regione e, all'esito della riunione, hanno disposto che la Regione può procedere all'adozione formale del provvedimento, con delibera di Giunta regionale, che recepisca integralmente le prescrizioni riportate nel verbale della riunione stessa, dando altresì atto della coerenza di tali Programmi con il PSSR 2012-2015;

ritenuto, con il presente provvedimento, di procedere, in conformità alle indicazioni del Tavolo tecnico e del Comitato, all'approvazione dei Programmi Operativi 2013-2015, corredata dei modelli CE e LA tendenziali e programmatici e del relativo cronoprogramma di attuazione, predisposti ai sensi dell'art. 15, comma 20, del D.L. n. 95/2012 convertito, con modificazioni in legge n. 135/2012, nell'ambito dei quali sono state integralmente recepite le prescrizioni specificamente dettagliate nel citato verbale del Tavolo e del Comitato datato 13.11.2013, vengono allegati al presente provvedimento a farne parte integrante e sostanziale (Allegato A);

visto il Decreto Legge 98/2011 "Disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria" così come convertito con legge 15/07/2011 n. 111;

visto il D.Lgs 118/2011 "Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 05/05/2009, n.42." e s.m.i.;

visto il Decreto Legge 95/2012 "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini", convertito con Legge 7/8/2012 n. 135;

vista la Legge 158/2012 (cd DL Balduzzi), fermo restando il necessario adeguamento alle disposizioni della Legge 189/2012 (di cui all'art.16 del 158/2012);

vista la Legge 228/2012 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato" (Legge di stabilità 2013), e ulteriori normative richiamate nel seguito del documento;

vista la Legge regionale 18/01/1995, n. 8 Finanziamento, gestione patrimoniale ed economico finanziaria delle Unità Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere;

vista la Legge regionale 24/01/1995, n. 10 Ordinamento, organizzazione e funzionamento delle Aziende Sanitarie Regionali;

vista Legge regionale 04/09/1996, n. 69 Modifiche alla legge regionale 18/01/1995, n. 8: 'Finanziamento, gestione patrimoniale ed economico-finanziaria delle Unità sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere';

vista la Legge regionale 06/08/2007, n. 18 Norme per la programmazione socio-sanitaria e il riassetto del servizio sanitario regionale;

vista la Legge regionale 18/02/2010, n. 10 Servizi domiciliari per persone non autosufficienti;

vista la Legge regionale 28/03/2012, n. 3 Disposizioni in materia di organizzazione del Sistema sanitario regionale;

vista la DCR n. 167 – 14087 “Approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2015 ed individuazione della nuova azienda ospedaliera Città della Salute e della Scienza di Torino e delle Federazioni sovrazonali”;

vista la Legge regionale 7/05/2013 n. 8 “Legge finanziaria per l’anno 2013”;

vista la Legge regionale 7/05/2013 n. 9 “Bilancio di previsione per l'anno finanziario 2013 e bilancio pluriennale per gli anni finanziari 2013-2015”;

la Giunta Regionale all’unanimità,

delibera

per le motivazioni di cui alle premesse:

□ di approvare i Programmi Operativi 2013-2015, corredati dei modelli CE e LA tendenziali e programmatici e del relativo cronoprogramma di attuazione, predisposti ai sensi dell’art. 15, comma 20, del D.L. n. 95/2012 convertito, con modificazioni, in legge n. 135/2012, nell’ambito dei quali sono state integralmente recepite le prescrizioni specificamente dettagliate nel verbale del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali e del Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza del 13.11.2013, che vengono allegati al presente provvedimento a farne parte integrante e sostanziale (Allegato A).

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell’art. 61 dello Statuto e dell’art. 5 della L.R. 22/2010.

(omissis)

Allegato



Regione Piemonte

Programmi Operativi per il triennio 2013 – 2015

Indice

Premessa e quadro normativo	9
1. Area: Analisi di contesto e definizione dello scenario regionale	11
1.1 Indicatori demografici, sociosanitari e struttura della popolazione	11
1.2 Il Piano di rientro e i Programmi operativi: risultati conseguiti negli anni 2010-2012	15
1.3 Tenzionali e programmatici 2013-2015	19
1.4 Sintesi delle manovre	29
2. Area: Governo del Sistema	33
Programma 1: Governance del PO	33
Intervento 1.1: Individuazione della struttura regionale che sovrintende all'attuazione dell'intero Programma Operativo con specificazione delle strutture ad essa subordinate.	34
Intervento 1.2: Potenziamento dell'attività di monitoraggio del Programma Operativo	35
Azione 1.2.1: Implementazione del monitoraggio contabile e gestionale	35
Azione 1.2.2: Messa a punto dei flussi informativi	36
Azione 1.2.3: Potenziamento della struttura amministrativa della Direzione Sanità	36
Intervento 1.3: Azioni volte a favorire una più stringente attività di supporto alla struttura che sovrintende all'attuazione dell'intero Programma Operativo da parte di enti strumentali della regione per il Servizio sanitario regionale	38
Intervento 1.4: Governance dei rapporti con gli organi istituzionali della regione con riferimento alla coerenza degli atti da questi assunti con gli obiettivi del Programma Operativo / rimozione provvedimenti in contrasto con il Programma Operativo	39
Intervento 1.5: Responsabilizzazione delle ASR relativamente all'attuazione del Programma Operativo 2013-2015	40
Intervento 1.6: Azioni volte ad una maggiore razionalizzazione, omogeneizzazione ed integrazione dei sistemi informativi aziendali con i sistemi centrali.	40
Azione 1.6.1: Progetto di unificazione dei sistemi amministrativi/contabili su scala regionale	41
Programma 2: Attuazione del decreto legislativo n. 118/2011	42
Intervento 2.1: Individuazione della struttura responsabile dell'attuazione del decreto legislativo 118/2011 nell'ambito del Programma Operativo (indicare se coincidente con il responsabile della GSA).	42
Intervento 2.2: Azioni di monitoraggio dell'effettiva attuazione del decreto legislativo 118/2011	43
Intervento 2.3: Realizzazione e implementazione di specifici flussi informativi dedicati alla effettiva attuazione del decreto legislativo 118/2011	45
Intervento 2.4: Redazione periodica di un rapporto concernente lo stato di trasferimento alla GSA e alle aziende sanitarie di competenza e di cassa delle risorse destinate al SSR	46
Programma 3: Certificabilità dei bilanci del SSR	48
Intervento 3.1: Individuazione della struttura responsabile della definizione e dell'attuazione del Percorso attuativo della certificabilità (PAC)	48
Intervento 3.2: Rispetto di quanto previsto dal PAC	49
Programma 4: Flussi informativi	51
Intervento 4.1: Individuazione di una funzione dedicata di raccordo e coordinamento per tutti i flussi informativi di riferimento	52

Azione 4.1.1: Riorganizzazione finalizzata alla funzione di raccordo e coordinamento per i flussi informativi	52
Azione 4.1.2: Progettazione, programmazione e realizzazione di un intervento di informazione/formazione	53
Azione 4.1.3: Progettazione e avvio della re-ingegnerizzazione degli strumenti e delle architetture dei sistemi	54
Intervento 4.2: Flussi informativi (NSIS) consolidati	54
Azione 4.2.1: Calendarizzazione invii dei flussi istituzionali	55
Azione 4.2.2: Monitoraggio più puntuale del fenomeno dell'extra competenza	55
Azione 4.2.3: Diffusione di strumenti di monitoraggio dei diversi flussi	55
Azione 4.2.4: Redazione di un manuale di qualità sui flussi istituzionali	56
Azione 4.2.5: Flusso SDO ed introduzione controllo CF	56
Azione 4.2.6: Flusso DD (che include DD e DPC)	56
Azione 4.2.7: Presidio diretto del Flusso CO (Consumi Ospedalieri)	57
Azione 4.2.8: Attività di tuning sul Flusso FAR e sul Flusso SIAD	57
Azione 4.2.9: Consolidamento del modello di gestione del Flusso EMUR/118-PS	58
Azione 4.2.10: Raccordo tra Flusso FIM regionale e MRA	58
Azione 4.2.11: Archivi centrali AURA, OPESSAN e ARSE	58
Intervento 4.3: Realizzazione e implementazione dei nuovi flussi informativi del NSIS	60
Azione 4.3.1: Flusso DM (Dispositivi Medici)	60
Azione 4.3.2: SIND - Messa a regime delle componenti applicative per la raccolta del dato	60
Azione 4.3.3: Miglioramento della qualità del dato SIMES 009-2010 e 2011 ed invio dati esercizio 2012	61
Azione 4.3.4: Flusso SISM	61
Azione 4.3.5: Flusso Hospice	61
Intervento 4.4: Progetto Tessera Sanitaria	62
Azione 4.4.1: Dematerializzazione delle ricette (Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 02.11.2011)	62
Azione 4.4.2: Monitoraggio invio art. 50 legge 326/2003	63
Azione 4.4.3: Controllo esenzioni da reddito come da DM 11/12/2009	63
Intervento 4.5: Progetto Fascicolo Sanitario Elettronico	64
Azione 4.5.1: Predisposizione ed invio della documentazione progettuale	65
Azione 4.5.2: Estensione del servizio su scala regionale	65
Intervento 4.6: Progetto CUP Unico Provinciale	65
Azione 4.6.1: Predisposizione delle specifiche tecniche e funzionali del CUP unico provinciale	66
Azione 4.6.2: realizzazione del Progetto CUP unico delle Provincie di Torino, Novara ed Alessandria	66
Valorizzazione Programma 4: Flussi informativi	67
Intervento 4.4: Progetto Tessera Sanitaria	67
Azione 4.4.3: Controllo esenzioni da reddito come da DM 11/12/2009	67
Programma 5: Accredimento	68
Intervento 5.1: Processo di accredimento istituzionale	69
Azione 5.1.1: Individuazione del fabbisogno di prestazioni per tutte le tipologie assistenziali (sanitarie e sociosanitarie)	69
Azione 5.1.2: Definizione/aggiornamento dei requisiti autorizzativi e delle procedure per l'autorizzazione	70
Azione 5.1.3: Revisione ed aggiornamento dei requisiti per l'accrimento istituzionale	70
Programma 6: Contabilità analitica	72
Intervento 6.1: Coerenza del piano dei centri di costo con la struttura organizzativa	73
Intervento 6.2: Coerenza del piano dei centri di costo con il piano dei conti	74
Intervento 6.3: Gradi di utilizzo della contabilità analitica	75
Intervento 6.4: Quadratura con la contabilità generale e capacità di motivare adeguatamente le squadrature	76
Intervento 6.5: Capacità di codificare e quantificare gli scambi interni	76

Intervento 6.6: Utilizzo della contabilità analitica ai fini della predisposizione dei modelli di rilevazione LA	77
Intervento 6.7: Potenziamento della capacità di traduzione dei dati economici per natura in dati economici per destinazione, al fine di consolidare/implementare l'utilizzo della contabilità analitica a supporto delle attività di programmazione e di controllo regionale e aziendale	78
Programma 7: Rapporti con gli erogatori	81
Intervento 7.1: Ricognizione e rimodulazione delle tariffe	82
Azione 7.1.1: Ricognizione e rimodulazione tariffe assistenza ospedaliera e specialistica	82
Azione 7.1.2: Ricognizione e rimodulazione tariffe assistenza socio-sanitaria	83
Intervento 7.2: Individuazione delle funzioni assistenziali di cui al d.lgs. 502/92, con indicazione dei criteri di calcolo della relativa assegnazione economica	87
Intervento 7.3: Compartecipazione alla spesa socio-sanitaria	87
Intervento 7.4: Programma dei controlli di appropriatezza	88
Azione 7.4.1 Area radiologica	88
Azione 7.4.2 Appropriatezza nel settore della riabilitazione	89
Azione 7.4.3 Programma dei controlli di congruenza tra cartella clinica e SDO	90
Intervento 7.5: Piano delle prestazioni	91
Intervento 7.6: Rapporti con gli erogatori privati accreditati	91
Azione 7.6.1: Tetti di spesa e stipula contratti per tutte le tipologie assistenziali coerentemente con quanto disposto dal D.L. 95/2012	91
Azione 7.6.2: Schema tipo di accordo, che preveda l'indicazione delle modalità di controllo delle prestazioni erogate (anche tramite il Sistema Tessera Sanitaria) e della relativa remunerazione	94
Intervento 7.7: Sperimentazioni gestionali	94
Intervento 7.8: Rapporti con le Università pubbliche: sottoscrizione dei protocolli di intesa	97
Valorizzazione Programma 7: Rapporti con gli erogatori	99
Intervento 7.1: Ricognizione e rimodulazione delle tariffe	99
Azione 7.1.1: Ricognizione e rimodulazione tariffe assistenza ospedaliera e specialistica	99
Intervento 7.2: Individuazione delle funzioni assistenziali di cui al d.lgs. 502/92, con indicazione dei criteri di calcolo della relativa assegnazione economica	99
Intervento 7.6: Rapporti con gli erogatori privati accreditati	101
Azione 7.6.1: tetti di spesa e stipula contratti per tutte le tipologie assistenziali coerentemente con quanto disposto dal DL 95/2012;	101
Programma 8: Formazione e comunicazione ai cittadini	103
Intervento 8.1: Formazione del personale	103
Azione 8.1.1: Formazione del personale	103
Azione 8.1.2: Strumenti di valutazione dei dirigenti medici e sanitari	104
Intervento 8.2: Promozione della carta dei servizi	105
Intervento 8.3: Attivazione di azioni finalizzate alla rilevazione sistematica della qualità percepita dagli utenti/cittadini	106
Intervento 8.4: Piano di formazione aziendale per la sicurezza dei pazienti (Root cause analysis, Audit Clinico)	107
3. Area: Razionalizzazione dei fattori produttivi	111
Programma 9: Razionalizzazione spesa	111
Intervento 9.1: Pianificazione poliennale degli acquisti – Analisi e governo dei fabbisogni	111
Intervento 9.2: Aspetti organizzativi e logistici dei processi di acquisto	113
Azione 9.2.1: Unificazione anagrafica prodotti	113
Azione 9.2.2: Integrazione delle reti logistiche	114
Intervento 9.3: Centralizzazione degli acquisti – Attivazione di sistemi di e-procurement regionali – Adesione a Consip	115
Intervento 9.4: Riorganizzazione e potenziamento dei sistemi di controllo e monitoraggio della spesa sanitaria	117

Azione 9.4.1: Riorganizzazione e potenziamento dei sistemi di controllo e monitoraggio della spesa sanitaria	117
Intervento 9.5: Attuazione della normativa nazionale in materia di beni e servizi (DL 98/2011 e DL 95/2012)	118
Intervento 9.6: Assistenza farmaceutica: distribuzione diretta e per conto	121
Azione 9.6.1: Assistenza farmaceutica: distribuzione diretta e per conto	121
Azione 9.6.2: Implementazione della distribuzione diretta di farmaci in dimissione a seguito di ricovero e di visita specialistica ambulatoriale	122
Azione 9.6.3: Modalità di approvvigionamento farmaci	122
Intervento 9.7: Health Technology Assessment	123
Azione 9.7.1: Dispositivi medici	123
Azione 9.7.2: Apparecchiature biomediche	124
Azione 9.7.3: Istituzione del "Piano Regionale delle Tecnologie biomediche" (PRTB)	125
Azione 9.7.4: Unificazione dei sistemi informativi/ci per il monitoraggio della dotazione di tecnologie biomediche e dei relativi costi di manutenzione o gestione	125
Azione 9.7.5: Razionalizzazione della gestione dei servizi manutentivi delle tecnologie biomediche	126
Intervento 9.8 Efficientamento e razionalizzazione delle risorse energetiche	126
Valorizzazione Programma 9:Razionalizzazione della spesa	128
Intervento 9.3: Centralizzazione degli acquisti – Attivazione di sistemi di e-procurement regionali – Adesione a Consip	128
Intervento 9.5: Attuazione della normativa nazionale in materia di beni e servizi (DL 98/2011 e DL 95/2012)	131
Intervento 9.6: Assistenza farmaceutica: distribuzione diretta e per conto	131
Azione 9.6.1: Assistenza farmaceutica: distribuzione diretta e per conto	131
Azione 9.6.2: Implementazione della distribuzione diretta di farmaci in dimissione a seguito di ricovero e di visita specialistica ambulatoriale	131
Programma 10: Gestione del personale	133
Intervento 10.1: Contenimento della spesa per il personale	134
Azione 10.1.1:Regolamenti per la mobilità	134
Azione 10.1.2: Attività libero professionale intramuraria e monitoraggio sui volumi di attività intramoenia in rapporto con i volumi di attività istituzionale.	135
Azione 10.1.3: Fondi contrattuali - Applicazione delle disposizioni di cui all'art. 9, comma 2 – bis del d.l. n. 78/2010 e relativa circolare MEF n. 12/2011	136
Azione 10.1.4: Contenimento della spesa per il personale 2010-2015	137
Azione 10.1.5: Riduzione delle consulenze e delle prestazioni aggiuntive	144
Azione 10.1.6: Riduzione della spesa per SUMAI	145
Valorizzazione PO 10: Gestione del personale	146
Intervento 10.1:Contenimento della spesa per il personale	146
Azione 10.1.4: Contenimento della spesa per il personale	146
Azione 10.1.5: riduzione delle consulenze e delle prestazioni aggiuntive	147
Azione 10.1.6: Riduzione della spesa per SUMAI	149
4. Area "Livelli Essenziali di assistenza"	150
4.1. "Prevenzione"	150
Programma 11: Sanità pubblica	150
Intervento 11.1: Azioni coerenti con il Piano nazionale di Prevenzione.	150
Intervento 11.2: Qualificazione dei Programmi di screening (oncologici, malattie infettive, etc.) e adeguamento degli screening aziendali agli standard nazionali.	150
Intervento 11.3: Prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro.	150
Programma 12: Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare	150

Intervento 12.1: Riorganizzazione e riqualificazione del “nodo” regionale.	150
Intervento 12.2: Coerenza delle linee di attività programmate a livello regionale con quelle riportate nel Piano Nazionale Integrato 2011-2014.	150
Intervento 12.3: Definizione di un piano regionale integrato dei controlli ufficiali, o il suo eventuale aggiornamento con tutte le linee di attività previste dalla pianificazione nazionale.	150
Intervento 12.4: Miglioramento della rete dei laboratori, con ampliamento del bacino di metodiche accreditate a supporto delle attività regionali di controllo ufficiale, riducendo l’aggravio sui soggetti extraregionali.	150
Intervento 12.5: Assegnazione di obiettivi ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali, con ribaltamento a cascata su tutta la struttura operativa.	150
Intervento 12.6: Adozione e attuazione di un sistema di audit sulle Autorità Competenti, nonché implementazione di piano di formazione per le stesse, che investa tutti gli attori del controllo ufficiale, sul pacchetto igiene.	150
Programma 13: Reti assistenziali per intensità di cure	150
Intervento 13.1: Individuazione dei presidi secondo il modello Hub & Spoke secondo la logica dell’intensità delle cure (es. rete trauma, oncologia, ictus, trapianti); relativa individuazione dei Centri di riferimento.	150
Azione 13.1.1: Rete per il trattamento delle patologie cardiovascolari acute	150
Azione 13.1.2: Rete per il trattamento dell’ictus	150
Azione 13.1.3: Rete per il trattamento dei pazienti politraumatizzati	150
Azione 13.1.4: Rete oncologica	150
Azione 13.1.5: La rete regionale di donazione e di trapianto di organi, tessuti e cellule	150
Azione 13.1.6: Rete regionale di Allergologia	150
Intervento 13.2: Definizione dei percorsi di cura, nonché dei percorsi diagnostico terapeutici relativi ad alcune aree di particolare interesse, in aggiunta all’area oncologica e cardiovascolare, che prevedano la integrazione ospedale/territorio.	150
Azione 13.2.1: PDTA - Oncologia	150
Azione 13.2.2: PDTA – Cardiovascolare	150
Azione 13.2.3: PDTA - Ambulatoriale Diabete Mellito	150
Programma 14: Riequilibrio Ospedale-Territorio	150
Intervento 14.1: Rete ospedaliera e riconversioni	150
Azione 14.1.1: Ridefinizione della rete ospedaliera acuti e post-acuti	150
Azione 14.1.2: Riconversione delle strutture ospedaliere di piccole dimensioni o con ridotta attività	150
Azione 14.1.3: Emanazione o aggiornamento delle linee guida regionali per l’adozione degli atti aziendali	150
Intervento 14.2: Cure palliative e terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico	150
Azione 14.2.1: Cure Palliative e terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico	150
Intervento 14.3: Assistenza primaria	150
Azione 14.3.1: Unità di cure primarie e studi multiprofessionali e Accordi con MMG/PLS: individuazione o rimodulazione delle forme di associazionismo	150
Azione 14.3.2 Il Centro di Assistenza Primaria (CAP)	150
Azione 14.3.3: Presidi residenziali di assistenza primaria	150
Azione 14.3.4: Assistenza specialistica ambulatoriale.	150
Azione 14.3.5: Piano Regionale di contenimento delle liste di attesa	150
Intervento 14.4: Assistenza territoriale	150
Azione 14.4.1: Riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell’assistenza territoriale per disabili	150
Azione 14.4.2: Riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell’assistenza territoriale per anziani	150
Azione 14.4.3: Riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell’assistenza domiciliare integrata	150
Azione 14.4.4: Riorganizzazione, riqualificazione e implementazione dell’assistenza ai pazienti psichiatrici	150
Azione 14.4.5: Assistenza territoriale ai soggetti tossicodipendenti	150
Azione 14.4.6: Assistenza territoriale ai soggetti minori	150

Valorizzazione Programma 14: Riequilibrio Ospedale-Territorio	150
Intervento 14.1: Rete ospedaliera e riconversioni	150
Azione 14.1.2: Riconversione delle strutture ospedaliere di piccole dimensioni o con ridotta attività	150
Intervento 14.3: Assistenza primaria	150
Azione 14.3.2 Il Centro di Assistenza Primaria (CAP)	150
Azione 14.3.3: Presidi residenziali di assistenza primaria	150
Azione 14.3.4: Assistenza specialistica ambulatoriale (riorganizzazione dei laboratori con previsione di forme di accorpamento).	150
Intervento 14.4: Assistenza territoriale	150
Azione 14.4.1: Riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell'assistenza territoriale per disabili	150
Azione 14.4.2: Riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell'assistenza territoriale per anziani	150
Azione 14.4.3: Riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell'assistenza domiciliare integrata	150
Azione 14.4.4: Assistenza territoriale ai soggetti tossicodipendenti	150
Programma 15: Rete Emergenza-Urgenza	150
Intervento 15.1: Programma attuativo per la rete dell'emergenza - urgenza	150
Azione 15.1.1: Programma attuativo per la rete dell'emergenza territoriale	150
Azione 15.1.2: Rete emergenza ospedaliera	150
Programma 16: Sanità penitenziaria	150
Intervento 16.1: Ricognizione procedure di trasferimento delle competenze dal Dipartimento Amministrazione penitenziaria al SSR implementazioni per la tutela della salute in carcere	150
Intervento 16.2: Disattivazione Ospedali psichiatrici giudiziari e individuazione dei percorsi di presa in carico dei relativi pazienti. Risultati programmati	150
Intervento 16.3: Tutela della salute in carcere	150
Programma 17: Assistenza farmaceutica	150
Intervento 17.1: Razionalizzazione spesa farmaceutica ospedaliera	150
Azione 17.1.1: Commissione terapeutica regionale. Revisione del PTOR	150
Azione 17.1.1.2: Azioni tempistica monitoraggio PTA	150
Azione 17.1.2: Razionalizzazione dell'uso del farmaco in ospedale	150
Azione 17.1.3: Progetto dose unica del farmaco (DUF)	150
Intervento 17.2: Razionalizzazione della spesa farmaceutica territoriale	150
Azione 17.2.1: Definizione specifica di percorsi per categorie di farmaci "alto spendenti"	150
Azione 17.2.2: Monitoraggio della attività prescrittiva e incentivi per la prescrizione dei farmaci a brevetto scaduto attraverso il supporto del Sistema Tessera Sanitaria	150
Azione 17.2.2.1. Sintesi delle azioni programmate e monitoraggio delle attività aziendali.	150
Intervento 17.3: Budget dei MMG e dei PLS attraverso il supporto del Sistema Tessera Sanitaria	150
Intervento 17.4: Misure di compartecipazione alla spesa	150
Valorizzazione Programma 17: Assistenza farmaceutica	150
Intervento 17.1: Razionalizzazione spesa farmaceutica ospedaliera	150
Azione 17.1.2: Razionalizzazione dell'uso del farmaco in ospedale	150
Azione 17.1.3: Progetto dose unica del farmaco (DUF)	150
Intervento 17.2: Razionalizzazione della spesa farmaceutica territoriale	150
Azione 17.2.1: Definizione specifica di percorsi per categorie di farmaci "alto spendenti"	150
Azione 17.2.2: Monitoraggio della attività prescrittiva e incentivi per la prescrizione dei farmaci a brevetto scaduto attraverso il supporto del Sistema Tessera Sanitaria	150
Programma 18: Sicurezza e rischio clinico	150
Intervento 18.1: Sicurezza e rischio clinico.	150
Azione 18.1.1: Definizione di un programma regionale articolato nelle dimensioni del Governo Clinico e che contenga anche metodologia e strumenti per la gestione degli eventi avversi.	150

Azione 18.1.2: Monitoraggio dei Piani di miglioramento attuati dalle aziende a seguito dell'occorrenza di eventi sentinella.	150
Azione 18.1.3: Monitoraggio sistematico dell'uso della check list in Sala Operatoria.	150
Azione 18.1.4: Implementazione e monitoraggio della Raccomandazione per la sicurezza nella terapia oncologica.	150
Azione 18.1.5: Previsione dell'inserimento dell'implementazione dei documenti ministeriali sulla qualità e sicurezza dei pazienti (Raccomandazioni, Manuale per la sicurezza in Sala Operatoria) tra i criteri di valutazione dei D.G.	150
Azione 18.1.6: Progetto tematico "Prevenzione delle cadute nelle strutture sanitarie"	150
Azione 18.1.7: Progetto tematico "Sicurezza in sala operatoria"	150
Azione 18.1.8: Progetto tematico "Scheda unica di terapia"	150
Azione 18.1.9: Programma Regionale per l'Emergenza intraospedaliera	150
Azione 18.1.10: Programma per la gestione dei rischi sanitari della responsabilità civile della Regione Piemonte	150
Programma 19: Attuazione del Piano dei pagamenti	150
Intervento 19.1: Attuazione del Piano dei pagamenti	150

Premessa e quadro normativo

Così come previsto dall'articolo 15, comma 20, del DL 95/2012, convertito, con modificazioni dalla legge 135/2012, la prosecuzione dell'azione di controllo della spesa sanitaria, intrapresa con il Piano di riqualificazione del SSR e di riequilibrio economico (Piano di rientro) 2010-2012, sottoscritto il 29/07/2010 (D.G.R. n. 1-415 del 02/08/2010) e integrato da un successivo Addendum (D.G.R. n. 44-1615 del 28/02/2011 e n. 49-1985 del 29/04/2011), nasce dalla necessità di non compromettere l'attribuzione in via definitiva delle risorse finanziarie, in termini di competenza e di cassa, condizionate alla piena attuazione del Piano di rientro stesso.

Il Piano di rientro 2010-2012 ed il suo Addendum, sulla base della ricognizione delle cause che hanno determinato strutturalmente eccessivi oneri di gestione, ha individuato e affrontato selettivamente le diverse problematiche emerse, incidendo sui diversi fattori di spesa e specificando gli obiettivi di contenimento, le singole azioni concretamente realizzabili per il raggiungimento degli obiettivi medesimi e l'impatto finanziario correlato.

Il Programma Operativo 2013-2015 intende proseguire e rafforzare tale azione di controllo della spesa sanitaria, continuando a garantire i Livelli Essenziali di Assistenza, attraverso tre "categorie" di interventi, tra loro fortemente correlati:

- dotare il SSR di strumenti in grado di garantirne il governo complessivo, semplificando la "catena di comando";
- implementare le azioni "strutturali" nei confronti del SSR, in grado di assicurare nel tempo la sua sostenibilità;
- proseguire il percorso già avviato e relativo allo sviluppo di azioni di efficientamento del sistema, con la finalità di contenere i costi attraverso meccanismi di razionalizzazione nell'uso delle risorse.

Il quadro normativo di riferimento, all'interno del quale si sviluppano gli interventi e le azioni descritte nel Programma Operativo 2013-2015, è rappresentato da atti statali:

- Decreto Legge 98/2011 "Disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria" così come convertito con legge 15/07/2011 n. 111;
- D.Lgs 118/2011 "Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 05/05/2009, n.42." e s.m.i.;
- Decreto Legge 95/2012 "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini", convertito con Legge 7/8/2012 n. 135;
- Legge 158/2012 (cd DL Balduzzi), fermo restando il necessario adeguamento alle disposizioni della Legge 189/2012 (di cui all'art.16 del 158/2012);
- Legge 228/2012 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato" (Legge di stabilità 2013), e ulteriori normative richiamate nel seguito del documento;

e da atti regionali:

- Legge regionale 18/01/1995, n. 8 Finanziamento, gestione patrimoniale ed economico finanziaria delle Unità Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere;
- Legge regionale 24/01/1995, n. 10 Ordinamento, organizzazione e funzionamento delle Aziende Sanitarie Regionali;
- Legge regionale 04/09/1996, n. 69 Modifiche alla legge regionale 18/01/1995, n. 8: 'Finanziamento, gestione patrimoniale ed economico-finanziaria delle Unità sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere';
- Legge regionale 06/08/2007, n. 18 Norme per la programmazione socio-sanitaria e il riassetto del servizio sanitario regionale;
- Legge regionale 18/02/2010, n. 10 Servizi domiciliari per persone non autosufficienti;
- Legge regionale 28/03/2012, n. 3 Disposizioni in materia di organizzazione del Sistema sanitario regionale;

- DCR n. 167 – 14087 “Approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2015 ed individuazione della nuova azienda ospedaliera Città della Salute e della Scienza di Torino e delle Federazioni sovrazonali”.
- Legge regionale 7/05/2013 n. 8 “Legge finanziaria per l’anno 2013”;
- Legge regionale 7/05/2013 n. 9 “Bilancio di previsione per l'anno finanziario 2013 e bilancio pluriennale per gli anni finanziari 2013-2015.
- Legge regionale 13/11/2013 n. 20 “Ulteriori modifiche alla legge regionale 6 agosto 2007, n. 18 (Norme per la programmazione socio-sanitaria e il riassetto del servizio sanitario regionale) e disposizioni in materia di trasparenza degli atti delle aziende sanitarie regionali”.

1. Area: Analisi di contesto e definizione dello scenario regionale

1.1 Indicatori demografici, sociosanitari e struttura della popolazione

Lo scenario sanitario

La popolazione residente in Piemonte è di poco più di 4.457.000 persone (di cui il 48,4% uomini e il 51,6% donne). Il 18,9% degli uomini ed il 24,6% delle donne ha più di 65 anni, valori superiori alla media italiana (16,5% per gli uomini e 21,7% per le donne). Le previsioni elaborate dal settore regionale statistica e studi ipotizzano, con riferimento all'anno 2050, una perdita di popolazione regionale di oltre 700.000 abitanti, quando gli ultra sessantacinquenni arriverebbero a costituire oltre un terzo della popolazione. La popolazione si concentra nelle aree più urbanizzate di pianura e di collina vicine ai capoluoghi di provincia, in particolare nelle zone prossime a Torino ed al confine con la Lombardia. Di converso, le zone montane presentano una ridotta densità di popolazione e sono state soggette negli ultimi decenni ad un forte fenomeno di spopolamento. Nelle aree di montagna, oltre che nella città di Torino, la presenza degli anziani è più elevata. L'esposizione degli anziani ai rischi di salute legati all'isolamento sociale è confermata anche dall'elevata concentrazione delle famiglie monocomponente nelle aree montane e pedemontane. La Città di Torino costituisce un caso particolare in cui la presenza di anziani soli si somma a quella di cittadini "single", nell'ambito di un processo di trasformazione dei legami sociali nei contesti urbani. A partire dagli anni '90 diventa sempre più rilevante la presenza di residenti di cittadinanza straniera, passati da rappresentando circa il 10% della popolazione residente.

La natalità

Il tasso di natalità si è attestato a 8,5 per mille abitanti, inferiore sia al dato nazionale sia a quello del Nord-Ovest (entrambi 9,1 per mille). Il numero medio di figli per donna è pari a 1,39 sovrapponibile al dato nazionale (1,42), inferiore a quello del Nord-Ovest (1,45). L'età media delle donne che partoriscono in Piemonte è aumentata nel corso degli anni, passando dai 27,2 anni del 1980 ai 31,7 attuali, valore leggermente superiore rispetto alla media nazionale di 31,4. E' consolidata abitudine, tra le piemontesi, partorire presso strutture pubbliche. Anche in Piemonte, come nel resto d'Italia, il ricorso al taglio cesareo è in aumento: la percentuale è passata dal 14,1% del 1980 all'attuale quasi 32%, pur restando al di sotto del valore medio italiano. Per quanto riguarda il ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza (IVG), a partire dall'approvazione della legge 22/05/1978, n. 194 (Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza), si è osservato un incremento del ricorso legato alla regolarizzazione delle registrazioni, seguito, a partire dal 1982, da un costante e progressivo calo; il tasso di abortività volontaria appare più stabile che in passato a causa del contributo numerico delle donne straniere; tra le donne italiane, infatti, si conferma la diminuzione, mentre è sempre più rilevante la quota di IVG a carico di donne straniere, che rappresentano oltre il 40% degli interventi effettuati. Tra le province è Torino quella in cui vi è un ricorso maggiore, verosimilmente per una presenza più elevata di donne giovani e tra queste molte straniere.

La mortalità

Ogni anno, in Piemonte, muoiono circa 48.000 persone (52% donne e 48% uomini), per un tasso grezzo di mortalità pari a 10,9 per 1.000 abitanti. Escludendo le differenze legate all'età media più elevata dei cittadini piemontesi rispetto al resto dell'Italia, la mortalità maschile è superiore di quasi il 3% rispetto alla media italiana, mentre le differenze sono pressoché assenti tra le donne. A partire dal 1990 la mortalità in Piemonte si è ridotta del 22,6% in entrambi i sessi, al netto dell'invecchiamento della popolazione registrato nello stesso periodo. All'interno del territorio piemontese, il rischio di morte si distribuisce in maniera disomogenea. Tra gli uomini, la mortalità è, in generale, più elevata nei comuni montani, in particolare nell'alto Canavese, nelle Valli di Lanzo, in tutti i comuni alpini del Cuneese, ed anche in ampie zone di pianura del Vercellese. Al contrario, Torino e la sua cintura, così come, tra i capoluoghi di provincia, Asti e Cuneo si presentano come aree a basso rischio. Anche tra le donne sono presenti differenze geografiche interne al Piemonte, ma meno accentuate e distribuite in maniera più disomogenea; anche in questo caso, tuttavia, si riconosce una mortalità più elevata in

alcune aree montane, Anche nelle donne, tra i grandi centri, Torino e cintura si caratterizzano come aree a basso rischio.

Mutamenti epidemiologici

In Piemonte, come nel resto del Paese, nell'ultimo secolo la speranza di vita alla nascita per gli uomini è passata dai 43 anni del 1900 ai 79,2 attuali con un guadagno di quasi 35 anni, mentre per le donne nello stesso periodo il guadagno è stato ancora superiore, circa 40 anni e la speranza di vita attuale è di 84,4 anni. Il miglioramento, fino agli anni sessanta, era dovuto prevalentemente alla diminuzione della mortalità infantile e delle età giovanili. Negli ultimi decenni esso riguarda ancora la mortalità infantile (da 30 per mille dell'inizio del '70 alla soglia quasi non più migliorabile del 5 per mille dall'inizio del duemila), e le età adulte e anziane. Invece nelle età giovanili questo miglioramento si è interrotto a causa dell'incremento delle morti correlate all'uso della droga. Nell'età adulta e anziana le cause di morte che più hanno contribuito a questo favorevole andamento della sopravvivenza negli ultimi tre decenni sono le malattie del sistema circolatorio (diminuite del 45% tra gli uomini e del 55% tra le donne rispetto ad una media di riduzione della mortalità generale nei tre decenni del 34%, grazie sia al controllo di molti fattori di rischio che all'efficacia dei trattamenti) e le malattie respiratorie e dell'apparato digerente (ridotte entrambe del 60% grazie al miglioramento delle condizioni di vita alla nascita delle nuove generazioni e al controllo dei fattori di rischio ambientali e comportamentali), mentre per i tumori la mortalità sta ancora aumentando nelle generazioni più anziane e sta iniziando a diminuire solo per quelle adulte (con una diminuzione media del 6% tra gli uomini e del 12% tra le donne). In termini di morbosità, il processo di invecchiamento della popolazione, in presenza di un aumento di efficacia delle terapie, produce un aumento sistematico della prevalenza grezza delle condizioni morbose croniche meritevoli di trattamento sanitario: infarti, scompenso cardiaco, ipertensione, diabete, arteriopatie periferiche, ictus, demenze, a cui si è affiancato un raddoppio della prevalenza delle disabilità gravi (da 4 a 8%). Molti degli andamenti epidemiologici favorevoli osservati in questi ultimi anni sono correlati all'impatto di specifiche misure di prevenzione o di assistenza, che verosimilmente continueranno a produrre i loro benefici nel futuro: la diminuzione della mortalità per tumori del polmone tra gli uomini (per una maggiore diffusione della cessazione nel fumo), un aumento del tasso di copertura vaccinale tra i bambini e tra gli anziani (per una maggiore efficacia degli interventi di diffusione), una diminuzione del tasso di gravidanze precoci e del tasso di abortività volontaria (per una maggiore diffusione della contraccezione), una diminuzione del tasso di infortuni sul lavoro (per la terziarizzazione delle attività produttive e per l'applicazione delle normative di prevenzione e di sicurezza negli ambienti di lavoro), una diminuzione del tasso di incidentalità stradale (per misure preventive di controllo come la patente a punti), la diminuzione della mortalità per AIDS (per l'efficacia delle cure). Tra gli andamenti sfavorevoli, invece, si potrebbero ricordare le conseguenze negative sui principali determinanti della salute come della sfavorevole congiuntura economica e finanziaria (disoccupazione, povertà, coesione sociale), la persistenza di problemi ambientali soprattutto nelle grandi città (qualità aria, emergenze di calore, rumore), la crescita del numero di contagi per malattie sessualmente trasmesse, l'aumento del contenuto energetico delle diete e l'aumento dell'obesità, l'aumento della sedentarietà, l'aumento del consumo di alcool e di nuove droghe tra i giovani. Per quanto riguarda gli stili di vita, i piemontesi sono meno in sovrappeso rispetto alla media italiana e delle regioni del Nord, sono meno sedentari, consumano più vino e fumano come la media degli italiani. Le donne fanno diagnosi precoce con una frequenza leggermente inferiore di quella delle donne del Nord e di più della media italiana. Infine va ricordato che la globalizzazione delle nostre società può costituire un'opportunità positiva (esempio soggetti forti e sani introdotti nel mercato del lavoro), ma può anche rappresentare l'occasione per il riemergere di nuove malattie trasmissibili (BSE, SARS, influenza aviaria sono gli esempi più noti degli ultimi anni).

In sintesi, le specificità che caratterizzano la popolazione piemontese, sotto il profilo demografico ed epidemiologico, delle quali occorre tenere conto per la realizzazione del Programma Operativo 2013-2015, sono legate, da un lato, alla presenza di una quota di anziani, con la conseguente sequela di patologie cronico - degenerativo, superiore rispetto alla media del Paese e dall'altro alla disomogeneità di alcuni indicatori, che è quasi opposta tra le realtà urbane e quelle "di Provincia", con particolare riferimento alle zone montane.

Vengono, di seguito, analizzati i maggiori problemi di salute della popolazione piemontese in termini di mortalità e di morbosità specifica.

Malattie ischemiche del cuore.

Ogni anno, in Piemonte, si verificano circa 5.000 decessi (54% tra gli uomini e 46% tra le donne) per malattie ischemiche del cuore, pari all'11% del totale, e oltre 25.000 ricoveri. La mortalità è in continuo declino: dal 1990 la riduzione è stata del 33% tra gli uomini e del 35% tra le donne, superiore a quella registrata nel resto dell'Italia, in modo particolare tra le donne. Il Piemonte è una

delle regioni italiane con i più bassi tassi di mortalità. Nell'ambito di questa situazione favorevole, la mortalità si distribuisce in maniera eterogenea all'interno del territorio piemontese. Il Piemonte settentrionale rappresenta un'area a rischio più elevato rispetto al resto della Regione, mentre il Centro-Sud ed in particolare il cuneese e il basso alessandrino rappresentano aree a basso rischio. I ricoveri per cardiopatia ischemica rispecchiano, in parte, la geografia della mortalità. Il Piemonte settentrionale rappresenta un'area ad alto rischio, così come il Piemonte centrale e meridionale sono aree a basso rischio. Nel complesso, tra gli uomini, la mortalità nei residenti in comuni montani è superiore a quella tra i residenti dei comuni di pianura del 10%; questa differenza è invece assente nel caso delle donne. I residenti in montagna presentano, in entrambi i sessi, un ricorso al ricovero del 13% inferiore rispetto ai residenti in pianura.

Malattie cerebrovascolari.

Ogni anno, in Piemonte, si verificano circa 6.300 decessi (37% tra gli uomini e 63% tra le donne) per malattie cerebrovascolari, pari al 13% di tutti i decessi, e oltre 20.000 ricoveri. La mortalità è in continuo declino: dal 1990 la riduzione è stata di circa il 45% sia tra gli uomini che tra le donne. Nonostante ciò, la mortalità risulta superiore sia al valore medio italiano (di circa il 15%), sia rispetto a quello del Nord Ovest (di circa il 19%). Questa differenza coinvolge tutte le classi di età, essendo evidente sia nella popolazione al di sotto dei 65 anni, sia nella popolazione anziana. All'interno del Piemonte, il rischio di morte si distribuisce in maniera eterogenea, con alcune differenze anche tra uomini e donne. In entrambi i sessi il Piemonte settentrionale, in particolare il Verbano Cusio Ossola (VCO), il Vercellese e l'Astigiano (in modo più marcato tra gli uomini) si caratterizzano come aree con mortalità più elevata. A queste aree, tra gli uomini, si aggiungono anche i comuni montani del Piemonte occidentale e della Valle Po, tra le donne, l'alto Canavese e le Valli di Lanzo. Differenze geografiche sono rilevabili anche nel caso dei ricoveri per vasculopatie cerebrali, anche se la distribuzione geografica riproduce solo parzialmente quella della mortalità e non presenta evidenti ampie aree di aggregazione, fatta eccezione per alcune aree montane, in particolare in provincia di Torino e di Cuneo e alcune aree dell'Alessandrino.

Malattie oncologiche.

Ogni anno, in Piemonte, si stima un'incidenza di circa 30.000 casi all'anno e si osservano circa 13.500 decessi (57,6% tra gli uomini e 43,4% tra le donne) per tumori maligni, pari al 28,9% del totale. I ricoveri di cittadini piemontesi con diagnosi principale per tumori maligni risultano 28.857 per gli uomini e 22.729 per le donne. I tassi di mortalità standardizzati risultano in leggero declino, registrando una diminuzione del 12,9% negli uomini (da 425,5 per 100.000 a 370,8) e del 12,4% nelle donne (da 230,2 a 201,7), con un riduzione meno sensibile rispetto a quella nazionale (-17,8% negli uomini e -13,1% nelle donne). I tassi di mortalità risultano leggermente superiori rispetto alla media italiana (370,8 per mille contro 361,0 negli uomini e 201,7 contro 194,1 nelle donne) ma inferiori alla media del Nord-Ovest (388,1 negli uomini e 208,3 nelle donne). I dati del Registro Tumori Piemonte (RTP) evidenziano un fenomeno comune ad altre aree italiane: la riduzione della mortalità negli ultimi anni si affianca ad un aumento dell'incidenza: aumentano i tumori riconosciuti, ma diminuiscono i decessi. Le ragioni di questo fenomeno sono molteplici e includono il miglioramento delle tecniche diagnostiche, l'attivazione dei programmi di screening, il miglioramento delle terapie e del trattamento oncologico, ma probabilmente anche, per alcuni tumori, l'aumentata esposizione a fattori di rischio. All'interno del Piemonte il rischio di morte si distribuisce in maniera eterogenea, soprattutto negli uomini. Per gli uomini, il Piemonte settentrionale e orientale, unitamente all'arco alpino della provincia di Torino si presentano con un rischio più elevato (probabilmente per una differente esposizione a stili di vita a rischio, come il fumo di sigaretta). Il Piemonte meridionale e la pianura della provincia di Torino (città di Torino inclusa) si presentano invece come aree a basso rischio. Tra le donne, invece, la variabilità fra differenti zone geografiche è meno marcata. Nel complesso, tra gli uomini, la mortalità dei residenti in comuni montani è superiore a quella dei residenti in comuni di pianura di circa l'8%, mentre questa differenza non si osserva nelle donne. La distribuzione geografica dei ricoveri ospedalieri si sovrappone in parte a quella osservata per la mortalità. Tra gli uomini, l'intero Piemonte orientale e la città di Torino presentano un maggior rischio di ricovero, mentre il cuneese si conferma un'area a basso rischio. Tra le donne, a differenza della mortalità, si evidenzia una certa variabilità nel ricovero ospedaliero, con una distribuzione simile a quella degli uomini. Le stime di incidenza confermano queste immagini: le aree a incidenza più elevata sono quelle urbane e del nord del Piemonte. I tumori più frequenti, in termini di incidenza, di mortalità e di ricorso al ricovero ospedaliero sono quello del polmone negli uomini (27,7% dei decessi per tumore e 10,3% dei ricoveri per tumori) e della mammella nelle donne (18,3% dei decessi e 19,9% dei ricoveri).

Malattie dell'apparato respiratorio.

Le patologie dell'apparato respiratorio sono caratterizzate da una grande eterogeneità, comprendendo forme infiammatorie acute completamente reversibili, l'asma bronchiale (la più diffusa

patologia cronica dell'infanzia) e forme croniche dell'adulto progressivamente ingravescenti. In Piemonte, si registrano, ogni anno, circa 3.400 decessi per malattie dell'apparato respiratorio (56% uomini e 44% donne), la metà delle quali per broncopneumopatie croniche ostruttive (BPCO). Nel complesso la mortalità per malattie dell'apparato respiratorio, pur con alcune fluttuazioni, è in diminuzione, anche se il Piemonte presenta un tasso di mortalità superiore sia al valore italiano sia a quello del Nord Ovest. All'interno del Piemonte, larga parte dell'arco alpino del Piemonte occidentale e l'intero cuneese sono le aree a mortalità più elevata, mentre le province di Asti, Alessandria e Novara, così come l'Ossola sono le aree a rischio più basso. Si stima, in Piemonte, la presenza di poco meno di 170.000 persone con BPCO, pari a circa il 4% della popolazione (4,3% degli uomini, e 3,7% delle donne). La prevalenza aumenta con l'età, sino a raggiungere quasi il 15% degli oltre i 65 anni (il 9% delle donne). Inoltre, la BPCO, soprattutto negli uomini, è fortemente associata alla posizione sociale: la frequenza è più elevata nei soggetti socialmente più svantaggiati. Queste differenze di genere, età e posizione sociale testimoniano delle differenze nell'esposizione a fumo di tabacco, inquinamento atmosferico, esposizione professionale a sostanze nocive, fumo passivo e inquinamento domestico in genere. L'asma bronchiale, invece, interessa poco meno di 125.000 piemontesi, con una prevalenza di circa il 2,6% tra gli uomini e del 3,2% tra le donne, valori sostanzialmente simili alla media italiana. Le classi più giovani sono quelle più interessate e i ricoveri per asma sono molto più frequenti nell'età pediatrica.

Per quanto riguarda l'erogazione dei LEA, la situazione aggiornata, relativamente all'assistenza ospedaliera ed a quella territoriale, presenta le seguenti caratteristiche:

Assistenza ospedaliera

- Tasso di ospedalizzazione significativamente inferiore alla soglia massima di 160 ricoveri per 1.000 abitanti;
- incidenza delle dimissioni in DH sul totale dei dimessi superiore allo standard minimo pari al 25% rispetto al totale dei dimessi;
- posti letto ospedalieri n. 18.301 (pari a 4,1 per 1.000 abitanti), di cui n. 13.706 per acuzie (pari a 3,1 per 1.000 abitanti) e n. 4.595 per post acuzie (pari a 1,0 per 1.000 abitanti);
- tasso di ospedalizzazione per i 108 DRG di cui al Patto per la salute 2010-2012 significativamente inferiore alla soglia massima di 23 per 1.000 abitanti; Tasso di ospedalizzazione over 75 anni per 1.000 abitanti anziani significativamente inferiore alla soglia massima di 392,90; Degenza media preoperatoria significativamente inferiore alla soglia massima di 1,85 giorni.

Assistenza territoriale:

- % di anziani assistiti in ADI inferiore rispetto allo standard del 4%, in parte dovuta alla criticità relativa al flusso (di cui si dirà);
- numero di posti letto in RSA per 1.000 abitanti anziani molto superiore alla soglia minima di 10;
- numero di posti letto residenziali e semiresidenziali per riabilitazione disabili fisici e psichici per 1.000 abitanti significativamente superiore rispetto alla soglia minima di 0,6;
- numero di posti letto in Hospice sul totale deceduti per tumore ancora leggermente inferiore alla soglia minima di 1;
- numero di posti letto residenziali per pazienti di Salute Mentale per 10.000 abitanti superiore rispetto alla soglia minima di 3,6;
- la verifica degli adempimenti LEA per gli anni 2006 e 2007 continuava ad avere esito negativo.

1.2 Il Piano di rientro e i Programmi operativi: risultati conseguiti negli anni 2010-2012

Il Piano di Rientro (Triennio 2010-2012)

Il Piano di Rientro 2010-2012 ha previsto 43 obiettivi specifici articolati in 77 obiettivi operativi, a loro volta costituiti da 168 interventi. La situazione attuale, relativa ai risultati raggiunti in termini di aderenza a quanto previsto dal Piano di rientro e dal suo Addendum, è rappresentata nella tabella successiva.

Il Piano di Rientro (Triennio 2010-2012)		
Area	Intervento	Stato di attuazione
La riforma del SSR	Riorganizzare il SSR	Da modificare con il PO 2013-2015
La rete dell'emergenza urgenza	Ridefinizione della rete di emergenza territoriale	Adottati i provvedimenti. Da implementare con il PO 2013-2015
	Ridefinizione della rete di emergenza ospedaliera	Adottati i provvedimenti. Da implementare con il PO 2013-2015
La rete di degenza	Definizione del fabbisogno di prestazioni di acuzie	Effettuato
	Definizione di criteri appropriatezza della rete ospedaliera della post-acuzie	Effettuato
	Individuazione del fabbisogno di strutture organizzative	Effettuato
La rete territoriale	Migliorare l'appropriatezza e presa in carico territoriale	Da proseguire con il PO 2013-2015
	Razionalizzazione ed ottimizzazione della rete	Da proseguire con il PO 2013-2015
Laboratori di analisi	Riorganizzazione della rete dei laboratori	Adottati i provvedimenti. Da implementare con il PO 2013-2015
	Migliorare l'appropriatezza prescrittiva e di utilizzo	Adottati i provvedimenti. Da implementare con il PO 2013-2015
Radiodiagnostica	Migliorare l'appropriatezza prescrittiva	Effettuato
	Revisione della rete	Adottati i provvedimenti. Da implementare con il PO 2013-2015
Personale	Definizione di linee di indirizzo regionali in materia di determinazione delle consistenze organiche	Effettuato
	Definizione di linee di indirizzo su blocco delle prestazioni aggiuntive	Effettuato
	Definizione di linee di indirizzo per attuare il blocco del turn over	Effettuato
	Riduzione del costo di altre forme contrattuali del personale	Effettuato
	Definizione di tetti di spesa della consistenza organica di ogni Azienda Sanitaria	Effettuato
	Divieto di attivazione nuovi servizi a gestione diretta	Effettuato
	Divieto di conferire nuove commesse	Effettuato
	Divieto di esternalizzare nuovi servizi	Effettuato
	Divieto alle Aziende di aumentare le ore dei medici specialisti convenzionati	Effettuato
	Blocco totale del personale per le Aziende in disequilibrio, eccetto quello dedicato ai servizi di emergenza urgenza	Effettuato
Monitoraggio andamento costi del personale	Effettuato	
Farmaceutica territoriale	Revisione del Prontuario Terapeutico Regionale (PT-RP)	Adottati i provvedimenti. Da implementare con il PO 2013-2015
	Ridefinizione degli oneri della distribuzione per conto (DPC)	Effettuato
	Rafforzamento controllo appropriatezza prescrittiva	Adottati i provvedimenti. Da implementare con il PO 2013-2015
	Monitoraggio prescrizioni in dimissione e dopo visita ambulatoriale	Adottati i provvedimenti. Da implementare con il PO 2013-2015

Area	Intervento	Stato di attuazione
Farmaceutica Ospedaliera	Miglioramento dell'appropriatezza e razionalizzazione d'utilizzo dei farmaci oncologici ad alto costo Centralizzazione in farmacia delle preparazioni antiblastiche Unificazione delle procedure di gara Ottimizzazione d'uso farmaci stimolanti eritropoiesi (ESA) in pazienti uremici Ottimizzazione d'uso farmaci stimolanti eritropoiesi/fattori crescita in pazienti oncologici Razionalizzazione d'utilizzo dei farmaci per il trattamento dell'ipertensione arteriosa polmonare (PAH) Monitoraggio appropriatezza d'uso delle immunoglobuline endovena	Effettuato Effettuato Da proseguire con il PO 2013-2015 Adottati i provvedimenti. Da implementare con il PO 2013-2015 Adottati i provvedimenti. Da implementare con il PO 2013-2015 Adottati i provvedimenti. Da implementare con il PO 2013-2015 Adottati i provvedimenti. Da implementare con il PO 2013-2015
Integrativa e Protesica	Coordinare le attività Migliorare l'appropriatezza prescrittiva e di utilizzo Implementazione e potenziamento di un sistema informativo Centralizzazione dell'acquisizione di beni e servizi e miglioramento delle condizioni economiche Riorganizzazione dei Servizi di Assistenza Integrativa e Protesica, della logistica e degli approvvigionamenti delle ASR	Effettuato Adottati i provvedimenti. Da implementare con il PO 2013-2015 Adottati i provvedimenti. Da implementare con il PO 2013-2015 Da proseguire con il PO 2013-2015 Da proseguire con il PO 2013-2015
Acquisto di beni e servizi	Indicazioni alle aziende relative alle modalità di acquisto Standardizzazione domanda e appropriatezza utilizzo dispositivi medici Centralizzazione procedure di acquisto e criteri di valutazione dei prodotti	Da proseguire con il PO 2013-2015 Da proseguire con il PO 2013-2015
Erogatori privati	Definizione degli aspetti necessari alla sottoscrizione dei contratti	Effettuato
Logistica	Riorganizzazione rete logistica e riorganizzazione dei percorsi fisici delle persone	Da proseguire con il PO 2013-2015
Health technology management	Riordino della spesa sulle apparecchiature biomediche, area ospedaliera Riordino della spesa sulle apparecchiature biomediche, Area Territoriale e Domiciliare	Da proseguire con il PO 2013-2015 Da proseguire con il PO 2013-2015
Edilizia sanitaria	Dismissione/rifunzionalizzazione/ricomposizione di alcuni presidi ospedalieri	Da proseguire con il PO 2013-2015
Tessera sanitaria	Progetto Tessera Sanitaria evoluzione "Medici in Rete" art 1, comma 810 LF 2007 e DPCM 26/3/2008 Progetto Tessera Sanitaria evoluzione "Sperimentazione Ficetta elettronica" art 1, comma 810 LF 2007 e DPCM 26/3/2008 Monitoraggio tetti di spesa specialistica strutture private DM 11/12/2009 Controllo regionale del diritto all'esenzione per reddito tramite Sistema TS	Da proseguire con il PO 2013-2015 Da proseguire con il PO 2013-2015 Da proseguire con il PO 2013-2015 Da proseguire con il PO 2013-2015
Sperimentazioni Gestionali	Centro Ortopedico di Quadrante Hopital du Piemont	Effettuato Da proseguire con il PO 2013-2015

Tabella 1 – Stato di attuazione del Piano di Rientro 2010-2012

In sintesi, così come riportato dalle valutazioni del Tavolo di verifica, le maggiori criticità, al netto della questione inerente le somme pregresse (esercizi 2006 e 2007) relative alla cancellazione e prescrizione amministrativa dei residui passivi del bilancio regionale per un ammontare complessivo di 898 €/mln, possono essere così riassunte:

- Federazioni Sovra zonali, con particolare riferimento al passaggio di competenze e personale dalle ASR, fermo restando la criticità complessiva in merito alla legge regionale 3/2012;
- predisposizione di un Testo Unico volto a ricapitolare il "Piano di assistenza territoriale" in modo da chiarire il percorso di cura del paziente, nonché le tematiche legate alle tossicodipendenze e alla salute mentale;
- sottoscrizione degli accordi e dei contratti per tutte le tipologie assistenziali anche in attuazione di quanto specificatamente disposto dal DL 95/2012;
- stato di attuazione di quanto disposto dal DL 95/2012 in materia di beni e servizi;
- ulteriori informazioni e chiarimenti in merito al personale;
- documentazione ai fini dell'istruttoria della verifica adempimenti per l'anno 2010 e per l'anno 2011, ancora insufficiente. In particolare, la Regione Piemonte, relativamente all'anno 2010, per il punto ar) consumi ospedalieri dei medicinali, è stata considerata adempiente con impegno a rispettare i tempi e le modalità di trasmissione dei dati 2011 ed inadempiente per il punto at) attuazione

dell'Articolo 11 dell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 in materia di certificabilità dei bilanci, mentre, relativamente all'anno 2011, per il punto h) liste d'attesa, è stata considerata adempiente con impegno a trasmettere le motivazioni circa la non piena valorizzazione dei campi per quanto riguarda il monitoraggio ex post, per il punto y) Lea aggiuntivi, è stata considerata adempiente con impegno a non destinare risorse aggiuntive da bilancio regionale alla copertura degli extra-Lea, a differenza dei punti c) obblighi informativi (economici), f) posti letto, at) attuazione dell'Articolo 11 dell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 in materia di certificabilità dei bilanci (non ancora valutato), aab) acquisizione dati relativi all'assistenza per salute mentale NSIS – SISM, aad) Sistema Fascicolo Sanitario Elettronico – FSE, è stata considerata inadempiente.

Tali criticità costituiranno le priorità da affrontare con i Programmi Operativi 2013-2015.

Cause delle criticità

Le criticità rilevate dal Tavolo tecnico e Comitato permanente per la verifica degli adempimenti si riferiscono sostanzialmente a due grandi tipologie di cause:

- l'adozione della legge regionale 3/2012 che, attraverso la modificazione dell'articolo 23 della legge regionale 06/08/2007 n. 18, ha introdotto le Federazioni Sovra zonali quali strumenti per realizzare economie di scopo e di scala relativamente alle funzioni di supporto alle attività sanitarie svolte dalle ASR (acquisti, sistemi informativi, logistica, ecc.);
- il ritardo nell'adozione di alcuni provvedimenti rispetto alle scadenze previste dal Piano di rientro e dal suo Addendum, che non ha consentito il pieno raggiungimento di alcuni obiettivi prefissati, rimasti ancora allo stato di previsione ma non ancora del tutto realizzati operativamente.

Per quanto concerne la legge regionale 3/2012, con l'approvazione della legge regionale 13/11/2013 n. 20 "Ulteriori modifiche alla legge regionale 6 agosto 2007, n. 18 (Norme per la programmazione socio-sanitaria e il riassetto del servizio sanitario regionale) e disposizioni in materia di trasparenza degli atti delle aziende sanitarie regionali" (e con il disegno di legge regionale n. 380, presentato il 3/12/2013, che, all'articolo 9, prevede quanto segue: "A far data dal 1° gennaio 2014 viene meno l'assegnazione funzionale, prevista dall' articolo 2, comma 3 della legge regionale 28 marzo 2012, n. 3, del personale operante presso le Federazioni sovrazonali, con la conseguente riassegnazione del medesimo personale agli enti di rispettiva appartenenza. Dalla medesima data cessano di avere effetto i contratti di consulenza, di collaborazione ed a ogni altro titolo attivati dalle Federazioni sovrazonali"), la Regione Piemonte ha definitivamente superato, per via legislativa, l'esperienza delle Federazioni Sovra zonali, garantendo continuità nel perseguimento degli obiettivi che ne hanno motivato la costituzione. Il provvedimento del Consiglio Regionale è finalizzato ad individuare sia i servizi amministrativi, tecnici, logistici, informativi, tecnologici e di supporto le cui funzioni vengono esercitate a livello di aree interaziendali di coordinamento dal 1/1/2014, sia le aziende sanitarie che vengono incaricate di svolgere specifiche funzioni che supportano, integrano e sostituiscono i relativi servizi di altre aziende sanitarie. Con Deliberazione della Giunta Regionale 9 dicembre 2013, n. 43-6861 si è provveduto all'individuazione delle aree interaziendali di coordinamento. Tale iniziativa, accanto all'attività di SCR-Piemonte, di cui alla legge regionale 06/08/2007 n. 19, opportunamente riorganizzata così come previsto dalla legge finanziaria regionale per l'anno 2013 (art. 30 "Modifiche alla legge regionale 06/08/2007, n. 19" della legge regionale 07/05/2013, n. 8), potrà garantire un efficace "effetto scala" in grado di raggiungere gli obiettivi di razionalizzazione della spesa relativa alle attività tecnico-amministrative, con particolare riferimento all'acquisto di beni e servizi. La Giunta regionale, con apposita D.G.R. del 12 dicembre 2013 ha impartito disposizioni per assicurare la gestione del periodo transitorio, finalizzate da un lato al raggiungimento della piena funzionalità del nuovo assetto, dall'altro a garantire la continuità dell'azione ad oggi svolta dalle Federazioni Sovra zonali.

Per quanto concerne la seconda categoria di cause, ovvero il ritardo nell'adozione di alcuni provvedimenti rispetto alle scadenze previste dal Piano di rientro e dal suo Addendum, le motivazioni sono da ricercare:

- nella scelta di coinvolgere attivamente le componenti professionali, con la finalità di concertare la definizione di alcuni degli obiettivi previsti dal Piano di rientro;
- nella riorganizzazione complessiva delle strutture dirigenziali della Direzione Sanità, avvenuta con grave ritardo rispetto ai tempi previsti;

- nell'evoluzione dell'iter di approvazione del nuovo Piano Socio Sanitario regionale, che ha, di fatto assorbito le risorse professionali dedicate alla definizione dei provvedimenti previsti dal Piano di rientro e dal suo Addendum;
- nella presenza di criticità sul sistema "Tessera Sanitaria" e "Ricetta Elettronica" e nella presenza di flussi informativi non ancora rispondenti a requisiti di completezza, qualità e puntualità, tali da non permettere valutazioni precise e tempestive a supporto del lavoro istruttorio necessario per la definizione dei provvedimenti previsti dal Piano di rientro e dal suo Addendum.

Per quanto riguarda il primo aspetto, la Regione, al fine di dare attuazione concreta e non formale all'Addendum, ha ritenuto di adottare una politica di coinvolgimento delle parti interessate alle azioni del piano di rientro (in particolare le componenti professionali, con particolare riferimento ai Medici del 118, ai Medici di Medicina Generale ed ai Pediatri di Libera Scelta).

Tale approccio ha certamente permesso un maggior approfondimento delle manovre e la riduzione delle azioni "ostruzionistiche" ma ha causato diversi ritardi rispetto al crono-programma.

Il ritardo si è verificato in particolare su quei temi che lo stesso Addendum, in base alla proposta AGE.NA.S alle Regioni soggette al Piano di Rientro, ha previsto di affrontare congiuntamente alle componenti professionali intra ed extra ospedaliere negli stessi tavoli di discussione.

Per quanto concerne il secondo aspetto, ovvero la riorganizzazione complessiva delle strutture dirigenziali della Direzione Sanità, occorre evidenziare come tale riorganizzazione, programmata per il secondo semestre 2011 ma divenuta operativa con un anno di ritardo, ha modificato le precedenti competenze, prevedendo la costituzione di un nuovo Settore denominato "Coordinamento acquisti" (tra le cui competenze rientrano tutti quei provvedimenti previsti dall'Addendum nel campo degli acquisti e della logistica che, per tali motivi, non sono stati adottati nei tempi previsti) e di un nuovo Settore denominato "Servizi Informativi Sanitari", proprio per gestire e superare le criticità descritte al punto d).

Infine relativamente alla la questione del nuovo Piano Socio Sanitario Regionale è da evidenziare che con la DGR 51-1358 del 29/12/2010 la Giunta Regionale ha avviato il progetto di riordino del SSR, mediante l'approvazione della proposta al Consiglio relativa al nuovo PSSR. Il riordino aveva due grandi obiettivi di fondo: la centralizzazione delle funzioni tecnico-logistico-amministrative in ambito sovra zonale interaziendale e la revisione della rete ospedaliera, sia attraverso la gerarchizzazione dei presidi e la loro organizzazione per aree omogenee di intensità clinico-assistenziale, sia attraverso la riconversione di numerosi piccoli ospedali in strutture di cure intermedie, nonché la chiusura di alcuni di essi. Lo strumento previsto dalla citata DGR del 29/12/2010 per realizzare tali obiettivi consisteva, principalmente, nella costituzione di 6 aziende ospedaliere ricomprendenti tutti i presidi piemontesi scorporati dalle aziende sanitarie locali che, in tal modo avrebbero potuto "specializzarsi" nella prevenzione e nell'assistenza territoriale. Tale disegno ha incontrato una forte opposizione che ha portato la Giunta regionale a modificare, con la DGR 12-3345 del 3/02/2012, non già gli obiettivi del riordino, ma gli strumenti attraverso i quali concretizzarli. Il Consiglio regionale ha così approvato la D.C.R. 167-14087 del 3/04/2012 e la legge regionale 28/03/2012, n. 3. In tal modo, le risorse professionali della Direzione Sanità sono state "assorbite", in maniera prevalente, per tutto l'anno 2011 e per il primo trimestre 2012, dalle continue e profonde modificazioni ed integrazioni da apportare al testo del nuovo P.S.S.R. ed alla legge regionale ad essa collegata.

Gli accadimenti descritti e le criticità da questi derivati, hanno determinato il mancato rispetto delle scadenze previste dal Piano di rientro e dal suo Addendum.

1.3 Tendenziali e programmatici 2013-2015

RICAVI (€000)	Consuntivo	Tendenziale	Tendenziale	Tendenziale	Programmatico	Programmatico	Programmatico
VOCE	2012	2013	2014	2015	2013	2014	2015
Contributi da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. regionale	7.886.754	7.809.019	8.022.923	8.022.923	7.809.019	8.022.923	8.022.923
Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti	-2.218	-17.100	-40.200	-55.600	-17.100	-40.200	-55.600
Contributi da regione a titolo di copertura extra LEA	100.000	100.000	0	0	100.000	0	0
Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti	276	28.360	28.360	28.360	28.360	28.360	28.360
altri contributi in conto esercizio	67.650	38.047	38.047	38.047	38.047	38.047	38.047
mobilità attiva intra	40	0	0	0	0	0	0
mobilità attiva extra regionale	241.118	236.733	236.733	236.733	236.733	236.733	236.733
payback	30.368	32.000	32.000	32.000	32.000	32.000	32.000
compartecipazioni	153.018	153.018	153.018	153.018	153.018	153.018	153.018
altre entrate	122.972	121.200	125.897	125.897	121.200	125.897	125.897
costi capitalizzati	122.136	122.136	122.136	122.136	122.136	122.136	122.136
rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti -	-5	0	0	0	0	0	0
TOTALE RICAVI	8.722.109	8.623.413	8.718.914	8.703.515	8.626.113	8.721.614	8.706.215
COSTI (€000)	Consuntivo	Tendenziale	Tendenziale	Tendenziale	Programmatico	Programmatico	Programmatico
VOCE	2012	2013	2014	2015	2013	2014	2015
personale	2.882.725	2.882.725	2.882.725	2.882.725	2.836.019	2.789.320	2.774.240
irap	206.541	206.541	206.541	206.541	202.298	198.055	196.516
beni	1.284.799	1.292.549	1.313.897	1.335.877	1.277.799	1.265.672	1.252.577
beni sanitari	1.200.020	1.216.699	1.238.047	1.260.027	1.201.949	1.189.822	1.176.727
beni non sanitari	84.779	75.850	75.850	75.850	75.850	75.850	75.850
servizi	1.072.813	991.594	952.116	953.093	991.594	947.490	946.592
servizi sanitari	239.377	231.091	193.981	193.981	231.091	193.981	193.981
servizi non sanitari	833.436	760.503	758.135	759.112	760.503	753.509	752.611
prestazioni da privato	2.735.226	2.746.214	2.698.206	2.707.518	2.675.983	2.629.430	2.641.549
medicina di base	474.997	474.997	465.517	465.517	475.558	466.717	467.917
farmaceutica convenzionata	673.752	662.831	662.831	662.831	650.331	637.831	634.831
assistenza specialistica da privato	288.737	276.041	274.081	274.081	259.660	257.993	256.353
assistenza riabilitativa da privato	133.624	134.518	128.018	128.018	133.090	125.161	125.161
assistenza ospedaliera da privato	528.015	546.404	540.885	540.885	516.700	516.428	516.428
altre prestazioni da privato	636.101	651.423	626.874	636.186	640.643	625.300	640.859
prestazioni da pubblico	131.527	133.425	130.050	131.920	133.425	130.050	131.920
mobilità passiva intraregionale	0	0	0	0	0	0	0
mobilità passiva extraregionale	234.506	244.241	244.241	244.241	244.241	244.241	244.241
accantonamenti	58.371	58.371	58.371	73.307	88.371	239.371	254.307
oneri finanziari	28.525	31.287	31.287	31.287	31.287	31.287	31.287
oneri fiscali (netto irap)	16.884	16.884	16.884	16.884	16.884	16.884	16.884
saldo poste straordinarie	684	0	0	0	0	0	0
saldo intramoenia	16.574	16.574	16.574	16.574	16.574	16.574	16.574
ammortamenti	190.036	190.036	190.036	190.036	190.036	190.036	190.036
rivalutazioni e svalutazioni	3.490	0	0	0	0	0	0
TOTALE COSTI	8.828.185	8.777.293	8.707.779	8.756.855	8.671.363	8.665.262	8.663.575
RISULTATO DI ESERCIZIO	-106.076	-153.880	11.135	-53.340	-45.250	56.353	42.640
Contributi da regione a titolo di copertura LEA	130.000	50.000	0	0	50.000	0	0
Risultato Economico con risorse aggiunte LEA	23.924	-103.880	11.135	-53.340	4.750	56.353	42.640

Tabella 2 – Consuntivo 2012, tendenziali e programmatici 2013-2015

La tabella precedente illustra lo schema sintetico dei Conti Economici del Consuntivo 2012, Tendenziali 2013-2015 e Programmatici 2013-2015.

Il Tendenziale 2013-2015 è stato costruito sulla base dei dati e/o informazioni che seguono:

- Conti Economici Consuntivi NSIS degli anni 2008-2012.
- Conti Economici NSIS al IV Trimestre degli anni 2011 e 2012, e Il Trimestre degli anni 2012 e 2013.
- Applicazione degli effetti contabili derivanti dall'applicazione della normativa nazionale, si riportano le principali: D.Lgs.118/2011; DM del 17/09/2012 e la relativa casistica applicativa; DL 78/2010; DL 98/2011; DL 95/2012, convertito, con modificazioni, dalla Legge 07/08/2012, n.135; L. 228/2012 e successive circolari ministeriali applicative nel seguito richiamate; DL 69/2013; DL 101/2013; sentenza della Corte Costituzionale 187/2012 e 104/2013.
- Evidenze emerse dall'analisi dell'andamento economico rilevato tra 2008-2012, flussi gestionali disponibili per l'esercizio 2012 e stima del fenomeno inflattivo per alcune tipologie di beni e servizi (costi interni) mediante Indice del Prezzo al Consumo (IPC) registrato nel corso dell'anno 2012 pari al 2,0%, basato sul Tasso di Inflazione Programmata pari all'1,5%, come previsto nel DEF, aumentato prudenzialmente dello 0,5%. A tal proposito, si specifica che per i beni e servizi oggetto di applicazione delle disposizioni di cui all'art. 15, comma 13, lettere a) e b) del DL 95/2012 il tendenziale recepisce, ad invarianza delle prestazioni assistenziali erogate, il risparmio indotto dalla stima di riduzione dei contratti e delle connesse prestazioni necessari per garantire una

manovra regionale di circa 100 €/mln, così come riportato nel verbale del tavolo tecnico ministeriale del 23 luglio 2013, e assorbire l'eventuale incremento inflattivo della spesa (IPC). Per tale applicazione, si prevede la necessità di un forte coinvolgimento di tutte le direzioni aziendali, che in attuazione alla normativa nazionale e regionale, tra cui il presente Programma operativo, sono chiamati ad adottare ogni utile misura per la riorganizzazione dei processi produttivi aziendali che sottostanno alla erogazione delle singole tipologie di prestazioni sanitarie di tipo diagnostico, terapeutico medico – chirurgico, riabilitativo e socio sanitario. Nell'ambito di tale riorganizzazione saranno individuati margini di efficientamento conseguibile, e promosse, contestualmente, iniziative sul versante dell'appropriatezza erogativa.

- Proposta di riparto relativa all'anno 2013 in corso di emanazione.

Per i dettagli dei razionali utilizzati si rimanda alla specifica trattazione che segue:

RICAVI

Contributi da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. regionale

Il valore del Consuntivo 2012 è pari a 7.887 €/mln. Il valore del tendenziale è stato posto pari a **7.809 €/mln per il 2013 e 8.023 €/mln per il 2014 e per il 2015**, con una variazione rispetto al 2012 di -77,7 €/mln per il 2013 e di +136,2 €/mln per il 2014 e per il 2015.

La stima dei contributi FSR indistinto per l'anno 2013-2015 è stata calcolata considerando la sovrapposizione degli effetti del DL 98/11 (art.17, comma 1), della L 135/2012 (art. 15, comma 22) e L 228/2012 (art. 15, comma 22), la proposta di riparto relativa all'anno 2013 in corso di emanazione, e le indicazioni riportate nel verbale del tavolo tecnico ministeriale del 23 luglio 2013 a seguito della sentenza della Corte Costituzionale 187/2012 che dichiara incostituzionali le misure di compartecipazione introdotte dal DL 98/2011, secondo lo schema seguente.

Dinamica del finanziamento SSN	2012	2013	2014	2015
Finanziamento SSN (lordo penitenziaria)	110.512	112.393	116.236	
Riduzione di cui al DL 78/2010 + DL 98/2011	-1.732	-3.100	-5.450	
Totale netto manovre	108.780	109.293	110.786	
Ulteriori risorse per Opg, regolarizzazione stranieri netto visite fiscali	81	111	111	
Riduzione di cui al DL 95/2012	-900	-1.800	-2.000	
Totale netto manovre	107.961	107.604	108.897	
Riduzione di cui al Ddl stabilità 2013		-600	-1.000	
Totale netto manovre		107.004	107.897	
Dinamica finanziamento a legislazione vigente rispetto all'anno precedente		-0,89%	0,83%	
Stima del Fondo Indistinto ante sentenza 187/2012	7.744.715	7.657.341	7.721.245	7.721.245
Stima del ripristino del finanziamento in conseguenza della sentenza della Corte Costituzionale 187/2012 che dichiara incostituzionali le misure di compartecipazione introdotte dal DL 98/2011			150.000	150.000
Stima del Fondo Indistinto post sentenza 187/2012	7.744.715	7.657.341	7.871.245	7.871.245

Valori stimati.

Tabella 3 – Dinamica del finanziamento SSN

Per la ripartizione delle riduzioni del Fondo Sanitario Nazionale previste dalla *spending review* (1.800€/mln per l'anno 2013, 2.000€/mln per l'anno 2014 e 2.100€/mln per l'anno 2015) e dalla legge di stabilità (ulteriori 600€/mln per l'anno 2013, ulteriori 1.000€/mln per l'anno sia 2014 sia 2015), si è utilizzata l'incidenza della popolazione piemontese sul totale nazionale (ovvero la % di accesso al fondo) rilevata nell'**ultima proposta di riparto relativa all'anno 2013 in corso di emanazione**.

Gli incrementi del FSR derivanti dal DL 98/11 (incremento rispetto al finanziamento 2012 pari allo 0,5% nel 2013 e all'1,4% per il 2014) sono invece stati calcolati a partire dall'importo di FSR 2012 antecedente all'introduzione della *spending review*.

In assenza di indicazioni all'interno della cosiddetta Legge Tremonti sulla crescita del Fondo nel 2015, cautelativamente il FSN pre-*spending review* del 2015 è stato mantenuto pari a quello previsto per il 2014.

Inoltre, si precisa che nelle ipotesi del FSR 2014-2015 si è tenuto conto della stima ministeriale di 150 €/mln riportata nel verbale del tavolo tecnico ministeriale del 23 luglio 2013 per ripristino del finanziamento correlato alla sentenza della Corte Costituzionale 187/2012.

La stima dei contributi FSR vincolati è stata quantificata, coerentemente alle disposizioni del D.Lgs 118/2011, pari alle ultime assegnazioni disponibili (circa **142 €/mln**) rilevate nel CE 999 al Consuntivo 2012, incrementati di ca **9,6 €/mln** al fine di tenere conto dell'ipotesi di incremento dei contributi per Progetti di PSN (L.662/96 e L. 133/08) e dei contributi per Meccanismi sanzionatori e premiali relativi agli anni precedenti.

FSR vincolato	
Medicina Penitenziaria (D.Lgs. 230/99)	853
Progetti di PSN (L. 662/96 e L. 133/08)	118.173
Borse studio MIMG (L. 109/88)	2.677
Fondo esclusività (L. 488/99)	2.828
Hanseniani (L. 31/86)	26
Fibrosi Cistica (L. 362/98)	250
Extracomunitari irregolari (L. 40/98)	2.962
Veterinaria (L. 218/88)	0
Aids (L. 135/90)	3.393
Ulteriori risorse medicina penitenziaria (art. 2, comma 283, L. 244/07)	10.876
Totale - Contributi FSR vincolati	142.039
Progetti di PSN (L.662/96 e L. 133/08) - ipotesi di incremento rispetto al 2012	4.639
Contributi per Meccanismi sanzionatori e premiali relativi agli Anni precedenti	5.000
Totale - Ulteriori contributi vincolati	9.639
Totale - contributi vincolati	151.678

Tabella 4 – FSR vincolato

La Regione si riserva di riallineare le stime dei ricavi riportati nel tendenziale nel momento in cui sarà formalizzato il riparto, sia quello indistinto (che ad oggi è solo una intesa del 19 dicembre 2013 tra le Regioni), sia quello vincolato. A titolo di esempio, la stima dei contributi FSR non tiene conto, prudenzialmente, sia dei contributi OPG e sia dei contributi per visite fiscali.

Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti

Il valore del Consuntivo 2012 è pari a -2,2 €/mln. Coerentemente con quanto disposto dalla circolare del 28/01/2013 del Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze prevede, in applicazione di quanto disposto dalla L.228/2012, art. 1 comma 36 il valore a tendenziale è stato posto pari a **-17,1 €/mln nel 2013, -40,2 €/mln nel 2014, -55,6 €/mln nel 2015**, in quanto si è previsto un incremento annuo di cespiti finanziati con risorse correnti di ca 38,5 €/mln. La variazione stimata rispetto al consuntivo 2012 per la voce in oggetto è rispettivamente pari a -15 €/mln, -38 €/mln e - 53 €/mln.

Il dettaglio è riportato nella tabella seguente:

		Anno 2013	Anno 2014	Anno 2015
B= b1+b2+b3+b4	Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti (cespiti finanziati con risorse correnti 2012-2013-2014-2015):	-17.100	-40.200	-55.600
b1	Rettifica contributi al 20% per Cespiti acquistati con contributi c/esercizio 2012 (valore totale ca 8,5 €/mln) *	-1.700	-1.700	-1.700
b2	Rettifica contributi al 40% per Cespiti acquistati con contributi c/esercizio 2013 (valore totale ca 38,5 €/mln) *	-15.400	-15.400	-7.700
b3	Rettifica contributi al 60% per Cespiti acquistati con contributi c/esercizio 2014 (valore totale ca 38,5 €/mln) *		-23.100	-15.400
b4	Rettifica contributi a 80% per Cespiti acquistati con contributi c/esercizio 2015 (valore totale ca 38,5 €/mln) *			-30.800

* con nota regionale, prot. n. 2503/2015 del 23/01/2013, è stata richiesta alle aziende sanitarie una ricognizione degli investimenti 2012; l'attività ha evidenziato un ammontare pari a ca. 38,5 €/mln, di cui finanziate nel 2012 con risorse regionali ca 30 €/mln. Pertanto, sulla base delle informazioni disponibili è stato ipotizzato per gli anni 2013-2015, un'assenza di ulteriori contributi regionali in c/capitale ed un incremento annuo di cespiti finanziati con risorse correnti di ca 38,5 €/mln.

Tabella 5 – Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti

Inoltre, a supporto delle stime economiche definite nel tendenziale 2013-2015, si precisa che la Regione intende avviare, coerentemente a quanto previsto nei PAC approvati con DGR 26-6009 del 25/06/2013, un governo attivo degli investimenti finanziati in c/esercizio e in c/capitale. Tale governo verrà assicurato mediante la definizione di una procedura regionale di

controllo e monitoraggio in capo al responsabile della GSA coerente alle disposizioni normative del D.Lgs 118/2011, che integrerà le azioni definite nel presente programma operativo.

Pertanto, si ritiene che la rettifica effettiva dei contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti rispetto quanto stimato nel tendenziale 2013-2015 può ritenersi significativamente prudentiale.

Contributi da regione a titolo di copertura extra LEA

Il valore del Consuntivo 2012 è pari a 100 €/mln. Per tale posta, tenuto conto che, in via ulteriore rispetto a quanto già rappresentato dai Tavoli tecnici, è intervenuta la sentenza della Corte Costituzionale n. 104 del 22 maggio 2013 che rileva il contrasto dell'erogazione di prestazioni aggiuntive rispetto ai LEA nelle regioni sottoposte ai Piani di rientro con gli obiettivi di risanamento del Piano di rientro in quanto viola il principio di contenimento della spesa pubblica sanitaria quale principio di coordinamento della finanza pubblica si è proceduto come segue:

Il valore a tendenziale per l'esercizio 2013, nelle more di definizione di un puntuale cronoprogramma regionale, da adottarsi entro e non oltre il 10/12/2013, finalizzato alla eliminazione dell'erogazione di prestazioni extra LEA a decorrere dal 2014 e coerentemente alle coperture finanziarie regionali **è stato posto pari al consuntivo 2012.**

Il valore a tendenziale per gli esercizi 2014 e 2015, coerentemente a quanto riportato nel verbale del tavolo tecnico ministeriale del 23 luglio 2013, **prevede l'eliminazione dell'erogazione di prestazioni extra LEA** secondo quanto rilevato dal gruppo di lavoro regionale dalla documentazione acquisita dalle Aziende del SSR con la ricognizione straordinaria avviata con circolare regionale richiesta regionale in data 02/08/2013.

A tal proposito, si riportano in sintesi le tipologie di prestazioni extra Lea eliminate nel tendenziale dal 2014:

- **37 €/mln** per Assegni di cura;
- **4 €/mln** per Quota sociale relativa ai primi 60 gg per ricoveri in dimissione ospedaliera;
- **28 €/mln** per Maggiore quota sanitaria rispetto dpcm 29.11.2001;
- **9,5 €/mln** per Prest. aggiuntive Mmg e Pls previste da accordi regionali/aziendali;
- **4 €/mln** per maggiori entrate proprie delle Aziende del SSR a titolo di proventi per erogazioni, a gestione diretta, di prestazioni extra LEA;
- **17 €/mln** per altre prestazioni extra Lea, di cui 14 €/mln per acquisto di assistenza integrativa (Ausili tecnici non inseriti nel nomenclatore tariffario, Materiale d'uso e medicazioni, Prodotti apoteici, ecc).

Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti

Il valore del Consuntivo 2012 è pari a 0,3 €/mln. Per ciascuna annualità del **triennio 2013-2015** il valore a tendenziale è stato posto pari a **28,4 €/mln**, ovvero pari al valore degli accantonamenti per quote inutilizzate rilevate nel consuntivo 2012, nell'ipotesi che dal 2013 i contributi non utilizzati in corso d'anno dalle Aziende del SSR siano pari agli utilizzi degli accantonamenti rilevati negli esercizi precedenti. Inoltre, si specifica che l'ulteriore assunto del tendenziale è l'assegnazione integrale del FSR vincolato alle Aziende del SSR negli esercizi 2013-2015.

Altri contributi in conto esercizio

Il valore del Consuntivo 2012 è pari a **67,7 €/mln**. Per ciascuna annualità del **triennio 2013-2015** il valore a tendenziale è stato posto pari a **38 €/mln**, stimando una riduzione rispetto al 2012 di 29,6 €/mln.

Le differenze principali rispetto al 2012 sono imputabili alle seguenti voci di CE:

- "AA0100 - Contributi regionali extrafondi altro": la proiezione tendenziale per l'anno 2013-2015, nelle more delle attività regionali di approfondimento (tra cui la perimetrazione delle entrate e delle uscite del servizio sanitario regionale ai sensi del D.Lgs 118/2011, nel seguito argomentata), tiene

conto prudenzialmente del 40% dei ricavi rilevati nel CE al Consuntivo 2012 dalle Aziende del SSR (ca una riduzione di -23 €/mln).

- “AA0160 - Contributi da altri soggetti pubblici (extra fondo) - Legge 210/92”: la proiezione tendenziale per l’anno 2013-2015 è stata posta pari al costo rilevato nel conto di CE “BA1320 - Contributo Legge 210/92”, ovvero pari a **9,5 €/mln**.
- “AA0230 - Contributi c/esercizio da privati”: la proiezione tendenziale per l’anno 2013-2015, coerentemente al trend storico delle rilevazioni dei contributi da privato (2008-2011), è stata posta pari **5,2 €/mln**. Tale valore rispetto al Consuntivo 2012 rileva una riduzione prudenziale di ca 4,7 €/mln.
- “AA0150 - Contributi da altri soggetti pubblici (extra fondo) - Vincolati” e “AA0170 - Contributi da altri soggetti pubblici (extra fondo) – Altro”: la proiezione tendenziale per l’anno 2013-2015, tiene conto prudenzialmente del 48% dei ricavi rilevati nel CE al Consuntivo 2012 dalle Aziende del SSR (la riduzione è pari a ca -8 €/mln).

Mobilità attiva intra

Il valore per ciascuna annualità è pari a 0 €/mln, in considerazione delle operazioni di elisione apportate, ai fini del consolidamento, al CE 999.

Mobilità attiva extra regionale

Il valore del Consuntivo 2012 è pari a 241 €/mln. Il valore del tendenziale per ciascun anno del triennio 2013-2015, è stato posto pari al valore rilevato nell’**ultima proposta di riparto relativa all’anno 2013 in corso di emanazione**.

Pay back

Il valore del Consuntivo 2012 è pari a 30,3 €/mln. Per ciascuna annualità del **triennio 2013-2015** il valore a tendenziale, al fine di tenere conto del DL 95/2012, è stato posto pari a **32 €/mln**.

Compartecipazioni

Il valore del Consuntivo 2012 è pari a 153 €/mln. Il valore a tendenziale per il triennio 2013-2015 è stato posto pari al 2012, tenuto conto dell’obiettivo regionale di invarianza dei servizi di assistenza. Nel valore in oggetto rientrano 14 €/mln di rimborsi per quota aggiuntiva da prestazioni sanitarie ambulatoriali da privato, per i quali è stato avviato un approfondimento per valutare la coerenza del conto di CE ministeriale da utilizzare per rilevare il rimborso degli erogatori di prestazioni sanitarie da privato.

Altre entrate

Il valore tendenziale per il triennio 2013-2015 è stato stimato in coerenza alle variazioni osservate nelle annualità 2008-2013. Inoltre per le annualità 2014 e 2015 tiene conto della stima di incremento dei ricavi di **4 €/mln** per maggiori entrate proprie delle Aziende del SSR a titolo di proventi per erogazioni, a gestione diretta, di prestazioni extra LEA.

Costi capitalizzati

Il valore del Consuntivo 2012 è pari a 122 €/mln. Per ciascuna annualità del **triennio 2013-2015** il valore del tendenziale prudenzialmente, in assenza di elementi di valutazione della vita media residua degli investimenti in corso di ammortizzazione, è stato posto pari al Consuntivo 2012.

A tal proposito, a garanzia dell’equilibrio del bilancio sanitario, si ritiene opportuno evidenziare che, coerentemente a quanto disposto sia dal DLGS 118/2011 in materia di modalità di copertura finanziaria degli investimenti operati dalle Aziende del SSR e sia dalla sezione “Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti”, è ragionevole ipotizzare nel triennio 2013-2105 un incremento significativo della posta contabile.

Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti - altri contributi

Viene stimato un valore tendenziale per il triennio 2013-2015 pari a **0 €/mln**, coerente al valore del CE Consuntivo 2012.

COSTI

Personale

Il valore tendenziale per ciascuna annualità del triennio 2013-2015 per la voce “Personale” è stato posto pari al valore del CE Consuntivo 2012 (**2.883 €/mln**) che include l’indennità di vacanza

contrattuale (IVC = 0,75%). A tal proposito, si precisa che nella voce di accantonamento per rinnovi contrattuali si è proceduto, coerentemente alla normativa vigente, a stimare un ulteriore incremento rispetto al valore tendenziale della IVC per l'esercizio 2015.

Per la stima degli effetti del blocco di turn-over si rimanda al "Programma 10 – Gestione del Personale".

IRAP

Il valore del Consuntivo 2012 è pari a **206 €/mln**. Il valore del tendenziale per ciascuna annualità del triennio 2013-2015 è stato posto pari al 2012, coerentemente alla voce "Personale".

Beni sanitari

Il valore del Consuntivo 2012 è pari a **1.200 €/mln**. Il valore del tendenziale è stato posto pari a **1.217 €/mln per il 2013, 1.238 €/mln per il 2014 e 1.260 €/mln per il 2015**, con un aumento rispetto al 2012 di 16,7 €/mln per il 2013, di 38 €/mln per il 2014 e di 60 €/mln per il 2015.

In particolare rispetto al valore rilevato al Consuntivo 2012, è stato ipotizzato un incremento del 2% annuo, in linea con l'incremento dell'Indice del Prezzo al Consumo (IPC), ad eccezione della voce "BA0030 - Prodotti farmaceutici ed emoderivati", e una razionalizzazione della spesa coerentemente alle disposizioni nazionali vigenti.

Per la voce, tenuto conto del trend storico rilevato negli anni 2008-2011, nonché dell'obiettivo regionale di invarianza dei servizi essenziali di assistenza e sulla base delle evidenze rilevate, rispetto al CE del 2012 e dalle informazioni disponibili presso gli uffici regionali competenti, si è proceduto nel tendenziale 2013-2015 a:

- confermare i valori economici per l'acquisto ospedaliero, prodotti farmaceutici in fornitura diretta di assistenza farmaceutica e distribuzione per conto dei farmaci ed emoderivati;
- incrementare prudenzialmente del 4% annuo i farmaci distribuiti/somministrati in regime di File F da pubblico (prodotti di tipo "H", ed ossigeno ospedaliero e domiciliare), al fine di stimare il trend di crescita sia in termini di prezzo, e sia in termini di quantità.
- incrementare prudenzialmente del 2,6% annuo gli emoderivati, le soluzioni fisiologiche e medicinali senza AIC, l'acquisto delle soluzioni per dialisi con AIC.
- incrementare la spesa complessiva del valore di variazione delle rimanenze per beni sanitari rilevato nel CE 2012.

Inoltre, coerentemente a quanto riportato in premessa si specifica che il tendenziale definito sconta le manovre previste dalla normativa nazionale (DL 98/2011, DL 95/2012 e smi), per un importo **pari ad almeno 11 €/mln**. Tale razionalizzazione di spesa è stata applicata nel tendenziale in relazione al fatto che si tratta di misure disposte dalla legislazione nazionale vigente per le quali la Regione ha avviato le dovute attività di monitoraggio. Per le ulteriori iniziative regionali finalizzate ad agevolare l'attuazione delle disposizioni normative nazionali si rimanda al "Programma 9 - Centralizzazione degli acquisti", al "Programma 10 - Gestione del personale" e "Programma 14 - Equilibrio Ospedale-Territorio".

Beni non sanitari

Il valore del Consuntivo 2012 è pari a **85 €/mln**. Il valore del tendenziale è stato posto pari a **75,9 €/mln per ciascuna annualità del triennio 2013-2015**.

In particolare rispetto al valore rilevato trimestre nel 2012, è stato ipotizzato un incremento del 2% rispetto al valore rilevato nel CE, in linea con l'incremento dell'Indice del Prezzo al Consumo (IPC), e una razionalizzazione della spesa coerentemente alle disposizioni nazionali vigenti.

Inoltre, coerentemente a quanto riportato in premessa si specifica che il tendenziale definito sconta le manovre previste dalla normativa nazionale (DL 98/2011, DL 95/2012 e smi), per un importo **pari ad almeno 11 €/mln**. Tale razionalizzazione di spesa è stata applicata nel tendenziale in relazione al fatto che si tratta di misure disposte dalla legislazione nazionale vigente per le quali la Regione ha avviato le dovute attività di monitoraggio. Per le ulteriori iniziative regionali finalizzate ad agevolare l'attuazione delle disposizioni normative nazionali si rimanda al "Programma 9 - Centralizzazione degli acquisti", al "Programma 10 - Gestione del personale" e "Programma 14 - Equilibrio Ospedale-Territoriale".

Servizi sanitari

Il valore del Consuntivo 2012 è pari a 239 €/mln. Il valore del tendenziale è stato posto pari a **231 €/mln per il 2013, 194 €/mln per il 2014 e 194 €/mln per il 2015**, con una variazione rispetto al 2012 di -8,3 €/mln per il 2013, di -45,4 €/mln per le annualità 2014 e 2015.

In particolare le differenze rispetto al 2012 sono imputabili alle seguenti voci di CE:

- “BA1510 - Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria da pubblico - Altri soggetti pubblici della Regione”: è stata recepita la riclassifica di circa 4,2 €/mln erroneamente rilevata nel CE al 2012 nel conto di CE “BA1520 - Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria da pubblico (extra Regione)”;
- “BA1330 - Altri rimborsi, assegni e contributi”: dal 2014 è stata recepita la sentenza della Corte Costituzionale n. 104 del 22 maggio 2013 procedendo a prevedere l’eliminazione degli assegni di cura per prestazioni extra Lea pari a 37 €/mln.
- “BA1540 - Costi per servizi sanitari - Mobilità internazionale passiva”: per ciascuna annualità del triennio 2013-2015 è stato recepito il valore rilevato nell’ultima proposta di riparto relativa all’anno 2013 in corso di emanazione, pari a 7,8 €/mln.

Inoltre, coerentemente a quanto riportato in premessa si specifica che il tendenziale definito sconta le manovre previste dalla normativa nazionale (DL 98/2011, DL 95/2012 e smi), per un importo pari ad almeno **16 €/mln**. Tale razionalizzazione di spesa è stata applicata nel tendenziale in relazione al fatto che si tratta di misure disposte dalla legislazione nazionale vigente per le quali la Regione ha avviato le dovute attività di monitoraggio. Per le ulteriori iniziative regionali finalizzate ad agevolare l’attuazione delle disposizioni normative nazionali si rimanda al “Programma 9 - Centralizzazione degli acquisti”, al “Programma 10 - Gestione del personale” e “Programma 14 - Equilibrio Ospedale-Territorio”.

Servizi non sanitari

Il valore del Consuntivo 2012 è pari a 833 €/mln. Il valore del tendenziale è stato posto pari a **760 €/mln per il 2013, 758 €/mln per il 2014 e 759 €/mln per il 2015**, con una variazione rispetto al 2012 di -73 €/mln per il 2013, di -75 €/mln per il 2014 e di -74 €/mln per il 2015.

In particolare le differenze rispetto al 2012 sono imputabili alle seguenti voci di CE:

- “BA1570 – Servizi non sanitari”: rispetto al valore rilevato al Consuntivo 2012, è stato ipotizzato un incremento del 2% rispetto al valore rilevato nel CE 2012, in linea con l’incremento dell’Indice del Prezzo al Consumo (IPC), ad eccezione della voce “BA1610 - Riscaldamento”, per la quale, coerentemente con il trend rilevato negli esercizi 2008-2011, è stato prudenzialmente ipotizzato un incremento maggiore, pari al 3%;
- “BA1910 – Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)”: rispetto al valore rilevato al Consuntivo 2012, è stato prudenzialmente ipotizzato un incremento del 2%;
- “BA2020 - Canoni di noleggio - Area sanitaria”: dal 2014 è stata recepita la sentenza della Corte Costituzionale n. 104 del 22 maggio 2013 procedendo a prevedere l’eliminazione della spesa per prestazioni extra Lea pari a 4 €/mln.

Inoltre, coerentemente a quanto riportato in premessa si specifica che il tendenziale definito sconta le manovre previste dalla normativa nazionale (DL 98/2011, DL 95/2012 e smi), per un importo **pari ad almeno 70 €/mln**. Tale razionalizzazione di spesa è stata applicata nel tendenziale in relazione al fatto che si tratta di misure disposte dalla legislazione nazionale vigente per le quali la Regione ha avviato le dovute attività di monitoraggio. Per le ulteriori iniziative regionali finalizzate ad agevolare l’attuazione delle disposizioni normative nazionali si rimanda al “Programma 9 - Centralizzazione degli acquisti”, al “Programma 10 - Gestione del personale” e “Programma 14 - Equilibrio Ospedale-Territorio”.

In ultimo, si precisa che sulla base delle informazioni regionali disponibili il valore economico a tendenziale, analogamente al 2012, include ca 1 €/mln di costi inerenti il funzionamento delle Federazioni sovrazionali, pari al contributo che le Aziende del SSR assegnano alle stesse.

Medicina di base

Il valore del tendenziale per il triennio 2013-2015 è stato stimato pari al valore del CE del Consuntivo 2012 (475 €/mln), con una riduzione dal 2014 di ca -9,5 €/mln per eliminazione delle prestazioni aggiuntive extra Lea degli Mmg e Pls previste da accordi regionali/aziendali in attuazione della sentenza della Corte Costituzionale n. 104 del 22 maggio 2013.

Farmaceutica convenzionata

Il valore del Consuntivo 2012 è pari a 673,7 €/mln. Il valore del tendenziale è stato posto pari a **662,8 €/mln per il triennio 2013-2015**, con una riduzione rispetto al 2012 di 10,9 €/mln.

La riduzione è stata stimata sulla base dei dati di spesa delle DCR mensili rilevate al I e II trimestre 2013 e sul trend di spesa rilevata nel 2012 in cui si evince un calo del valore medio delle ricette ed un attenuarsi della tendenza, in atto negli anni passati, di aumento del numero delle ricette; nonché l'applicazione delle disposizioni di cui al DL 95/2012 e smi.

Il calo del valore medio delle ricette è dovuto alla razionalizzazione dei prezzi sui medicinali, alle trattenute, al crescente impatto dei medicinali equivalenti a seguito della progressiva scadenza di importanti brevetti e al ricorso alla distribuzione diretta o per conto di medicinali acquistati dalle Asl.

Assistenza specialistica da privato

Il valore dell'aggregato per il triennio 2013-2015 è stato stimato pari al valore del CE Consuntivo 2011 ridotto delle percentuali previste dalle disposizioni di cui al DL 95/2012 e smi, ovvero **-1%** nell'esercizio **2013** e **-2%** nell'esercizio **2014** e **2015**.

A tale proposito, si precisa che i valori riportati nel tendenziale 2013-2015 includono anche la spesa delle sperimentazioni gestionali (pubblico-privato) per ca 2,6 €/mln, conto di CE Min "BA0620 - Servizi sanitari per assistenza specialistica da altri privati". Tale spesa nell'esercizio 2011 era stata rilevata per ca 2,7 €/mln nei conti di spesa dei servizi sanitari, conto di CE Min "BA1530 - Altri servizi sanitari da privato".

Inoltre, si ricorda che il risparmio per le quote aggiuntive, nelle more degli approfondimenti regionali, nel tendenziale è rilevato tra i ricavi (Ticket) coerentemente agli anni precedenti.

Assistenza riabilitativa da privato

Il valore del tendenziale per il triennio 2013-2015 è stato stimato coerentemente al valore del CE Consuntivo 2012 (133 €/mln) con una riduzione dal 2014 di ca -6,5 €/mln per eliminazione prestazioni aggiuntive extra Lea in attuazione della Corte Costituzionale n. 104 del 22 maggio 2013.

Assistenza ospedaliera da privato

Il valore dell'aggregato per il triennio 2013-2015 è stato stimato pari al valore del CE Consuntivo 2011 ridotto delle percentuali previste dalle disposizioni di cui al DL 95/2012 e smi, ovvero **-1%** nell'esercizio **2013** e **-2%** nell'esercizio **2014** e **2015**.

A tale proposito, si precisa che i valori riportati nel tendenziale 2013-2015 includono anche la spesa delle sperimentazioni gestionali (pubblico-privato) per ca 26,9 €/mln nel 2013 (ridotta di 0,3 mln nel 2014 e 2015), conto di CE Min "BA0880 - Servizi sanitari per assistenza ospedaliera da altri privati". Tale spesa nell'esercizio 2011 era stata rilevata per ca 27,2 €/mln nei conti di spesa dei servizi sanitari, conto di CE Min "BA1530 - Altri servizi sanitari da privato".

Altre prestazioni da privato

Il valore del Consuntivo 2012 è pari a 636 €/mln. Il valore del tendenziale è stato posto pari a **651 €/mln per il 2013, 627 €/mln per il 2014 e 636 €/mln per il 2015**, con una variazione rispetto al 2012 di +15 €/mln per il 2013, di -9 €/mln per il 2014 e di 0 €/mln per il 2015.

Le voci che compongono le altre prestazioni da privato sono state analizzate rispetto al trend storico rilevato negli anni 2008-2011, nonché all'obiettivo regionale di invarianza dei servizi essenziali di assistenza e recepimento delle indicazioni riportate nel verbale del tavolo tecnico ministeriale del 23 luglio 2013. Dalle evidenze rilevate, rispetto al CE 2012 e dalle informazioni disponibili presso gli uffici regionali competenti, si è proceduto nel tendenziale 2013-2015 a:

- incrementare le voci economiche inerenti all'integrativa, alla protesica e alle Prestazioni Socio-Sanitarie da Privato (BA1160 e BA1180) di una crescita annua pari al 2,0% (Indice dei Prezzi al Consumo - media annua 2012);
- ridurre la spesa per acquisto di prestazioni di assistenza residenziale per anziani di 1,4 €/mln a seguito della cessazione della gestione da parte del ASL TO1 dell'Opera Pia Lotteri intervenuta al 31.12.2012.
- applicare, dal 2014, la riduzione della spesa per 33,7 €/mln per prestazioni extra Lea in recepimento della sentenza della Corte Costituzionale n. 104 del 22 maggio 2013. Si riporta il dettaglio della riduzione per conto di CE ministeriale:
 - - 0,7 €/mln nel conto di CE Min "BA1130 - Trasporti Sanitari Da Privato"
 - - 14,2 €/mln nel conto di CE Min "BA0740 - Assistenza Integrativa da Privato"

- - 7,8 €/mln nel conto di CE Min “BA0940 - Assistenza Psichiatrica Residenziale e Semiresidenziale da Privato”
- -11 €/mln nel conto di CE Min “BA1180 - Prestazioni Socio-Sanitarie da Privato”

Prestazioni da pubblico

Il valore dell'aggregato al Consuntivo 2012 è pari a 131 €/mln. Il valore del tendenziale è stato posto pari a **133 €/mln per il 2013, 130 €/mln per il 2014 e 132 €/mln per il 2015**, con una variazione rispetto al 2012 di circa 1,9 €/mln per il 2013, di -1,5 €/mln per il 2014 e di +0,3 €/mln per il 2015.

In particolare le differenze rispetto al 2012 sono imputabili alla voce di CE “BA1160 - Acquisto prestazioni Socio-Sanitarie a rilevanza sanitaria da pubblico (altri soggetti pubblici della Regione)”, per la quale è stato ipotizzato un incremento del 2%.

Inoltre, si è applicato, dal 2014, la riduzione della spesa per 5 €/mln per prestazioni extra Lea, conto di CE Min BA1160 - Prestazioni Socio-Sanitarie da altri soggetti pubblici, in recepimento della sentenza della Corte Costituzionale n. 104 del 22 maggio 2013.

Mobilità passiva infraregionale

Il valore per ciascuna annualità è pari a 0 €/mln, in considerazione delle operazioni di elisione apportate, ai fini del consolidamento, al CE 999.

Mobilità passiva extra regionale

Il valore dell'aggregato al Consuntivo 2012 è pari a 234 €/mln. Il valore del tendenziale per ciascun anno del triennio 2013-2015, è stato posto pari al valore rilevato nell'**ultima proposta di riparto relativa all'anno 2013 in corso di emanazione**.

Accantonamenti

Il valore del Consuntivo 2012 è pari a 58,4 €/mln. Il valore del tendenziale è stato posto pari a 58,4 €/mln nel 2013 e nel 2014 ed a 73 €/mln nel 2015. Gli importi del 2015 si scostano rispetto al CE del 2012 per le seguenti motivazioni:

- accantonamenti per rinnovi contrattuali personale convenzionato (medicina di base e medici SUMAI), è stata applicata la percentuale di accantonamento pari allo 0,75% del costo rilevato nel 2012, incrementato di un ulteriore 0,5077% per il 2015;
- accantonamenti per rinnovi contrattuali personale dipendente (CE BA2860, BA2870, BA2880), è stata applicata, coerentemente alla normativa vigente, una percentuale di incremento pari all'0,5077% per il 2015 del costo rilevato nel CE 2012;

Relativamente agli accantonamenti per quote inutilizzate contributi vincolati, si precisa che il valore a tendenziale è stato posto pari a 16,7 €/mln per il triennio 2013-2015, uguale al valore degli accantonamenti per quote inutilizzate rilevate nel 2012, nell'ipotesi che dal 2013 i contributi non utilizzati in corso d'anno dalle Aziende siano pari agli utilizzi degli accantonamenti rilevati negli esercizi precedenti. Inoltre, si specifica che l'ulteriore assunto del tendenziale è l'assegnazione integrale del FSR vincolato alle Aziende del SSR negli esercizi 2013-2015;

In ultimo, con riferimento ad eventuali utili rilevati dalle singole Aziende, in applicazione del combinato disposto della Legge Costituzionale 20/04/2012 e la legge 243/2012 di attuazione del principio di pareggio del bilancio e di quanto stabilito dall'art. 30 del D.Lgs.118/2011 “*L'eventuale risultato positivo di esercizio degli enti di cui alle lettere b) , punto i) , c) e d) del comma 2 dell'articolo 19 è portato a ripiano delle eventuali perdite di esercizi precedenti. L'eventuale eccedenza è accantonata a riserva ovvero, limitatamente agli enti di cui alle lettere b) punto i) , e c) del comma 2 dell'articolo 19, è reso disponibile per il ripiano delle perdite del servizio sanitario regionale. Resta fermo quanto stabilito dall'articolo 1, comma 6, dell'Intesa Stato-Regioni in materia sanitaria per il triennio 2010-2013, sancita nella riunione della conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano del 03/12/2009*”, il riparto del finanziamento indistinto assegnato alle Aziende Sanitarie si prevede che sarà rideterminato, eventualmente, nella misura necessaria al conseguimento dell'equilibrio economico.

Oneri finanziari

Il valore del Consuntivo 2012 è pari a 28,5 €/mln. Il valore del tendenziale è stato posto pari a **31 €/mln per ciascuna annualità del triennio 2013-2015**, con un aumento rispetto al 2012 di circa 2,7 €/mln.

Tale incremento, è da intendersi come mera stima prudenziale, volta a recepire eventuali ricadute economiche che potranno originarsi in applicazione del D.Lgs n.192 del 09/11/2012 e del D.L. 35/2013.

Oneri fiscali (al netto dell'IRAP)

Il valore del tendenziale per il triennio 2013-2015 è stato stimato pari al valore del CE Consuntivo 2012 (17,6 €mln).

Saldo poste straordinarie

L'aggregato, non essendo prevedibile, viene stimato pari a zero, in quanto l'eventuale rischio di poste straordinarie è stato valutato nel tendenziale in termini di competenza nelle poste economiche in precedenza dettagliate.

Inoltre, si precisa che è obiettivo regionale avviare un approfondimento volto a fornire una maggiore accuratezza, trasparenza e dettaglio delle poste straordinarie che eventualmente potranno essere rilevate dalle Aziende del SSR nel corso degli anni 2013-2015.

Saldo intramoenia

Il valore del tendenziale per il triennio 2013-2015 è stato stimato pari al valore del CE Consuntivo 2012 (16,6 €mln).

Ammortamenti

Il valore del Consuntivo 2012 è pari a 190 €mln. Per ciascuna annualità del **triennio 2013-2015** il valore del tendenziale prudenzialmente, in assenza di elementi di valutazione della vita media residua degli investimenti in corso di ammortizzazione, è stato posto pari al Consuntivo 2012.

A tal proposito, a garanzia dell'**equilibrio del bilancio sanitario**, si ritiene opportuno evidenziare che, coerentemente a quanto disposto dal DLGS 118/2011 in materia di modalità di copertura finanziaria degli investimenti operati dalle Aziende del SSR, gli ammortamenti per cespiti acquistati dal 2012 sono interamente sterilizzati con le voci di conto "costi capitalizzati". Mentre, gli effetti economici dell'incremento annuo della spesa del SSR per cespiti finanziati con risorse correnti è stato stimato nel tendenziale 2013-2015 nel conto "Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti".

In ultimo, si precisa che, in assenza di elementi di valutazione della vita media residua degli investimenti in corso di ammortizzazione, il tendenziale 2013-2015 non tiene conto, prudenzialmente, del minor impatto economico che potrebbe determinarsi (saldo contabile tra i costi sterilizzati e gli ammortamenti) per la cessazione degli ammortamenti pre-esistenti al 2011.

Sulla base delle stime regionali, in corso di verifica, per le annualità 2013-2015 potrebbe rilevarsi in sede di consuntivazione dei bilanci d'esercizio un miglioramento del saldo economico riportato nel tendenziale di -15% per il 2013, di - 30% per il 2014 e -60% per il 2015.

Rivalutazioni e Svalutazioni

Il valore del tendenziale per il triennio 2013-2015 è stato stimato pari a 0 €mln.

Si precisa, inoltre, che per l'esercizio 2013 il tendenziale recepisce l'intenzione regionale di destinare risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA pari a 50 €mln.

Relativamente agli effetti economici riportati nei CE Programmatici 2013-2015 si rimanda alle sezioni successive del documento, precisando che è intenzione regionale pianificare ulteriori interventi e manovre correttive da attivare a fronte del rilevamento di eventuali mancati adempimenti o disallineamenti rispetto agli obiettivi prestabiliti. Le modalità operative di tali intenzioni sono riportate nel Programma 1: *Governance* del PO.

1.4 Sintesi delle manovre

Il Programma Operativo 2013-2015 intende muoversi su due direttrici:

- il completamento di quegli interventi solo parzialmente attuati durante la vigenza del Piano di rientro 2010-2012, ovvero formalmente attuati ma non implementati, anche attraverso la proposta al Tavolo tecnico di nuove iniziative finalizzate a rafforzare aree specifiche secondo modalità e parametri, condivisi dallo Stato e dalle Regioni, negli Accordi e nelle Intese istituzionali, tenuto conto dell'esperienza fin qui maturata;
- la presentazione al Tavolo tecnico di interventi legislativi che consentano il perseguimento degli obiettivi di fondo previsti dall'Addendum al Piano di rientro 2010-2012, attraverso modalità e strumenti organizzativi diversi da quelli individuati dalla legge regionale 28/03/2012 n. 3 e dal punto 2 dell'allegato B alla D.C.R. n. 167-14087 del 3/04/2012, anche in questo caso, condivisi dallo Stato e dalle Regioni, negli Accordi e nelle Intese istituzionali.

Sintesi manovre Programmi Operativi 2013-2015			
	2013	2014	2015
RISULTATO ECONOMICO TENDENZIALE	- 153,9	11,1	- 53,3
MANOVRA COMPLESSIVA	108,6	45,2	96,0
Flussi informativi	2,7	2,7	2,7
Progetto Tesserata Sanitaria	2,7	2,7	2,7
<i>Controllo esenzioni da reddito come da DM 11/12/2009</i>	2,7	2,7	2,7
Rapporti con gli erogatori	34,2	30,8	30,8
Ricognizione e rimodulazione delle tariffe	25,3	25,3	25,3
<i>Ricognizione e rimodulazione tariffe assistenza ospedaliera e specialistica</i>	25,3	25,3	25,3
Individuazione delle funzioni assistenziali di cui al d.lgs. 502/92, con indicazione dei criteri di calcolo della relativa assegnazione economica	3,0	3,0	3,0
Rapporti con gli erogatori privati accreditati	6,0	2,5	2,5
<i>Tetti di spesa e stipula contratti per tutte le tipologie assistenziali in integrazione a quanto disposto dal D.L. 95/2012, ed incremento della spesa per erogazione e/o somministrazione di File F</i>	6,0	2,5	2,5
Razionalizzazione della spesa	- 10,2	14,6	35,3
Centralizzazione degli acquisti – Attivazione di sistemi di e-procurement regionali – Adesione a Consip	17,8	33,2	47,5
Attuazione della normativa nazionale in materia di beni e servizi (DL 98/2011 e DL 95/2012) - accantonamenti prudenziali nelle more della piena riorganizzazione dei processi produttivi aziendali.	- 30,0	- 21,0	- 15,0
Assistenza farmaceutica: distribuzione diretta e per conto	2,0	2,4	2,8
<i>Assistenza farmaceutica: distribuzione diretta e per conto</i>	1,6	1,6	1,6
<i>Implementazione della distribuzione diretta di farmaci in dimissione a seguito di ricovero e di visita specialistica ambulatoriale</i>	0,4	0,8	1,2
Gestione del personale	54,2	106,8	125,1
Contenimento della spesa per il personale	54,2	106,8	125,1
<i>Contenimento della spesa per il personale</i>	50,7	101,4	117,8
<i>Riduzione delle consulenze e delle prestazioni per manovre regionali aggiuntive</i>	0,3	0,5	0,8
<i>Riduzione della spesa per SUMAI</i>	3,3	4,9	6,6
Riequilibrio Ospedale-Territorio	15,2	- 3,4	- 15,0
Rete Ospedaliera e riconversioni	- 1,6	- 6,0	- 6,0
<i>Riconversione delle strutture ospedaliere di piccole dimensioni o con ridotta attività</i>	- 1,6	- 6,0	- 6,0
Assistenza primaria	12,7	18,3	19,6
<i>Il centro di assistenza primaria (CAP)</i>	- 0,6	- 1,2	- 2,4
<i>Presidi residenziali di assistenza primaria</i>	8,3	12,0	12,0
<i>Assistenza specialistica ambulatoriale (riorganizzazione dei laboratori con previsione di forme di accorpamento).</i>	5,0	7,5	10,0
Assistenza territoriale	4,1	- 15,6	- 28,6
<i>Riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell'assistenza territoriale per disabili</i>	0,0	- 4,0	- 6,0
<i>Riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell'assistenza territoriale per anziani</i>	0,0	- 4,0	- 6,0
<i>Riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell'assistenza domiciliare integrata</i>	0,0	- 9,7	- 16,7
<i>Assistenza territoriale ai soggetti tossicodipendenti</i>	4,1	4,1	4,1
<i>Assistenza territoriale ai soggetti minori</i>		- 2,0	- 4,0
Assistenza Farmaceutica	12,5	43,8	67,1
Razionalizzazione spesa farmaceutica ospedaliera	0,0	18,8	39,1
<i>Razionalizzazione dell'uso del farmaco in ospedale</i>	0,0	16,8	33,5
<i>Progetto dose unica del farmaco (DUF)</i>	0,0	2,0	5,6
Razionalizzazione spesa farmaceutica territoriale	12,5	25,0	28,0
<i>Definizione specifica di percorsi per categorie di farmaci "alto spendenti"</i>	8,0	16,0	16,0
<i>Monitoraggio della attività prescrittiva e incentivi per la prescrizione dei farmaci a brevetto scaduto</i>	4,5	9,0	12,0
Programmi di investimento e di sviluppo per l'assistenza resa nel territorio Piemontese	0,0	- 150,0	- 150,0
RIULTATO ECONOMICO PROGRAMMATICO	- 45,2	56,3	42,6
RISORSE AGGIUNTIVE DA BILANCIO REGIONALE A TITOLO DI COPERTURA LEA	50,0	0,0	0,0
RISULTATO ECONOMICO PROGRAMMATICO CON RISORSE AGGIUNTIVE LEA	4,8	56,3	42,6

Con riferimento alla stima operata nel tendenziale, pari a 150 €/mln annui dal 2014, per **ripristino del finanziamento correlato alla sentenza della Corte Costituzionale 187/2012**, che dichiara incostituzionali le misure di compartecipazione introdotte dal DI 98/2011, si precisa che tenuto conto delle previsioni di equilibrio del bilancio sanitario 2013 e 2014 definito nel Tendenziale e Programmatico ad invarianza dei livelli essenziali di assistenza offerti, si è proceduto ad accantonare prudenzialmente l'importo in oggetto per eventuali Programmi di investimento e di sviluppo per l'assistenza resa nel territorio Piemontese.

Tenendo conto dell'equilibrio di bilancio sanitario che sarà consuntivato per il 2013, la definizione dei programmi di investimento e di sviluppo sarà condotta dalla Regione Piemonte, in coerenza alle indicazioni che potranno pervenire dai Ministeri competenti ed alla sostenibilità del sistema regionale, e con la finalità di intraprendere percorsi virtuosi per Azienda, che partendo da una visione generale delle problematiche regionali attui delle soluzioni locali più opportune allo scopo di tutelare sia la salute dei cittadini, sia la gestione oculata dei costi coinvolgendo, in una consapevole condivisione degli obiettivi, tutti i livelli decisionali a ciò preposti (Ministero, Regione, Aziende).

In particolare, si intende fare riferimento a Programmi di investimento relativi al settore dell'edilizia sanitaria (prioritariamente interventi per la sicurezza antincendio ed antisismica) ed a quello delle tecnologie biomediche (rinnovo di attrezzature obsolete, acquisizione di nuove tecnologie), in grado di garantire un significativo incremento qualitativo dell'assistenza resa ai pazienti, sia in termini di sicurezza, sia in termini di diagnosi e cure innovative, maggiormente efficaci.

Obiettivi del Programma Operativo

Gli obiettivi del Programma Operativo 2013-2015 scaturiscono dall'analisi dei risultati raggiunti e di quelli ancora da sviluppare e rendere concreti che hanno caratterizzato il precedente Piano di rientro 2010-2012, ovvero:

- mantenimento dell'equilibrio economico conseguito prevalentemente attraverso provvedimenti di contenimento dei costi per le aree relative all'acquisto di beni e servizi, all'assistenza da privato, all'assistenza farmaceutica convenzionata, alla spesa del personale, con l'effetto di un progressivo miglioramento del risultato di gestione nel triennio di validità del Piano e di un risultato di gestione di competenza 2012 in avanzo per circa 19 €/mln (calcolato sui dati di CE 2012);
- potenziamento della struttura di governance regionale attraverso la recente istituzione di nuovi Settori della Direzione Regionale Sanità, all'interno della quale sarà reso operativo un Tavolo finalizzato al governo, in termini di coordinamento e di monitoraggio dei processi di attuazione del Programma Operativo;
- definizione del "Piano di assistenza territoriale", in grado di garantire il percorso di cura del paziente, la cui attuazione passa, necessariamente, attraverso la disponibilità delle risorse derivanti dalla realizzazione delle azioni di revisione della rete ospedaliera, programmate dall'Addendum al Piano di rientro 2010-2012 e puntualmente definite dalla DGR n. 6-5519 del 14/03/2013;
- mantenimento dei LEA secondo gli attuali dati e indicatori, sia per quanto concerne l'assistenza ospedaliera (posti letto, tasso di ospedalizzazione, appropriatezza), sia per quanto concerne l'assistenza territoriale (con la sola eccezione dell'ADI che va implementata), sia per le attività afferenti ai Dipartimenti di prevenzione.

Interventi previsti dal Programma Operativo

Il Programma Operativo 2013-2015 definisce gli interventi necessari per il raggiungimento degli obiettivi di governo regionale. Tali interventi possono essere suddivisi in due grandi tipologie:

- **Interventi di sistema:** intesi come l'insieme delle manovre strutturali che, in continuità con quanto già intrapreso, mirano a consolidare il cambiamento del sistema e a promuoverne lo sviluppo con interventi finalizzati al miglioramento della capacità di governo e controllo. Fanno parte di questa categoria di interventi:
 - l'attuazione di quanto programmato, in materia di rete ospedaliera e di reti tempo-dipendenti e specialistiche, dalla DGR n. 6-5519 del 14/03/2013, ulteriormente integrata da una puntuale analisi di dettaglio per ciascun presidio;
 - lo sviluppo ed il potenziamento dell'assistenza territoriale, attraverso l'incremento del numero di pazienti trattati in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), l'attivazione di una

rete di strutture di continuità assistenziale a valenza sanitaria, derivante dagli interventi di razionalizzazione sulla rete ospedaliera previsti dalla citata DGR n. 6-5519 del 14/03/2013, nonché l'avvio della realizzazione dei Centri di Assistenza Primaria (CAP), previsti già dall'Addendum al Piano di rientro 2010-2012;

- la ridefinizione delle dotazioni organiche di ciascuna ASR, in modo da renderle coerenti con il riordino della rete ospedaliera e con il "Piano di assistenza territoriale" che sarà definito con il Programma Operativo 2013-2015;
 - la revisione complessiva del rapporto con gli erogatori privati accreditati, con particolare riferimento all'individuazione dei volumi di attività ed alla loro tipologia, in modo da stipulare accordi contrattuali esclusivamente per volumi e tipologie di attività, sia di ricovero ospedaliero, sia ambulatoriali, coerenti con il fabbisogno che non può essere soddisfatto dalle strutture pubbliche, rese opportunamente efficienti;
 - la riorganizzazione e razionalizzazione delle attività di Laboratorio analisi prevista dalla DGR n. 11-5524 del 14/03/2013, che ha individuato un unico laboratorio per ciascuna delle sei Aree sovra zonali, di norma situato nell'ospedale di riferimento, al fine di ottimizzare i percorsi e salvaguardare il livello di esperienza necessaria per garantire livelli qualitativi e sostenibilità economica per le diagnostiche specialistiche;
 - il potenziamento della funzione di governo e controllo della Regione, attraverso, tra le altre, azioni di rafforzamento nei confronti di due specifiche funzioni che, nella gestione del Piano di rientro 2010-2012, hanno costituito elementi di criticità: il controllo contabile e gestionale, e i flussi informativi.
- **Interventi di efficientamento:** intesi come l'insieme delle azioni messe in atto a seguito del recepimento della normativa nazionale e/o di specifiche linee di programmazione regionale, entrambe volte a contenere i costi attraverso meccanismi di razionalizzazione nell'uso delle risorse. Fanno parte di questa categoria di interventi:
- la centralizzazione degli acquisti di alcune tipologie di beni, utilizzando la SCR-Piemonte (nei confronti della quale vige l'obbligo di adesione da parte delle ASR), di cui alla legge regionale 06/08/2007 n. 19, opportunamente rivista sotto il profilo organizzativo, così come previsto dalla legge finanziaria regionale per l'anno 2013;
 - l'individuazione di ASR capofila in grado di attivare procedure comuni tra più ASR per l'acquisizione di beni e servizi, al fine di ottenere un efficace "effetto scala" capace di contenerne il costo e di raggiungere gli obiettivi di riduzione previsti dalla normativa statale;
 - la razionalizzazione delle reti logistiche, attraverso la loro graduale integrazione, in grado di generare benefici sia di carattere economico-finanziario, sia sotto il profilo della gestione e della qualità del servizio;
 - la piena attuazione di quanto previsto dalle norme statali in materia, sia per quanto riguarda la riduzione del valore degli accordi contrattuali con gli erogatori privati accreditati, sia per quanto riguarda le tariffe delle prestazioni rese, sia per quanto riguarda la razionalizzazione della spesa per beni e servizi;
 - le iniziative finalizzate a contenere la spesa farmaceutica territoriale, mantenendola, anche per il triennio 2013-2015, al di sotto del tetto previsto dal DL 95/2012, convertito, con modificazioni dalla legge 135/2012;
 - le iniziative finalizzate a ridurre la spesa farmaceutica ospedaliera per avvicinarla gradualmente, nel corso del triennio 2013-2015, al tetto previsto dal DL 95/2012, convertito, con modificazioni dalla legge 135/2012;
 - le iniziative finalizzate alla razionalizzazione dei sistemi informativi/ci per ottimizzare i relativi costi di gestione;
 - le iniziative finalizzate alla razionalizzazione delle tecnologie biomediche per ottimizzare le relative spese di acquisto e manutenzione, attraverso una ridefinizione delle procedure di programmazione e di approvazione degli investimenti.

Il Programma è strutturato nelle diverse sezioni corrispondenti ai programmi previsti dalle Linee di indirizzo, emanate dal Ministero della Salute nel dicembre 2012, contenenti, ciascuno, i risultati attesi dalle azioni specifiche previste, nonché la valorizzazione economica e il relativo crono-programma. Al fine di agevolare le operazioni di monitoraggio dei singoli interventi, per ciascuna azione sono altresì

individuati i relativi indicatori di risultato e le articolazioni della Direzione Regionale Sanità responsabili della loro attuazione.

D'intesa con i competenti Ministeri, sarà allegata ai Programmi Operativi 2013-2015 una tabella riassuntiva contenente il crono programma complessivo, per ciascun Programma Operativo, degli interventi, delle azioni relative a ciascun intervento, degli indicatori di processo e di risultato, nonché delle scadenze relative a ciascuna azione.

2. Area: Governo del Sistema

Programma 1: Governance del PO

Il primo programma, come indicato dalle linee guida ministeriali, ha le finalità seguenti:

- individuazione della struttura regionale che sovrintende all’attuazione dell’intero Programma Operativo con specificazione delle strutture ad essa subordinate;
- azioni di potenziamento dell’attività di monitoraggio del Programma Operativo;
- azioni volte a favorire una più stringente attività di supporto alla struttura che sovrintende all’attuazione dell’intero Programma Operativo da parte di enti strumentali della regione per il Servizio sanitario regionale;
- *governance* dei rapporti con gli organi istituzionali della regione con riferimento alla coerenza degli atti da questi assunti con gli obiettivi del Programma Operativo / rimozione provvedimenti in contrasto con il Programma Operativo.

Governance del PO: valorizzazione manovre (€mln)			
	2013	2014	2015
Governance del PO			
Individuazione della struttura regionale che sovrintende all’attuazione dell’intero Programma Operativo con specificazione delle strutture ad essa subordinate.	-	-	-
Potenziamento dell’attività di monitoraggio del Programma Operativo	-	-	-
<i>Implementazione del controllo di gestione</i>	-	-	-
<i>Messa a punto dei flussi informativi</i>	-	-	-
<i>Potenziamento della struttura amministrativa della Direzione Sanità</i>	-	-	-
Azioni volte a favorire una più stringente attività di supporto alla struttura che sovrintende all’attuazione dell’intero Programma Operativo da parte di enti strumentali della regione per il Servizio sanitario regionale	-	-	-
Governance dei rapporti con gli organi istituzionali della regione con riferimento alla coerenza degli atti da questi assunti con gli obiettivi del Programma Operativo / rimozione provvedimenti in contrasto con il Programma Operativo	-	-	-
Responsabilizzazione delle ASR relativamente all’attuazione del Programma Operativo 2013-2015	-	-	-
Azioni volte ad una maggiore razionalizzazione, omogeneizzazione ed integrazione dei sistemi informativi aziendali con i sistemi centrali.	-	-	-

Tabella 6 – Sintesi manovre

Costruire un assetto di *governance* robusto ed efficiente è condizione essenziale per governare in modo finalizzato il SSR.

Con il Programma Operativo 2013-2015, appare necessario semplificare la “catena di comando” e, più in generale, il sistema di *governance* del SSR piemontese in modo da individuare tre soli livelli decisionali per l’intero sistema:

- la Giunta regionale, l’Assessore regionale “alla tutela della salute e sanità, politiche sociali e della famiglia” e l’Assessore al “Bilancio e Finanziario” che svolgono il ruolo guida sulle politiche di sistema. La Giunta regionale svolge nei confronti delle aziende sanitarie regionali le funzioni di indirizzo tecnico amministrativo, di coordinamento, di controllo, vigilanza, promozione e supporto, così come previsto dall’articolo 3 della legge regionale n. 18/2007 e ribadito dal Piano socio sanitario regionale 2012-2015, di cui alla D.G.R. 167-14087 del 3/04/2012;
- la Direzione sanità, che ha il compito di garantire l’assistenza tecnica, all’Assessore ed alla Giunta Regionale, per l’esercizio delle funzioni di programmazione sanitaria, la definizione degli obiettivi e dei programmi da attuare, il monitoraggio e la verifica sulla realizzazione dei programmi stessi, nonché l’attività di coordinamento ed indirizzo ai Settori, che ne costituiscono articolazione, in conformità alle indicazioni dell’Organo di Governo;
- le Aziende sanitarie regionali che rappresentano i soggetti cui è affidata la tutela e promozione della salute sul territorio e della continuità assistenziale. In questa prospettiva il consolidamento della *governance* regionale di sistema non implica una riduzione dell’autonomia gestionale delle direzioni generali aziendali. Tale autonomia, corrispondente ad una precisa responsabilità, si

esercita, tuttavia, all'interno di uno spazio strategico che trova una sua delimitazione negli indirizzi di sistema regionali. Ogni direzione di ASR assume quindi un mandato che implica il perseguimento degli obiettivi di sistema – del SSR – e di quelli specifici, attraverso la ricerca di soluzioni/azioni efficaci in quanto appropriatamente contestualizzate. In questa prospettiva tutte le aziende sanitarie regionali rispondono ai bisogni del contesto in cui operano e perseguono la realizzazione dei propri obiettivi, nello spirito di collaborazione con le altre e nella logica di appartenenza ad un unico contesto funzionale.

- Le ASR partecipano alla programmazione di sistema, riportando alla programmazione regionale le esigenze specifiche e contestuali ad una visione complessiva e multidimensionale a garanzia dell'equità ed appropriatezza dei servizi, nonché della razionalizzazione dei fattori produttivi. I flussi informativi a supporto di tali processi - opportunamente condivisi, validati e tradotti in indicatori - potranno permettere alla programmazione regionale di fondarsi su valutazioni sanitarie, tecniche ed economiche basate su evidenze oggettive.

Al fine di garantire il raggiungimento degli obiettivi definiti nel Programma Operativo, 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 Programma Operativo 2013-2015, in modo da assicurare una guida alle azioni delle singole aziende e un efficace controllo sui risultati attesi. Le azioni previste dal presente Programma Operativo sono fortemente integrate fra loro nel perseguire l'obiettivo di un migliore utilizzo delle risorse, con risparmio in termini di razionalizzazione della spesa del SSR. Il ridisegno della rete ed il successivo governo del sistema richiede il coinvolgimento della Direzione Sanità dell'Assessorato, profondamente riorganizzata, anche se recentemente, con l'introduzione di funzioni, assenti fino a pochi mesi orsono, che consentono una forte azione di pianificazione e guida, nonché di monitoraggio e controllo. Ciò appare ancor più necessario alla luce delle criticità emerse nel corso dell'attuazione del Piano di rientro 2010-2012 e del suo Addendum, con particolare riferimento ai ritardi, rispetto al crono-programma, con cui sono stati effettuati gli interventi previsti, all'adozione di provvedimenti non sempre coerenti con quanto definito dal Piano stesso, alla incongruenza dei dati regionali, relativamente ad alcune azioni, rispetto a quelli ministeriali. In una parola, è necessario dotarsi di strumenti organizzativi in grado di garantire che l'attuazione del Programma Operativo 2013-2015 sia efficacemente "governata".

Intervento 1.1: Individuazione della struttura regionale che sovrintende all'attuazione dell'intero Programma Operativo con specificazione delle strutture ad essa subordinate.

Con Deliberazione n. 1 – 6013 del 28 giugno 2013, avente ad oggetto "Istituzione del Tavolo per il Governo del Programma operativo 2013-2015", la Giunta regionale, si è dotata di uno strumento cogente, affidato al Direttore generale della Direzione Sanità. Il Tavolo sovrintende all'intero Programma Operativo e ad esso fanno riferimento i Responsabili del procedimento attuativo individuati dal Programma Operativo, previsti per ciascun intervento. Rispondono al Responsabile del Tavolo i Coordinatori dei Gruppi di lavoro "Monitoraggio contabile e gestionale" e "Flussi Informativi" di cui all'intervento 1.2.

Nello specifico, il Tavolo per il "Governo del Programma Operativo" svolgerà i seguenti compiti:

- assicura il supporto tecnico all'attività di indirizzo amministrativo e di controllo circa i risultati delle azioni poste in essere per il raggiungimento degli obiettivi previsti dal Programma Operativo;
- collabora alle iniziative concernenti i rapporti tra gli organi di governo regionali e gli organi istituzionali, dello Stato e delle altre Regioni;
- si interfaccia con i responsabili identificati negli interventi previsti dal presente Programma Operativo per assicurare la trasmissione delle informazioni, della documentazione e della modulistica atta a certificare l'adempimento delle azioni previste, garantendo il rispetto delle tempistiche stabilite;
- supporta la Regione nella pianificazione di interventi atti ad assicurare a livello operativo:
 - la coerenza tra i dati condivisi e la realtà (per tale obiettivo saranno di volta in volta predisposti dei piani di audit ad hoc coerenti con l'obiettivo dell'ispezione);
 - il controllo di particolari aspetti di interesse per la Regione per cui, indipendentemente dai dati disponibili, si riterrà necessario procedere con delle ispezioni;
- supporta la pianificazione degli interventi e delle manovre correttive da attivare a fronte del rilevamento di mancati adempimenti o disallineamenti rispetto agli obiettivi prestabiliti.

- conduce, anche attraverso l'operato del Gruppo di Lavoro "Monitoraggio contabile e gestionale", le attività di verifica trimestrale sull'operato delle singole aziende sanitarie con riferimento all'attuazione degli interventi previsti dal Programma Operativo 2013-2015, o eventuali manovre correttive di cui al punto precedente.

Risultati programmati

- Garanzia della puntualità, della completezza e della coerenza degli interventi e delle azioni previste dal Programma Operativo 2013-2015, evitando le criticità che hanno caratterizzato la gestione del Piano di rientro 2010-2012 e del suo Addendum.

Indicatori di risultato

- Livello di attuazione dei Programmi Operativi.
- Almeno n°2 riunioni/incontri del Tavolo di governo o del PO al mese.

Responsabile del procedimento attuativo

- Direttore Regionale Sanità.

Intervento 1.2: Potenziamento dell'attività di monitoraggio del Programma Operativo

Appare necessario potenziare due specifiche funzioni che, nella gestione del Piano di rientro 2010-2012, hanno costituito elementi di criticità: il controllo contabile e gestionale, e i flussi informativi. Tali funzioni sono strutturate nei Settori della Direzione regionale Sanità. Tuttavia, ai fini della *governance* del Programma Operativo, si ritiene maggiormente efficace individuare strumenti organizzativi dedicati, strettamente connessi con le Strutture istituzionalmente competenti, in considerazione dell'esperienza maturata nel corso dell'attuazione del Piano di rientro 2010-2012, dalla quale è emerso che, spesso, gli adempimenti previsti dal Piano venivano gestiti alla stregua di attività ordinarie. E' necessario, al contrario, che il programma Operativo sia gestito come momento prioritario e di indirizzo generale e che, proprio dall'attuazione degli interventi e delle azioni previste, discendano i piani di lavoro dei Settori della Direzione regionale Sanità.

L'attività di monitoraggio riguarderà anche le specifiche competenze e i singoli obiettivi di intervento dei Direttori Generali delle aziende sanitarie. Il Tavolo per il Governo del Programma Operativo presiederà, infatti, alle attività di coordinamento e indirizzo dei Direttori Generali delle singole aziende sanitarie. A tal fine il Responsabile del Tavolo per il Governo del Programma Operativo presiederà le riunioni mensili di coordinamento con i Direttori Generali, tese ad assicurare una sollecita e puntuale attuazione degli interventi del Programma Operativo da parte degli stessi (cfr. Intervento 1.5).

Gli strumenti organizzativi dedicati, di cui ai punti 1.1, 1.2.1 e 1.2.2, ivi compresi i Coordinatori ed il Responsabile del Tavolo per il Governo del Programma Operativo, non comportano oneri aggiuntivi, in quanto, per il loro funzionamento e per la loro finalità, non possono essere utilizzate risorse professionali se non delle strutture competenti a livello regionale e di SSR.

Azione 1.2.1: Implementazione del monitoraggio contabile e gestionale

La DGR n. 1 – 6013 del 28 giugno 2013 ha previsto la partecipazione al Tavolo per il "Governo del Programma Operativo" del Gruppo di lavoro "Monitoraggio contabile e gestionale del Programma Operativo 2013-2015", affidato ad un Coordinatore. Tale azione è finalizzata a garantire il monitoraggio costante e puntuale dello sviluppo delle azioni previste dal Programma Operativo 2013-2015 sul versante ASR e sul loro impatto nel CE di ciascuna. In particolare, la funzione è volta a guidare la gestione del Programma Operativo verso il conseguimento degli obiettivi stabiliti dallo stesso, rilevando, attraverso la misurazione di appositi indicatori, lo scostamento tra obiettivi pianificati e risultati conseguiti, e informando di tali scostamenti il Responsabile del Tavolo per il "Governo del Programma Operativo", affinché possano essere decise e attuate le opportune azioni correttive.

Risultati programmati

- Garantire il monitoraggio contabile e gestionale degli interventi e delle azioni previste dal Programma Operativo 2013-2015, evitando le criticità che hanno caratterizzato la gestione del Piano di rientro 2010-2012 e del suo Addendum.

Indicatori di risultato

- Elaborazione di un report con cadenza trimestrale.
- Tempestiva individuazione di criticità in ordine al profilarsi di disallineamenti rispetto alle previsioni dei PO relativi al periodo ed adozione dei necessari provvedimenti.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore “Risorse Finanziarie” della Direzione Regionale Sanità.

Azione 1.2.2: Messa a punto dei flussi informativi

La messa a punto dei flussi informativi è finalizzata a garantire la puntualità nella rilevazione dei dati e la loro lettura integrata, presupposto fondamentale, insieme al Monitoraggio contabile e gestionale, per il monitoraggio del Programma Operativo. La DGR n. 1 – 6013 del 28 giugno 2013 ha previsto la partecipazione al Tavolo per il “Governo del Programma Operativo” del Gruppo di lavoro “Flussi informativi”, affidato ad un Coordinatore. In particolare, al Gruppo di lavoro “Flussi informativi” è assegnato il compito prioritario di garantire, nell’ambito degli adempimenti LEA, la regolarizzazione degli obblighi informativi relativi a: salute mentale, FSE, posti letto, nonché a quelli inerenti i dati economici.

Risultati programmati

- Garanzia della puntualità e dell’omogeneità dei dati necessari sia al Gruppo di lavoro “Monitoraggio contabile e gestionale del Programma Operativo”, sia al Responsabile del Tavolo per il “Governo del Programma Operativo”.

Indicatori di risultato

- Almeno n°1 incontro mensile del Gruppo di lavoro finalizzato alla definizione della reportistica.
- Collaudo e resa disponibilità sul DWH regionale degli automatismi per la produzione della specifica reportistica entro il 31/12/2013.
- Piena disponibilità del "cruscotto" per il monitoraggio, attraverso report trimestrali, degli interventi e delle azioni previste dai PO relative al periodo 2014-2015.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore “Sistemi Informativi Sanitari” della Direzione Regionale Sanità.

Azione 1.2.3: Potenziamento della struttura amministrativa della Direzione Sanità

Per assicurare l’ottimale governo dell’attuazione del Piano di rientro è necessario provvedere ad un adeguato potenziamento della struttura amministrativa della Direzione Sanità, sia nella sua componente deputata al monitoraggio dei fatti economici che in tutte quelle deputate al monitoraggio dell’attuazione dei Programmi operativi, così come è stato rilevato e richiesto dal livello ministeriale, il 13 novembre 2013, nella riunione congiunta del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza.

Alla luce di quanto sopra, la Direzione Sanità ha provveduto all’identificazione degli ambiti della propria organizzazione, il cui potenziamento è ritenuto funzionale all’ottimale supporto delle strutture deputate al monitoraggio dell’attuazione dei Programmi operativi, nonché ai relativi numeri e tipologie delle risorse umane da assegnare, come di seguito riportato:

Ambito dell’organizzazione	Numero risorse umane necessarie	Competenze e funzioni/attività
Staff di Direzione Generale	1	Competenza: Tecnico professionale in ambito di programmazione e controllo. Funzione: responsabilità del coordinamento dei rapporti tra i Settori e le strutture deputate al governo dell’attuazione dei Programmi operativi; supporto ai Settori nella rilevazione e gestione delle criticità legate agli adempimenti relativi alle diverse azioni dei P.O.

Ambito dell'organizzazione	Numero risorse umane necessarie	Competenze e funzioni/attività
Settore Servizi Informativi Sanitari	1	<p>Competenza: Area ICT – Esperto in sistemi informativi;</p> <p>Attività prevalente: Coordinamento delle attività intersettoriali per la progettazione degli strumenti informatici necessari al monitoraggio dell'attuazione del P:O.; Pianificazione e coordinamento degli interventi tecnici per la realizzazione degli strumenti informatici necessari al monitoraggio dell'attuazione del P:O., da rendere disponibili sulla piattaforma DWH regionale</p>
	1	<p>Competenza: Tecnico professionale – Esperto in materia di valutazione delle tecnologie biomediche:</p> <p>Attività prevalente: coordinamento delle attività di competenza delle ASR nell'ambito delle azioni di ottimizzazione della spesa di investimento per acquisizioni delle tecnologie biomediche e supporto tecnico all'operatività della Commissione Governo delle Tecnologie Biomediche</p>
	1	<p>Competenza: Tecnico professionale – supporto tecnico-preprofessionale:</p> <p>Attività prevalente: funzioni gestionali e di coordinamento delle attività di competenza delle ASR nell'ambito della razionalizzazione dei costi di manutenzione delle tecnologie biomediche</p>
Settore Gestione delle Risorse Finanziarie	1	<p>Competenza: Programmazione area economico-finanziaria;</p> <p>Funzione: Supporto alla produzione della reportistica richiesta nei tavoli ministeriali e raccordo per le attività intersettoriali in attuazione dei P.O.</p>
	1	<p>Competenza: Programmazione area economico-finanziaria;</p> <p>Funzione: Supporto al monitoraggio degli accordi contrattuali con gli erogatori privati, relativamente agli aspetti finanziari, in attuazione dei P.O.</p>

Ambito dell'organizzazione	Numero risorse umane necessarie	Competenze e funzioni/attività
	1	Competenza: Programmazione area economico-finanziaria; Funzione: Supporto negli ambiti della contabilità analitica, dei controlli sulla gestione, del monitoraggio dei costi per i LEA, dei piani di attività e degli indicatori.
	1	Competenza: Programmazione area economico-finanziaria. Funzione: Supporto negli ambiti del Controllo dei bilanci delle ASR, implementazione del Piano di attuazione della certificabilità del bilancio, reportistica infrannuale-Dlgs 118/2011.
	1	Competenza: Area economico-finanziaria, ragionerie decentrate. Funzione: Supporto negli ambiti del Controllo dei bilanci delle ASR, implementazione del Piano di attuazione della certificabilità del bilancio, reportistica infrannuale-Dlgs 118/2011
Settore Personale Dipendente del SSR e Affari Generali	1	Competenza: Esperto nella gestione giuridica ed economica del personale del SSR. Funzione: Supporto tecnico al Settore per il monitoraggio delle azioni tendenti al contenimento del costo del personale ed alla riduzione delle consistenze organiche del SSR

Risultati programmati

- Adeguato potenziamento della struttura amministrativa della Direzione Sanità al fine di assicurare un idoneo supporto alle componenti organizzative deputate al monitoraggio dell'attuazione dei P.O.

Indicatori di risultato

- Adozione, entro il 31/03/2014, degli atti di attribuzione delle risorse umane agli ambiti organizzativi individuati e di assegnazione dei relativi incarichi di responsabilità.

Responsabile del procedimento attuativo

- Direttore Regionale Sanità.

Intervento 1.3: Azioni volte a favorire una più stringente attività di supporto alla struttura che sovrintende all'attuazione dell'intero Programma Operativo da parte di enti strumentali della regione per il Servizio sanitario regionale

Non avendo la Regione dei propri enti strumentali a supporto per l'attuazione del Programma Operativo del SSR, si prevede di strutturare, attraverso la definizione e sottoscrizione di apposita

convenzione, di cui alla DGR n. 4 – 6017 del 28 giugno 2013, avente ad oggetto “Approvazione dello schema di accordo fra l’Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali e la Direzione Sanità per l’implementazione ed il monitoraggio del Programma operativo 2013-2015 predisposto, ai sensi dell’art. 15, comma 20, del D.L. n. 95/2012 - convertito, con modificazioni, dalla legge n. 135/2012”, il supporto dell’Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Age.Na.S) alla Direzione Sanità, con particolare riferimento al Responsabile del Tavolo per il “Governo del Programma Operativo”.

Con cadenza trimestrale il Responsabile del Tavolo per il “Governo del Programma Operativo”, avvalendosi della collaborazione dell’Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Age.Na.S), verificherà lo stato di attuazione degli interventi previsti dal presente Programma Operativo, mediante incontri di valutazione dell’attività svolta da parte delle singole aziende sanitarie delle Regione, compresa la GSA (Gestione Sanitaria Accentrata). Il verbale in esito alle verifiche trimestrali dello stato di attuazione dei Programmi Operativi costituirà elemento di valutazione annuale dell’operato dei Direttori Generali.

Indipendentemente dall’attività svolta dal Responsabile del Tavolo per il “Governo del Programma Operativo”, ciascuno delle strutture regionali competenti e degli enti del SSR istituzionalmente competenti prosegue nelle azioni e nei controlli di propria competenza. Il Tavolo per il “Governo del Programma Operativo” assicura il supporto alla Regione per la pianificazione dei controlli e delle ispezioni ulteriori che sarà opportuno porre in essere per garantire la corretta implementazione e il raggiungimento degli obiettivi del Programma Operativo 2013-2015.

Risultati programmati

- Garanzia del qualificato supporto tecnico-scientifico al Tavolo per il “Governo del Programma Operativo”;
- Adozione di eventuali provvedimenti attuativi per manovre correttive ulteriori che potranno richiedersi nel corso dei tre anni.

Indicatori di risultato

- Attuazione della DGR n. 4 – 6017 del 28 giugno 2013.
- Almeno n°1 riunione di affiancamento al mese.
- Miglioramento dell’azione di monitoraggio e di eventuale riallineamento degli interventi e delle azioni previste dal PO.

Responsabile del procedimento attuativo

- Direttore Regionale Sanità.

Intervento 1.4: Governance dei rapporti con gli organi istituzionali della regione con riferimento alla coerenza degli atti da questi assunti con gli obiettivi del Programma Operativo / rimozione provvedimenti in contrasto con il Programma Operativo

Con DGR n. 2 – 6014 del 28 giugno 2013, avente ad oggetto “Istituzione della Cabina di Monitoraggio del Programma operativo 2013-2015”, la Regione si è dotata di uno strumento cogente, costituito, in egual misura, da componenti della Direzione Sanità, della Direzione Risorse Finanziarie e della Direzione Affari Istituzionali, al fine di evitare l’eventuale adozione di provvedimenti in contrasto con il Programma Operativo.

La Cabina di monitoraggio del Programma Operativo affiancherà il Responsabile del Tavolo per il “Governo del Programma Operativo” nelle attività di collaborazione con gli altri organi istituzionali e nella verifica degli adempimenti previsti dal Programma Operativo.

Risultati programmati

- Garantire l’omogeneità e la coerenza con il Programma Operativo 2013-2015 di tutti i provvedimenti adottati dalla Giunta regionale, con particolare riferimento a quelli di carattere economico-finanziario.

Indicatori di risultato

- Almeno n°1 riunione/incontro della Cabina di monitoraggio al mese.
- Piena coerenza degli atti regionali con i contenuti e gli impegni previsti dai PO.

Responsabile del procedimento attuativo

- Direttore Regionale Sanità

Intervento 1.5: Responsabilizzazione delle ASR relativamente all'attuazione del Programma Operativo 2013-2015

Il contratto di prestazione d'opera intellettuale in vigore con i direttori generali delle ASR richiama espressamente, tra le clausole risolutive espresse, la decadenza automatica in caso di mancato raggiungimento dell'equilibrio economico, come già previsto dalla legge finanziaria 2003. Tale principio ha trovato applicazione di dettaglio nell'Intesa Stato-Regioni del 2005 che, imponendo ai direttori generali la trasmissione dei conti economici trimestrali, ne prevede la decadenza in caso di mancato riequilibrio della gestione entro il 30 settembre, per i disequilibri certificati nel primo e secondo trimestre, ed entro il 31/12 per i disequilibri dei trimestri successivi. La Giunta regionale ha adottato un provvedimento (DGR n. 45-5883 del 3 giugno 2013) che integra il contratto attuale di prestazione d'opera intellettuale con quanto previsto, in materia di decadenza, dall'Intesa Stato-Regioni del 2005. I valori di spesa programmati ed i risultati attesi saranno la risultante, a livello di ciascuna ASR, del complesso degli interventi e delle azioni, con la relativa tempistica, prevista dal Programma Operativo.

Pertanto, sarà richiesta ai Direttori Generali delle singole Aziende di verificare la coerenza dei bilanci preventivi già adottati con quanto riportato nel presente Programma Operativo e di adottare le eventuali determinazioni che si rendessero necessarie.

Risultati programmati

- Responsabilizzazione dei direttori generali delle ASR nei confronti del rispetto dei risultati attesi, dei contenuti e dei tempi di attuazione del Programma Operativo 2013-2015.

Indicatori di risultato

- Report relativo alla verifica trimestrale di coerenza tra CE aziendale, azioni poste in essere da ciascuna ASR e risultati attesi dai PO.
- Puntualità ed efficacia delle azioni di ciascuna ASR finalizzate alla realizzazione dei PO nel periodo..

Responsabile del procedimento attuativo

- Direttore Regionale Sanità.

Intervento 1.6: Azioni volte ad una maggiore razionalizzazione, omogeneizzazione ed integrazione dei sistemi informativi aziendali con i sistemi centrali.

Progettazione e programmazione, con il supporto del tavolo GIS (Governo di Informatica Sanitaria), degli interventi finalizzati all'omogeneizzazione, in ambito di Area Sovra zonale, delle soluzioni aziendali e della loro integrazione con l'infrastruttura regionale di sanità elettronica (servizi per l'alimentazione e la consultazione del Fascicolo Sanitario Elettronico, servizi di allineamento con le banche dati centrali, servizi di autenticazione e di gestione dell'identità digitale dei cittadini e degli operatori, servizi di conservazione legale sostitutiva, servizi per il pagamento dei ticket on line, servizi per il ritiro dei referti per via telematica, etc.).

Risultati programmati

- Razionalizzazione dei costi di gestione, incremento generale delle prestazioni del sistema informativo, soddisfacimento delle previsioni normative di settore.
- Omogeneizzazione ed integrazione dei sistemi informativi tra centro e periferia

Indicatori di risultato

- Predisposizione di un programma degli interventi di informatizzazione, con relativo cronoprogramma attuativo, da effettuare a livello regionale e aziendale entro il 31/12/2012, per rendere disponibili le soluzioni informatiche necessarie al conseguimento degli obiettivi posti e per conseguire le razionalizzazioni, omogeneizzazioni ed integrazioni attese.
- Identificazione ed attribuzione degli obiettivi specifici alle ASR, atti a facilitare il raggiungimento dei risultati attesi.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore "Sistemi Informativi Sanitari" della Direzione Regionale Sanità.

Azione 1.6.1: Progetto di unificazione dei sistemi amministrativi/contabili su scala regionale

Il Piano Socio-Sanitaria Regionale, anche in attuazione del D.Lgs. 23 giugno 2011 n.118 “Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42”, introduce il modello basato su un impianto contabile unico ed armonizzato, con l’obiettivo finale di addivenire alla disponibilità di un bilancio aggregato a livello regionale ottenibile in forma automatica ed in tempo reale.

Alla luce di quanto sopra, la Regione ritiene prioritario avviare un processo di unificazione dei sistemi amministrativo contabili regionali attraverso l’implementazione di una nuova piattaforma, denominata SIRAC (Sistema Informativo Regionale Amministrativo Contabile) unica e condivisa a livello regionale dall’Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità e dalle Aziende Sanitarie Regionali.

Pertanto la Regione intende riorganizzare i processi di gestione e governo della spesa adottando un modello di tipo “Corporate Governance” prevedendo l’omogeneizzazione dei processi amministrativo-contabili e logistici di tutti gli Enti coinvolti.

Per adempiere a tale intenzione, si rende necessaria l’unificazione dei sistemi amministrativo contabili regionali della Sanità che dovrà consentire tale risultato tramite l’informatizzazione dei seguenti processi:

- di gestione del budget, del controllo di gestione, della contabilità (economico patrimoniale e analitica) acquisto, approvvigionamento, etc. delle ASR;
- di competenza della funzione di Gestione Sanitaria Accentrata (GSA) della Regione Piemonte – Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità;
- di governo dell’Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, consentendo la formazione del bilancio consolidato della Sanità a livello regionale con possibilità disporre in tempo reale di informazioni aggregate e di dettaglio per esigenze interne e per e assolvere al debito informativo.

Risultati programmati

- Uniformare i sistemi amministrativo/contabili, sia a livello aziendale che regionale;
- definire un modello comune per l’area amministrativo-contabile al fine di migliorarne l’efficienza organizzativa;
- uniformare il piano dei conti, il manuale operativo, il sistema delle codifiche, le anagrafiche di supporto;
- migliorare la capacità di controllo e governo del budget assegnato alle ASR;
- raggiungere la certificazione amministrativa in attuazione del D.Lgs. 23 giugno 2011 n.118;
- ottimizzare gli oneri di gestione dei sistemi amministrativo-contabili delle ASR;
- integrare il nuovo sistema amministrativo-contabile con il bilancio della Regione.

Indicatori di risultato

Disponibilità del capitolato tecnico quale documentazione propedeutica all’attivazione della procedura di acquisizione del sistema, entro il 31/12/2013.

Avvio delle procedure di acquisizione del sistema, entro il 31/12/2014.

Operatività del sistema in almeno 2/3 delle ASR, entro il 31/12/2015.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore “Sistemi Informativi Sanitari” della Direzione Regionale Sanità.

Programma 2: Attuazione del decreto legislativo n. 118/2011

Il programma, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- individuazione della struttura responsabile dell'attuazione del decreto legislativo 118/2011 nell'ambito del Programma Operativo (indicare se coincidente con il responsabile della GSA);
- azioni di monitoraggio dell'effettiva attuazione del decreto legislativo 118/2011;
- realizzazione e implementazione di specifici flussi informativi dedicati alla effettiva attuazione del decreto legislativo 118/2011;
- redazione periodica di un rapporto concernente lo stato di trasferimento alla GSA e alle aziende sanitarie di competenza e di cassa delle risorse destinate al SSR.

Attuazione del decreto legislativo n. 118/2011: valorizzazione manovre (€/mIn)			
	2013	2014	2015
Attuazione del decreto legislativo n. 118/2011	-	-	-
Individuazione della struttura responsabile dell'attuazione del decreto legislativo 118/2011 nell'ambito del Programma Operativo (indicare se coincidente con il responsabile della GSA)	-	-	-
Azioni di monitoraggio dell'effettiva attuazione del decreto legislativo 118/2011	-	-	-
Realizzazione e implementazione di specifici flussi informativi dedicati alla effettiva attuazione del decreto legislativo 118/2011	-	-	-
Redazione periodica di un rapporto concernente lo stato di trasferimento alla GSA e alle aziende sanitarie di competenza e di cassa delle risorse destinate al SSR	-	-	-

Tabella 7 – Sintesi manovre

ADEMPIMENTI LEA 2010-2011. ANNO 2010 E ANNO 2011: LA REGIONE PIEMONTE E' STATA CONSIDERATA INADEMPIENTE PER IL PUNTO AT) ATTUAZIONE DELL'ARTICOLO 11 DELL'INTESA STATO-REGIONI DEL 3 DICEMBRE 2009 IN MATERIA DI CERTIFICABILITA' DEI BILANCI. ANNO 2011: LA REGIONE PIEMONTE E' STATA CONSIDERATA INADEMPIENTE PER IL PUNTO C) OBBLIGHI INFORMATIVI SUL MONITORAGGIO DELLA SPESA.

Intervento 2.1: Individuazione della struttura responsabile dell'attuazione del decreto legislativo 118/2011 nell'ambito del Programma Operativo (indicare se coincidente con il responsabile della GSA).

In attuazione dell'articolo 22 del Decreto Legislativo n. 118/2011, la Regione Piemonte, con DGR n. 10-5523/2013 ha individuato le seguenti figure:

- responsabile della Gestione Sanitaria Accentrata presso la regione relativamente alle competenze di cui al comma 3 lettera a), b) e c) dell'art. 22: il Direttore della Direzione Regionale Sanità, con facoltà in capo al medesimo di delega delle funzioni operative al Settore Risorse Finanziarie;
- responsabile regionale delle certificazioni previste al comma 3 lettera d) dell'art. 22: il responsabile della Direzione Gabinetto della Presidenza della Giunta Regionale con facoltà in capo al medesimo di delega delle funzioni operative al Settore Audit Interno.

Inoltre al fine di coordinare tutte le iniziative volte all'applicazione da parte della Regione del D.Lgs. 118/2011, è stato istituito, giusta Determinazione n. 784 del 19/09/2012 della Direzione Risorse Umane e Patrimonio, un Gruppo di Lavoro interdirezionale, con il compito di individuare strategie ed azioni propedeutiche in ordine ai seguenti ambiti:

- analisi dell'ordinamento finanziario e contabile vigente;
- ricognizione degli enti e degli organismi strumentali;
- ricognizione dei modelli e degli schemi contabili in essere;
- ricognizione dei regolamenti di amministrazione e contabilità in Regione Piemonte e negli enti e organismi strumentali;
- definizione di linee guida per l'adeguamento della legge regionale sull'ordinamento finanziario e contabile alla luce delle novità introdotte dal D.Lgs.118/2011 predetto;

- definizione delle modalità di raccordo tra Titolo I e Titolo II del D.Lgs.118/2011;
- ricognizione degli strumenti informatici a supporto del sistema informativo contabile;
- definizione delle modalità di confronto con altre pubbliche Amministrazioni al fine di trarne informazioni e dati utili a livello di “best practices”.

Il Gruppo di Lavoro è costituito dalla Direzione “Risorse Finanziarie”, che svolge le funzioni di coordinamento dello stesso, dalla Direzione “Sanità”, per le implicazioni del Titolo II del decreto e la Direzione “Innovazione, Ricerca, Università e Sviluppo energetico sostenibile”, per gli aspetti correlati all’adozione delle procedure informatiche.

Quanto al presente Programma Operativo, la struttura responsabile dell’attuazione è costituita da un Comitato Guida composto dal Direttore della Direzione “Risorse finanziarie”, in qualità di responsabile dell’attuazione del Titolo I del Decreto citato e dal Direttore della Direzione regionale Sanità, in qualità di responsabile della GSA.

Le Direzioni indicate dovranno attivarsi per il rispetto degli adempimenti di competenza e dovranno coordinarsi al fine di provvedere alla completa attuazione delle disposizioni contenute nel titolo II del decreto legislativo 23/06/2011, n. 118, anche attraverso la riorganizzazione ed il potenziamento degli uffici operativi coinvolti.

Al fine di conferire operatività al Comitato Guida e monitorare costantemente il rispetto degli adempimenti e delle scadenze fissate dal D.lgs. 118/2011 i Direttori regionali del Bilancio e della Sanità saranno coadiuvati da una struttura operativa, di cui saranno individuati i referenti e che sarà costituita con apposito provvedimento regionale.

Dette risorse avranno il compito di procedere allo svolgimento delle attività necessarie alla piena applicazione della norma con la possibilità di proporre, al Comitato Guida, l’attivazione di ulteriori risorse, provenienti anche da altri uffici della Regione, che dovessero rendersi necessari per la realizzazione di tutti gli adempimenti.

Risultati programmati

- Adozione di un provvedimento regionale per la costituzione della struttura operativa di supporto ai Direttori Regionali del Bilancio e della Sanità e nomina dei referenti;
- conferimento al Comitato Guida, composto dal Direttore della Direzione “Risorse finanziarie”, in qualità di responsabile dell’attuazione del Titolo I del Decreto citato e dal Direttore della Direzione regionale Sanità, in qualità di responsabile della GSA, dell’incarico di responsabile dell’attuazione del Decreto Legislativo 118/2011 nell’ambito del Programma Operativo.

Indicatori di risultato

- adozione di un provvedimento Regionale per la costituzione della struttura operativa di supporto ai Direttori Regionali del Bilancio e della Sanità e nomina dei referenti entro il 31/01/2014.
- monitoraggio degli adempimenti previsti dal D.Lgs. 118/2011.

Responsabile del procedimento attuativo

- Comitato Guida composto dal Direttore della Direzione “Risorse finanziarie”, in qualità di responsabile dell’attuazione del Titolo I del Decreto citato e dal Direttore della Direzione regionale Sanità, in qualità di responsabile della GSA

Intervento 2.2: Azioni di monitoraggio dell’effettiva attuazione del decreto legislativo 118/2011

L’attuazione del D.Lgs.118/2011 necessita non solo di nuove regole e strumenti ma anche l’applicazione delle stesse attraverso una modificazione strutturale dei comportamenti contabili assunti da parte degli attori coinvolti.

Tale risultato impone la realizzazione di un processo di cambiamento organizzativo che se non adeguatamente assistito e monitorato rischierebbe di generare notevoli ritardi e malfunzionamenti nel sistema informativo-contabile e gestionale sanitario. A tal fine si rende necessario attivare sin da subito un monitoraggio continuo dei processi volti all’applicazione della nuova norma attraverso la messa in opera di verifiche continuative finalizzate a garantire l’effettiva applicazione delle nuove procedure. Tali verifiche, se svolte in maniera sistematica, potrebbero evidenziare le principali criticità del percorso di adeguamento segnalando le attività o gli ambiti che avrebbero bisogno di essere assistiti con interventi mirati volti al superamento delle problematiche che potranno emergere. Di qui la necessità di porre in essere e formalizzare un sistema di controllo interno che comprenda procedure e figure professionali adeguate a garantire il rispetto delle norme.

Il sistema delle procedure per il controllo interno è rappresentato dall’insieme delle direttive e dalle tecniche adottate dall’azienda sanitaria allo scopo di raggiungere i seguenti obiettivi:

- conformità dell'attività degli organi aziendali all'oggetto che la stessa azienda si propone di conseguire ed alle politiche impartite dal management aziendale;
- salvaguardia del patrimonio aziendale;
- affidabilità dei dati.

Gli obiettivi principali del controllo interno possono essere enucleati come segue:

- tutte le operazioni effettuate devono essere autorizzate, a livello generale o specifico, dai dirigenti responsabili;
- tutte le operazioni devono essere registrate tempestivamente e per il loro corretto ammontare, nei conti appropriati e nel periodo contabile di competenza;
- l'accesso ai beni aziendali e alle relative registrazioni va limitato tramite un sistema di autorizzazioni;
- deve essere verificata periodicamente l'esistenza fisica dei beni e comparata con quella contabile; eventuali differenze devono essere indagate e laddove necessario intraprese le relative azioni;
- verifica della coerenza tra dati contabili e dati della produzione sanitaria;
- verifica del rispetto dei limiti di spesa imposte dalle vigenti normative (nazionali e regionali);
- tutte le operazioni devono essere eseguite nel rispetto delle procedure amministrativo-contabili imposte dalle norme e dai regolamenti aziendali;
- presidio della economicità (efficacia ed efficienza) delle operazioni aziendali in conformità alle strategie, obiettivi e politiche aziendali, ai fini anche della salvaguardia del patrimonio aziendale;
- presidio della attendibilità del sistema informativo aziendale per la predisposizione della relativa documentazione e/o modulistica contabile gestionale.

Le attività di controllo interno avranno carattere:

- generale: consistono nell'insieme di procedure e tecniche di carattere organizzativo che concorrono a determinare l'affidabilità dell'organizzazione dell'azienda sanitaria e della gestione della sanità a livello regionale
- specifico: insieme di procedure e tecniche di carattere operativo che concorrono a rendere affidabile una specifica voce di bilancio o uno specifico processo.

Le principali procedure minime di controllo che è opportuno che siano implementate per l'attuazione della GSA saranno oggetto di confronto con tutti gli attori coinvolti e raccolte in specifici manuali di procedura.

Inoltre si definirà un completo sistema di reporting sia trimestrale che annuale dal quale emergano le attività di controllo avviate, nonché le relative risultanze. Laddove si rilevassero punti di attenzione e/o di criticità dovranno essere adottate le necessarie misure affinché queste ultime vengano eliminate e/o rimodulate secondo i corretti parametri dettati dalla vigente normativa.

I processi e le attività sopra riportate, inoltre, sono strettamente connesse al percorso di certificabilità dei bilanci e quindi alla valutazione del sistema di controllo interno aziendale (internal audit e/o controllo di gestione) che provvede a verificare su tutti gli enti inclusi nel perimetro di consolidamento, l'efficacia e l'efficienza delle procedure di controlli interni di cui si è dotata la GSA, per individuare e mitigare rischi connessi alla inattendibilità ed errori nelle poste di bilancio aziendali che inevitabilmente si ripercuoterebbero sul bilancio consolidato regionale; che consenta un adeguato monitoraggio degli andamenti economico-patrimoniali e finanziari sia rispetto al dato del precedente esercizio che rispetto al dato previsionale.

Risultati programmati

- Definizione delle procedure minime di controllo relative alle aziende, alla GSA e al consolidato regionale;
- definizione del sistema di *reporting* trimestrale e annuale.

Indicatori di risultato

- Pieno superamento degli adempimenti LEA per gli anni 2010-2011, punti c) e at), entro il 31/12/2013.

- Adozione dei provvedimenti relativi alla definizione delle procedure minime di controllo relative alle aziende, alla GSA e al consolidato regionale, nonché alla definizione del sistema di *reporting* trimestrale e annuale, entro il 28/02/2014.
- Invio di report trimestrali e annuali per gli anni 2014 e 2015.

Responsabile del procedimento attuativo

- Comitato Guida e Dirigente responsabile della Direzione “Risorse finanziarie”

Intervento 2.3: Realizzazione e implementazione di specifici flussi informativi dedicati alla effettiva attuazione del decreto legislativo 118/2011

In attuazione dell'articolo 20 del Decreto Legislativo n. 118/2011, la Direzione Sanità nel corso del 2012 ha avviato, in collaborazione con la Direzione Bilancio, le attività per l'esatta perimetrazione delle entrate e delle uscite del servizio sanitario regionale attraverso l'analisi di tutti i capitoli di spesa assegnati alla sanità. Sono in corso le attività di ricognizione dei capitoli di entrata, la cui individuazione e perimetrazione è necessaria anche al fine di consentire il confronto immediato tra le entrate e le spese sanitarie iscritte al bilancio regionale e le risorse indicate negli atti di determinazione del fabbisogno sanitario regionale standard e di individuazione delle correlate fonti di finanziamento. In particolare, la Regione Piemonte provvederà nella legge di rendiconto 2012, tramite apposito articolo di legge, a rappresentare le entrate e le spese afferenti la gestione del SSR iscritte nel bilancio regionale. Con successivi provvedimenti saranno individuati i capitoli di entrata del rientranti nella perimetrazione del bilancio.

In attuazione dell'art. 21 del Decreto Legislativo n. 118/2011 dal 01/01/2012, la Regione Piemonte ha istituito il conto di tesoreria riservato alla sanità, al fine di garantire la trasparenza dei flussi di cassa relativi al finanziamento del fabbisogno sanitario regionale. Dalla stessa data, quindi, tutte le risorse statali e regionali destinate al finanziamento del Servizio Sanitario Regionale affluiscono su un conto di Tesoreria aperto presso la Banca d'Italia.

In attuazione dell'art. 22 del Decreto Legislativo n. 118/2011, a supporto dei nuovi adempimenti previsti per il responsabile della GSA, il responsabile del bilancio regionale e il responsabile delle attività di certificazione, sono in corso di definizione le procedure amministrative, nonché l'attivazione di flussi informativi standardizzati per lo scambio delle comunicazioni tra il responsabile del Bilancio, il responsabile della G.S.A. e le singole Aziende Sanitarie.

Con riferimento alle operazioni di riconciliazione delle risultanze della contabilità economico-patrimoniale della GSA con il bilancio regionale, la Regione Piemonte ha avviato le seguenti attività:

- Estrazione dal bilancio regionale delle movimentazioni dei capitoli in entrata e in spesa afferenti rispettivamente alle fonti di finanziamento e agli impieghi del SSR;
- Ricostruzione dei valori teorici delle fonti e degli impieghi complessivamente afferenti al SSR, attraverso la ricognizione degli atti formali di individuazione del fabbisogno sanitario regionale standard;
- Riconciliazione delle risultanze di cui alle attività precedenti con i bilanci delle Aziende e con il bilancio della GSA al 31.12.2012 e allineamento.

In particolare, nell'ambito delle attività svolte in occasione della valutazione straordinaria delle procedure amministrative contabili, di cui al DM 18/01/2011, condotta con riferimento all'esercizio 2008, è stata effettuata un'attività di ricognizione dei capitoli di bilancio afferenti al finanziamento del SSR, che ha consentito di quantificare i crediti della gestione sanitaria verso la gestione ordinaria in un importo pari a 883 €/mln per la parte corrente oltre ad un ulteriore disallineamento per la parte in conto capitale (in corso di approfondimento).

Nel corso del 2013, la Regione Piemonte provvederà ad allineare i bilanci della GSA e delle singole Aziende con le risultanze delle attività di riconciliazione attualmente in corso.

In attuazione dell'articolo 24 del Decreto legislativo n. 118/2011, la Regione Piemonte ha avviato le procedure informatiche per la stampa dei libri contabili obbligatori della gestione sanitaria accentrata, ovvero il libro giornale ed il libro degli inventari.

Nel triennio 2013-2015, dovrà essere completata l'implementazione dell'attuale piattaforma informatica, nella quale integrare la contabilità economico patrimoniale della Gestione Sanitaria Accentrata con la contabilità finanziaria della Regione.

In attuazione degli artt. 25 e 26 del Decreto legislativo n. 118/2011, la Regione Piemonte ha trasmesso alle Aziende gli schemi, da adottare ai fini della predisposizione del bilancio preventivo economico annuale e del bilancio consuntivo, conformi a quelli previsti dall'Allegato 2. In particolare, la Regione procederà alla modifica dei bilanci preventivi 2013 predisposti dalle singole Aziende, ai fini del recepimento delle azioni previste dal presente Programma Operativo.

Inoltre, ai fini della predisposizione del bilancio di esercizio 2012, sono stati trasmessi alle Aziende gli schemi di Stato Patrimoniale, Conto Economico e Nota Integrativa, previsti dal DM 20/03/2013, che modificano gli schemi precedentemente allegati al D.Lgs. 118/2011.

In attuazione dell'art. 27 del Decreto legislativo n. 118/2011, è stato comunicato alle Aziende il nuovo piano dei conti unico regionale (utilizzato dalle aziende sanitarie e dalla GSA), univocamente riconducibile ad una sola voce dei modelli di rilevazione SP o CE, di cui al DM 15/06/2012. Nel corso del 2013 la Regione provvederà ad aggiornare il piano dei conti in oggetto, al fine di garantire la tracciabilità delle operazioni intercompany e la corretta elisione ai fini della predisposizione del consolidato regionale del SSR.

In attuazione dell'art. 29 del Decreto legislativo n.118/2011, nel corso del 2013, la Regione provvederà ad organizzare incontri formativi con tutte le Aziende in merito al nuovo piano dei conti e alle emanate Linee Guida al fine di garantire il rispetto delle nuove indicazioni e l'omogeneità nelle rilevazioni contabili.

Risultati programmati

- Perimetrazione dei capitoli di bilancio relativi alle entrate e alle spese per il finanziamento del SSR;
- definizione delle procedure amministrativo-contabili per l'implementazione degli adempimenti previsti dal D.Lgs. 118/2011;
- incontri informativi all'interno della Regione per la condivisione delle procedure amministrativo-contabili definite;
- allineamento dei bilanci della GSA e delle singole Aziende con le risultanze delle attività di riconciliazione con il bilancio finanziario;
- messa a regime della piattaforma informatica per la rilevazione degli accadimenti della GSA in contabilità economico-patrimoniale;
- aggiornamento del piano dei conti per la tracciabilità delle operazioni intercompany;
- omogeneità delle rilevazioni da parte delle Aziende.

Indicatori di risultato

- Implementazione della prima perimetrazione approvata all'interno della L.r.15/2013, "Rendiconto generale per l'esercizio finanziario 2012" all'articolo 8, esposta numericamente nell'allegato G del medesimo provvedimento.
- Adozione di un provvedimento regionale di definizione delle procedure amministrativo-contabili e di attivazione dei flussi informativi per l'implementazione degli adempimenti previsti dal D.Lgs. 118/2011 entro il 28.02.2014;
- Adozione della DGR di aggiornamento del piano dei conti per la tracciabilità delle operazioni intercompany, entro il 28.02.2014;
- Pieno superamento degli adempimenti LEA per gli anni 2010-2011, punti c) e at), entro il 31/12/2013.
- Perimetrazione dei capitoli di bilancio relativi al finanziamento del SSR per gli anni 2014 e 2015.

Responsabile del procedimento attuativo

- Comitato Guida e Dirigente responsabile del settore Risorse Finanziarie della Direzione regionale sanità.

Intervento 2.4: Redazione periodica di un rapporto concernente lo stato di trasferimento alla GSA e alle aziende sanitarie di competenza e di cassa delle risorse destinate al SSR

La perimetrazione dei capitoli di bilancio relativi alle entrate e alle spese destinate al finanziamento del SSR consentirà la redazione periodica di un rapporto concernente lo stato di trasferimento alla GSA e alle aziende sanitarie di competenza e di cassa delle risorse.

A tal proposito, si precisa che, dal 2012, è stata avviata la tracciatura delle diverse assegnazioni effettuate a favore delle Aziende Sanitarie, con individuazione degli impegni rilevati nel bilancio regionale e delle relative erogazioni.

Risultati programmati

- Riconciliazione trimestrale dei trasferimenti alla GSA e alle aziende sanitarie delle risorse destinate al SSR con le risultanze contabili rilevate dalla GSA.

Indicatori di risultato

- Invio del rapporto concernente lo stato di trasferimento alla GSA e alle aziende sanitarie di competenza e di cassa delle risorse, entro il 31/12/2013.
- 2014 e 2015: riconciliazione trimestrale dei trasferimenti alla GSA e alle aziende sanitarie delle risorse destinate al SSR con le risultanze contabili rilevate dalla GSA. Invio trimestrale del rapporto.

Responsabile del procedimento attuativo

- Comitato Guida e Dirigente responsabile della Direzione regionale "Risorse Finanziarie".

Programma 3: Certificabilità dei bilanci del SSR

Il programma, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- individuazione della struttura responsabile della definizione e dell'attuazione del Percorso attuativo della certificabilità (PAC);
- rispetto di quanto previsto dal PAC.

Certificabilità dei bilanci del SSR: valorizzazione manovre (€/mIn)			
	2013	2014	2015
Certificabilità dei bilanci del SSR	-	-	-
Individuazione della struttura responsabile della definizione e dell'attuazione del Percorso attuativo della certificabilità (PAC)	-	-	-
Rispetto di quanto previsto dal PAC	-	-	-

Tabella 8 – Sintesi manovre

Intervento 3.1: Individuazione della struttura responsabile della definizione e dell'attuazione del Percorso attuativo della certificabilità (PAC)

Ai sensi di quanto disposto dall'articolo 2 del Decreto Interministeriale del 17/09/2012, gli enti del SSN devono garantire, sotto la responsabilità ed il coordinamento delle regioni di appartenenza, la certificabilità dei propri dati e dei propri bilanci.

Nel Decreto Interministeriale 1/03/2013, sono stati definiti i requisiti comuni, in termini di standard organizzativi, contabili e procedurali, schematizzati per cicli contabili e aree di bilancio, suddivisi nei tre diversi livelli riguardanti Aziende Sanitarie, Gestione Sanitaria Accentrata e consolidato regionale (con l'indicazione dei termini massimi entro i quali dovranno essere complessivamente realizzati), da attivare in ciascuna regione per garantire la qualità dei dati e dei bilanci.

Al fine di garantire il rispetto degli adempimenti previsti dal citato Decreto Interministeriale, la Regione Piemonte ha adottato la DGR n. 26 – 6009 del 25 giugno 2013, avente ad oggetto "Approvazione dell'attuazione dei Percorsi Attuativi di Certificabilità secondo le modalità e le tempistiche previste dall'articolo 3, commi 3 e 4 del decreto del Ministero della Salute del 17 settembre 2012".

In particolare, il responsabile del coordinamento, supportato dalla struttura a supporto per la definizione del PAC:provvederà a definire, sulla base degli esiti della verifica dell'adempimento connesso alla valutazione straordinaria delle procedure amministrativo-contabili, prevista dal Decreto Interministeriale del 18/01/2011 e delle ulteriori informazioni disponibili, le azioni "standard" necessarie per il conseguimento degli obiettivi previsti nel PAC da parte delle Aziende, con l'individuazione delle tempistiche per l'attuazione delle azioni definite a livello centrale;

- provvederà all'individuazione delle azioni per il raggiungimento degli obiettivi prefissati, connesse alla GSA e al consolidato regionale, e alla definizione delle relative tempistiche;
- procederà alla trasmissione del documento entro le tempistiche previste.

Inoltre, in attuazione di quanto previsto dall'Allegato A del DM 1/03/2013, il responsabile del coordinamento, supportato dalla struttura regionale appositamente individuata, procederà alla predisposizione della relazione periodica di accompagnamento, dalla quale si deve evincere, in modo chiaro e puntuale:

- il livello d'implementazione, l'effettiva funzionalità ed affidabilità degli standard organizzativi, contabili e procedurali contenuti nel PAC;
- le azioni intraprese per rafforzare l'efficacia e l'efficienza dei controlli e per diffondere la cultura dei controlli;
- le azioni in corso e/o ancora da intraprendere per consentire l'avvio della fase di verifica della certificabilità dei dati e dei bilanci ed i tempi previsti;
- gli esiti delle revisioni limitate (procedure di verifica concordate) ove richieste dalla regione (Decreto Certificabilità comma 1, articolo 3);
- le eventuali criticità e/o i punti di miglioramento al PAC segnalati dai collegi sindacali delle singole Aziende Sanitarie.

Risultati programmati

- Individuazione delle azioni standard per il raggiungimento degli obiettivi prefissati;
- predisposizione del PAC regionale, relativo alla GSA e al consolidato regionale;
- predisposizione della relazione periodica di accompagnamento al PAC.

Indicatori di risultato

- Attuazione del provvedimento di individuazione della struttura responsabile della definizione e dell'attuazione del Percorso attuativo della certificabilità (PAC), secondo i tempi previsti dalla DGR n. 26 – 6009 del 25 giugno 2013 ;

Responsabile del procedimento attuativo

- Responsabile del coordinamento e struttura responsabile Direzione sanità, settore risorse finanziarie

Intervento 3.2: Rispetto di quanto previsto dal PAC

La Regione Piemonte, nel rispetto di quanto previsto dal Decreto Interministeriale 1/03/2013, attiverà nel corso del 2013 un sistema di monitoraggio relativo alle azioni poste in essere dalle Aziende e ai risultati conseguiti, in relazione alle tempistiche previste nel PAC trasmesso e approvato dai Ministeri competenti.

La Regione Piemonte, in considerazione del ruolo attribuito ai Collegi Sindacali dal citato DM 1/03/2013, avvierà, nel corso del 2013 e negli anni successivi, una serie di incontri formativi con i rappresentanti regionali dei Collegi Sindacali, al fine di attivare specifici flussi informativi tra Regione e Aziende, per la raccolta di eventuali segnalazioni a supporto del sistema di monitoraggio.

La Regione si propone di realizzare le attività di accompagnamento alle AA.SS. nell'ambito di un processo che deve portare le stesse alla certificabilità dei bilanci del SSR in attuazione di quanto previsto dall'art. 2, comma 70, della Legge n. 191/09 dove è stabilito che "per consentire alle regioni l'implementazione e lo svolgimento delle attività previste dall'articolo 11 della citata intesa Stato-Regioni in materia sanitaria per il triennio 2010- 2012, dirette a pervenire alla certificabilità dei bilanci delle aziende sanitarie, alle regioni si applicano le disposizioni di cui all'articolo 79, comma 1-sexies, lettera c), del decreto-legge 25/06/2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 06/08/2008, n. 133".

Si ritiene opportuno, infatti, per l'attuazione del percorso della certificabilità, il miglioramento delle capacità di monitoraggio, controllo e indirizzo del Sistema sanitario regionale nel suo complesso ed a livello di singola Azienda. E' necessario, a tal fine, disporre di metodologie di monitoraggio indispensabili per garantire che le azioni strategiche ed operative sviluppate siano orientate a migliorare il livello di assistenza fornito e siano al tempo stesso compatibili con obiettivi economici verso un più razionale impiego delle risorse finanziarie assorbite dal sistema sanitario.

Oltre, quindi, all'opportunità di avvio del percorso per addivenire alla certificazione del bilancio, è necessario disporre sia di dati economici e di produzione sanitaria corretti e tempestivi, sia di un sistema di controllo di gestione e di contabilità analitica adeguato ed affidabile da approvarsi a livello regionale di interventi da attivare per migliorare il governo del SSR attraverso lo sviluppo delle funzioni gestionali e contabili sia a livello centrale che a livello locale.

Va pertanto elaborato un progetto di integrazione ed implementazione dei Sistemi Informativi esistenti, finalizzato a sviluppare un coerente ed integrato Sistema Informativo Regionale della Sanità a partire dai Sistemi Informativi già disponibili e dai flussi informativi già esistenti all'interno degli Enti suddetti.

L'intervento si prefigge di creare un output comune regionale su:

- flussi operativi e contabilità analitica, integrati nell'ottica di rilevazione dei punti elementari di erogazione delle prestazioni sanitarie;
- programmazione degli acquisti e dei pagamenti e, quindi, informatizzazione degli ordini e delle fatture, programmazione finanziaria e relativo budget e reporting;
- flusso dei dati operativi e di contabilità analitica riguardanti il fattore lavoro (dipendente, ecc.);
- elaborazioni di contabilità puntuali, attendibili e uniformi a livello di singola azienda, di Gestione Sanitaria Accentrata e di Consolidato Regionale e relativo budget e reporting.

Peraltro, tale sistema consentirà alla Regione di verificare il rispetto di quanto previsto, di sollecitare le Aziende in caso di inerzia e di valutare anche la possibilità di prevedere eventuali azioni aggiuntive, qualora emergano fattori ostativi non presenti al momento dell'approvazione del PAC. In particolare il sistema in oggetto consentirà anche di ottenere le informazioni necessarie ai fini della predisposizione

della relazione periodica di accompagnamento al PAC, soprattutto nei casi in cui la realizzazione del PAC non prosegua secondo il piano di lavoro programmato ed approvato. In tal caso, infatti, la Regione valuterà la possibilità di riprogrammare le tempistiche previste per le azioni, oppure ridefinire le nuove azioni da implementare per il raggiungimento degli obiettivi contenuti nel PAC, con successiva riapprovazione da parte del Comitato permanente per l'erogazione dei LEA e del Tavolo di verifica adempimenti.

Risultati programmati

- Integrazione ed implementazione dei Sistemi Informativi esistenti;
- dati economici e di produzione sanitaria corretti e tempestivi.

Indicatori di risultato

- 2013: realizzazione del PAC secondo il piano di lavoro programmato e approvato dalla DGR n. 26 – 6009 del 25 giugno 2013.
- 2014 e 2015: invio dei dati economici e di produzione sanitaria corretti e tempestivi.

Responsabile del procedimento attuativo

- Responsabile del coordinamento e struttura responsabile Direzione sanità, settore risorse finanziarie.

Programma 4: Flussi informativi

Il programma, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- individuazione di una funzione dedicata di raccordo e coordinamento per tutti i flussi informativi di riferimento;
- azioni di miglioramento, in termini di completezza, qualità e tempistica, dei flussi informativi (NSIS) consolidati;
- realizzazione e implementazione dei nuovi flussi informativi del NSIS, già esistenti o in via di adozione;
- tessera sanitaria: corretta gestione dei flussi esistenti ed implementazione delle evoluzioni in materia di ricetta elettronica, ai sensi di quanto previsto dall'art.50 della L. 326/2003, DPCM 26/3/2008, DM 2/11/2011 e art.13 del DL 179/2012, nonché corretta attuazione di quanto previsto dal DM 11/12/2009 per il controllo delle esenzioni da reddito dalla compartecipazione alla spesa sanitaria.

Flussi informativi: valorizzazione manovre (€mIn)			
	2013	2014	2015
Flussi informativi	2,7	2,7	2,7
Individuazione di una funzione dedicata di raccordo e coordinamento per tutti i flussi informativi di riferimento	-	-	-
<i>Riorganizzazione finalizzata alla funzione di raccordo e coordinamento per i flussi informativi</i>	-	-	-
<i>Progettazione, programmazione e realizzazione di un intervento di informazione/formazione</i>	-	-	-
<i>Progettazione e avvio della re-ingegnerizzazione degli strumenti e delle architetture dei sistemi</i>	-	-	-
Flussi informativi (NSIS) consolidati	-	-	-
<i>Calendarizzazione invii dei flussi istituzionali</i>	-	-	-
<i>Monitoraggio più puntuale del fenomeno dell'extra competenza</i>	-	-	-
<i>Diffusione di strumenti di monitoraggio dei diversi flussi</i>	-	-	-
<i>Redazione di un manuale di qualità sui flussi istituzionali</i>	-	-	-
<i>Flusso SDO ed introduzione controllo CF</i>	-	-	-
<i>Flusso DD (che include DD e DPC)</i>	-	-	-
<i>Presidio diretto del Flusso CO (Consumi Ospedalieri)</i>	-	-	-
<i>Attività di tuning sul Flusso FAR e sul Flusso SIAD</i>	-	-	-
<i>Consolidamento del modello di gestione del Flusso EMUR/118-PS</i>	-	-	-
<i>Raccordo tra Flusso FIM regionale e MRA</i>	-	-	-
<i>Archivi centrali AURA, OPESSAN e ARSE</i>	-	-	-
Realizzazione e implementazione dei nuovi flussi informativi del NSIS	-	-	-
<i>Flusso DM (Dispositivi Medici)</i>	-	-	-
<i>SIND - Messa a regime delle componenti applicative per la raccolta del dato</i>	-	-	-
<i>Miglioramento della qualità del dato SIMES 009-2010 e 2011 ed invio dati</i>	-	-	-
<i>Flusso SIMS</i>	-	-	-
<i>Flusso Hospice</i>	-	-	-
Progetto Tessera Sanitaria	2,7	2,7	2,7
<i>Dematerializzazione delle ricette (Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 02.11.2011)</i>	-	-	-
<i>Monitoraggio invio art. 50 legge 326/2003</i>	-	-	-
<i>Controllo esenzioni da reddito come da DM 11/12/2009</i>	2,7	2,7	2,7
Progetto Fascicolo Sanitario Elettronico	-	-	-
<i>Predisposizione ed invio della documentazione progettuale</i>	-	-	-
<i>Estensione del servizio su scala regionale</i>	-	-	-
Progetto CUP Unico Provinciale	-	-	-
<i>Predisposizione delle specifiche tecniche e funzionali del CUP unico provinciale</i>	-	-	-

Tabella 9 – Sintesi manovre

ADEMPIMENTI LEA 2010-2011. ANNO 2011: LA REGIONE PIEMONTE E' STATA CONSIDERATA INADEMPIENTE PER IL PUNTO AAD) SISTEMA FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO (FSE).

Intervento 4.1: Individuazione di una funzione dedicata di raccordo e coordinamento per tutti i flussi informativi di riferimento

Tale obiettivo è stato raggiunto con l'attuazione del Piano di rientro 2010-2012. Tuttavia, in considerazione della sua recente istituzione, la funzione, nel corso del triennio 2013-2015, dovrà essere implementata per acquisire piena operatività ed efficacia. Nell'ambito della riorganizzazione della Direzione Regionale Sanità (DGR n° 78-2985 del 28/11/2011 – “Art. 5 della legge regionale 28/07/2008, n. 23 “Disciplina dell'organizzazione degli uffici Regionali e disposizioni concernenti la dirigenza ed il personale”. Modificazioni all'allegato A) del provvedimento organizzativo approvato con D.G.R. n. 2- 9520 e s.m.i. del 02/09/2008, per quanto concerne le competenze della Direzione “Sanità”), è stato recentemente istituito il Settore “Servizi Informativi Sanitari” – di seguito SIS - (Allegato A della DGR n° 78-2985 del 28/11/2011), a cui sono state attribuite le funzioni di gestione e di sviluppo del sistema informativo-informatico del Servizio Sanitario regionale e di governance dei flussi informativi.

Azione 4.1.1: Riorganizzazione finalizzata alla funzione di raccordo e coordinamento per i flussi informativi

Al fine di adempiere ai propri compiti istituzionali, il Settore Servizi Informativi Sanitari (di seguito SIS), a seguito della nomina del Dirigente Responsabile in data 01/10/2012, ha implementato un'organizzazione interna articolata in due aree di competenza:

- **Area flussi**, cui è affidata la funzione di gestione dei flussi informativi (l'interscambio informativo tra le ASR e la Regione Piemonte e tra quest'ultima e le strutture ministeriali), che alimentano il patrimonio informativo sanitario regionale, utilizzato dal SSR per le attività di monitoraggio, controllo e programmazione sanitaria, consentendo anche di assolvere ai debiti informativi istituiti dal Ministero della salute e dal Ministero dell'Economia e delle Finanze;
- **Area sistemi**, cui è stata attribuita la funzione di governo, gestione e sviluppo degli aspetti tecnici e tecnologici legati all'implementazione della piattaforma integrata regionale di sanità elettronica.

Con l'istituzione del SIS e con la conseguente attivazione del succitato modello organizzativo, si è potuto procedere con la definizione di interventi mirati al potenziamento del governo dei flussi informativi.

Nello specifico:

- è stata attivata una componente organizzativa finalizzata all'avvio di un confronto permanente tra i diversi livelli (Settori della Direzione Regionale Sanità, le ASR ed il livello ministeriale), attraverso l'organizzazione di incontri periodici. Detta componente organizzativa, operante nel SIS e coordinata dal medesimo, si articola in tre tavoli:
 - Il **CRM (Coordinamento Regione e Ministeri)**, tavolo in fase di formalizzazione, sarà costituito dai Referenti SIS e dai Referenti Ministeriali per i sistemi NSIS e TS, e sarà utilizzato per confrontarsi sull'attuazione delle normative nazionali in materia di flussi informativi, con particolare riguardo all'identificazione e al superamento delle criticità;
 - Il **CFI (Coordinamento intersettoriale dei Flussi Informativi)**, tavolo costituito con DD 548 del 10/07/2013, sarà costituito dai Referenti dei Settori della Direzione Sanità e sarà utilizzato per il raccordo dei fabbisogni informativi a livello regionale, nonché per il monitoraggio dei risultati attesi, anche alla luce delle esigenze/prescrizioni/indicazioni ministeriali. Il tavolo, infatti, permetterà al SIS di supportare i settori della Direzione Regionale Sanità e le ASR nell'ambito delle verifiche di merito richieste dai tavoli ministeriali per tutti i flussi;
 - Il **GIS (Governo dell'Informatica Sanitaria)** è costituito dal Responsabile SIS e dai Referenti dei Sistemi Informativi/ci delle aree sovrazonali (in rappresentanza di tutte le ASR) ed è utilizzato per programmare, condividere, attuare e monitorare le iniziative di informatizzazione delle ASR, nonché per sovrintendere alla corretta alimentazione dei flussi informativi, programmando l'attuazione degli interventi ritenuti necessari alla definizione delle criticità rilevate;
- è stata definita una procedura di monitoraggio condiviso dei ritorni informativi ad ogni livello:
 - **CRM**: finalizzata al confronto puntuale sulle criticità rilevate relativamente sia ai contenuti dei singoli flussi informativi e delle reportistiche ministeriali, che alle azioni di informatizzazione gestite congiuntamente, quali, ad esempio la ricetta elettronica e dematerializzata. E' previsto che il tavolo si riunisca con cadenza almeno trimestrale.

- **CFI**: finalizzata alla responsabilizzazione dei Settori della Direzione sul tema della governance del Sistema Informativo Sanitario regionale, per identificare e valutare le specifiche criticità evidenziate dai flussi informativi e dalle reportistiche ministeriali, al fine di condividere le azioni per il loro superamento. E' previsto che il tavolo si riunisca con cadenza mensile.
 - Il tavolo CFI valuta mensilmente le reportistiche ministeriali e regionali e si confronta con i referenti aziendali alla luce delle eventuali criticità identificate, al fine di condividere azioni puntuali per il loro superamento;
 - Il tavolo CFI effettua attività di monitoraggio sull'attuazione delle azioni avviate per superare le criticità identificate e, in caso di presenza di elementi ostativi, relaziona sul merito le Direzioni delle ASR interessate e la Direzione Regionale Sanità;
- **GIS**: finalizzata alla responsabilizzazione delle ASR sul tema ed alla condivisione delle misure da adottare per superare le eventuali criticità identificate nell'ambito dell'attuazione dei progetti di informatizzazione regionale o sovraaziendale. E' previsto che il tavolo si riunisca con cadenza quindicinale.
 - Il tavolo GIS effettua attività di monitoraggio sull'attuazione delle azioni avviate per superare le criticità identificate nell'ambito dell'attuazione dei progetti di informatizzazione regionale o sovraaziendale, e, in caso di presenza di elementi ostativi, relaziona sul merito le Direzioni delle ASR interessate e la Direzione Regionale Sanità;
- Il Settore SIS propone alla Direzione Sanità un set di indicatori sulla correttezza e completezza del contenuto dei flussi e sulle relative tempistiche di trasmissione degli stessi, utili all'eventuale attribuzione di specifici obiettivi ai Manager delle ASR;
- il SIS nell'esercizio delle proprie funzioni istituzionali, avvalendosi ove necessario del supporto della succitata articolazione organizzativa, partecipa ai lavori dei tavoli ministeriali in materia di sistemi informativi/ci, effettua confronti periodici con i Referenti Ministeriali e, nell'ambito dei tavoli ministeriali, al fine di raccogliere tutte le evidenze necessarie alla più efficiente ed efficace gestione dei flussi informativi, tendendo, attraverso una governance del sistema basata sul coinvolgimento attivo di tutti i soggetti interessati (ASR, Settori della Direzione Regionale Sanità, referenti ministeriali per dell'NSIS e del MEF) al miglioramento continuo della loro qualità.

Risultati programmati

- Miglioramento delle prestazioni del sistema informativo sanitario regionale ai diversi livelli.

Indicatori di risultato

- 2014 e 2015: report periodici di monitoraggio con la finalità di evidenziare ai settori competenti eventuali criticità emergenti

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore "Sistemi Informativi Sanitari" della Direzione Regionale Sanità.

Azione 4.1.2: Progettazione, programmazione e realizzazione di un intervento di informazione/formazione

L'iniziativa è rivolta agli utenti del Sistema Informativo Sanitario Regionale, sia del livello aziendale che del livello regionale, ed è finalizzata alla diffusione della conoscenza sugli strumenti informativi disponibili e sugli strumenti informatici per accedervi:

- DWH regionale:
 - informazione/formazione a favore dei Settori della Direzione Regionale Sanità;
 - implementazione delle reportistiche di interesse settoriale a supporto delle attività di programmazione e di controllo;
 - informazione/formazione a favore dei Settori della Direzione Regionale Sanità e dei referenti per i sistemi informativi delle ASR per condividere i ritorni informativi da rendere disponibili alle aziende sanitarie e, conseguentemente, le nuove viste su cui attivare il confronto reciproco, anche alla luce delle viste prodotte dai sistemi di monitoraggio ministeriali;

- Sistema TS e Cruscotti NSIS: sono previste sessioni formative rivolte ai referenti dei Settori della Direzione Regionale Sanità e delle ASR sugli strumenti informativi/ci messi a disposizione del Ministero della Salute e del Ministero dell'Economia e delle Finanze. Per il sistema TS si stanno prendendo accordi con i Referenti Ministeriali per effettuare le attività citate, mentre per quanto riguarda i cruscotti NSIS è stata effettuata analoga attività dal mese di ottobre 2013.

Risultati programmati

- Miglioramento delle prestazioni del sistema informativo sanitario regionale ai livelli aziendali e regionale.

Indicatori di risultato

- Realizzazione delle prime attività formative, entro 31/12/2013 e loro conclusione entro il 30/06/2014.
- Verifica e realizzazione di momenti di aggiornamento periodico, entro il 31/12/2015.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore "Sistemi Informativi Sanitari" della Direzione Regionale Sanità.

Azione 4.1.3: Progettazione e avvio della re-ingegnerizzazione degli strumenti e delle architetture dei sistemi

Gli strumenti e le architetture di cui trattasi sono utilizzate per alimentare il patrimonio informativo sanitario regionale al fine di soddisfare i fabbisogni informativi regionali e ministeriali, nonché di attuare le previsioni del PSSR e delle normative di recente introduzione in materia di informatica sanitaria, adottando gli standard tecnici e tecnologici di riferimento per:

- supportare, facendo riferimento alla rappresentazione della conoscenza, nonché alla predisposizione ed all'inoltro dei flussi informativi, sistemi di controllo più efficienti ed efficaci: HL7, CDA2, XML, XSD, etc.;
- realizzare (in relazione all'obiettivo dell'interoperabilità, fattore abilitante per l'effettuazione dei servizi al cittadino previsti dalle normative di recente introduzione, quali, il pagamento on line dei ticket ed il ritiro del referti esclusivamente per via telematica) architetture orientate ai servizi (SOA) e, conseguentemente, l'interfacciamento, tramite web services, dei sistemi dipartimentali presenti nelle ASR con l'infrastruttura regionale di sanità elettronica.

Risultati programmati

- Reingegnerizzazione delle tecnologie e delle architetture informatiche per migliorare le prestazioni del sistema informativo sanitario regionale ai diversi livelli.

Indicatori di risultato

- Completamento dell'azione di reingegnerizzazione già in corso, entro 31/12/2013.
- 2014 e 2015: monitoraggio della corretta funzionalità dei sistemi introdotti ed eventuali modificazioni e/o integrazioni delle tecnologie e delle architetture informatiche.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore "Sistemi Informativi Sanitari" della Direzione Regionale Sanità.

Intervento 4.2: Flussi informativi (NSIS) consolidati

Nell'ultimo trimestre del 2012 è stato progettato ed avviato uno specifico progetto, denominato "Integrazione del Sistema di Interscambio Regione/Ministero", con il seguente duplice obiettivo:

- potenziare i controlli sull'invio dei dati relativi ai flussi oggetto dei debiti informativi;
- razionalizzare l'utilizzo delle risorse di gestione sviluppando ulteriormente l'automazione degli invii.

In particolare il progetto in questione prevede:

- il rilascio di un set di indicatori utili all'elaborazione della reportistica sulle tematiche di interesse NSIS (e MEF), atta a supportare adeguatamente l'azione di controllo e di governance del sistema;
- l'implementazione dei Web Services per l'interscambio informativo automatizzato, dove previsti o attivabili, con i rispettivi sistemi Ministeriali.

Segue la lista delle azioni e/o iniziative intraprese per supportare il raggiungimento degli obiettivi di completezza, qualità e tempistica nella raccolta e nella trasmissione dei flussi informativi NSIS consolidati.

Azione 4.2.1: Calendarizzazione invii dei flussi istituzionali

Con la DGR n. 19 – 5226 del 16/01/2013, sono state stabilite le scadenze che le ASR sono tenute ad osservare per adempiere ai debiti informativi regionali e ministeriali, al fine di assicurare il rispetto delle tempistiche e delle scadenze definite a livello nazionale tenendo in debita considerazione i cut-off ministeriali.

Per gli esercizi successivi, non sono previste a breve azioni specifiche, se non la riproposizione biennale di un atto similare.

Risultati programmati

- Rispetto delle scadenze per l'adempimento dei debiti informativi regionali e ministeriali.

Indicatori di risultato

- Adozione della DGR con le nuove scadenze per il periodo 2015-2016, entro il 31/12/2014.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore "Sistemi Informativi Sanitari" della Direzione Regionale Sanità.

Azione 4.2.2: Monitoraggio più puntuale del fenomeno dell'extra competenza

L'azione prevede l'introduzione di segnalazioni puntuali verso le ASR e verso gli uffici regionali competenti in occasione di invii in extracompetenza, con produzione di reportistica ad hoc. I controlli sui diversi flussi oggetto di obbligo informativo sono stati implementati nella seconda metà del 2012 e sono in fase di consolidamento. Attualmente è in fase di predisposizione la reportistica principale (produzione) a vantaggio delle aziende invianti/produttrici. L'obiettivo ultimo è quello di fornire all'NSIS un dato consolidato sempre più preciso ed accurato, anche nell'ottica di una ottimale predisposizione dei Bilanci di valutazione LEA.

A tal fine si procederà con l'adozione di un provvedimento finalizzato a responsabilizzare maggiormente le ASR tramite l'attivazione degli elementi di controllo sulla criticità del fenomeno dell'extra competenza, con l'introduzione di eventuali penalizzazioni rispetto al riconoscimento delle attività svolte ed alla relativa remunerazione.

Risultati programmati

- Riduzione progressiva del fenomeno dell'extra competenza.

Indicatori di risultato

- Adozione, entro il 31/12/2013, di un provvedimento finalizzato a responsabilizzare maggiormente le ASR.
- 2014 e 2015: report periodico di monitoraggio con la finalità di evidenziare ai settori competenti eventuali criticità emergenti.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore "Sistemi Informativi Sanitari" della Direzione Regionale Sanità.

Azione 4.2.3: Diffusione di strumenti di monitoraggio dei diversi flussi

Il DWH regionale ospita già i flussi principali, resi anonimi a norma di legge tramite un sistema che permette il record linkage tra i contenuti dei diversi flussi e lungo i diversi anni di storico ad oggi disponibili. Utilizzo del DWH regionale per la produzione della reportistica di monitoraggio e di analisi dei diversi flussi, al fine di potenziare la capacità di monitoraggio e di controllo, da parte della Regione e delle ASL, rispetto alla completezza degli invii, alla qualità dei dati ed al relativo allineamento con i dati ed i requisiti ministeriali, per conseguire letture omogenee ai vari livelli (dato regionale – dato NSIS e MEF disponibile attraverso i diversi cruscotti).

E' prevista l'allocazione, presso il SIS, di una risorsa dedicata alla diffusione e all'utilizzo dei cruscotti ministeriali e dello strumento regionale, a vantaggio dei referenti di materia della stessa Regione e delle ASR, al fine di potenziare la capacità di monitoraggio e di controllo.

L'impatto economico è nullo, poiché verranno utilizzate risorse già in carico al SIS.

Risultati programmati

- Miglioramento del livello qualitativo dei flussi informativi trasferiti a livello ministeriale e omogeneizzare la visione informativa ai diversi livelli: aziendali, regionale e ministeriale.

Indicatori di risultato

- Adozione del provvedimento di avvio del nuovo servizio, entro il 31/12/2013.
- 2014 e 2015: monitoraggio periodico delle corrette funzionalità dei sistemi introdotti.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore “Sistemi Informativi Sanitari” della Direzione Regionale Sanità.

Azione 4.2.4: Redazione di un manuale di qualità sui flussi istituzionali

Redazione di un documento contenente tutta la documentazione utile a gestire i flussi informativi in essere, evidenziandone gli aspetti qualitativi notevoli e le attività di ottimizzazione in corso (schema processi, contenuti informativi, tempistiche, referenti a vario livello, criticità, azioni correttive programmate, etc.) e descrivendone, in modo esaustivo, il funzionamento con l'obiettivo di identificare le aree di miglioramento su cui attivare azioni ad hoc (razionalizzazione dei processi, implementazione di controlli più puntuali sul contenuto informativo, etc).

Risultati programmati

- Definizione di un modello standard per la formalizzazione dei contenuti delle diverse sezioni del documento, iniziando la raccolta di informazioni rispetto al processo di acquisizione e governo del dato lungo tutta la catena del valore, attraverso:
 - la descrizione puntuale delle procedure;
 - il completamento della raccolta delle informazioni utili;
 - la diffusione e la condivisione delle informazioni con i diversi stakeholder.

Indicatori di risultato

- Adozione del provvedimento di approvazione del nuovo modello standard, entro il 31/12/2014.
- 2015: Monitoraggio periodico sulla corretta applicazione del manuale.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore “Sistemi Informativi Sanitari” della Direzione Regionale Sanità.

Azione 4.2.5: Flusso SDO ed introduzione controllo CF

In generale il flusso non presenta criticità rispetto agli adempimenti ed alle valutazioni LEA. Si è inoltre implementata la cooperazione applicativa per l'utilizzo del webservice SOGEI per il controllo, in tempo reale, già attivo, del CF non certificato nella banca dati regionale (AURA). Questo controllo consentirà inoltre un maggior supporto alla fase di monitoraggio dei controlli di 3° livello. Nel corso del 2013 è stato adottato uno specifico provvedimento di costituzione del tavolo di lavoro CFI cui è affidato il coordinamento intersettoriale delle azioni sui flussi informativi regionali.

Risultati programmati

- Aumento del livello di controllo sul flusso SDO con particolare riferimento alla mobilità nazionale.

Indicatori di risultato

- Trasmissione report di monitoraggio trimestrale; significativa riduzione dei CF errati (dall' 8% di CF errati riscontrati nell'anno 2012 a meno del 3% previsti per il 2013); Predisposizione di un documento di analisi delle anomalie segnalate nel rapporto SDO, recante le indicazioni operative per il superamento della criticità, entro il 31/12/2013.
- Superamento della criticità evidenziata nel rapporto SDO entro il 31/12/2014
- 2015: report di monitoraggio con la finalità di evidenziare ai settori competenti eventuali criticità emergenti.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore “Sistemi Informativi Sanitari” della Direzione Regionale Sanità.

Azione 4.2.6: Flusso DD (che include DD e DPC)

Con DD n. 549 del 10/07/2013 è stata formalizzata la raccolta dei dati del flusso DD. Tale flusso risulta attendere alle richieste di adempimento pur rimanendo alcune criticità legate alle tempistiche di acquisizione del flusso DPC ed alla coerenza e congruenza dei rispettivi dati di Conto Economico. Le azioni si riferiscono alle segnalazioni ricevute da parte del Ministero e sono focalizzate ad aver un maggior controllo e monitoraggio del flusso, attraverso azioni di razionalizzazione dei processi

organizzativi, con il coinvolgimento attivo di tutti gli attori interessati (Settore Farmaceutica ospedaliera e territoriale della Direzione Regionale Sanità, Servizi farmaceutici aziendali, erogatori, software house coinvolte nel trattamento informatico dei dati), finalizzate al puntuale soddisfacimento dei debiti informativi di cui al flusso DPC.

Risultati programmati

- Adempimento puntuale del debito informativo.

Indicatori di risultato

- 2014 e 2015: report periodico di monitoraggio con la finalità di evidenziare ai settori competenti eventuali criticità emergenti.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore “Sistemi Informativi Sanitari” della Direzione Regionale Sanità.

Azione 4.2.7: Presidio diretto del Flusso CO (Consumi Ospedalieri)

L'adempimento è garantito e non si segnalano particolari criticità. Tuttavia, si vuole migliorare ulteriormente la qualità dei dati inviati attraverso un presidio diretto del flusso, attualmente mediato da IMS nei confronti delle ASR.

Attualmente, sono già in corso le attività di valutazione di nuovi processi di acquisizione diretta dei dati e delle relative nuove modalità di verifica.

L'impatto economico è nullo, poiché verranno utilizzate risorse già in carico al SIS.

Risultati programmati

- Aumento del livello di controllo del dato attuando una verifica ed un governo diretto delle fonti di acquisizione nei confronti delle ASR, al fine di assicurare la qualità del flusso in termini di completezza e tempestività;

Indicatori di risultato

- Consolidamento in termini di completezza e tempestività, entro il 31/12/2013.
- Pieno adempimento LEA 2010 punto ar) entro il 31/12/2013.
- 2014 e 2015: trasmissione report di monitoraggio trimestrale, recante le indicazioni per conseguire l'incremento della completezza/qualità del dato inviato, in riferimento alla differenza tra i conti CE ed il relativo dettaglio del flusso.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore “Sistemi Informativi Sanitari” della Direzione Regionale Sanità.

Azione 4.2.8: Attività di tuning sul Flusso FAR e sul Flusso SIAD

Sono in corso le attività di bonifica, che si sono rese necessarie alla luce delle verifiche dei riscontri ministeriali e della lettura condivisa all'interno dei tavoli nazionali e le attività di consolidamento del flusso rispetto ai riscontri ministeriali in merito al livello di completezza e qualità del dato come anche degli indicatori prodotti.

Inoltre sono in fase di completamento le ultime attività di recupero di dati pregressi per permettere il consolidamento di un dato NSIS allineato con la lettura regionale e funzionale al Bilancio LEA. Nel corso del periodo considerato dal PO sarà necessario monitorare e correggere opportunamente la lettura dei dati, che ad oggi è effettuata dai FIM, nota la progressiva migrazione sui flussi di riferimento.

Risultati programmati

- Adempimento puntuale del debito informativo.

Indicatori di risultato

- Accertamento della coerenza tra la lettura ministeriale e quella regionale, con differenze al di sotto del 10 %, entro il 31/12/2013.
- 2014 e 2015: report periodico di monitoraggio con la finalità di evidenziare ai settori competenti eventuali criticità emergenti.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore “Sistemi Informativi Sanitari” della Direzione Regionale Sanità.

Azione 4.2.9: Consolidamento del modello di gestione del Flusso EMUR/118-PS

Il dato risulta raccolto correttamente e le modifiche apportate con l'ultimo disciplinare ministeriale sono state recepite, ma si ritiene utile continuare l'attività di consolidamento e di recepimento delle evidenze e delle segnalazioni ministeriali.

A tal fine è necessario apportare delle modifiche sia sul tracciato che, nello specifico, sul gestionale utilizzato dal sistema 118, affinché possa essere effettuata una raccolta dei dati in coerenza con le richieste ministeriali. Sarà necessario lavorare sui controlli al fine di poter soddisfare i requisiti degli adempimenti LEA.

Risultati programmati

- Adempimento puntuale del debito informativo.

Indicatori di risultato

- Adozione del provvedimento relativo alle modifiche sul tracciato e sul gestionale del 118, entro il 31/12/2013.
- Trasmissione report di monitoraggio trimestrale dall'1/01/2014. Incremento della completezza del dato inviato, portando al 100% la copertura delle strutture di PS presenti sul territorio regionale secondo quanto riportato nei modelli FIM/MRA, entro il 31/12/2014.
- 2015: report di monitoraggio trimestrale con la finalità di evidenziare ai settori competenti eventuali criticità emergenti.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore "Sistemi Informativi Sanitari" della Direzione Regionale Sanità.

Azione 4.2.10: Raccordo tra Flusso FIM regionale e MRA

Vista la prossima attivazione del flusso informativo di monitoraggio della rete di assistenza (MRA), occorre effettuare le attività di pre-analisi utili per il raccordo tra la rilevazione regionale dei FIM e MRA.

Tale azione si concretizzerà attraverso il riutilizzo dell'applicativo regionale che gestisce ARPE (Archivio Regionale dei Punti di Erogazione) per sostenere la transizione tra i FIM ed il nuovo mattone MRA, sfruttando le caratteristiche dello stesso ARPE. In seguito alla formalizzazione delle tempistiche da parte del Ministero, sarà sviluppato il piano operativo a livello regione, ad oggi solo in bozza.

Risultati programmati

- Gestire in modo ottimale la transizione tra i FIM ed il nuovo mattone MRA.

Indicatori di risultato

- Adozione del provvedimento di approvazione del piano operativo, entro il 31/12/2013.
- 2014 e 2015: monitoraggio periodico dell'attuazione del piano operativo.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore "Sistemi Informativi Sanitari" della Direzione Regionale Sanità.

Azione 4.2.11: Archivi centrali AURA, OPESAN e ARSE

L'infrastruttura della piattaforma integrata regionale di sanità elettronica offre alcune basi dati centrali, cui si allineano puntualmente i sistemi informativi delle singole ASR, la cui presenza garantisce un elevato livello qualitativo degli elementi informativi presenti nel patrimonio informativo sanitario regionale.

Infatti, la presenza degli archivi centrali denominati AURA (Archivio Unico Regionale degli Assistenti), OPESAN (archivio unico regionale degli OPERatori Servizio SANitario) ed ARPE (Archivio Regionale dei Punti di Erogazione) assicura l'univocità, in seno alle basi dati regionali contenenti i dati di produzione, e quindi dei flussi informativi, dei contenuti da questi certificati.

Per queste risorse di primaria importanza strategica per l'omogeneizzazione, l'accuratezza, il controllo incrociato dei dati contenuti nei sistemi informativi regionali, sono in corso le seguenti ulteriori attività di implementazione o revisione al fine di potenziare e di elevare le performance e la capacità del sistema informativo nella predisposizione, nella validazione e nella trasmissione dei flussi informativi.

AURA – Archivio Unico Regionale Assistenti

L'AURA è una base dati federata, centralizzata su scala regionale, in cui le Aziende Sanitarie Regionali (ASR) integrano i dati anagrafici dei propri assistiti con le informazioni del Sistema Sanitario

Nazionale (SSN) relative alle esenzioni, alla scelta e revoca del medico di base, alla gestione della tessera sanitaria.

Sono in corso di realizzazione le nuove funzioni di:

- integrazione di AURA con le cartelle dei MMG/PLS;
- integrazione di AURA con il progetto SIRPE (Ricetta Elettronica/De-materializzata) nell'ambito dell'attuazione del progetto SAR – Sistema di accoglienza regionale;
- raccolta consenso privacy.

Sono di recente realizzazione le nuove funzioni di:

- integrazione con il portale regionale “Io Scelgo La Salute” per il servizio di Scelta/Revoca del Medico OnLine, al momento attivo per le ASL: TO1, TO2, TO5, NO, AL e che sarà esteso a tutte le altre ASL del Piemonte;
- autocertificazioni esenzioni da reddito.

E' in fase di programmazione l'introduzione delle seguenti nuove funzioni:

- esposizione di Servizi Web per supportare l'integrazione con i sistemi informativi delle strutture private accreditate;
- esposizione di Servizi Web per supportare l'integrazione con le Residenze Socio Assistenziali;

OPESSAN – Archivio degli Operatori del Servizio Sanitario:

Condivisa, alimentata ed aggiornata da tutti gli attori del SIS regionale (Regione, Aziende Sanitarie piemontesi e operatori).

E' in corso di realizzazione la nuova funzione di:

- cooperazione applicativa per l'interscambio automatico dei dati con i dipartimentali di interesse del livello aziendale;
- integrazione che consentirà alla ricetta elettronica, nell'ambito del progetto di realizzazione del SAR – Sistema di Accoglienza Regionale, di avvalersi delle informazioni inerenti i dati anagrafici ed i rapporti di lavoro del personale medico convenzionato e dipendente gestito in OpeSSan.

E' in fase di programmazione l'introduzione delle seguenti nuove funzioni:

- gestione in OpeSSan del personale universitario, impiegato nelle strutture sanitarie regionali, uniformandone la gestione a quella inerente il personale dipendente.

ARPE

Archivio Regionale dei Punti di Erogazione: archivio con cui si certifica la classificazione di tutte le strutture, pubbliche e private, che erogano attività sanitaria, nonché delle farmacie territoriali, permettendo, altresì, la descrizione organizzativa delle Aziende Sanitarie Regionali e la registrazione dei documenti relativi alle delibere di accreditamento delle strutture private.

E' in corso di realizzazione il rifacimento in ambiente web dell'applicativo ARPE, attività preliminare per consentire l'integrazione a servizi con la componente ministeriale del progetto MRA - Monitoraggio della Rete di Assistenza;

E' in fase di programmazione l'attuazione dei seguenti interventi evolutivi che riguardano:

- nell'ambito della gestione del personale universitario, impiegato nelle strutture sanitarie regionali, la possibilità di raccogliere i dati sulla sede contrattuale e sulle sedi operative ad esso afferenti, così come avviene per il personale dipendente;
- la gestione degli ambulatori dei medici convenzionati (MMG e PLS);
- la realizzazione di servizi di cooperazione applicativa per l'invio in tempo reale al livello ministeriale, attraverso il progetto Monitoraggio della Rete di Assistenza – MRA, delle informazioni di interesse relative alle strutture che operano su tutti i livelli di assistenza, alle prestazioni erogate ed alle risorse utilizzate.

Risultati programmati

- Garanzia dell'univocità in seno alle basi dati regionali contenenti i dati di produzione e, quindi, della qualità dei flussi informativi e dei contenuti da questi certificati.

Indicatori di risultato

- Redazione di una relazione sull'esito delle attività programmate, entro il 31/12/2013.

- 2014 e 2015: monitoraggio degli obiettivi assegnati alle ASR.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore “Sistemi Informativi Sanitari” della Direzione Regionale Sanità.

Intervento 4.3: Realizzazione e implementazione dei nuovi flussi informativi del NSIS

Si tratta di migliorare, sia dal punto di vista quantitativo che da quello qualitativo, le performance del sistema informativo ad oggi implementato a supporto delle attività di programmazione e di controllo delle ASR e della Direzione Regionale Sanità, nonché dell'assolvimento degli obblighi informativi verso il livello ministeriale.

Azione 4.3.1: Flusso DM (Dispositivi Medici)

A fronte delle criticità emerse in sede ministeriale, legate al non rispetto delle tempistiche ed alla modesta consistenza economica del dato rispetto al corrispondente di CE (36% circa), occorre effettuare delle azioni di recupero puntuali, attraverso uno specifico confronto in seno al GIS, al fine di individuare e superare le criticità di rendicontazione e di lettura del dato relativo ai DM, effettuando eventualmente richiami ufficiali alle ASR finalizzati ad aumentare il rispetto delle tempistiche di invio da parte delle stesse e la copertura del dato inviato.

Risultati programmati

- Adempimento puntuale del debito informativo.

Indicatori di risultato

- Significativa riduzione delle criticità rispetto alle tempistiche ed alla consistenza economica del dato rispetto al corrispondente di CE, entro il 31/12/2013.
- Trasmissione report di monitoraggio trimestrale, recante le indicazioni per conseguire la completezza del dato inviato sui consumi, in relazione alla differenza tra conti CE ed il relativo dettaglio del flusso, entro il 31/12/2014.
- 2015: report periodico di monitoraggio con la finalità di evidenziare ai settori competenti eventuali criticità emergenti.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore “Sistemi Informativi Sanitari” della Direzione Regionale Sanità.

Azione 4.3.2: SIND - Messa a regime delle componenti applicative per la raccolta del dato

È stata effettuata l'integrazione del sistema informatico regionale utilizzato dai SERT delle ASR piemontesi (SPIDI) con la procedura utilizzata, sempre a livello aziendale, per la rilevazione dell'erogazione del metadone. È stata altresì effettuata una attività di monitoraggio e di verifica delle attività di caricamento dei dati sul sistema informativo, che ha consentito la raccolta dei dati 2012, la predisposizione del relativo flusso e la conseguente trasmissione.

A fronte del primo invio ufficiale (dati 2012) l'obiettivo è di verificare il livello di completezza del dato con un maggior monitoraggio delle attività di caricamento da parte dei SERT.

Risultati programmati

- A fronte del primo invio ufficiale (dati 2012), verifica del livello di completezza del dato con un maggior monitoraggio delle attività di caricamento dei SERT;
- completamento dell'integrazione della procedura per la rilevazione dell'erogazione del metadone;
- verifica e monitoraggio del livello di completezza e di qualità del dato;
- adempimento puntuale del debito informativo;

Indicatori di risultato

- Realizzazione di uno strumento informatico atto a monitorare le attività di caricamento da parte dei SERT al fine di assicurare un significativo aumento del rispetto del livello di completezza dei dati oggetto del flusso, entro il 31/12/2013.
- Trasmissione report di monitoraggio trimestrale. Raggiungimento del pieno livello di completezza dei dati oggetto del flusso, entro il 31/12/2014.
- 2015: monitoraggio periodico al fine di evidenziare eventuali criticità emergenti .

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore “Sistemi Informativi Sanitari” della Direzione Regionale Sanità.

Azione 4.3.3: Miglioramento della qualità del dato SIMES 009-2010 e 2011 ed invio dati esercizio 2012

Sono in corso di ultimazione le attività per procedere al riallineamento dei dati relativi al triennio 2009-2011, cui seguirà il re-invio dei medesimi, contestualmente al proseguimento delle attività di invio per i dati 2012.

L'azione è finalizzata al miglioramento della qualità del dato inviato negli anni precedenti ed al miglior presidio delle attività di inoltro dei dati di competenza 2012 e seguenti, anche con l'implementazione e l'adozione di un nuovo specifico applicativo regionale per agevolare la compilazione e l'alimentazione del flusso nel pieno rispetto della vigente normativa privacy.

Risultati programmati

- Miglioramento della qualità del dato inviato negli anni precedenti e, di conseguenza, il mantenimento del puntuale adempimento del debito informativo.

Indicatori di risultato

- Approvazione della documentazione progettuale recante la specifiche tecniche del nuovo applicativo. Miglioramento della completezza del dato relativo agli anni 2009-2012, attraverso specifica attività di bonifica e riallineamento di banche dati, entro il 31/12/2013.
- Implementazione del nuovo applicativo. Raggiungimento del puntuale e completo adempimento del debito informativo, entro il 31/12/2014.
- 2015: report di monitoraggio periodico con la finalità di evidenziare ai settori competenti eventuali criticità emergenti.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore "Sistemi Informativi Sanitari" della Direzione Regionale Sanità.

Azione 4.3.4: Flusso SISM

E' prevista la messa a regime delle attività di raccolta, elaborazione e trasmissione del flusso. E' stato effettuato l'invio dei dati relativi al 2012 e al primo semestre 2013. Entro fine anno si procederà con le integrazioni consentite.

Risultati programmati

- Soddisfacimento del fabbisogno ministeriale e recepimento del disciplinare regionale attraverso la realizzazione di un applicativo per la raccolta dei dati a disposizione delle ASR.

Indicatori di risultato

- Pieno adempimento Lea 2011, punto aab) Acquisizione dati relativi all'assistenza per salute mentale NSIS – SISM, entro il 31/12/2013.
- Introduzione di un applicativo regionale per agevolare la compilazione e l'alimentazione del flusso. Incremento della completezza del dato inviato, addivenendo alla copertura del 100% dei servizi di psichiatria censiti in FIM/MRA, entro il 31/12/2014.
- 2015: report periodico di monitoraggio con la finalità di evidenziare ai settori competenti eventuali criticità emergenti.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore "Sistemi Informativi Sanitari" della Direzione Regionale Sanità.

Azione 4.3.5: Flusso Hospice

E' stato acquisito ed inviato il flusso 2012 e il flusso relativo al primo semestre 2013.

Si procederà con la raccolta del flusso secondo calendario ministeriale, garantendone la correlazione/integrazione con i flussi informativi di rilevazione e di monitoraggio delle prestazioni di cure palliative e di terapia del dolore.

Risultati programmati

- Soddisfare il fabbisogno ministeriale e recepire il disciplinare regionale attraverso la realizzazione di un applicativo per la raccolta dei dati a disposizione delle ASR.

Indicatori di risultato

- Predisposizione di un documento recante gli indicatori per la realizzazione dello strumento di monitoraggio della correlazione tra le informazioni contenute nel flusso Hospice e quelle di cui ai

sistemi informativi che rilevano e monitorano l'erogazione di prestazioni di cure palliative e terapia del dolore, entro il 31/12/2013.

- Introduzione di un applicativo regionale per agevolare la compilazione e l'alimentazione del flusso. Incremento della completezza del dato inviato, addivenendo alla copertura del 100% degli hospice rispetto al censimento FIM/MRA, entro il 31/12/2014. Implementazione sul DWH regionale dello strumento di monitoraggio.
- 2015: report periodico di monitoraggio con la finalità di evidenziare ai settori competenti eventuali criticità emergenti..

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore "Sistemi Informativi Sanitari" della Direzione Regionale Sanità.

Intervento 4.4: Progetto Tessera Sanitaria

Il Progetto Tessera Sanitaria, promosso dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, di concerto con il Ministero della Salute con l'art.50 della L.n.326 del 24.11.2003, ha il fine di migliorare il monitoraggio della spesa sanitaria e la conoscenza dei dati sanitari della popolazione italiana attraverso l'utilizzo fondamentale della carta TS-CNS.

Per adempiere alle previsioni del Progetto Tessera Sanitaria la Regione ha costruito diverse banche dati che, accessibili solo ai soggetti autorizzati, permettono di associare al Codice Fiscale di ogni cittadino i dati anagrafici, l'ASL di appartenenza, il medico di base prescelto, eventuali esenzioni per patologia o per reddito, etc.

Queste informazioni, insieme ad altre banche dati sui medici, sui ricettari assegnati, sui servizi dati dalle farmacie e dai laboratori di specialistica, permettono al Ministero dell'Economia e delle Finanze, al Ministero della Salute, alla Regione e alle ASL di seguire il percorso di ogni singola ricetta sanitaria. Di seguito le principali azioni finalizzate alla completa realizzazione del Progetto Tessera Sanitaria.

Azione 4.4.1: Dematerializzazione delle ricette (Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 02.11.2011)

Condizione essenziale per il conseguimento degli obiettivi attesi non è la disponibilità di strumenti informatici, bensì l'adesione dei prescrittori che in Piemonte era ancora molto parziale. Nel mese di maggio 2013 si è concluso il confronto con le rappresentanze sindacali dei MMG e PLS con la sottoscrizione di uno specifico accordo integrativo che incentiva i prescrittori del territorio ad utilizzare gli strumenti informatici necessari all'attuazione delle previsioni del DPCM 26/03/08 e del DM 2/11/11. E' altresì necessario, nei casi di inadempimento all'accordo, attivare, nei confronti dei medici inadempienti, le sanzioni previste dalla normativa di riferimento.

Dal punto di vista tecnico informatico, la Direzione Regionale Sanità ha avviato il progetto SAR, i cui contenuti sono stati concordati nel mese di dicembre 2013 con il livello ministeriale e con SOGEI, che prevede (tramite l'utilizzo di una infrastruttura info-telematica regionale che implementa il colloquio, mediato dal SAR, tra i prescrittori/erogatori ed il SAC) la progressiva e concomitante estensione, su scala regionale, della ricetta elettronica e della dematerializzazione, secondo un crono-programma biennale.

Risultati programmati

- Presentazione entro il 31/12/2013 del progetto regionale SIRPE (Servizio Informativo Regionale Prescrizione Elettronica) e del relativo crono programma, in attuazione delle previsioni dell'articolo 2 del DM 2 novembre 2011 per la dematerializzazione della ricetta medica cartacea presso la Regione Piemonte,. Il Piano di diffusione del progetto comprende:
 - avvio, entro il 31/12/2013:
 - della sperimentazione presso i servizi specialistici ospedalieri del ciclo prescrizione-erogazione prestazioni specialistiche da auto impegnativa
 - avvio, entro il 30/06/2014:
 - della gestione del ciclo prescrizione-erogazione farmaceutica
 - della gestione del ciclo prescrizione-erogazione prestazioni specialistiche da ricetta rossa;
 - dell'estensione su scala regionale del ciclo prescrizione-erogazione prestazioni specialistiche da auto impegnativa.
- gli ulteriori risultati che si intendono raggiungere entro il 31/12/2014 sono:

- estensione e consolidamento su tutto il territorio regionale della gestione del ciclo prescrizione-erogazione farmaceutica;
- consolidamento su scala regionale del ciclo prescrizione-erogazione prestazioni specialistiche da auto impegnativa;
- avvio della gestione del ciclo prescrizione-erogazione prestazioni specialistiche da ricetta rossa

Indicatori di risultato

- Progressivo aumento della percentuale di medici inviati, a partire dal 31/12/2013, secondo il cronoprogramma del Progetto, ovvero:
 - 20% entro aprile 2014;
 - 40% entro luglio 2014;
 - 60% entro ottobre 2014;
 - 80% entro gennaio 2015;
 - 90% entro aprile 2015.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore “Sistemi Informativi Sanitari” della Direzione Regionale Sanità.

Azione 4.4.2: Monitoraggio invio art. 50 legge 326/2003

Allo stato attuale l’adempimento evidenzia quanto segue:

- Un ridotto utilizzo del cruscotto TS: il settore Servizi Informativi Sanitari ha concordato con i referenti SOGEI l’attuazione di alcune sessioni formative rivolte agli utenti interessati, sia del livello regionale sia del livello aziendale, che si sono tenute nel mese di maggio 2013. L’obiettivo è quello di favorire un adeguato utilizzo del cruscotto da parte sia dei referenti regionali che da parte delle ASR, per conseguire un monitoraggio proattivo dei dati inviati e della spesa, con particolare riguardo alle criticità rilevate dal livello ministeriale;
- Alcune segnalazioni in merito alla qualità del dato per le quali si prevede principalmente di:
 - aggiornare/allineare i tariffari ad uso del sistema TS;
 - adottare controlli puntuali sui Codici Fiscali (es: duplicati all’interno dello stesso supporto, correttezza del C.F.);
 - monitorare l’utilizzo delle auto impegnative;
 - controllare le esenzioni (non solo per reddito);
 - controllare il fenomeno dell’extracompetenza (compreso all’interno delle azioni di miglioramento dei flussi consolidati NSIS).

Risultati programmati

- Incremento dell’utilizzo del cruscotto del sistema TS da parte delle ASR, da monitorarsi da parte della Regione, non solo per la verifica della qualità/completezza dei dati, ma anche per il monitoraggio delle prestazioni, anche attraverso specifica sensibilizzazione delle ASR.

Indicatori di risultato

- Progressivo superamento delle criticità evidenziate nei report mensili prodotti dal sistema TS.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore “Sistemi Informativi Sanitari” della Direzione Regionale Sanità.

Azione 4.4.3: Controllo esenzioni da reddito come da DM 11/12/2009

Dal punto di vista delle azioni intraprese a livello di flusso, si segnala quanto fatto fino ad oggi e le azioni di cui si prevede il rafforzamento nel corso del periodo di riferimento 2013-2015.

Ad oggi vengono annualmente recepite le autocertificazioni di esenzione, certificate dal MEF e trasferite per via telematica da SOGEI, acquisendole in seno all’Archivio Unico Regionale degli Assistiti (AURA), cui fanno riferimento i sistemi informativi di tutte le ASR piemontesi, consentendo così agli operatori interessati la verifica in tempo reale della sussistenza del diritto al beneficio.

In caso di presenza di autocertificazioni prodotte da utenti non presenti negli elenchi succitati, queste vengono inviate a SOGEI, tramite procedure batch, per la loro integrazione nell'elenco degli aventi diritto, che potrà o meno essere confermata l'anno successivo con la relativa presenza nel nuovo elenco inviato, solo nel caso in cui le verifiche effettuate dal MEF sulle denunce dei redditi ne certifichino la veridicità. Con apposita D.G.R. del 9 dicembre 2013 è stato approvato il Progetto "Cruscotto esenzioni da reddito".

Risultati programmati

- Entro il 31/12/2013, con l'obiettivo di potenziare l'attività di verifica, si prevede di:
 - fornire precisi indirizzi alle ASR per omogeneizzare i comportamenti;
 - introdurre ulteriori specifici controlli all'interno del tracciato C regionale, incrociando il dato di esenzione acquisito dal flusso con le relative evidenze presenti nelle anagrafiche di riferimento (AURA) e trasmissione alle singole ASR dei relativi report;
 - valutazione dei dati risultanti dai controlli di cui al punto precedente e individuazione e realizzazione da parte delle ASR delle azioni necessarie per il recupero dei crediti nei confronti dei soggetti che risultano aver goduto nell'anno precedente del beneficio dell'esenzione per reddito senza averne diritto.

Indicatori di risultato

- Numero delle prescrizioni ammesse a recupero crediti in rapporto al numero delle prescrizioni presenti tra le anomalie rilevate. L'esito dell'indicatore è, a tendere, pari a 1.
- Maggiori entrate determinate dal recupero dei ticket.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore "Sistemi Informativi Sanitari" della Direzione Regionale Sanità;
- Dirigente responsabile del Settore "Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e territoriali"

Intervento 4.5: Progetto Fascicolo Sanitario Elettronico

In accordo con le previsioni della normativa nazionale (Decreto Legge n. 179 del 18 ottobre 2012 - Agenda Digitale, convertito nella L. 221 del 17 dicembre 2012,) e con gli indirizzi della Giunta Regionale piemontese (D.G.R. n. 15-8626 del 21 aprile 2008: «Programma SIRSE, DGR n. 53-410 del 26 luglio 2010 «Progetto SISR 2010-2015», DGR 30 Luglio 2012 n. 45 – 4248 Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2015, DGR 14 Marzo 2013 n.6-5519 Addendum al Piano di rientro), la Direzione regionale Sanità ha disposto la realizzazione e la sperimentazione di una piattaforma centralizzata per l'interoperabilità del dato clinico, che ha portato alla resa disponibilità di una soluzione sperimentale di Fascicolo Sanitario Elettronico, attraverso cui, già oggi, sarebbe possibile accedere ad un set importante di dati clinici, tra cui, ad esempio, tutte le immagini radiologiche ed i relativi referti prodotti nelle radiologie del capoluogo regionale.

Considerato che il Decreto del Fare, approvato dal Consiglio dei Ministri del 15 giugno 2013 e convertito nella L. 98/2013, dispone l'attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico, esponendo le seguenti scadenze:

- entro il 30 giugno 2014 le Regioni e le Province autonome dovranno presentare il piano di progetto del FSE all'Agenzia per l'Italia digitale, che, di concerto con il Ministero della Salute, dovrà valutare ed approvare i progetti;
- entro il 30 giugno 2015, i FSE dovranno essere attivati;

si rileva la necessità di:

- procedere con l'adozione delle Linee guida nazionali di cui all'Intesa Stato-Regioni del 10 febbraio 2011;
- sottoporre la documentazione progettuale relativa alla soluzione sperimentale di FSE piemontese, al fine di ottenerne l'approvazione del livello nazionale secondo quanto previsto dal citato Decreto del Fare;
- predisporre un piano di estensione del FSE su scala regionale;

Azione 4.5.1: Predisposizione ed invio della documentazione progettuale

Attraverso la revisione e la riorganizzazione della documentazione tecnica disponibile sulla soluzione sperimentale di FSE piemontese, addivenire ad una versione idonea alla sua trasmissione al livello centrale per la valutazione e l'eventuale approvazione.

Risultati programmati

- Adozione delle Linee guida nazionali di cui all'Intesa Stato-Regioni del 10 febbraio 2011 (nel corso del 2013);
- Predisposizione ed invio della documentazione progettuale relativa al FSE (entro il 30 giugno 2014);
- Pieno adempimento LEA 2011, punto aad) Sistema Fascicolo Sanitario Elettronico – FSE

Indicatori di risultato

- Validazione della documentazione progettuale;
- Trasmissione formale della documentazione progettuale al livello ministeriale;
- Validazione del piano di estensione del FSE su scala regionale

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore "Sistemi Informativi Sanitari" della Direzione Regionale Sanità;

Azione 4.5.2: Estensione del servizio su scala regionale

Con il supporto del Tavolo GIS (vedi azione 4.1.1), si completerà l'attività di rilevazione delle specifiche tecniche dei sistemi informatici aziendali, necessarie a valutare tempi e costi di integrazione con l'infrastruttura centrale di FSE, al fine di predisporre il piano di estensione del FSE su scala regionale, entro il 31/12/2014. Successivamente, si procederà con l'attuazione del piano, assicurando un adeguato monitoraggio, al fine di assicurare il rispetto delle tempistiche esposte nel cronoprogramma.

Risultati programmati

- Redazione del piano di estensione del FSE su scala regionale (entro il 31/12/2014)
- Attivazione del FSE secondo il piano di estensione, per le principali specialità, su scala regionale (entro il 30/06/2015)
- Attivazione del FSE secondo il piano di estensione, per le altre specialità, su scala regionale (entro il 31/12/2015)

Indicatori di risultato

- Approvazione del piano di estensione del FSE su scala regionale (entro il 31/12/2014)
- Effettiva disponibilità su scala regionale dei servizi del FSE, per le principali specialità, a favore dei cittadini piemontesi che decidono di fruirne, entro il 30/06/2015.
- Effettiva disponibilità su scala regionale dei servizi del FSE, per le altre specialità, a favore dei cittadini piemontesi che decidono di fruirne, entro il 31/12/2015.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore "Sistemi Informativi Sanitari" della Direzione Regionale Sanità.

Intervento 4.6: Progetto CUP Unico Provinciale

La condivisione di tutte le agende di prenotazione, da parte delle ASL e ASO che afferiscono ad aree territoriali omogenee, è condizione necessaria alla più razionale e trasparente gestione degli accessi ai servizi assicurati dal SSR.

Per questo motivo, identificando nelle Province del territorio piemontese le succitate aree territoriali omogenee e considerate le ASL e le ASO a queste afferenti e lo stato dell'arte dei loro sistemi informativi, si ritiene necessario che le ASL e ASO presenti sul territorio delle Province di Torino, Novara ed Alessandria si dotino, rispettivamente, di CUP unici a livello provinciale.

L'attuazione di questa iniziativa è ritenuta propedeutica all'estensione su scala regionale del Sovracup, quale modalità di secondo livello per accedere al servizio di prenotazione delle prestazioni

sanitarie che per svariati motivi potrebbero dover essere ricercate al di fuori dell'ambito territoriale provinciale.

Azione 4.6.1: Predisposizione delle specifiche tecniche e funzionali del CUP unico provinciale

Al fine di assicurare che le azioni aziendali per il conseguimento degli obiettivi succitati siano conformi alle esigenze funzionali del sistema ed alle specifiche tecniche della piattaforma integrata regionale di sanità elettronica, il Settore Sistemi Informativi Sanitari, di concerto con il Settore Assistenza Sanitaria Territoriale ed Ospedaliera, predisporre, valida e trasmettere alle ASR direttamente interessate, la documentazione recante le specifiche tecniche e funzionali del CUP unico provinciale.

Risultati programmati

- Predisposizione e trasmissione, alle ASR direttamente interessate, della documentazione recante le specifiche tecniche e funzionali del CUP unico provinciale (entro il 31/03/2014);

Indicatori di risultato

- Validazione della documentazione progettuale;
- Trasmissione formale della documentazione progettuale alle ASR interessate;

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore "Sistemi Informativi Sanitari" della Direzione Regionale Sanità.
- Dirigente responsabile del Settore "Assistenza sanitaria territoriale e ospedaliera" della Direzione Regionale Sanità.

Azione 4.6.2: realizzazione del Progetto CUP unico delle Provincie di Torino, Novara ed Alessandria

A seguito dell'invio della documentazione di cui all'azione 4.6.1, il Settore Sistemi Informativi Sanitari, di concerto con il Settore Assistenza Sanitaria Territoriale ed Ospedaliera, provvede al monitoraggio dell'attuazione del progetto CUP unico provinciale, cui le ASR interessate provvederanno utilizzando le risorse finanziarie derivanti dalle economie realizzate nell'ambito della specialistica ambulatoriale.

Risultati programmati

- Avvio, da parte delle ASR interessate, delle procedure amministrative per l'acquisizione dei CUP unici (entro il 30/06/2014)
- Operatività dei CUP unici delle provincie di Torino, Novara ed Alessandria (entro il 31/12/2014)

Indicatori di risultato

- Pubblicazione, da parte delle ASR interessate, dei bandi di gara (entro il 30/06/2014)
- Effettiva disponibilità, a livello delle singole provincie interessate, di un accesso unitario alle agende di prenotazione delle aziende sanitarie afferenti, entro il 31/12/2014.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore "Sistemi Informativi Sanitari" della Direzione Regionale Sanità.
- Dirigente responsabile del Settore "Assistenza sanitaria territoriale e ospedaliera" della Direzione Regionale Sanità.

Tutti gli interventi previsti dal PO 4: Flussi Informativi sono a impatto economico nullo, ad eccezione dell'azione 4.4.3: Controllo esenzioni da reddito come da DM 11/12/2009 la cui valorizzazione economica è di seguito riportata.

Valorizzazione Programma 4: Flussi informativi

Intervento 4.4: Progetto Tessera Sanitaria

Azione 4.4.3: Controllo esenzioni da reddito come da DM 11/12/2009

A partire dal 28/03/2013, sono stati resi disponibili, attraverso il Sistema TS, anche i dati relativi al Controllo Autocertificazioni anno 2011 e gli esiti positivi/negativi delle verifiche delle autocertificazioni presentate dagli assistiti presso le ASL nel corso dell'anno 2011 (riferite ai dati reddituali dell'anno 2010) e trasmesse al Sistema TS. Le ASR stanno già esaminando i dati di propria competenza al fine di predisporre le eventuali azioni necessarie per la gestione delle anomalie/criticità nel rispetto di quanto previsto dal D.M. 11.12.2009.

Per le attività di controllo sono state prese in considerazione, in particolare, le seguenti tipologie di esenzione per reddito:

- E01: Cittadini di età inferiore a sei anni e superiore a sessantacinque anni, appartenenti ad un nucleo familiare con reddito complessivo non superiore a 36.151,98 Euro;
- E03: Titolari di assegno (ex pensione) sociale – e loro familiari a carico - (art. 8 comma 16 della L. 537/1993 e succ. modifiche e integrazioni);
- E04: Titolari di pensioni al minimo di età superiore a sessant'anni e loro familiari a carico, appartenenti ad un nucleo familiare con un reddito complessivo inferiore a 8.263,31 Euro, incrementato fino a 11.362,05 Euro in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori 516,46 Euro per ogni figlio a carico;
- E02: Disoccupati e loro familiari a carico appartenenti ad un nucleo familiare con un reddito complessivo inferiore a 8.263,31 Euro, incrementato fino a 11.362,05 Euro in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori 516,46 Euro per ogni figlio a carico.

Pertanto, tenuto conto delle attività regionali di sensibilizzazione dei Direttori Generali e sulla base delle informazioni disponibili si stima un recupero prudenziale nel triennio di almeno **-2,7 €/mln.**

- 2,7 €/mln rispetto al tendenziale 2013;
- 2,7 €/mln complessivi rispetto al tendenziale 2014;
- 2,7 €/mln complessivi rispetto al tendenziale 2015.

Programma 5: Accredimento

Il programma, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- individuazione del fabbisogno di prestazioni per tutte le tipologie assistenziali (sanitarie e sociosanitarie), e conseguente definizione del fabbisogno di offerta, articolato per ciascun livello di assistenza;
- definizione/aggiornamento dei requisiti autorizzativi;
- definizione/aggiornamento e attivazione procedure per l'autorizzazione;
- definizione/aggiornamento e attivazione procedure per l'accredimento definitivo (in caso di accreditamento istituzionale definitivo attuato);
- recepimento di ulteriori requisiti, anche derivanti da atti e intese adottati in Conferenza Stato-Regioni;
- modalità di verifica di allineamento dei requisiti richiesti per l'accredimento, in coerenza con la normativa vigente;
- modalità di verifica periodica della sussistenza dei requisiti.

Accreditamento: valorizzazione manovre (€mIn)			
	2013	2014	2015
Accreditamento	-	-	-
Processo di accreditamento istituzionale	-	-	-
<i>Individuazione del fabbisogno di prestazioni per tutte le tipologie assistenziali (sanitarie e sociosanitarie)</i>	-	-	-
<i>Definizione/aggiornamento dei requisiti autorizzativi e delle procedure per l'autorizzazione</i>	-	-	-
<i>Revisione ed aggiornamento dei requisiti per l'accredimento istituzionale</i>	-	-	-

Tabella 10 – Sintesi manovre

Con DGR 01.03.2000 n. 32-29522, D.G.R. 4.08.2010 n. 46-528 e D.G.R. n. 98-9422 dell'1/08/2008 e s.m.i. sono stati individuati i determinanti del fabbisogno regionale in termini di attività di degenza, di specialistica-ambulatoriale ed interventi socio-assistenziali sia ai fini autorizzativi che di accreditamento, siano essi operanti per conto del servizio sanitario nazionale o nel campo della c.d. "sanità privata", ovvero per prestazioni non a carico del SSN.

L'accredimento istituzionale, pregiudiziale per l'accesso agli "accordi contrattuali" con il SSR da parte delle strutture private, è regolamentato dalla DCR 22.02.2000 n. 616-3149 e s.m.i., allegato 3, punti 2 e 3, e dalla DD. n. 277 del 5.09.2001 e s.m.i.

Con D.C.R. n° 616-3149 del 22/02/2000 e successivi provvedimenti di Giunta Regionale, la Regione Piemonte ha dato attuazione a quanto previsto dal D.P.R. 14.01.1997 sia rispetto all'individuazione dei requisiti di cui devono essere in possesso le strutture sanitarie ai fini autorizzativi, che all'individuazione dei requisiti "ulteriori" per l'accredimento delle attività sanitarie pubbliche e private. Per quanto concerne il settore delle strutture sanitarie private, tutte le strutture che erogano attività ambulatoriale hanno concluso il processo di accreditamento.

Attualmente sono presenti sul territorio piemontese n. 38 Case di Cura private, n. 2 Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico e n. 7 Presidi ex artt. 42 e 43 Legge 23/12/1978, n. 833. Per tutti si è concluso il processo di accreditamento definitivo, così come previsto dall'art. 1 comma 796 della legge n. 296 del 27/12/2006 e s.m.i., ad eccezione di una Casa di Cura privata che, a causa di onerosi lavori di ristrutturazione, non è riuscita a portare a termine il progetto nei tempi previsti.

A distanza di anni dall'avvio del suddetto sistema si è resa necessaria un'analisi dei punti di forza e di debolezza del sistema stesso, unitamente alle riflessioni emerse nell'ambito di specifici gruppi di lavoro operanti a diverso titolo, sia presso le ASR che a livello regionale, nonché alle esperienze maturate dai vari attori istituzionali del sistema e che consentono di avviare oggi una riflessione metodologica più attenta e di formulare alcune indicazioni.

Il sistema di accreditamento richiede un nuovo punto di equilibrio tra le esigenze di semplificazioni e quelle di mantenimento delle garanzie di sicurezza e qualità: in particolare l'accredimento istituzionale deve essere rivisto in una logica di forte semplificazione, riduzione degli aspetti più formali e attenzione invece all'appropriatezza delle prestazioni e al continuo miglioramento della

qualità che costituisce un enorme patrimonio culturale ed operativo nella logica della clinical governance.

Il patrimonio culturale ed esperienziale maturato in questi anni rappresenta un elemento di grande valore per la gestione e risoluzione delle criticità che si sono presentate via via nel corso dell'attuazione del sistema accreditamento tra cui quelle riscontrate nel sistema sperimentale del percorso assistenziale per le strutture pubbliche (in parte carente di condivisione da parte dei servizi interessati), oppure la mancata sinergia tra le Commissioni di Vigilanza delle ASL e il team di verifica di accreditamento presso l'Aress.

Quanto sopra premesso, tenuto conto dei nuovi indirizzi formulati dalla Regione in questi ultimi anni in materia di razionalizzazione delle risorse di cui al Piano di Rientro 2010-2012, nonché alle indicazioni su appropriatezza e sulle nuove configurazioni organizzative delle ASR in rapporto al PSSR 2012-2015, è stato istituito un gruppo di lavoro con rappresentanti della Direzione Sanità e dell'Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari, quale supporto tecnico scientifico in materia, con il compito di realizzare un aggiornamento dell'intero sistema di accreditamento.

Il lavoro, in itinere, si concluderà entro il 30/09/2013 e tiene conto anche dell'Intesa Stato-Regioni sul documento recante "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento" del 20.12.2012, recentemente recepita con D.G.R. n. 8 – 6021 del 28 giugno 2013, avente ad oggetto "Recepimento dell'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome sul documento recante "Disciplinare per la revisione della normativa dell'accreditamento" in attuazione dell'articolo 7, comma 1 del nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012 (Rep. n. 259/CRS del 20.12.2012)".

Intervento 5.1: Processo di accreditamento istituzionale

In seguito all'emanazione dei provvedimenti regionali di attuazione del Piano di rientro 2010-2012 (DGR n. 50-1986 del 29.4.2011 e DGR n. 4-2121 del 6.6.2011), il cui obiettivo è il contenimento della spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti erogatori privati, si è provveduto ad elaborare una proposta di revisione dell'allegato alla Legge Regionale 14/01/1987, n. 5 "Disciplina delle Case di Cura private".

Parallelamente, il mutato quadro normativo nazionale di riferimento e le innovazioni tecnologiche/strumentali sopravvenute nel settore esigono di intervenire sull'intero testo della L.R. 5/87.

Nell'attuazione dei provvedimenti previsti per il contenimento della spesa, la Regione si è impegnata a supportare eventuali processi di accorpamento tra le strutture già accreditate e a consentire processi di adeguamento strutturale necessari al raggiungimento dello scopo nel rispetto delle normative vigenti.

Sempre con l'obiettivo del contenimento della spesa del S.S.R., nelle more della revisione dell'allegato alla Legge Regionale 14/01/1987, n. 5, si è previsto che le case di cura ad indirizzo monospécialistico di post-acuzie possano attivare accordi specifici con soggetti terzi (pubblici, equiparati e/o accreditati) per assicurare ai propri ricoverati le prestazioni di diagnostica per immagini e di esami di laboratorio, laddove non siano accreditate per l'erogazione di questi servizi in regime ambulatoriale. Il tutto senza inficiare la determinazione del fabbisogno, evitando possibili duplicazioni attraverso la corretta attribuzione del budget a tali strutture.

Come previsto nel Piano Sanitario Regionale 2012-2015, convergono nella rete ospedaliera piemontese tutti gli ospedali, compresi gli Ospedali classificati, gli IRCCS di diritto privato e le Case di Cura private accreditate. Questi istituti devono integrarsi tra di loro a prescindere dalla loro propria natura giuridico-amministrativa.

Azione 5.1.1: Individuazione del fabbisogno di prestazioni per tutte le tipologie assistenziali (sanitarie e sociosanitarie)

Per quanto riguarda le prestazioni sanitarie, il fabbisogno di quelle relative al ricovero ospedaliero è stato definito, per singola disciplina, in acuzie ed in post acuzie, con la D.G.R. n. 6-5519 del 14/03/2013, attuativa dell'addendum al Piano di rientro 2010-2012. Il fabbisogno relativo alle prestazioni specialistiche ambulatoriali è stato definito con D.G.R. n. 98-9422 dell'1/08/2008 e D.G.R. n. 24-5147 del 28.12.2012, mentre per le altre prestazioni sanitarie afferenti al livello assistenziale distrettuale viene trattato negli specifici programmi, ivi comprese le prestazioni sociosanitarie.

Risultati programmati

- Realizzazione, adeguamento, trasformazione o diversa utilizzazione delle strutture che svolgono attività sanitaria in piena coerenza con quanto stabilito dai singoli provvedimenti regionali in materia di fabbisogno.

Indicatori di risultato

- Applicazioni delle disposizioni riportate nella D.G.R. n. 6-5519 del 14/03/2013, a partire dal 01/07/2013 secondo il crono programma previsto per ciascuna struttura.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali.

Azione 5.1.2: Definizione/aggiornamento dei requisiti autorizzativi e delle procedure per l'autorizzazione

Al fine di addivenire in tempi rapidi all'adozione di uno strumento normativo maggiormente flessibile ed idoneo ad aggiornare i requisiti minimi delle case di cura private, anche per equipararli a quelli delle strutture ospedaliere pubbliche, e nelle more della revisione della L.R. 5/87, l'articolo 22 della legge regionale 7 maggio 2013 n. 8 "Legge finanziaria per l'anno 2013" prevede la modifica del comma 2 dell'art. 4 della Legge Regionale n. 5 del 14 gennaio 1987 "Disciplina delle case di cura private". In particolare, ricorrendo alla delegificazione quale strumento di semplificazione amministrativa, tale articolo attribuisce alla Giunta regionale la determinazione dei requisiti minimi per l'apertura e l'esercizio delle case di cura private, attualmente contenuti nello schema allegato alla Legge regionale n. 5/87.

Successivamente all'approvazione del provvedimento che consente la delegificazione in materia di definizione dei requisiti minimi, è stato predisposto un nuovo allegato alla legge regionale n. 5/87, contenente l'aggiornamento dei requisiti minimi autorizzativi strutturali, tecnologici ed organizzative delle case di cura private che sarà adottato con deliberazione della Giunta regionale.

Attesa la necessità di revisione della L.R. 14/01/1987 n. 5 "Disciplina delle case di cura private", ormai datata, è stato predisposto un disegno di legge regionale di riordino della disciplina dei rapporti con i soggetti privati erogatori di prestazioni sanitarie. L'emanando provvedimento legislativo si propone di dettare una compiuta ed organica disciplina dei rapporti con le strutture sanitarie private e gli studi medici, odontoiatrici e di altre professioni sanitarie, sulla base dei principi e dei criteri di cui agli artt. 8, 8 bis, 8 ter e 8 quater del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i., collocando in un unico quadro di insieme principi, competenze e regole generali del settore.

Risultati programmati

- Adeguamento dei requisiti minimi delle strutture private all'innovazione tecnologica e strumentale sopravvenuta ed alle esigenze organizzative del settore, al fine di realizzare una maggior efficienza operativa, migliorare la qualità delle prestazioni rese ai pazienti ed equiparare i requisiti minimi stessi a quelli delle strutture ospedaliere pubbliche.

Indicatori di risultato

- Adozione del provvedimento da parte della Giunta Regionale, entro il 30/06/2014.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali.

Azione 5.1.3: Revisione ed aggiornamento dei requisiti per l'accreditamento istituzionale

Con Decreto del Ministro della Salute del 06/02/2013 è stato costituito il "Tavolo di lavoro per lo sviluppo e l'applicazione del sistema di accreditamento nazionale" per garantire un adeguato supporto alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano con la finalità dello sviluppo e dell'applicazione del sistema di accreditamento nazionale alle "buone pratiche" condivise.

Il Tavolo espleta i seguenti compiti di supporto in relazione a:

- definizione, entro dicembre 2013 delle modalità di adeguamento, da parte delle Regioni e delle Province autonome, ai contenuti dell'Intesa Stato Regioni del 20/12/2012;
- sviluppo dei modelli di autorizzazione/accreditamento regionali coerentemente con i contenuti della richiamata intesa;
- monitoraggio della attuazione e gestione del sistema di accreditamento nazionale;
- definizione di un documento per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture sociosanitarie;
- Il Tavolo predispose altresì, con cadenza annuale, un rapporto di monitoraggio sullo stato di avanzamento del sistema nazionale di accreditamento, formulando proposte per la risoluzione di problemi e criticità eventualmente rilevati, da trasmettere al Ministero della Salute e per il suo tramite alla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano.

Risultati programmati

- Si riepilogano, ad integrazione di quanto descritto in apertura al Programma 5 “Accreditamento”, le azioni necessarie per una governance dell’accreditamento riferita a tutte le strutture pubbliche e private della rete del sistema sanitario piemontese:
 - adeguamento alla disciplina, entro il 31 dicembre 2013, dell’Intesa Stato Regioni del 20/12/2012;
 - aggiornamento dei requisiti di accreditamento in funzione dell’evoluzione normativa;
 - revisione e alleggerimento del manuale di accreditamento al fine di ridurre il numero dei requisiti ed evitare le loro ripetizioni nelle stesse sezioni o in sezioni diverse;
 - definizione di nuovi requisiti di accreditamento per ulteriori settori specialistici;
 - formulazione di una possibile ipotesi di revisione del sistema accreditamento a tre fasce;
 - aggiornamento della metodologia di verifica per la necessaria sinergia tra le Commissioni di Vigilanza e gruppo di verifica Aress.

Indicatori di risultato

- Adozione del provvedimento di recepimento delle sue risultanze, entro 90 giorni dalla formalizzazione del documento conclusivo del “Tavolo di lavoro per lo sviluppo e l’applicazione del sistema di accreditamento nazionale” costituito con DM 06/02/2013;
- recepimento formale a livello regionale dei lavori conseguenti alle azioni individuate per la governance del sistema accreditamento.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore “Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali” della Direzione Regionale Sanità.

Programma 6: Contabilità analitica

Il programma, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- coerenza del piano dei centri di costo con la struttura organizzativa;
- coerenza del piano dei centri di costo con il piano dei conti;
- gradi di utilizzo della contabilità analitica;
- quadratura con la contabilità generale e capacità di motivare adeguatamente le squadrature;
- capacità di codificare e quantificare gli scambi interni;
- utilizzo della contabilità analitica ai fini della predisposizione dei modelli di rilevazione LA;
- potenziamento della capacità di traduzione dei dati economici per natura in dati economici per destinazione, al fine di consolidare/implementare l'utilizzo della contabilità analitica a supporto delle attività di programmazione e di controllo regionale e aziendale.

Con riferimento allo stato di implementazione della contabilità analitica, a partire dal 2009 la Regione Piemonte ha effettuato una verifica sullo stato di attuazione della stessa anche mediante l'ausilio di questionari inviati alle aziende sanitarie e con un'analisi retrospettiva dei dati di attività e costi.

Dall'analisi di tali questionari è emerso che l'effettiva efficienza dei sistemi di contabilità direzionali può essere incrementata:

- dall'attività di indirizzo regionale sui controlli interni aziendali, favorendo anche buone pratiche di revisione interna amministrativa e contabile confrontando le situazioni aziendali;
- dall'impiego di sistemi informatici adeguati.

Nel triennio 2013-2015, come successivamente approfondito nel corso dei seguenti interventi, si procederà alla valutazione dei sistemi di rappresentazione di contabilità direzionale rivolti alla Regione (Piani di Attività per livelli assistenziali, settori aziendali e "prodotti") e ad uso aziendale, quindi dei sistemi di valutazione delle performance aziendali alla luce del Decreto legislativo 27.10.2009 n. 150 e smi), e infine lo sviluppo della contabilità direzionale conseguente alla definizione dei costi standard a livello nazionale.

Allo stato attuale, la contabilità analitica a livello regionale è gestita tramite una apposita rilevazione denominata "Piani di Attività". La procedura, utilizzata per la prima volta nel 1998, è presidiata dalla struttura regionale e dal CSI Piemonte e fornisce uno strumento, utilizzato per:

- Supportare il personale regionale per l'interscambio con il Ministero della Salute (NSIS);
- Supportare le competenze regionali al controllo della spesa dell'assistenza sanitaria e delle risorse utilizzate;
- Fornire alle singole ASR strumenti per la verifica degli importi economici della produzione, dei servizi sanitari acquistati e del personale utilizzato.

Operativamente questa consiste nella richiesta fatta alle Aziende Sanitarie Regionali di inserire, di norma con cadenza trimestrale e successivamente alla redazione del CE economico del trimestre, i dati all'interno di una procedura informatica gestita dal CSI Piemonte e denominata "Piani di Attività". Attraverso questa procedura si richiede alle ASR di riclassificare i dati del CE (trimestrale o consuntivo) secondo le seguenti dimensioni:

- per natura (fattori produttivi, tipologia di costi e ricavi, prestazioni, livelli assistenziali);
- per responsabilità, a livello macro, (libera professione/gestione ordinaria), per macro settori aziendali (ospedale prevenzione, territorio e DG e Supporto);
- per prestazione (ricoveri ordinari e DH, prestazioni ambulatoriali, farmaci, attività territoriale, quale ADI, ADP, assistenza socio-sanitaria ...);

La redazione dei "Piani di Attività" costituisce pertanto un "percorso" caratterizzato principalmente dalle seguenti fasi:

- acquisizione dei dati di costo e ricavo per natura a totale azienda (sottoconti di bilancio);
- aggregazione per macro voci di costo e ricavo dei valori dei singoli sottoconti;

- attribuzione delle voci di costo e ricavo dai Centri di costo/Centri di Responsabilità ai macro settori aziendali;
- ribaltamento dei costi e dei ricavi da ciascun settore sulle rispettive destinazioni finali (prodotti e livelli di assistenza);
- acquisizione dei dati di mobilità attiva, passiva ed interna dai flussi aziendali;
- elaborazione dei conti economici scalari per prodotto e per livello di assistenza: il risultato economico è dato dal saldo fra costi e ricavi ribaltati dei settori (inclusa la Direzione generale e il supporto), mobilità attiva, mobilità passiva ed eventuali addebiti interni; per i livelli di assistenza tale risultato rappresenta il costo complessivamente sostenuto dall'Azienda per la tutela dei propri assistiti;
- elaborazione del modello LA per singola ASR e per Consolidato Regionale 999;
- elaborazione del modello CP per singola ASR.

Questa procedura permette dunque alla Regione di avere, anche se esclusivamente a livello di macrosettori aziendali, presidi ospedalieri e livelli essenziali di assistenza, un set di dati omogeneo sui quali poter fare confronti tra Aziende Sanitarie. Tale riclassificazione del CE fa inoltre da base per la redazione del Modello LA a livello di singola Azienda e di consolidato regionale.

Contabilità analitica: valorizzazione manovre (€mIn)			
	2013	2014	2015
Contabilità analitica	-	-	-
Coerenza del piano dei centri di costo con la struttura organizzativa	-	-	-
Coerenza del piano dei centri di costo con il piano dei conti	-	-	-
Gradi di utilizzo della contabilità analitica	-	-	-
Quadratura con la contabilità generale e capacità di motivare adeguatamente le squadrature	-	-	-
Capacità di codificare e quantificare gli scambi interni	-	-	-
Utilizzo della contabilità analitica ai fini della predisposizione dei modelli di rilevazione LA	-	-	-
Potenziamento della capacità di traduzione dei dati economici per natura in dati economici per destinazione, al fine di consolidare/implementare l'utilizzo della contabilità analitica a supporto delle attività di programmazione e di controllo regionale e aziendale	-	-	-

Tabella 11 – Sintesi manovre

Intervento 6.1: Coerenza del piano dei centri di costo con la struttura organizzativa

Il piano dei centri di costo dell'azienda sanitaria ne rispecchia la struttura organizzativa e consente la valutazione da parte delle direzioni generali del raggiungimento degli obiettivi assegnati ai responsabili di struttura complessa e semplice a valenza dipartimentale.

Dalle indagini sullo stato di attuazione della contabilità analitica presso le ASR, si è verificato che le aziende adottano un piano dei centri di costo coerente con la propria struttura organizzativa.

Collegato alla tematica del piano dei centri di costo è la ricognizione presente nell'applicativo regionale "Anagrafe delle Strutture". Questa procedura registra l'articolazione organizzativa, la localizzazione fisica, i centri di costo, i posti letto e altre informazioni caratterizzanti le strutture pubbliche e private che erogano attività sanitaria in Piemonte. Questa è la fonte unica e ufficiale di censimento delle strutture sanitarie presenti sul territorio della regione. Le informazioni raccolte, inoltre, sono utilizzate da altri sistemi del SIS (tra i quali, ad esempi, "Schede di Dimissione Ospedaliera" e "Prestazioni") per la validazione delle informazioni ricevute.

Nei casi nei quali non sia possibile il collegamento diretto tra rilevazione analitica del costo e sua attribuzione al centro di responsabilità, le aziende adottano un sistema di rilevazione e di attribuzione dei costi misto, in parte integrato a livello informatico (contabilità generale e analitica), in parte extracontabile, in particolare nell'attribuzione dei costi indiretti, del costo del personale (con dettaglio informativo maggiore rispetto alla contabilità generale) e dei ricavi derivanti dalla valorizzazione delle attività secondo i flussi informativi regionali.

I costi diretti (consumo di beni sanitari in particolare) sono attribuiti ai centri responsabili della loro gestione, i costi del personale sono ricavati dalla procedura dell'Ufficio Personale-Stipendi (in alcuni

casi integrati dai responsabili di struttura per verificare l'effettivo impiego del personale nella struttura anche al di là dell'attribuzione formale codificata dalla procedura stipendi).

La Regione Piemonte richiederà alle Aziende l'aggiornamento del Piano dei centri di costo, coerentemente al proprio atto aziendale e alle responsabilità nei processi gestionali aziendali. Tale aggiornamento dovrà essere ultimato entro 1 mese dall'adozione dei nuovi atti aziendali.

Tale attività si rende, infatti, propedeutica all'intera gestione della programmazione e controllo, ai fini della predisposizione del budget, con particolare riferimento alla riapprovazione dei bilanci preventivi 2013, a seguito delle manovre previste dal presente Programma Operativo, alla predisposizione del consuntivo e all'analisi degli scostamenti, da effettuarsi anche con riferimento ai dati trimestrali, in modo da poter individuare le eventuali criticità, gli attori responsabili e attivare, in tempo utile, le azioni correttive necessarie al conseguimento degli obiettivi nei tempi prefissati.

Risultati programmati

- Coerenza del piano dei centri di costo con la struttura organizzativa

Indicatori di risultato

- Pieno superamento dell'adempimento LEA in merito alla coerenza del piano dei centri di costo con la struttura organizzativa entro il 31.12.2013.
- 2014 e 2015: verifica periodica di coerenza del piano dei centri di costo con la struttura organizzativa.

L'importanza attribuita dalla Regione Piemonte alle criticità riscontrate sulla tematica in oggetto è ribadita dalla DGR 34-6516 del 14 ottobre 2013 avente ad oggetto: "Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. - Individuazione ed assegnazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai Direttori generali delle aziende sanitarie regionali, ai fini del riconoscimento della quota integrativa al trattamento economico per l'anno 2013".

In tale provvedimento di Giunta Regionale sono fissati gli obiettivi attribuiti ai Direttori generali per l'anno 2013 ai fini della corresponsione della quota incentivante.

All'interno di tale atto si pone particolare rilievo al Sub-Obiettivo 3.1 Realizzazione Contabilità Analitica (CO.AN) dove viene richiesto alle Aziende di inviare entro il 30/11/2013 una relazione esplicativa sullo stato di implementazione della Contabilità Analitica all'interno delle stesse.

Il sub obiettivo attribuisce in totale 10 punti:

- 2 punti per l'invio della relazione entro il termine stabilito;
- 8 punti per la verifica dello stato di implementazione.

Tutte le Aziende Sanitarie Regionali hanno inviato la relazione richiesta e i competenti uffici regionali stanno effettuando le opportune verifiche.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del settore risorse finanziarie della Direzione Sanità

Intervento 6.2: Coerenza del piano dei centri di costo con il piano dei conti

L'obiettivo perseguibile è l'omogeneità nella rilevazione e attribuzione dei costi comuni (non direttamente attribuibili al singolo centro di costo consumatore) con l'indicazione di parametri possibilmente univoci a livello regionale (es. costi di pulizia, utenze e gli altri servizi generali che lavorano per tutte le strutture) funzionali al ribaltamento sui singoli centri di costo.

L'aggiornamento del piano dei conti, necessario a seguito del DM 15/06/2012 che ha modificato i modelli di rilevazione ministeriale CE e SP, comporterà necessariamente un adeguamento del Piano dei Centri di Costo adottato da ciascuna Azienda che, oltre ad essere coerente con la struttura organizzativa aziendale e con gli elementi definiti dalla regione, deve essere rispondente alle nuove esigenze informative ministeriali.

A tal fine la Regione ha richiesto alle Aziende l'aggiornamento del piano dei centri di costo e ha verificato, nel corso del 2013, l'avvenuto recepimento delle disposizioni regionali.

Inoltre, sempre nel corso del 2013, le Aziende sanitarie hanno aggiornato il Piano dei fattori produttivi, coerentemente con il dettaglio minimo previsto dal nuovo piano dei conti, al fine di garantire la coerenza tra le rilevazioni economico-patrimoniale e i dati analitico-gestionali e la quadratura dei costi in contabilità analitica con quelli in contabilità generale.

Risultati programmati

- Adeguamento Linee Guida regionali in materia di centri di costo e fattori produttivi
- Coerenza del piano dei centri di costo e del piano dei fattori produttivi con il piano dei conti

Indicatori di risultato

- Pieno superamento dell'adempimento LEA in merito alla coerenza del piano dei centri di costo con il piano dei conti nel corso del 2013.
- 2014 e 2015: verifica periodica di coerenza del piano dei centri di costo con il piano dei conti.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del settore risorse finanziarie della Direzione Sanità

Intervento 6.3: Gradi di utilizzo della contabilità analitica

Sviluppare le attività avviate/concluse dalla Regione in merito all'oggetto dell'intervento

La contabilità analitica consente di misurare l'impiego e l'utilizzo delle risorse nonché l'efficienza nello svolgimento delle attività tipiche delle Aziende sanitarie.

In particolare, la Regione Piemonte nel triennio 2013-2015 intende perseguire le seguenti finalità:

- Rilevare i costi sostenuti per svolgere le attività all'interno di ciascuna azienda,
- Misurare l'efficienza delle strutture aziendali (UU.OO) nell'utilizzo delle risorse (personale, beni sanitari e non sanitari, servizi, ecc);
- Programmare l'attività sanitaria a livello regionale e a livello aziendale attraverso la definizione di obiettivi specifici determinati dalle rilevazioni omogenee acquisite attraverso il modello regionale di controllo;
- Controllare l'attività e verificare periodicamente il raggiungimento degli obiettivi;
- Confrontare e valutare i risultati per struttura e la performance dei responsabili dei Centri di responsabilità (cdr);
- Confrontare le Aziende sanitarie e individuare le best-practice da mutuare e diffondere in tutti gli enti del SSR

A tal fine, la Regione provvederà a rimodulare gli obiettivi dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie e a verificare le azioni gradualmente poste in essere, al fine di rispondere adeguatamente agli obblighi previsti nell'ambito degli adempimenti LEA.

Inoltre, la Regione intende attivare, nell'ambito del processo di programmazione e controllo aziendale, la produzione periodica di una reportistica con la rappresentazione di indicatori di sintesi per struttura, che permetterà di monitorare le performance e al contempo di fornire ai responsabili delle strutture un utile strumento di monitoraggio dei propri risultati.

Risultati programmati

- Misurazione dei costi per attività e valutazione dell'efficienza delle strutture aziendali
- Coerenza della programmazione aziendale con il presente Programma Operativo e con altri documenti di programmazione regionali e nazionali
- Attivazione di un sistema di reportistica adeguato per il monitoraggio dei risultati conseguiti dalle singole aziende
- Governance di sistema attraverso il monitoraggio, la valutazione e il controllo delle performance dei singoli CdR e CdC.

Indicatori di risultato

- Pieno superamento degli adempimenti LEA in merito al grado di utilizzo della contabilità analitica entro il 31.12.2013.
- 2014 e 2015: report periodici di monitoraggio, valutazione e controllo delle performance dei singoli CdR e CdC.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del settore risorse finanziarie della Direzione Sanità

Intervento 6.4: Quadratura con la contabilità generale e capacità di motivare adeguatamente le squadrature

A livello informativo regionale, come esposto in premessa, è garantita la quadratura tra contabilità generale ed analitica per la compilazione dei report di contabilità analitica, compresi i modelli LA.

Più rilevante è la ricognizione della riconduzione dei singoli conti del piano dei conti regionale agli aggregati di costo che definiscono i conti economici per macro settori aziendali (dipartimento di prevenzione, territorio, ospedale, attività di supporto alla Direzione generale e libera professione) nonché per livelli essenziali di assistenza.

L'attività di cui sopra può agevolare la comparazione tra i costi effettivi e i costi standard usati come riferimento.

Le rilevazioni della contabilità analitica secondo il piano dei centri di costo adottato devono essere riconciliabili con le rilevazioni di contabilità generale. Per verificare la coerenza tra i due sistemi di rilevazione, la Regione Piemonte effettua mediante una piattaforma informatizzata la coerenza tra le due contabilità e nello stesso tempo di rilevare le squadrature e le motivazioni inerenti a quest'ultime.

Inoltre, la Regione analizza le squadrature e le motivazioni sottostanti. Ciò consente di valutare lo stato di attuazione della contabilità analitica e la bontà dei dati rilevati e di definire con ciascuna Azienda le azioni da porre in essere per il miglioramento dei risultati.

Risultati programmati

- Quadratura tra la contabilità analitica e la contabilità generale

Indicatori di risultato

- Pieno superamento degli adempimenti LEA per l'anno 2012 entro il 31.12.2013.
- 2014 e 2015: report periodici di monitoraggio delle eventuali squadrature tra le rilevazioni della contabilità analitica e le rilevazioni di contabilità generale, comprensivi delle motivazioni sottostanti.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del settore risorse finanziarie della Direzione Sanità

Intervento 6.5: Capacità di codificare e quantificare gli scambi interni

La capacità di codificare e quantificare gli scambi interni è soddisfatta a livello informativo dal flusso "C4" nel quale le aziende rappresentano gli scambi interni (laboratorio, radiologia, consulenze) nonché da altri flussi interni aziendali.

Si riassumono i flussi coinvolti e le risposte aziendali.

Il perseguimento delle finalità della contabilità analitica si traduce anche nella capacità di misurare tutte le attività svolte dalle strutture (UU.OO.) delle aziende sanitarie.

La contabilità analitica deve permettere di rilevare e misurare gli scambi interni al SSR tra le aziende sanitarie, ma soprattutto anche i costi delle prestazioni intermedie e interne rese dalle UU.OO di supporto alle UU.OO finali di produzione delle aziende sanitarie.

A tal fine la Regione Piemonte:

- richiederà alle Aziende Sanitarie che le prestazioni intermedie siano individuate e tracciate secondo una codifica unica ed omogenea da prevedere nel più ampio sistema di rilevazione di contabilità analitica e dei flussi informativi aziendali;
- definirà le modalità di ribaltamento dei costi dei servizi di supporto e generali sui centri intermedi e finali;
- definirà criteri univoci per la valorizzazione degli scambi interni alle aziende, classificati per servizi omogenei.

Saranno, inoltre, previsti, all'interno degli obiettivi assegnati ai Direttori Generali nell'ambito del grado di implementazione della contabilità analitica la capacità di ciascuna azienda di misurare e valorizzare gli scambi interni.

Risultati programmati

- Miglioramento del flusso informativo con indicazione di standard operativi con emanazione di direttive regionali
- Rilevazione completa dei flussi interni alle UUOO aziendali

Indicatori di risultato

- Costituzione di gruppo di lavoro aziendale-regionale per la predisposizione delle linee guida per la rilevazione delle prestazioni intermedie ed emanazione delle stesse
- Implementazione delle linee guida presso le singole aziende
- Adozione dei nuovi criteri a regime
- Definizione della codifica per la rilevazione delle prestazioni intermedie, delle modalità di ribaltamento dei costi e dei criteri univoci per la valorizzazione degli scambi, entro il 30/06/2014.
- 2015: report periodico attestante il progressivo miglioramento della capacità di misurare tutte le attività svolte dalle strutture (UU.OO.) delle aziende sanitarie.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del settore risorse finanziarie della Direzione Sanità

Intervento 6.6: Utilizzo della contabilità analitica ai fini della predisposizione dei modelli di rilevazione LA

La procedura regionale “Piani di attività” si pone come obiettivo la creazione dei modelli LA regionali prima e LA nazionali poi utilizzando tutta l'informazione disponibile nei flussi regionali del bilancio e dei piani di attività. Il risultato è un modello omogeneo con i flussi e con dati confrontabili tra le aziende della regione, come richiesto dalla normativa nazionale e dalla Legge Regionale n. 8/95.

Tale procedura, attraverso un processo di ribaltamento dei costi aziendali, perviene alla determinazione dei conti economici per macro-livello assistenziale.

Nella determinazione dei costi e dei ricavi dei livelli assistenziali nell'articolazione richiesta dalla Regione Piemonte, per non appesantire l'onere della compilazione a carico delle Aziende, l'Allegato relativo alla Mobilità viene compilato centralmente in automatico dai flussi.

Sulla base delle risultanze emerse dalle analisi effettuate dall'Assessorato la regione si pone come obiettivo il miglioramento delle modalità di rilevazione da parte di alcune aziende al fine di garantire l'allineamento alle best practice rilevate e quindi una maggiore omogeneità a livello regionale.

■ Quadratura dei dati del personale tra Piano di Attività e Conto Annuale.

Per quanto concerne i prospetti relativi alle consistenze di personale nei Piani di Attività il calcolo delle medie annuali e trimestrali richiesto alle Aziende sulla base delle rilevazioni mensili degli organici rilevati dal Conto Annuale prevede la quadratura sul Totale Aziendale.

Occorre peraltro fornire istruzioni integrative finalizzate a rendere congruenti le informazioni raccolte con il Piano di Attività con l'utilizzo a livello regionale per comparazioni interaziendali.

In particolare le informazioni relative alla dotazione del personale ed al suo costo devono essere idonee per la valutazione della produzione effettuata dalle varie articolazioni delle ASR. Ciò richiede che:

- la dotazione del personale rilevata dal Piano di Attività sia sempre riferita ad unità di personale a tempo pieno, tenendo conto sia della presenza nell'arco dell'anno, per i rapporti di lavoro a tempo determinato, sia dell'impegno orario, nel caso di part-time;
- sia possibile comunque comparare la dotazione di personale non pesata (“teste”) con la dotazione pesata.

Pertanto vengono ridefinite ed esplicitate le regole di riconduzione tra le due rilevazioni per tipologia di regime contrattuale (dipendente, altre forme contrattuali ed universitario) e tipologia di ruolo e qualifica professionale (medici/veterinari, infermieri, ruolo tecnico, ruolo professionale, ecc.).

■ Rilevazione Flusso SIAD nei Piani di Attività –Sviluppo procedure nel corso dell'anno 2012

Nel corso dell'anno 2012, sono stati introdotti nei Piani di Attività modifiche ai modelli di livello di Assistenza Domiciliare e di Assistenza Territoriale (Anziani, Materno Infantile e Disabili) nei Piani di Attività, secondo le indicazioni Ministeriali (Indicatori Flusso Ministeriali SIAD e DGR 45-4248 del 30/07/2012).

■ ASSISTENZA DOMICILIARE:

Le celle relative all'Assistenza Domiciliare sono state per la prima volta alimentate in automatico dai dati inviati tramite il Flusso SIAD; il modello oltre ad essere alimentato in automatico ha cambiato totalmente le sue caratteristiche; la rilevazione 2011 era basata sulle tipologie di attività mentre il modello 2012 riprende i livelli di intensità basati sull'indicatore CIA definito a livello Ministeriale; il modello 2012 richiede per l'attività il numero di casi e le giornate (alimentate da flusso) e i costi che devono essere imputati direttamente dalla aziende.

■ ASSISTENZA RESIDENZIALE / SEMIRESIDENZIALE:

Il modello assistenziale integrato definito nella D.G.R. 45-4248 del 30/07/2012 prevede la rimodulazione dei livelli di intensità assistenziale nell'ambito di sei fasce assistenziali al posto delle tre di cui alla D.G.R. n. 17-15226/2005 e smi, nonché di un livello per le demenze con disturbi comportamentali e sanitari di elevata complessità (NAT).

Le fasce individuate dalla Tabella 1 della D.G.R. 45-4248/2012 sono:

- Bassa;
- Medio-bassa;
- Media;
- Medio-alta;
- Alta;
- Alta-incrementata;
- Nucleo alzheimer temporaneo.

Inoltre, sono state definite due sole tipologie autorizzative per presidi a carattere residenziale, le "RSA – Residenza Sanitaria Assistenziale" e "N.A.T. – Nucleo Alzheimer temporaneo" e quattro tipologie autorizzative per presidi a carattere semiresidenziale, il "C.D.I. – Centro Diurno Integrato inserito in un presidio socio-sanitario", il "C.D.I.A. – Centro Diurno Integrato Autonomo", il "C.D.A.A. – Centro Diurno Alzheimer Autonomo" e il "C.D.A.I. – Centro Diurno Alzheimer inserito in struttura".

La Regione Piemonte definirà, entro il 30/06/2013, specifiche linee guida per l'utilizzo della contabilità da parte delle Aziende Sanitarie ai fini della predisposizione del modello LA.

Tali linee guida, combinate con gli strumenti derivanti dalla realizzazione delle attività illustrate nei precedenti interventi, consentiranno alle Aziende la costruzione del modello LA 2014, attraverso le rilevazioni di contabilità analitica costruita sul piano dei centri di costo.

Risultati programmati

- Predisposizione del modello LA 2014 sulla base dell'adeguamento ed evoluzione della contabilità analitica

Indicatori di risultato

- Fine tuning degli strumenti e dei report di contabilità analitica entro il 31.12.2013 al fine della predisposizione del modello LA 2014 e del modello LA 2015.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del settore risorse finanziarie della Direzione Sanità

Intervento 6.7: Potenziamento della capacità di traduzione dei dati economici per natura in dati economici per destinazione, al fine di consolidare/implementare l'utilizzo della contabilità analitica a supporto delle attività di programmazione e di controllo regionale e aziendale

Indicatori (DWH) –rinvio al programma 4-

In merito agli indicatori, l'attività del triennio 2013-2015 è orientata su tre direttrici:

- ripristinare l'impiego degli indicatori esistenti (impiego dei fattori produttivi nell'attività, loro costo, macro indicatori nei livelli essenziali di assistenza..) nel confrontare le situazioni aziendali e verificare l'efficacia delle azioni di governance regionale;
- implementare e selezionare gli indicatori impiegabili nei confronti interregionali (ad es. di cui l'art 27 DLGS 68/2011 e del relativo DPCM attuativo del giugno 2013), indicatori di rispetto della programmazione nazionale nell'erogazione dei livelli di assistenza;
- impiegare per singola azienda, adattando gli indicatori di cui ai punti precedenti al profilo territoriale specifico dell'azienda sanitaria (profilo dell'assistito, sesso ed età, posizionamento dell'azienda rispetto al contesto regionale in termini epidemiologici, modalità di offerta pubblica e privata accreditata del servizio sanitario e soddisfazione della domanda di salute del cittadino)

La Regione con il CSI Piemonte sta perfezionando il miglioramento dell'accesso agli uffici regionali di un DWH che consenta l'analisi relazionale delle banche dati disponibili (dati economici-contabili, di cui modelli CE, LA, CP, dati sul costo e numerosità del personale, a livello analitico maggiore rispetto a quello nazionale, dati di attività nazionali e regionali, di cui flussi dell'attività ospedaliera, posti letto e produzione espressa in unità fisiche e DRG con pesature, attività territoriale, anche con l'impiego dei dati SOGEI-MEF, dati epidemiologici con particolare attenzione a quelli ricorrenti nei questionari nazionali di verifica degli adempimenti LEA) nel suo profilo multi -dimensionale (valutazione

economica nelle sue varie configurazioni, in termini di efficienza, economicità, efficacia e, quindi appropriatezza sanitaria delle risposte alla domanda di salute del servizio sanitario regionale, es. DRG sentinella, correlazioni dei costi medi aziendali per prestazione, con il dettaglio disponibile e utilmente trattabile, rispetto alle medie di posizionamento regionali.

Esempi di indicatori impiegabili e successivamente implementabili:

Indicatori di risultato economico (verifica rispetto assegnazioni regionali-statali)

- risultato d'esercizio/ contributi c/eserc.reg+saldo mobilità
- costi della produzione (IRAP inclusa) aziendali /costi della produzione (IRAP inclusa) SSR, confronto previsione-consuntivo, consuntivo anno x vs anno x-1, trimestre anno x vs trimestre anno x-1,
- costo pro capite (ASL, anche con impiego di pesi per fasce d'età, concentrazione della popolazione per km", evidenza della quota d'acquisto delle prestazioni finali da soggetti pubblici e privati rispetto all'impiego dei fattori produttivi interni) per LEA (verifica rispetto assegnazioni regionali e livelli di assistenza programmati), costo per valore produzione (con e senza finanziamento per funzioni) per le AO e Aziende ospedaliere universitarie e presidi ospedalieri di ASL (raffrontando le situazioni in cluster, es.tipologia di attività, pronto soccorso, analizzando separatamente i costi variabili rispetto quelli strutturali, dove possibile)
- impiego dei fattori produttivi nell'attività sanitaria per macro settori aziendali (prevenzione, territorio ed ospedale)

La piena funzionalità dei sistemi di contabilità analitica e la produzione della reportistica elaborata dal Controllo di gestione consentirà alla Regione Piemonte di monitorare da un lato la spesa sanitaria e di valutare dall'altro l'efficacia delle azioni poste in essere per il contenimento e per il raggiungimento degli obiettivi sanitari.

A partire dal 30/09/2013 e a seguito della realizzazione di alcune attività propedeutiche (cfr. interventi 6.2 e 6.5), la Regione Piemonte utilizza i modelli di rilevazione dei costi in contabilità analitica per:

- rafforzare il proprio sistema di monitoraggio dei dati economici e delle azioni da porre in essere per il contenimento della spesa e per il raggiungimento degli obiettivi sanitari;
- effettuare un benchmark delle Aziende sanitarie, al fine di individuare le strutture più efficienti in termini di impiego ottimale delle risorse;
- migliorare l'attività di programmazione del SSR, attraverso un maggior livello di dettaglio delle informazioni economiche e di attività;
- acquisire informazioni di dettaglio attraverso la definizione di indicatori economici e sanitari che permettono di produrre report periodici per controllare e valutare gli obiettivi fissati alle Aziende sanitarie nel più ampio sistema di programmazione del SSR;
- definire coerentemente con la programmazione sanitaria l'ammontare delle risorse da attribuire e ripartire alle Aziende sanitarie in relazione alle esigenze ed al fabbisogno rilevato.

A supporto delle attività sopra illustrate, la Regione Piemonte si propone di realizzare un progetto di investimento della durata triennale, con lo specifico utilizzo della contabilità analitica a supporto della pluralità dei soggetti coinvolti (le singole aziende sanitarie, la GSA e le strutture regionali) e dalla pluralità degli ambiti di intervento interessati (le procedure amministrativo-contabili, i processi di raccolta, consolidamento dei dati contabili e gestionali, i meccanismi di monitoraggio e controllo di gestione, il controllo interno contabile, ecc.), avvalendosi della possibilità offerta dalla normativa vigente con riferimento alla realizzazione di un intervento finalizzato alla raccolta sistematica dei dati necessari per il governo del disavanzo della spesa nel settore sanitario e per monitorare i Livelli Essenziali di Assistenza, in attuazione delle disposizioni recate dall'art. 79 comma 1 sexies della L. n.133/2008.

Risultati programmati

- Indicatori economici derivati dalle valorizzazioni dei Programmi Operativi di competenza dei settori regionali
- Pubblicazione per area sovra zonale e regionale di una selezione (progressiva nel triennio 2013-2015) di indicatori economici e di attività per il confronto gestionale tra le aziende sanitarie e verifica dei risultati attesi dalla Regione. Saranno impiegati ed adattati (come specificato in precedenza) alle singole aziende sanitarie i macro Indicatori di Qualità ed Eccellenza del SSN nazionali con i quali sono state scelte le regioni di riferimenti per i fabbisogni e costi standard nel

settore sanitario.. Lo standard di riferimento è l'obiettivo assegnato dalla Regione e l'eventuale scostamento rilevato nella singola azienda sanitaria in rapporto alle medie di posizionamento delle altre aziende regionali. Il riferimento al costo pro-capite, al netto delle componenti extra LEA, non più presenti dall'anno 2014, sarà esteso ai costi per i livelli assistenziali territoriali sostenuti per gli anziani, disabili, tossicodipendenti ed in genere per le categorie della popolazioni definibili come "fragili".

- Miglioramento dell'accesso al flusso informativo, strutturato con banche dati integrate, con possibile personalizzazione (configurazioni indici) degli uffici dell'Assessorato Sanità nell'ambito delle materie di competenza .
- Aggiornamento degli indicatori esistenti e loro coerenza con l'impiego per il confronto interregionale e nazionale.
- Integrazione della lettura fornita dagli indicatori con le specificità non rilevabili dai medesimi con il coinvolgimento delle aziende sanitarie.
- Utilizzo della contabilità analitica a supporto delle attività di programmazione e controllo aziendali e regionali

Indicatori di risultato

- Indicatori economici derivati dalle valorizzazioni dei Programmi Operativi di competenza dei settori regionali: data degli indicatori validati dai settori della direzione sanità da inviare al settore servizi informativi: 4 dicembre 2013.
- Test di elaborazione di indicatori su dati relativi al consuntivo 2012, la base dati è costituita procedura regionale di raccolta dei dati di contabilità analitica di sintesi PIA, LA 2012, dati da flussi sanitari: Novembre- Dicembre 2013: dei referenti aziendali coadiuveranno la Regione alla revisione e successiva certificazione degli indicatori proposti dalla regione e successivamente testati: la data di ultimazione del test è prevista per il 28 febbraio 2014
- Pubblicazione per area sovra aziendale degli indicatori selezionati (serie storica 2011-2012), privilegiando quelli conosciuti e consolidati nella prassi aziendale e nell'analisi regionale, elaborazione del documento finale della direzione Sanità al CSI Piemonte sul fabbisogno informativo all'analisi multidimensionale delle banche dati relazionali disponibili e la conseguente configurazione degli indicatori scelti. (vedi Programma 4) entro il ~~28/02/2014~~ 31/03/2014..
- Elaborazione indicatori su dati relativi al preconsuntivo 2013: Aprile – Giugno 2014(tra i quali anche gli Indicatori di Qualità ed Eccellenza impiegabili per valutazioni sulle singole aziende sanitarie, mutuando la metodologia dalla nota operativa del Ministero della Salute).
- 1° Produzione dei report aggiornati regionali aventi ad oggetto dati semestrali, il 1° semestre 2014 (a regime verrà riproposto negli anni successivi il dato semestrale):30 settembre 2015 - 7 ottobre 2015, funzionale alla predisposizione delle previsioni economiche aziendali ai sensi del d.lgs 118/2011
- Produzione dei report regionali aventi ad oggetto il 2° semestre 2014 e il consuntivo 2014 , 1° produzione di rapporti aventi ad oggetto il dato del 1° trimestre di un esercizio, 1° trimestre 2015, entrata a regime della produzione dei report trimestrali: aprile – giugno 2015
- Accesso al DWH del flusso informativo regionale, strutturato con banche dati integrate, con possibile personalizzazione per l'impiego dei settori dell'assessorato sanità, entro il 30/06/2014
- Adozione, entro il 30/06/2015, dell'impiego di indicatori multidimensionali a livello aziendale e regionale per la verifica degli obiettivi aziendali (interni all'azienda nelle sue articolazioni organizzative ed esterni).

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del settore risorse finanziarie della Direzione Sanità

Programma 7: Rapporti con gli erogatori

Il programma, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- ricognizione delle tariffe regionali per tutte le tipologie di assistenza ed eventuale rimodulazione delle stesse in relazione alla normativa nazionale;
- individuazione delle funzioni assistenziali di cui al d.lgs. 502/92, con indicazione dei criteri di calcolo della relativa assegnazione economica;
- adozione della quota di compartecipazione a carico del Comune/assistito per l'assistenza socio-sanitaria, così come prevista dal DPCM 29/11/2001;
- programma dei controlli di appropriatezza;
- programma dei controlli di congruenza tra cartella clinica e SDO
- piano delle prestazioni e relativa tempistica;
- rapporti con gli erogatori privati accreditati:
 - individuazione dei volumi e dei relativi tetti di spesa per tutte le tipologie assistenziali coerentemente con quanto disposto dal DL 95/2012;
 - schema tipo di accordo, che preveda l'indicazione delle modalità di controllo delle prestazioni erogate (anche tramite il Sistema Tessera Sanitaria) e della relativa remunerazione;
 - stipula di accordi e contratti.
- sperimentazioni gestionali: ove presenti, individuazione di percorsi di stabilizzazione o conclusione delle stesse;
- rapporti con le Università pubbliche: sottoscrizione dei protocolli che definiscano i vari aspetti economico-organizzativi e gestionali.

Rapporti con gli erogatori: valorizzazione manovre (€/mIn)			
	2013	2014	2015
Rapporti con gli erogatori	34,2	30,8	30,8
Ricognizione e rimodulazione delle tariffe	25,3	25,3	25,3
<i>Ricognizione e rimodulazione tariffe assistenza ospedaliera e specialistica</i>	25,3	25,3	25,3
<i>Ricognizione e rimodulazione tariffe assistenza sociosanitaria</i>	-	-	-
Individuazione delle funzioni assistenziali di cui al d.lgs. 502/92, con indicazione dei criteri di calcolo della relativa assegnazione economica	3,0	3,0	3,0
Compartecipazione alla spesa sociosanitaria	-	-	-
Programma dei controlli di appropriatezza	-	-	-
<i>Area radiologica</i>	-	-	-
<i>Appropriatezza nel settore della riabilitazione</i>	-	-	-
<i>Programma dei controlli di congruenza tra cartella clinica e SDO</i>	-	-	-
Piano delle prestazioni	-	-	-
Rapporti con gli erogatori privati accreditati	6,0	2,5	2,5
<i>Tetti di spesa e stipula contratti per tutte le tipologie assistenziali coerentemente con quanto disposto dal D.L. 95/2012</i>	6,0	2,5	2,5
<i>Schema tipo di accordo, che preveda l'indicazione delle modalità di controllo delle prestazioni erogate (anche tramite il Sistema Tessera Sanitaria) e della relativa remunerazione</i>	-	-	-
Sperimentazioni gestionali	-	-	-
Rapporti con le Università pubbliche: sottoscrizione dei protocolli di intesa	-	-	-

Tabella 13 – Sintesi manovre

Intervento 7.1: Ricognizione e rimodulazione delle tariffe

Azione 7.1.1: Ricognizione e rimodulazione tariffe assistenza ospedaliera e specialistica

Il sistema tariffario regionale è stato aggiornato, in considerazione dell'entrata in vigore del DM 18/10/2012 "Remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale", con la D.G.R. n. 11 – 6036 del 2 luglio 2013, avente ad oggetto "Decreto Ministero della Salute 18/10/2012 "Remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale" - Recepimento ed aggiornamento del nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale di cui alla D.G.R n. 73-13176 del 26.07.2004 e s.m.i." e con la D.G.R. n. 14 – 6039 del 2 luglio 2013, avente ad oggetto "Determinazione delle tariffe per attività di ricovero erogate dagli istituti pubblici, dai Presidi classificati, dagli IRCCS e dalle case di cura accreditate ai sensi dell'art. 15 del D.L. 6.7.2012 n. 95 convertito nella Legge 135 del 7.8.2012. Revoca delle DDGR n. 34-251 del 19.6.2000 e n. 57-644 del 31.7.2000". In particolare, il nuovo sistema ha tenuto conto della disposizione, derivante dal D.L. 95 del 2012, riguardante l'obbligo a considerare i valori tariffari del citato Dm come massimi di riferimento per quelli regionali.

A tal proposito si evidenzia che il D.M. 18/10/2012, relativo all'aggiornamento del tariffario delle prestazioni di assistenza ospedaliera ed ambulatoriale incluse nei LEA, per quanto concerne la parte ambulatoriale, vista anche la relazione tecnica che ha preceduto il Decreto, ha individuato le nuove tariffe sulla scorta di un unico criterio, ovvero quello di abbassare le tariffe per le prestazioni che vengono effettuate attraverso l'ausilio di macchinari e di alzarle, invece, per tutti quegli interventi in cui la componente umana è preponderante. Da un'analisi delle singole prestazioni emerge che il ridimensionamento tariffario interessa l'87% della tipologia di prestazioni presenti sia nel D.M. 18.10.2012 che nel Nomenclatore Regionale.

La Regione, in particolare, ha inteso rivedere il sistema di tariffazione dell'attività di postacuzie, rimodulando gli eventuali abbattimenti in relazione agli standard di appropriatezza di cui alla DGR 13-14349 del 28/01/2011.

La DGR n. 11-6036 del 2 luglio 2013, all'allegato 1, comprende le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale assicurate dal SSR e, all'allegato 2, le prestazioni di assistenza

specialistica non classificabili come ambulatoriali in quanto erogabili solo a pazienti già in regime di ricovero o riferite a particolari attività svolte in attuazione di funzioni specificatamente attribuite.

Il sistema di aggiornamento delle tariffe ospedaliere predisposto con la DGR 2 luglio 2013, n. 14-6039, in applicazione del DM 18 Ottobre 2012 si integra col sistema regolatorio già attivo, sia riguardo le prestazioni ambulatoriali prericovero che sono comprese nelle tariffe del DRG, sia riguardo gli abbattimenti per le prestazioni erogate in libera professione intanto che sono effettuati automaticamente quando sulla SDO vengono segnalati i relativi codici di riferimento il campo della SDO "onere di degenza".

Il nuovo sistema tariffario tiene conto anche di quanto previsto al comma 4 dell'art. 2 nel DM 18 Ottobre 2012 in quanto vengono individuate le stesse integrazioni tariffarie per prestazioni particolari ad alto costo di cui ai vigenti accordi interregionali per la compensazione della mobilità sanitaria approvati dalla Conferenza Stato- Regioni, anche per allineare i valori di tale compensazione con le tariffe riconosciute agli erogatori della Regione.

Tali integrazioni tariffarie sono ricomprese all'interno della destinazione della quota parte del Fondo Sanitario per l'attività di ricovero o del budget riconosciuto alle case di cura e agli altri soggetti equiparati e quindi non costituiscono un aggravio della spesa destinata a tale funzione

L'impatto economico nel triennio è dettagliato in altre parti del Programma Operativo.

Risultati programmati

- Attuazione del nuovo sistema tariffario di cui al D.M. 18/10/2012.

Indicatori di risultato

- Adozione del provvedimento di governo del nuovo sistema tariffario regionale in attuazione delle DD.G.R. n. 2 – 6036 e n. 5 – 6039, entrambe del 2 luglio 2013 , effettuata con la Deliberazione della Giunta Regionale 11 novembre 2013, n. 55-6670 "Modificazioni ed integrazioni alla DGR n. 14-6039 del 2.7.2013 "Determinazione delle tariffe per attività di ricovero erogate dagli istituti pubblici, da quelli classificati, dagli IRCCS e dalle case di cura accreditate ai sensi dell'art. 15 del D.L. 6.7.2012 n. 95 convertito nella Legge 135 del 7.8.2012. Revoca delle DGR n. 34-251 del 19.6.2000 e n. 57-644 del 31.7.2000".
- 2014-2015:monitoraggio dell'impatto delle citate Deliberazioni della Giunta Regionale sull'appropriatezza e sulla deospedalizzazione, ed adozione degli eventuali provvedimenti correttivi.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente Responsabile del Settore "Risorse Finanziarie" e Dirigente Responsabile del Settore "Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali" della Direzione Regionale Sanità.

Azione 7.1.2: Ricognizione e rimodulazione tariffe assistenza sociosanitaria

La Regione Piemonte con le azioni previste dal presente P.O. intende procedere entro il triennio 2013-2015 alla Revisione dei modelli di organizzazione e gestione dei servizi domiciliari, semiresidenziali e residenziali, destinati ai minori, ai disabili e agli anziani, e alla conseguente revisione delle tariffe a carico del servizio sanitario regionale, al fine di assicurare il soddisfacimento dei bisogni, che si presentano mutati nelle loro componenti qualitative e quantitative, anche per effetto della necessità di riequilibrare l'offerta di prestazioni del SSN a favore di quelle territoriali, nonché per il riallineamento alle previsioni del D.P.C.M. 29/11/2001, in materia di compartecipazione alla spesa da parte del cittadino. Inoltre la Regione intende ampliare la risposta al fabbisogno di prestazioni socio-sanitarie nelle aree dell'assistenza residenziale a minori, anziani e disabili, che si presenta in aumento per fattori demografici (aumento del tasso di invecchiamento ed allungamento dell'aspettativa di vita anche per le persone disabili) e per la crescita di nuovi bisogni sanitari soprattutto nell'area della salute mentale minori, attraverso una manovra di riduzione e revisione tariffaria.

A questo riguardo si evidenzia come la dotazione di posti-letto per tali tipologie sia la seguente:

- assistenza residenziale e semi-residenziale minori: 184 (posti nelle CRP e CTM attualmente in funzione dati aggiornati da Direzione Sanità maggio 2013)
- assistenza residenziale e semi-residenziale disabili: 4.357 (1,00) > 1
- assistenza residenziale e semi-residenziale anziani: 24.108 (23.06 > 10)

La disponibilità di indicatori di attività superiori ai valori di riferimento va letta come capacità di offerta di attività semi-residenziale e residenziale nelle aree considerate, autorizzata al funzionamento ed accreditata ai sensi dell'art. 8/quarter del D.Lgs. 502/92e s.m.i. Il rilascio dell'accREDITAMENTO non comporta per l'ASL impegno a remunerare le prestazioni offerte dalla struttura. A seguito del rilascio dell'accREDITAMENTO viene sottoscritto tra ASL e struttura un accordo contrattuale con la quale viene regolato il servizio offerto; non è previsto un utilizzo minimo o massimo dei posti letto disponibili e accreditati, i posti letto della struttura, se non sono occupati, sono tutti disponibili per il SSR, e l'obbligo alla remunerazione si attiva dal momento del ricovero di un anziano da parte dell'ASL. Tale procedura comporta quindi che non sussista assolutamente concordanza tra il numero di posti letto accreditati (24.812) e il numero di posti letto convenzionati (14.972) per i quali SSR sostiene il costo della quota sanitaria della tariffa di ricovero.

I posti-letto sopra indicati sono, pertanto, disponibili per la sottoscrizione degli accordi contrattuali di cui all'art. 8/quinquies del D.Lgs 502/92 da parte di Aziende sanitarie regionali ed extra-regionali, previa accettazione da parte dei produttori della remunerazione a tariffa predeterminata dalla Regione. Il fabbisogno di attività per la sottoscrizione degli accordi contrattuali di cui all'art. 8/quinquies e a all'art. 8/sexies del D.lgs. 502/92 da parte del servizio sanitario regionale con i produttori (privati, privati senza scopo di lucro e pubblici) si desume dai piani di attività delle Aziende Sanitarie regionali, che evidenziano i valori di attività svolta, espressi in giornate di degenza ed in spesa annuale sostenuta, nonché dal monitoraggio delle liste d'attesa per l'accesso alle prestazioni socio-sanitarie per disabili e anziani, realizzato dalla Direzione Politiche sociali e della famiglia.

Si ritiene, pertanto, che nel triennio i volumi di attività a carico del servizio sanitario regionale nelle aree considerate siano i seguenti:

- assistenza residenziale minori
 - n. totale giornate di inserimento: 285.432
 - Totale spesa ASL prevista nel triennio per inserimento di minori in strutture semi-residenziali e residenziali: €27.063.000 (dati consuntivo 2012)
- I dati delle giornate e la spesa per disabili ed anziani relativamente all'assistenza semiresidenziale e residenziale, prevista nel triennio
 - n. giornate assistenza semiresidenziale e residenziale per adulti disabili (comprensive di malati terminali, inserimenti in strutture sanitarie ex art. 26, Ospedale di Comunità): 2.099.826
 - costo prestazioni acquistate di assistenza semiresidenziale e residenziale per adulti disabili (comprensivo di malati terminali, ex art. 26, Ospedale di Comunità) €161.825.000 (dati consuntivo 2012)
- assistenza semiresidenziale e residenziale per anziani (comprensive di malati terminali, inserimenti in strutture sanitarie ex art. 26, Ospedale di Comunità e continuità assistenziale)
 - n. giornate: 6.101.432
 - costo prestazioni acquistate di assistenza semiresidenziale e residenziale per anziani (comprensivo di malati terminali, ex art. 26, Ospedale di Comunità e continuità assistenziale) € 464.089.000 (dati consuntivo 2012)

La revisione dei modelli organizzativo-gestionali e la connessa revisione tariffaria rappresenta, pertanto, a budget di spesa invariati a carico del SSN una soluzione per ridurre le ricadute di incremento della spesa per gli enti locali chiamati alla compartecipazione alla spesa nei limiti delle previsioni del D.P.C.M 29/11/2001, nonché un'occasione per garantirne sviluppo quali/quantitativo e la sostenibilità economico-finanziaria. Va infatti evidenziato che la riduzione dei trasferimenti finanziari statali e regionali (- 45%) verso gli enti gestori dei servizi socio-assistenziali della Regione non consente agli enti locali di sopperire con risorse proprie a tali riduzioni e quindi di prevedere nel triennio una dinamica di spesa crescente sia per la quota di competenza del servizio sanitario che quella di competenza socio-assistenziale. La Giunta Regionale ha così proceduto alla revisione del modello organizzativo e gestionale della residenzialità per anziani, con la D.G.R. n. 45-4248 del 30 luglio 2012 e del modello organizzativo-gestionale della residenzialità per minori, con la D.G.R. n. 25-5079 del 28-12-2012 "Approvazione della tipologia e dei requisiti strutturali e gestionali delle strutture residenziali e semiresidenziali per minori. Revoca della DGR n. 41-12003 del 15.3.2004", che affronta anche la revisione dei requisiti delle strutture sanitarie e socio-sanitarie per la tutela della salute mentale dei minori. Tale processo di revisione avrà termine entro l'anno 2014, quando verrà adottato il provvedimento di revisione dei requisiti organizzativo-gestionali delle strutture semi-residenziali e

residenziali per disabili ed il connesso modello tariffario, che consentirà il riallineamento della compartecipazione alla spesa alle previsioni DPCM LEA ed una maggiore flessibilità della risposta a bisogni socio-sanitari delle persone disabili in profonda evoluzione (aumento dell'età media dei disabili ricoverati in strutture socio-sanitarie) e spesso necessitanti di prese in carico specializzate (vedi malattie rare). La DGR 25/2012 individua e ridefinisce requisiti organizzativi-gestionali delle strutture rivolte a minori con gravi patologie psichiatriche, quadri psicopatologici anche in comorbilità con patologie riferite al livello intellettuale, a disturbo post-traumatico da stress, che a seconda dell'espressività del quadro clinico presentato, necessitano di specifiche risposte residenziali (comunità terapeutica, comunità riabilitativa psico-sociale) anche in rapporto alle condizioni del nucleo familiare e del contesto sociale di vita. La Comunità terapeutica per Minori (CTM) è una struttura residenziale per pre-adolescenti e adolescenti, con disturbo psicopatologico grave in fase sub - acuta, prevalentemente in assenza di ritardo mentale medio o grave, che richiedono interventi ad alta intensità e che non possono essere trattati a livello domiciliare o ambulatoriale. L'accesso può essere successivo al ricovero ospedaliero presso strutture complesse di Neuropsichiatria Infantile ovvero in SPDC o altre strutture di ricovero, oppure alternativo al ricovero con modalità preventive dello stesso. L'inserimento in comunità terapeutica per minori è una delle tappe del percorso riabilitativo e di cura dei minori e, pertanto, uno dei nodi della rete di assistenza regionale per la salute mentale. L'intervento terapeutico e riabilitativo svolto con modalità residenziale rappresenta un intervento temporaneo e limitato nel tempo (massimo 4 mesi prorogabili ad 8 per le Comunità terapeutiche per minori), perché fortemente orientato al proprio superamento e parte di un sistema complesso ed integrato di servizi sanitari, socio-sanitari territoriali e socio-assistenziali per l'età evolutiva, volti ad offrire risposte differenziate ed appropriate ai bisogni evidenziati (comunità riabilitativa psico-sociale, centro diurno socio-riabilitativo, servizi ambulatoriali di NPI, servizi di educativa territoriale degli enti gestori dei servizi socio-assistenziali). La Comunità Riabilitativa psico-sociale (CRP) è una struttura residenziale socio-sanitaria che accoglie minori, affetti da patologie psichiatriche, che hanno superato favorevolmente la fase acuta del disturbo comportamentale, ma che non sono in grado di rientrare in famiglia, oppure per prevenire la stessa fase acuta. Può caratterizzarsi per vocazioni differenti, relative alla presa in carico prevalente di minori affetti da gravi disturbi dello sviluppo e/o gravi patologie psichiatriche dell'età evolutiva, di minori con problematiche psicopatologiche e soprattutto disturbi della Condotta e disturbi del Comportamento, con comorbilità con ritardo mentale, oppure di minori con problematiche psicopatologiche e soprattutto disturbi della Condotta e disturbi del Comportamento, con comorbilità con l'uso di sostanze stupefacenti (mono/policonsumatori). La DGR 45 procede alla modifica dei requisiti organizzativo-gestionali per il funzionamento dei Centri diurni e delle residenze per anziani, contenuta nella normativa precedente (DGR 17/2005), allo scopo di mettere a disposizione degli anziani non autosufficienti nuclei residenziali differenziati per fasce di intensità assistenziale, compresa una specifica per le demenze, cui corrispondono livelli di intensità delle prestazioni socio-sanitarie da erogare a carico dei soggetti erogatori. Ogni fascia di intensità assistenziale individuata rappresenta uno standard minimo complessivo di assistenza giornaliera per ospiti da garantire in relazione alla valutazione di complessità effettuata in sede di valutazione geriatrica e di predisposizione del P.A.I. A seguito dell'adozione dei provvedimenti sopra descritti e alla necessità di procedere a risolvere le criticità esistenti in sede di applicazione della normativa regionale si rende necessario procedere alla revisione e all'adozione di piani tariffari per la remunerazione delle prestazioni dell'area residenzialità minori, anziani, disabili, coerenti con i modelli organizzativo-gestionali adottati e con le disposizioni nazionali di riferimento per questa materia. A questo riguardo va tenuto presente l'obbligo per la Regione di garantire la stabilità finanziaria, la revisione, la razionalizzazione e il risparmio della spesa sanitaria, anche attraverso la riduzione delle spese per acquisti di beni e servizi, in armonia con i principi enunciati dalla Legge 15 luglio 2011 e dal decreto legge n. 95 del 6 luglio 2012, convertito in L. n. 135 del 7 agosto 2012. Va inoltre considerato che le tariffe a carico del servizio sanitario per minori e anziani si riferiscono a provvedimenti non aggiornati, applicati in maniera discrezionale da parte delle ASR, o risultano congelate fino al 31.12.2013, per effetto delle disposizioni della D.G.R. n. 66/3253 del 30/12/2011, che ha previsto, tra l'altro, il blocco della dinamica di crescita automatica dei costi, legati ai cosiddetti adeguamenti ISTAT (collegati all'andamento del tasso di inflazione programmato). A questo riguardo va altresì evidenziato che le tariffe a carico del SSN adottate in Regione Piemonte con D.G.R. n.64/2010 si presentavano disallineate rispetto alla media nazionale e più elevate delle altre Regioni a parità di livello di intensità assistenziale offerto:

	Piemonte	Lombardia	Emilia Romagna
Alzh.	€74,06	€ 52	€ 42,19
Alta int.	€53,46	€ 47	€ 42,19

Media €40,00 € 37 € 32,61

Il monitoraggio effettuato dalla Direzione Politiche sociali e della famiglia sulla spesa anno 2011 evidenzia, inoltre, che le ASL regionali hanno riconosciuto, agli enti gestori di circa 9.000 posti letto, tariffe inferiori alla soglia massima prevista dalla D.G.R. n. 64/13649 del 22/3/2010. Rispetto all'area degli inserimenti residenziali dei minori, i dati relativi al 2011 evidenziano una spesa media per ciascuna giornata di ricovero in CTM e CRP molto differenziata sul territorio e rispetto alla spesa media individuata a livello regionale, nonché rispetto alle tariffe di riferimento individuate con DGR n. 41 del 2004, valori come già detto non aggiornati, ampiamente superati nella prassi, a seguito dell'incremento del costo del lavoro e dei costi di gestione delle strutture stesse. La forte differenziazione della spesa media giornaliera risulta anche in parte imputabile alla mancata individuazione di regole precise per la definizione della compartecipazione alla spesa rispetto agli inserimenti in strutture a carattere socio-sanitario (CRP), con conseguente necessità di una definizione della stessa compartecipazione caso per caso. Inoltre, risulta prassi diffusa la realizzazione di progetti di inserimento individualizzati con la previsione di prestazioni aggiuntive a carico del comparto sanitario. Per concorrere al superamento delle ultime due criticità segnalate, con DGR n. 25/2012 sono state individuate regole precise sia per la compartecipazione alla spesa da parte dei servizi sociali e sanitari per l'inserimento in strutture residenziali di minori con problematiche di tipo psichiatrico o comunque a rilevanza socio-sanitaria. Nell'ambito di questo programma operativo destinato alla revisione dei piani tariffari è previsto il riallineamento della ripartizione tariffaria tra quota a carico del SSR e quota a carico utente/Comune, secondo le indicazioni contenute nell'Allegato 1/C del D.P.C.M. 29/11/2001, riducendo l'integrazione regionale.

Tale obiettivo è raggiunto con la DGR 85-6287/2013. Il numero di posti letto accreditati, in Piemonte, è pari a 24.812, mentre il numero di posti letto oggetto di accordo contrattuale è pari a 14.972. Solo per questi il SSR sostiene il costo della quota sanitaria della tariffa di ricovero. Con l'adozione della DGR 85-6287/2013 la remunerazione delle prestazioni è definita a livello regionale senza possibilità di accordi locali tra ASL e RSA. La previsione di incremento del numero di posti letto contenuta in detta deliberazione, isorisorse, non è ulteriore rispetto al numero di posti letto accreditati, bensì rispetto al numero di posti letto oggetto di accordo contrattuale. La scelta di incrementare ulteriormente il numero di posti letto contrattualizzati è dettata dalla necessità di rispondere a un fabbisogno particolarmente elevato: 13.505 persone in lista di attesa per l'accesso alle prestazioni residenziali alla fine del 2012 in un ambito di prestazioni particolarmente sentito all'interno della comunità piemontese che assiste ad un graduale ma costante aumento della popolazione anziana. Il finanziamento dell'incremento dei posti letto contrattualizzati avverrà grazie alla riduzione delle tariffe applicate e grazie ad una razionalizzazione della definizione dei livelli di intensità assistenziale, come previsto dalla DGR 45-424/2012

Risultati programmati

- Adozione del nuovo modello organizzativo-gestionale delle strutture semi-residenziali e residenziali per disabili entro il 31.03.2014;
- Adozione del nuovo piano tariffario specifico per l'assistenza semi-residenziale e residenziale per disabili, che recepisca il riallineamento della ripartizione tariffaria secondo le indicazioni contenute nell'Allegato 1/C del D.P.C.M. 29/11/2001, entro il 31.12.2013;
- Adozione del nuovo piano tariffario specifico per l'assistenza semi-residenziale e residenziale nelle Comunità terapeutiche per minori e comunità riabilitative psico-sociali entro il 31.03.2014.
- Attuazione della DGR 85-6287/2013 relativa al nuovo piano tariffario per l'assistenza semi-residenziale e residenziale anziani, che individua le tariffe per ciascun livello di intensità assistenziale previsto dalla DGR 45/2012 e recepisce il riallineamento della ripartizione tariffaria secondo le indicazioni contenute nell'Allegato 1/C del D.P.C.M. 29/11/2001, entro il 31.12.2013
- Incremento progressivo nel triennio delle giornate di degenza per l'area dell'assistenza semi-residenziale e residenziale per minori, in trattamento per bisogni specifici di cure in seguito a diagnosi sull'asse 1 e asse 3 dell'ICD10.
- Incremento delle giornate di degenza per l'area dell'assistenza semi-residenziale e residenziale disabili ed anziani.

Indicatori di risultato

- Raggiungimento nel periodo 2014-2015 di 285.432 giornate di degenza per l'assistenza in regime semi-residenziale e residenziale per minori;

- Raggiungimento nel periodo 2014-2015 di 2.099.826 giornate di degenza per l'assistenza in regime semi-residenziale e residenziale per disabili;
- Raggiungimento nel periodo 2014-2015 di 6.101.432 giornate di degenza per l'assistenza in regime semi-residenziale e residenziale per anziani.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente Responsabile del Settore "Programmazione socio-assistenziale, integrazione socio-sanitaria, e rapporti con gli enti gestori istituzionali" della Direzione regionale Politiche sociali e della famiglia, Dirigente Responsabile del Settore "Risorse Finanziarie" e Dirigente Responsabile del Settore "Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali" della Direzione Regionale Sanità.

Intervento 7.2: Individuazione delle funzioni assistenziali di cui al d.lgs. 502/92, con indicazione dei criteri di calcolo della relativa assegnazione economica

Le funzioni assistenziali di cui all'articolo 8 sexies del decreto legislativo 502/92 e s.m.i., sono state individuate, per gli Istituti classificati e per gli IRCSS, nell'ambito degli accordi contrattuali stipulati ai sensi dell'articolo 8 quinquies del decreto legislativo 502/92 e s.m.i. La relativa valorizzazione economica è allineata con quanto previsto dall'articolo 15, comma 13, lettera g) del DL 95/2012, convertito, con modificazioni, dalla legge 135/2012, in considerazione del fatto che il valore complessivo della remunerazione delle funzioni non supera il 30% del limite di remunerazione assegnato. Tuttavia, è apparso necessario effettuare una ricognizione di tali funzioni, anche in considerazione del mutato quadro di riferimento organizzativo della rete ospedaliera regionale. Tale ricognizione ha evidenziato alcune criticità per superare le quali è stata adottata la D.G.R. n. 3 – 6037 del 2 luglio 2013, avente ad oggetto "Decisioni in merito al finanziamento per funzione agli Istituti equiparati a quelli pubblici per l'anno 2013".

Risultati programmati

- Al fine di definire i nuovi accordi contrattuali, di cui al successivo intervento 7.6.1, si darà attuazione a quanto previsto dalla citata DGR, derivante dalla ricognizione relativa alle funzioni assistenziali attribuite fino al 30/06/2013.
- Rideterminare per gli Istituti equiparati a quelli pubblici i finanziamenti per funzione non legati alla produzione di attività ospedaliera o specialistica ambulatoriale, e retribuire l'attività ospedaliera e di specialistica ambulatoriale con le stesse modalità utilizzate per il finanziamento delle strutture pubbliche.

Indicatori di risultato

- Attuazione del provvedimento relativo alla ricognizione, con effetto 01/07/2013..
- Rideterminazione, per gli Istituti equiparati a quelli pubblici, dei finanziamenti e delle rispettive modalità di retribuzione della attività ospedaliera e di specialistica contestualmente alla definizione dei nuovi accordi contrattuali.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore "Risorse Finanziarie" e Dirigente responsabile del Settore "Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali" della Direzione Regionale Sanità.

Intervento 7.3: Compartecipazione alla spesa sociosanitaria

Con DGR 85-6287/2013 di adozione del nuovo piano tariffario per l'assistenza semi-residenziale e residenziale anziani, che individua le tariffe per ciascun livello di intensità assistenziale previsto dalla DGR 45/2012 è stato adottato il riallineamento della ripartizione tariffaria secondo le indicazioni contenute nell'Allegato 1/C del D.P.C.M. 29/11/2001, con effetto a partire dal 1.10.2013.

L'adozione entro il 2014 del nuovo modello organizzativo-gestionale e del piano tariffario ad esso connesso per le strutture per disabili consentirà il riallineamento della ripartizione tariffaria secondo le indicazioni contenute nell'Allegato 1/c del D.P.C.M. 29/11/2001. Analogamente, per le strutture per disabili, si procederà con l'adozione del rinnovato modello gestionale e a seguire con un apposito piano tariffario che tenga conto di questo specifico adempimento.

Risultati programmati

- Adozione del nuovo modello organizzativo-gestionale delle strutture semi-residenziali e residenziali per disabili entro il 31.03.2014;
- Adozione del nuovo piano tariffario specifico per l'assistenza semi-residenziale e residenziale per disabili, che recepisca il riallineamento della ripartizione tariffaria secondo le indicazioni contenute nell'Allegato 1/C del D.P.C.M. 29/11/2001, entro il 31.12.2014

Indicatori di risultato

- Riallineamento delle tariffe per l'assistenza semi-residenziale e residenziale per disabili secondo le indicazioni contenute nell'Allegato 1/C del D.P.C.M. 29/11/2001, entro il 31.12.2015.
- 2015: monitoraggio sulle ricadute derivanti dall'attuazione del provvedimento ed eventuali correttivi.

Responsabile procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore "Risorse Finanziarie" e Dirigente responsabile del Settore "Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali" della Direzione Regionale Sanità.

Intervento 7.4: Programma dei controlli di appropriatezza

I controlli di appropriatezza delle prestazioni vengono effettuati regolarmente e nel rispetto della normativa di riferimento.

Nell'ambito delle azioni necessarie alla piena attuazione dei LEA trova un posto importante la ricerca dell'appropriatezza, principio alla base della definizione dei livelli essenziali di assistenza e più volte ribadito nelle disposizioni seguite all'emanazione del decreto di riordino della disciplina in materia sanitaria.

L'appropriatezza interessa varie dimensioni: quella clinica (compresa la prescrittiva) e quella organizzativo-gestionale.

Azione 7.4.1 Area radiologica

L'appropriatezza prescrittiva è un aspetto che riveste particolare significatività ai fini del controllo della domanda di prestazioni, in quanto spesso si registra un ricorso a prestazioni, specificatamente ad elevata tecnologia e ad alto costo, che non sono aderenti a linee guida validate da società scientifiche e istituzioni.

In ambito regionale il ricorso alle prestazioni di area radiologica ha visto nel corso degli ultimi anni ha visto una crescita continua, anche in rapporto alla veloce evoluzione tecnologica del settore.

Peraltro anche l'analisi del fabbisogno di diagnostica per immagini presente nella D.G.R. n. 98-9422 del 1° agosto 2008 e D.G.R. n. 24-5147 del 28.12.2012 relative alla definizione del fabbisogno di prestazioni sanitarie e della conseguente capacità produttiva evidenziava un consumo medio regionale di prestazioni radiologiche superiore ai valori medi nazionali, con un ruolo pesante delle prestazioni di TAC e RMN.

Con D.G.R. n. 44-1615 del 28 febbraio 2011 la Giunta Regionale ha adottato l'Addendum al Piano di rientro e al Programma attuativo, commi 93,94,95,96,97 della legge 23 dicembre 2009 n. 191.

Con tale documento la Regione delinea gli obiettivi di intervento nelle diverse macro-aree per il periodo 2010-2012 ed individua tra le varie manovre previste nel programma attuativo per la realizzazione degli obiettivi stessi, anche quelle relative alla rimodulazione delle reti assistenziali ospedaliera, emergenza, territoriale, laboratorio analisi e radiodiagnostica.

In particolare per quanto concerne l'area della radiodiagnostica gli obiettivi determinati riguardano i criteri di appropriatezza prescrittiva per particolari indagini, di corretta esecuzione delle stesse al fine di garantirne la qualità, e la rimodulazione della rete delle strutture pubbliche e private di diagnostica per immagini al fine di una più adeguata distribuzione delle grandi apparecchiature anche in rapporto al fabbisogno della popolazione piemontese.

In riferimento ai primi due aspetti la Giunta Regionale, con D.G.R. N. 15-2091 del 24 maggio 2011, ha approvato i criteri di appropriatezza prescrittiva per le prestazioni dell'area radiologica TC e RM ed ha approvato la modifica/aggiornamento al nomenclatore tariffario regionale, di cui alla D.G.R. n. 73-13176 del 26.07.2004 e s.m.i., per le prestazioni ambulatoriali della branca di radiologia diagnostica, compresi gli standard di qualità minimi per l'esecuzione di prestazioni di RM.

L'Allegato A alla D.G.R. n. 15-2091 del 24/05/2011 individua i criteri di appropriatezza prescrittiva per le prestazioni di TC e RM. Con specifiche circolari sono state fornite indicazioni per una corretta applicazione del provvedimento stesso, nonché le modalità di rilevazione dell'attività erogata

attraverso il flusso informatico “C” per il monitoraggio del grado di aderenza dell’attività prescrittiva rispetto ai livelli di appropriatezza prescrittiva quali individuate nell’Allegato A sopra citato.

Considerato il tempo trascorso dalla prima applicazione del provvedimento e preso altresì atto di quanto emerso durante i corsi di formazione/aggiornamento sui criteri di utilizzo delle classi di priorità clinica per prestazioni ambulatoriali effettuati tra il 2011 ed il 2012 presso le Aziende Sanitarie, con uno specifico gruppo di lavoro (D.D. n. 720 del 17/09/2013) sono stati analizzati i dati di attività relativi all’utilizzo dei criteri di priorità clinica quali individuati con la D.G.R. N. 15-2091 del 24 maggio 2011 e si è proceduto ad un aggiornamento degli stessi. Le conclusioni di tale lavoro, comprensive di alcuni indirizzi alle ASR per un miglioramento dell’appropriatezza prescrittiva saranno oggetto di specifico provvedimento da adottarsi entro il 28 febbraio 2014

Tale intervento si rende necessario anche in ragione dell’andamento 2012- 1° semestre 2013 che si presenta in crescita rispetto al numero di RM e TC, prestazioni che risultano in Regione Piemonte superiori allo standard nazionale in termini di consumo pro-capite: anno 2012 TC 5,40 prestazioni per 100 abitanti, RM 8,81 per 100 abitanti.

Risultati programmati

- Aderenza dei comportamenti prescrittivi per TC e RM ai criteri di priorità clinica individuati dalla Regione.

Indicatori di risultato

- Minor ricorso alle prestazioni di TC e RM, nel 2014, del 10% sul 2013 e, nel 2015, del 5% sul 2014

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore “Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali” della Direzione Regionale Sanità.

Azione 7.4.2 Appropriately nel settore della riabilitazione

La misura ed il monitoraggio dell’Appropriatezza nel settore della riabilitazione è stato oggetto di analisi, approfondimento e di indirizzi vari, rilevabili nei provvedimenti i cui i principali sono la D.G.R. N. 13-1439 del 28/01/2011, D.G.R. N. 12-1665 del 7/03/2011, D.G.R. n. 6-5519 del 14 marzo 2013.

Tali provvedimenti hanno ridefinito complessivamente le funzioni della post acuzie, tra cui quelli del Recupero e Rieducazione funzionale, definendo i criteri di appropriatezza organizzativa, clinico-gestionale per le attività degenziali di Recupero e Rieducazione funzionale di 3°, 2° e 1° livello. L’analisi dei flussi di pazienti dai reparti per acuti ai reparti di riabilitazione dovrebbe evidenziare un certo case mix (MDC diverse) e un mix di provenienza anche nell’ambito della stessa MDC: una riabilitazione che ricovera pazienti con disabilità derivanti da una sola patologia o da un solo reparto o nosocomio non si può considerare organizzativamente appropriata.

Gli MDC 4, 5 e 8 tendono a concentrarsi in alcune strutture con potenziale rischio di riproporre la riabilitazione d’organo che le linee di indirizzo nazionale, nonché gli indirizzi regionali hanno di fatto superato.

Ad oggi è possibile cogliere il fenomeno ex-post ma sarà necessario prevedere indicatori per il suo monitoraggio in tempo reale nell’ambito della realizzazione del funzionamento in rete.

Il gruppo di lavoro sulla riabilitazione, di cui alla D.D. 893 del 3.12.2012 e s.m.i., nel suo mandato aveva anche il compito di identificare le percentuali di case mix quale parametro di appropriatezza dei ricoveri ospedalieri in rapporto alla tipologia di reparto e relativa mission. La proposta è in via di definizione ed entro il 28 febbraio 2014 sarà oggetto di specifico provvedimento.

Per le attività ambulatoriali si rimanda al capitolo sulla specialistica ambulatoriale (punto 14.3.4).

L’applicazione di tali criteri, tra cui tasso di utilizzo posti letto, valori soglia dei ricoveri, modalità di ingresso dei pazienti nei vari setting, presuppone un’organizzazione di “sistema” che metta in collegamento i vari attori che intervengono sul percorso riabilitativo assistenziale del paziente preso in carico, nel rispetto delle responsabilità funzionali. Un efficiente ed efficace sviluppo del percorso riabilitativo individuato, ha come presupposto il corretto funzionamento di tutte le sue fasi, che implica una interrelazione continua tra prescrittori ed erogatori che intervengono sul percorso stesso.

Le attività sanitarie di riabilitazione richiedono obbligatoriamente la presa in carico globale della persona mediante la predisposizione di un progetto riabilitativo individuale e la sua realizzazione mediante uno o più programmi riabilitativi.

Al fine di realizzare una gestione integrata delle varie fasi nel principio della continuità ospedale-territorio è necessario riprendere il percorso avviato sperimentalmente nel 2008-2009 relativamente all'informaticizzazione della scheda di proposta di percorso riabilitativo, che oggi rappresenta l'univoco strumento di comunicazione sul territorio regionale, nonché strumento di appropriatezza della presa in carico riabilitativa da parte di tutti i soggetti coinvolti nel percorso del governo clinico e di garanzia della risposta organizzativa. La realizzazione informatica permetterebbe di analizzare i profili dei pazienti inseriti nei vari setting, monitorare i flussi dei pazienti per verificare la coerenza tra i bisogni riabilitativo-assistenziali ed il setting assegnato, al fine sia di una appropriatezza in rapporto alla mission della struttura ricevente, sia per una reale gestione integrata ospedale-territorio.

Risultati programmati

- Presenza del case mix individuato nelle degenze riabilitative
- Collegamento in rete dei vari attori che intervengono sul percorso riabilitativo, compresi quelli che erogano prestazioni ambulatoriali

Indicatori di risultato

- SDO delle strutture riabilitative di degenza con case mix individuato dal provvedimento a partire dal 2° semestre 2014.
- Completamento e funzionamento dello strumento informatico per il collegamento in rete entro il 31.12.2014.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore "Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali" della Direzione Regionale Sanità.

Azione 7.4.3 Programma dei controlli di congruenza tra cartella clinica e SDO

L'appropriatezza dell'attività di ricovero viene monitorata semestralmente sulla base dei parametri di cui alla DGR 3 agosto 2011 n. 4-2495 e successive integrazioni. In particolare va precisato che attraverso nello stesso provvedimento e nella DGR 18 dicembre 2012 n. 33-5087 sono stati previsti anche specifici abbattimenti tariffari quando vengono superati i valori soglia di percentuali di erogazione delle prestazioni ivi identificate. In particolare tali abbattimenti automatici riguardano tutti i DRG a rischio di inappropriatazza compresi quelli per i quali sono previste analoghe prestazioni ambulatoriali e la chemioterapia.

Inoltre con le DGR 28 gennaio 2011 n. 13-1439 e 7 marzo 2011 n. 12-1665 sono stati previsti nuovi criteri di appropriatezza organizzativa (quindi di erogazione delle prestazioni) per le attività di postacuzie, in particolare per la riabilitazione.

L'insieme di tali criteri, sia per i ricoveri di acuzie per quelli di postacuzie concorrono alla determinazione del riconoscimento tariffario aggiornato con la DGR 14-6039 del 2 luglio 2013

Azione 7.4.3.1: Programma dei controlli di congruenza tra cartella clinica e SDO

Il programma di controlli circa la congruenza tra contenuto della cartella clinica e SDO è già a regime, in osservanza con quanto disposto dalla normativa vigente ed in particolare dalla legge 133/88 e dal D.M. 10/12/2009. L'attività regionale è normata al riguardo da diversi provvedimenti regionali, gli ultimi dei quali sono la DGR 11 novembre 2013 n. 35-6651 e la D.D. 487 del 23/07/2012, che prevedono, altresì, le iniziative da adottare in caso di incongruenza. La deliberazione 1 febbraio 2010 n. 7-13150 con le integrazioni della DGR 5.9.2011 n. 19-2561 e per ultima la citata DGR 11 novembre 2013 n. 35-6651 prevedono specifiche modalità con le quali vengono abbattuti o annullati i valori tariffari di alcune tipologie di ricovero considerati inappropriate in particolare per i DRG ad alto rischio di inappropriatazza a seguito dei controlli attivati ai sensi del DM 10/12/2009. Inoltre quando viene effettuato il controllo di congruenza della codifica viene anche prevista una specifica verifica denominata "Controllo aggiuntivo e specifico per tipo di SDO". In questi casi se l'attività di controllo evidenzia la inappropriatazza del ricovero ne viene formalizzata la non congruenza e si segnala alla direzione aziendale il problema in modo da ricondurre le attività in regimi appropriati. Per l'attività 2013 viene ulteriormente ampliata la casistica di controlli per i quali nel caso di accertamento di comportamenti opportunistici e inappropriatezza verrà automaticamente dato un diverso riconoscimento tariffario coerente con il regime assistenziale ritenuto corretto.

Come già più sopra menzionato, va inoltre sottolineato che per alcuni tipi di prestazioni con le DGR 3 agosto 2011 n 4-2495 e 18 dicembre 2012 n 33-5087 sono stati previsti regimi tariffari che penalizzano i comportamenti a rischio di inappropriata. Infatti in questi casi la tariffazione viene abbattuta per gli episodi di ricovero che superano le soglie di accettabilità deliberate.

Risultati programmati

- Rispetto della normativa vigente in materia di controlli sulla congruenza tra contenuto della cartella clinica e SDO.
- Definizione del criterio di abbattimento tariffario di altre tipologie di ricoveri che a seguito delle verifiche siano definibili come inappropriati o le procedure per le quali gli indirizzi regionali prevedono l'esecuzione in regime ambulatoriale. Riprogrammazione della procedura informatica che permetta l'attuazione in modo più veloce l'attuazione del programma di controlli entro il 2013.

Indicatori di risultato

- Predisposizione di un report che specifichi per ogni Azienda/ presidio gli abbattimenti tariffari effettuati per tipologia di ricoveri entro il 30/04/2014.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore "Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali" della Direzione Regionale Sanità.

Intervento 7.5: Piano delle prestazioni

Il piano delle prestazioni è conseguente alla determinazione del fabbisogno. Per quanto riguarda le prestazioni di ricovero, la DGR n. 6-5519 del 14/03/2013 ha definito il fabbisogno complessivo per ciascuna disciplina, individuando anche la potenzialità della rete ospedaliera pubblica. Per conseguenza, la quota parte di prestazioni mancanti al soddisfacimento del fabbisogno costituisce il volume complessivo di prestazioni contrattualizzabili con gli erogatori privati accreditati, già definito per il 2013 (vedi azioni 7.6.1 e 7.6.2 del presente P.O.).

Risultati programmati

- Definizione del Piano delle prestazioni oggetto degli accordi contrattuali per il biennio 2014-2015 e successivamente per il biennio 2016-2017.

Indicatori di risultato

- Definizione del Piano delle prestazioni 2014-2015, entro il 31/12/2013 e suo monitoraggio semestrale.
- Monitoraggio del fabbisogno appropriato e definizione del Piano delle prestazioni 2016-2017 in base al fabbisogno rilevato, entro il 31 /12/2015.
- Completo superamento del criterio "storico" per l'individuazione delle prestazioni oggetto degli accordi contrattuali di cui all'art. 8 quinquies con i soggetti erogatori privati, nel biennio 2014-2015.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore "Risorse Finanziarie" e Dirigente responsabile del Settore "Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali" della Direzione Regionale Sanità.

Intervento 7.6: Rapporti con gli erogatori privati accreditati

Fermo restando che costituisce adempimento prioritario l'invio ai competenti Ministeri della situazione attuale relativa agli accordi contrattuali per il biennio 2011-2012, e che la Regione provvederà ad approvare nuovi schema-tipo di accordi contrattuali per tutte le tipologie assistenziali, ancorchè già coerenti con quanto disposto dal DL 95/2012 convertito, con modificazioni, dalla legge 135/2012, entro il 31 dicembre 2013, l'intervento in questione tratta principalmente l'attività ospedaliera e quella specialistica ambulatoriale.

Azione 7.6.1: Tetti di spesa e stipula contratti per tutte le tipologie assistenziali coerentemente con quanto disposto dal D.L. 95/2012

Il comma 2 dell'art. 8 quater del Decreto legislativo 30/12/1992 , n. 502 precisa che la qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per le aziende e gli enti del servizio sanitario nazionale a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8- quinquies.

La Regione Piemonte con DGR n.3-2482 del 29/07/2011 ha dato indicazioni alle ASR circa il livello di produzione dell'attività ospedaliera e specialistica ambulatoriale da garantire nell'anno 2011 con le strutture a gestione diretta.

Con DGR n. 59-3080 del 05/12/2011 ha previsto, per gli anni 2011 e 2012, una riduzione del cinque per cento, rispetto ai valori contrattuali 2010, dei costi dell'assistenza ospedaliera e dell'assistenza specialistica ambulatoriale erogata dai soggetti privati accreditati, dai Presidi ex art. 43 L.833/78 e dagli IRCCS. Di conseguenza la Regione ha fissato i budget di produzione dei Presidi ed IRCCS stipulando con gli stessi apposito contratto per il biennio 2011-2012 e invitate le Aziende Sanitarie Locali a stipulare contratti con le singole strutture private per lo stesso periodo per un importo complessivo annuo pari a quello risultante dai contratti stipulati per l'anno 2010 ridotti del 5%.

Con successivi provvedimenti si è incluso nel budget dei Presidi e IRCCS anche il costo dei farmaci da rendicontare con il file f) e le prestazioni ambulatoriali relative agli accessi in Pronto Soccorso non seguiti da ricovero.

L'art. 15 comma 14 del D.L. 06/07/2012 n. 95 convertito in legge 07/08/2012 n. 135 prevede che " a tutti i singoli contratti e a tutti i singoli accordi vigenti nell'esercizio 2012, ai sensi dell'art. 8 quinquies del decreto legislativo 30/12/1992 n. 502, per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, si applica una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi d'acquisto in misura percentuale fissa, determinata dalla regione o dalla provincia autonoma, tale da ridurre la spesa complessiva annua, rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011, dello 0,5 per cento per l'anno 2012, dell' 1 per cento per l'anno 2013 e del 2 per cento a decorrere dall'anno 2014."

L'ultimo capoverso di detto comma precisa che il livello di spesa determinatosi per il 2012 a seguito dell'applicazione della misura di contenimento su indicata costituisce il livello di spesa per gli acquisti delle prestazioni sanitarie presso gli operatori privati accreditati su cui le regioni adottano a decorrere dall'anno 2013 tutte le misure necessarie a garantire il conseguimento degli obiettivi di risparmio programmati ai sensi dell'art. 17, comma 1, lettera a) del decreto legge 06/07/2011, n. 98, convertito, con modificazioni, dalla legge 15/07/2011, n. 111.

Inoltre con il Decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze del 18/10/2012, in applicazione dell'articolo 15, commi 15,16,17, e 18 del decreto-legge 06/07/2012, n. 95, convertito, con modificazioni, in legge 07/08/2012 n. 135, sono state determinate le tariffe massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, di assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di specialistica ambulatoriale, valide dalla data di entrata in vigore del decreto e fino al 31/12/2014.

Il comma 17 dell'articolo 15 del decreto-legge succitato prevede che per le regioni che hanno sottoscritto l'accordo di cui all'art. 1, comma 180, della legge 30/12/2004, n. 311 e successive modificazioni le tariffe massime di detto decreto costituiscano un limite invalicabile.

In merito ai contratti e a tutti i singoli accordi previsti dall'art. 8 quinquies del decreto legislativo 30/12/1992 n. 502, per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera la Regione Piemonte intende adeguarsi fin da subito alle disposizioni a quanto previsto per il 2014 dalle attuali disposizioni di legge applicando, ai sensi dell'art. 15 comma 14 del D.L. 06/07/2012 n. 95 convertito in legge 07/08/2012 n. 135 a tutti i singoli contratti e a tutti i singoli accordi vigenti nell'esercizio 2012 una riduzione sull'importo complessivo del consuntivo 2011, o del singolo contratto 2011, se di valore superiore del 3% sia per il 2013 che per gli anni successivi 2014 e il 2015. Nel contempo ritiene indispensabile rivedere il reale fabbisogno delle singole tipologie di prestazioni che è necessario acquistare da dette strutture al fine di migliorare costantemente la risposta al bisogno di salute.

Con la deliberazione di Giunta, DGR 11-5725 del 29.04.2013, si è disposto di:

- prorogare sino al 30/06/2013 i contratti con le strutture equiparate a quelle pubbliche stipulati per il biennio 2011/2012, stabilendo che il budget del primo semestre 2013 sia pari complessivamente e per le singole aree produttive (ospedaliera per residenti nella regione Piemonte e stranieri, ospedaliera per residenti in altre Regioni d'Italia, specialistica ambulatoriale per i residenti nella Regione Piemonte e stranieri, specialistica ambulatoriale per i residenti in altre Regioni d'Italia) al 98% per le prestazioni ospedaliere, e 98% per le prestazioni ambulatoriali dei sei dodicesimi del volume di produzione e del relativo valore medio consuntivato nel 2011 e 2012;
- autorizzare le ASL a prorogare sino al 30/06/2013 i contratti stipulati con le strutture private per gli anni 2011/ 2012 stabilendo che il budget del primo semestre 2013 sia pari complessivamente e per le singole aree produttive (ospedaliera per residenti nella regione Piemonte e stranieri , ospedaliera per residenti in altre Regioni d'Italia, specialistica ambulatoriale per i residenti nella Regione Piemonte e stranieri, specialistica ambulatoriale per i residenti in altre

Regioni d'Italia) al 98% per le prestazioni ospedaliere, e 98% per le prestazioni ambulatoriali dei sei dodicesimi del volume di produzione e del relativo valore medio consuntivato nel 2011 e 2012;

- dare atto che le eventuali economie derivanti dall'applicazione delle tariffe determinate con Decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze del 18/10/2012 comportano una ulteriore riduzione dei budget con decorrenza dalla data del provvedimento regionale di revisione e adozione delle nuove tariffe;
- precisare che i suddetti budget del 1° semestre 2013 sono da considerarsi provvisori, salvo conguaglio all'interno dei volumi che saranno definiti per l'intero anno 2013, e che la proroga dei contratti è attuata esclusivamente, nella salvaguardia della tutela della popolazione, ai fini della continuità assistenziale per cui non costituisce in alcun modo presupposto ai fini dell'attribuzione del budget 2013 e 2014;
- precisare che per quanto non regolamentato dal provvedimento di proroga deve considerarsi vigente la disciplina prevista dal testo dei contratti per il biennio 2011/2012 ad eccezione della possibilità di parziale compensazione che, come richiesto dai competenti Ministeri, dal 01/01 dell'anno corrente non è più possibile effettuare tra le singole aree produttive ed in particolare tra il valore della produzione per i residenti della Regione Piemonte e quella in favore dei residenti di altre Regioni.

La Regione inoltre ha adottato la D.G.R. n. 4 – 6038 del 2 luglio 2013, avente ad oggetto “Definizione criteri e modalita' per la determinazione dei volumi di attivita' e dei tetti di spesa per l'anno 2013 degli erogatori privati e di quelli equiparati a quelli pubblici”, integrata e parzialmente modificata con le DD.G.R. n. 21-6345 e n. 22-6346, entrambe del 09/09/2013. Sulla base di detti criteri il Direttore della Direzione Sanità con Determinazione assunta il 09/09/2013 ha definito i budget di ogni struttura per l'anno 2013 che prevedono una riduzione della spesa complessiva rispetto:

- a quella risultante dal CE consolidato 2011 i di €49,987 mln. (pari al 6,96% imputabile per circa il 3% alla riduzione del budget e per circa il 4% all'applicazione delle tariffe di cui al DM 18 ottobre 2012) di cui una diminuzione di quella ospedaliera di €31,774 mln., quella ambulatoriale di € 15,034 mln. e €3,179 mln. dei finanziamenti per funzione;
- a quella risultante dal consuntivo IV trimestre 2012 di € 36,575 (-5,19%.) mln. di cui una diminuzione di quella ospedaliera di € 19,466 mln., di quella ambulatoriale di € 13,930 mln. e dei finanziamenti per funzione di €3.179.000,00.

Per il biennio 2014 e 2015 verranno stipulati entro il 31 dicembre 2013 con le singole strutture private e con gli Istituti Classificati accordi contrattuali che prevedono per ogni struttura la riduzione del 3% suddetta . Le economie derivanti dalla applicazione del nuovo tariffario saranno utilizzate per il 50% per ridurre la spesa e il restante 50% per adeguare all'effettivo fabbisogno il volume e la tipologia di prestazioni acquistate e risolvere alcune problematiche inerenti i processi non consolidati .. In applicazione di detto principio il budget di alcune strutture potrà essere ridotto per l'intero importo delle economie derivanti dall'applicazione del nuovo tariffario mentre il budget di altre strutture potrà essere adeguato all'effettivo fabbisogno. Per le prestazioni di specialistica ambulatoriale il budget annuo verrà attribuito al netto di tutti i ticket. .

Le riduzioni della spesa sopra descritte comportano per il 2014 e 2015 una spesa complessiva per le prestazioni acquistate dagli erogatori privati o dagli Istituti Classificati pari a quella prevista per il 2013 e cioè un costo complessivo di € 668.035.381,00 di cui €489.779.161,00 (compresi €8.326.000,00 di finanziamento per funzioni) per quella ospedaliera e € 178.256.220,00 per quella specialistica ambulatoriale.

Con apposita D.G.R. del 30 dicembre 2013 è stato adottato dalla Giunta Regionale un provvedimento ricognitivo per valutare il grado di raggiungimento dei risultati attesi dalla corretta applicazione dell'art.15, comma 14, del D.L. 95/2012 in termini di impatto economico sia per il 2012 che per i successivi anni, a partire dai dati di consuntivo 2011 risultanti dal CE consolidato regionale.

Con detto provvedimento si è dato atto che:

- il valore complessivo della produzione degli Istituti Classificati e degli erogatori privati, risultante dal CE consolidato 2011 (€ 718,021mln.), è inferiore a quello programmato (€ 723,843 mln.) di circa 5,8 mln.;
- quello del CE consolidato 2012 (€ 703,423 Mln.) è inferiore di circa 20 milioni rispetto al programmato dell'Addendum (€ 723,843 Mln.) e di circa 14,5 Mln. rispetto al consolidato 2011 (€718,021 Mln.), corrispondente ad una riduzione del 2,03%, superiore quindi di circa l' 1,5% a quanto richiesto dalla vigente normativa;
- il budget 2013 stabilito con Determina n. 698 del 09/09/2013, sommato al finanziamento per funzione di € 8,326 mln. definito con DGR 12-6038 del 02/07/2013, ammonta

complessivamente a € 668,035 mln. con una riduzione di 48,987 mln. rispetto al CE consolidato 2011 (€718,021 mln.) pari al 6,96% di cui circa il 3% imputabile alla riduzione di budget e circa il 4% imputabile alla riduzione delle tariffe di cui al DM 18 ottobre 2012 .

Risultati programmati

- Ridefinizione dei budget 2014 e 2015 nel rispetto di quanto previsto dall'art. 15 comma 14 del D.L. 06/07/2012 n. 95 convertito, con modificazioni, dalla legge 07/08/2012 n. 135.
- Definizione dei budget 2016 e 2017 in base al monitoraggio del fabbisogno effettuato nel biennio precedente.

Indicatori di risultato

- Adozione del provvedimento di approvazione dei budget per il biennio 2014-2015, entro il 31/12/2013.
- Adozione del provvedimento di approvazione dei budget 2016 e 2017, entro il 31/12/2015.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore "Risorse Finanziarie" e Dirigente responsabile del Settore "Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali" della Direzione Regionale Sanità.

Azione 7.6.2: Schema tipo di accordo, che preveda l'indicazione delle modalità di controllo delle prestazioni erogate (anche tramite il Sistema Tessera Sanitaria) e della relativa remunerazione

La D.G.R. n. 4 – 6038 del 2 luglio 2013, avente ad oggetto "Definizione criteri e modalita' per la determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa per l'anno 2013 degli erogatori privati e di quelli equiparati a quelli pubblici", ha approvato anche lo schema di accordo da stipulare tra la Regione Piemonte e i Presidi ex art. 43 L.833/78 e IRCCS, nonché quello che deve essere utilizzato dalle AA.SS.LL per la stipula dei contratti con le singole strutture.

Nel frattempo i competenti servizi regionali definiscono, nell'ambito dei budget attribuibili, in accordo con le Aziende Sanitarie Regionali (ASL e ASO/AOU) i volumi e le tipologie di prestazioni da acquistare presso ogni Presidio ex art. 43, ogni IRCCS e ogni soggetto privato accreditato per tutte le tipologie di prestazioni acquistate da soggetti privati, con particolare riferimento all'assistenza specialistica ambulatoriale e all'assistenza ospedaliera.

Risultati programmati

- Gestione efficace dei rapporti con gli erogatori privati attraverso l'attuazione di quanto previsto dello schema tipo per la stipula degli accordi contrattuali, di cui alla D.G.R. n. 4 – 6038 del 2 luglio 2013.

Indicatori di risultato

- Attuazione del provvedimento di adeguamento delle tariffe a quelle previste dal tariffario approvato con decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze del 18/10/2012, in applicazione dell'articolo 15, commi 15,16,17, e 18 del decreto-legge 06/07/2012, n. 95, convertito, con modificazioni, in legge 07/08/2012 n. 135.
- 2014: incremento di almeno il 5%, rispetto al 2012, del numero di SDO e di prestazioni ambulatoriali sottoposte ai controlli di primo, di secondo e di terzo livello.
- 2015: incremento di almeno il 10%, rispetto al 2012, del numero di SDO e di prestazioni ambulatoriali sottoposte ai controlli di primo, di secondo e di terzo livello.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore "Risorse Finanziarie" e Dirigente responsabile del Settore "Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali" della Direzione Regionale Sanità.

Intervento 7.7: Sperimentazioni gestionali

Con la legge regionale n. 1 del 31.01.2012 - pubblicata sul B.U.R.P. n. 5 del 2.02.2012 - recante: "Sostituzione dell'articolo 23 della legge regionale 23/05/2008, n. 12 (Legge finanziaria per l'anno 2008)", sono stati definiti i principi cui devono attenersi le ASR che partecipano ad organismi di natura societaria e, con specifico riferimento ai programmi di sperimentazione gestionale ex art. 9 bis d.lgs.

502/92 e s.m.i., si è provveduto a delineare il percorso per l'avvio della sperimentazione, la gestione e la eventuale conversione della stessa da regime sperimentale a regime ordinario.

Con la definizione della norma di cui trattasi l'amministrazione regionale ha innanzitutto inteso dotarsi di uno strumento che, in mancanza di una specifica normativa nazionale attuativa del disposto di cui all'art. 9 bis d.lgs. 502/92 e s.m.i., consentisse, una volta conclusa la sperimentazione e subordinatamente al buon esito della stessa, di procedere alla stabilizzazione del modello organizzativo sulla base di un chiaro quadro normativo superando il regime delle proroghe avviato con i precedenti provvedimenti legislativi regionali (L.R. 12/2008 art. 23 e s.m.i.).

In particolare, l'articolo fissa la durata massima della sperimentazione gestionale (5 anni) prevedendo altresì la possibilità di una proroga della stessa (per un periodo non superiore a 5 anni) qualora ciò si renda necessario per il completamento del piano di attività e finanziario approvati in sede di autorizzazione del programma. Decorso il termine di cui trattasi l'Amministrazione, effettuate le opportune verifiche in merito alla convenienza economica ed alla conformità rispetto alla programmazione regionale, dispone la chiusura della sperimentazione ovvero, qualora sussistano le condizioni necessarie alla conversione, il passaggio da regime sperimentale a regime ordinario.

Il legislatore regionale, inoltre, nell'ambito della norma ha previsto, con riferimento alle partecipazioni delle ASR ad organismi societari non riconducibili al modello disciplinato dall'art. 9 bis d.lgs. 502/92 e s.m.i., che le stesse, seppure non soggette al regime di autorizzazione regionale, siano comunque sottoposte ad una preventiva valutazione da parte della Giunta regionale con riferimento all'assetto organizzativo, economico-funzionale nonché in merito ai fini perseguiti, che dovranno essere coerenti con i fini istituzionali dell'ASR; ciò anche in conformità alle finalità di contenimento di cui alla legge 244/2007.

Centro Ortopedico di Quadrante Ospedale Madonna del Popolo di Omegna.

Con deliberazione n. 69-5191 del 28.12.2012 la Giunta regionale, in conformità al percorso normativo delineato dal sopraccitato articolo 23 della L.R. 12/2008 e s.m.i., ha autorizzato la trasformazione della gestione sperimentale dei servizi in gestione ordinaria con riferimento alla sperimentazione gestionale ex art. 9 bis d.lgs. 502/92 e s.m.i. relativa alla S.p.A. "Centro Ortopedico di Quadrante" per la gestione del presidio ospedaliero "Madonna del Popolo" di Omegna.

Nell'ambito del provvedimento di cui trattasi sono state altresì individuate le condizioni necessarie per la trasformazione ed i vincoli, principi ed elementi di garanzia in ottemperanza dei quali dovrà operare la società mista denominata C.O.Q. S.p.A.

La S.p.A. denominata "Centro Ortopedico di Quadrante Ospedale Madonna del Popolo di Omegna" – C.O.Q. S.p.A., società mista a prevalente capitale pubblico, si è costituita in data 19.07.2002 fra l'ASL VCO e la società a responsabilità limitata Casa di Cura S. Rita in raggruppamento d'impresa con Generale de Santè; il programma di cui trattasi veniva avviato, nel 01/2003, con riferimento alle attività dell'intero presidio di Omegna.

La sperimentazione si inseriva nell'ambito di un percorso di riorganizzazione dell'erogazione delle prestazioni di ricovero del sistema ospedaliero nella realtà territoriale delle tre aree geografiche Verbano, Cusio ed Ossola; percorso che prevedeva, fin dall'avvio della sperimentazione, un incremento, in tale ambito geografico, delle specializzazioni in campo ortopedico e riabilitativo finalizzato a costituire un polo di riferimento agli utenti residenti nell'area regionale ed extra-regionale, in termini di affidabilità, di completezza e facilità di fruizione.

Sotto il profilo dei risultati economico-finanziari conseguiti nell'ambito del programma di sperimentazione gestionale occorre rilevare che la società COQ S.p.A. ha chiuso gli esercizi successivi in costante e progressivo miglioramento.

Con la trasformazione disposta con il sopraccitato provvedimento deliberativo la Giunta regionale ha ritenuto, a conclusione della fase di sperimentazione e valutati positivamente i risultati conseguiti con la stessa, di conferire stabilità al modello organizzativo-gestionale avviato, fin dal 2003, presso l'ospedale di Omegna. Per la fase della gestione dei servizi in regime ordinario la citata DGR n. 69-5191 del 28.12.2012 prevede che la struttura Ospedale "Madonna del Popolo" di Omegna resta a tutti gli effetti un ospedale pubblico che va ad integrarsi nella rete dei servizi ospedalieri e territoriali dell'ASL territorialmente competente, quale presidio ospedaliero a prevalente profilo ortopedico-riabilitativo, che dovrà tendere sempre più alla connotazione monospecialistica di cui al PSSR 2012-2015. La trasformazione non comporta una modifica nella natura giuridica dell'organismo societario: l'ASL VCO mantiene la maggioranza pubblica del capitale sociale e nella composizione degli organi. La potenziale dotazione della struttura è pari a 125 posti letto; le attività oggetto di conversione sono quelle di cui all'attuale dotazione di posti letto: attività di degenza per complessivi 93 posti letto articolati nelle discipline di: ortopedia 32 p.l., rieducazione funzionale 25 p.l., medicina 23 p.l.; attività di day surgery per complessivi 13 p.l. articolati in 3 p.l. di medicina e 10 p.l. di *day surgery* multispecialistico.

Gli atti e patti parasociali disciplinano le forme e le modalità di utilizzo dei beni da parte della società ed individuano forme e modalità di pronta attuazione per la risoluzione del contratto e lo scioglimento degli organi sociali nel caso di cessazione della società; in particolare tutti gli oneri connessi agli investimenti necessari a garantire la piena funzionalità della struttura sono a carico esclusivo della società.

In materia di personale la trasformazione in gestione ordinaria non comporta modifiche relative ai profili giuridici ed economici del personale pubblico e privato ivi impiegato. Per il personale assunto dalla società il reclutamento ed il conferimento di incarichi dovrà avvenire nel rispetto dei principi di trasparenza, pubblicità ed imparzialità in coerenza con quanto previsto dalla normativa vigente.

L'ASL dovrà provvedere ad un'integrazione funzionale del presidio nell'ambito della rete ospedaliera regionale anche attraverso la definizione, in stretto coordinamento con le ASR dell'Area Sovrazonale di appartenenza (Area che comprende: ASL VC, ASL BI, ASL NO, ASL VCO e AOU "Maggiore della Carità" di Novara), di un Piano di organizzazione dei Servizi finalizzato a programmare strategicamente l'offerta congiunta delle prestazioni sanitarie sul territorio, per migliorare la qualità delle stesse, recuperare la mobilità e contenere i costi ottimizzando le sinergie delle risorse. Il Piano dovrà essere oggetto di monitoraggio sia a livello aziendale che regionale.

Per ciò che riguarda il recupero della mobilità passiva per i principali DRG trattati dal COQ, esaminando il fabbisogno della popolazione del VCO, si rileva che il confronto tra il dato dell'anno 2003 ed il dato relativo all'anno 2011 dimostra una significativa diminuzione percentuale sia della mobilità passiva regionale (MPR) che di quella extraregionale (MPE); in particolare per la MPR si passa dal 17,6% del totale del fabbisogno nell'anno 2003 al 13,3% dell'anno 2011 e per la MPE si passa dal 18,9% del totale del fabbisogno nell'anno 2003 al 14,2% dell'anno 2011 da ricondurre principalmente all'incremento dell'attività del COQ passata dal 19,9% del fabbisogno totale dell'anno 2003 al 36% dell'anno 2011. Per ciò che riguarda l'area dell'ex quadrante (ASL Novara, Vercelli e Biella) si rileva che il confronto tra il dato dell'anno 2006 (il primo per il quale è rilevabile il dato sulla mobilità passiva) ed il dato relativo all'anno 2011 dimostra per i DRG trattati dal COQ una significativa diminuzione percentuale sia della mobilità passiva regionale (MPR) che di quella extraregionale (MPE); in particolare per la MPR si passa dal 28% del totale del fabbisogno nell'anno 2006 al 24% dell'anno 2011 e per la MPE si passa dal 16% del totale del fabbisogno nell'anno 2006 al 14,2% dell'anno 2011. Ciò può ricondursi almeno in parte all'incremento dell'attività del COQ per le ASL del quadrante passata dal 7% del fabbisogno totale delle ASL del quadrante dell'anno 2006 al 11% dell'anno 2011..

Per permettere un ulteriore recupero della mobilità passiva, nell'ambito del passaggio alla gestione ordinaria è prevista una maggiore integrazione operativa (è già stata stipulata una specifica convenzione) tra le strutture ortopediche di ASL e COQ con un interscambio di operatori sui due presidi al fine di ridurre i tempi di attesa rispondendo alla domanda con un ampliamento della disponibilità al COQ ed in ASL di posti letto a diversa intensità di cura rispondenti ai bisogni di pazienti con diverse caratteristiche cliniche e di rischio.

S.A.A.P.A. spa (Società Assistenza Acuzie e Post-Acuzie) Ospedale civico "Città di Settimo Torinese".

Con deliberazione n. 20-10663 del 2/02/2009, la Giunta regionale, ai sensi dell'art. 9 bis del d.lgs. 502/92 e s.m.i., autorizzava le Aziende sanitarie locali TO4 e TO2 alla realizzazione del programma di sperimentazione gestionale per la gestione, sia a fini sanitari che socio-sanitari, della struttura sita in Settimo T.se., attraverso la società S.A.A.P.A. S.p.A., società mista a prevalente capitale pubblico, appositamente costituita, e partecipata dalle due ASL, dall'Azienda Sviluppo Multiservizi (ASM) S.p.A. di Settimo Torinese (ora Comune di Settimo T.se) e dalla Cooperativa sociale P.G Frassati (socio privato).

Il programma è finalizzato ad ospitare nella struttura "Ospedale civico di Settimo T.se" attività territoriali, residenziali e di ricovero in regime di post-acuzie allo scopo di soddisfare il fabbisogno del bacino di utenza dell'area di riferimento, con particolare riguardo ai bisogni della popolazione anziana in condizioni di non autosufficienza; è stata inoltre prevista la possibilità di insediare nella struttura anche attività di specialistica ambulatoriale a livello distrettuale.

I posti letto all'interno della struttura sono suddivisi come di seguito: deospedalizzazione protetta "RSA": 80 p.l.; lungodegenza: 71 p.l.; medicina fisica riabilitativa (RRF cod. 56): 60 p.l..

L'avvio delle attività oggetto di autorizzazione è iniziato il 29/04/2009 e si è concluso nel febbraio 2010 con l'attivazione del reparto di riabilitazione; nel corso dell'anno 2011 è stata consolidata l'attività raggiungendo la piena operatività nei 3 servizi (RSA, lungodegenza, RRF). In parallelo la società ha avviato, all'interno della struttura, un'attività ambulatoriale con il fine di utilizzare spazi non utilizzati e contribuire all'abbattimento degli importanti costi fissi della struttura.

Sin dal 2010, inoltre, verificato il non equilibrio economico del progetto di sperimentazione, è stata avviata un'attività di verifica e di analisi del programma allo scopo di renderlo economicamente sostenibile nel tempo, anche attraverso una riqualificazione delle attività.

Il progetto di riqualificazione delle attività sanitarie svolte presso l'ospedale di Settimo è tuttavia, al momento, sospeso data l'esigenza dell'ASL TO4 di trasferirvi le attività di lungodegenza (complessivi n. 12 p.l.) per il tempo necessario a realizzare gli interventi di ristrutturazione in corso presso il presidio di Chivasso.

A partire dal conto economico 2011, in conseguenza dell'entrata a regime dell'attività della struttura, i risultati economico-finanziari, sebbene non ancora in pareggio, risultano in progressivo miglioramento.

Con l'inizio del 2014 si concluderà il primo quinquennio della sperimentazione e pertanto, in conformità con quanto previsto dal succitato articolo 23 della L.R. 12/2008 e s.m.i., la Giunta regionale sarà chiamata a decidere se disporre il passaggio da regime sperimentale a regime ordinario oppure se prevedere un periodo di proroga della stessa (che non potrà comunque esser superiore al quinquennio) allo scopo di sottoporre il programma ad ulteriori valutazioni, specie con riguardo al profilo della sostenibilità economica. E' inoltre prevista, nell'anno 2013, l'avvio di percorsi di continuità assistenziale attraverso la definizione di specifici accordi fra S.A.A.P.A. spa e AA.SS.LL. TO2 e TO4 nonché, nel biennio 2014-2015, un percorso di analisi e monitoraggio dello stato di attuazione dei percorsi di continuità assistenziale intrapresi, sia sotto il profilo della coerenza rispetto alle previsioni di cui agli accordi stipulati, sia con riguardo alle azioni di miglioramento necessarie per superare le eventuali criticità.

Risultati programmati

- Completamento del percorso di Integrazione dell'Ospedale "Madonna del Popolo" di Omegna nella rete ospedaliera regionale;
- miglioramento, da parte di S.A.A.P.A. spa, del risultato economico-finanziario attraverso il raggiungimento del pareggio di bilancio nell'esercizio 2013;
- valutazione, a conclusione del quinquennio, degli esiti della sperimentazione gestionale relativa a S.A.A.P.A. s.p.a. sotto il profilo della convenienza economica, della qualità dei servizi e della conformità alla programmazione socio-sanitaria regionale;
- avvio di percorsi di continuità assistenziale attraverso la definizione di specifici accordi fra S.A.A.P.A. spa e AA.SS.LL. TO2 e TO4

Indicatori di risultato

- entro 31/03/2014 definizione, da parte dell'ASL VCO, di un Piano di organizzazione dei Servizi attraverso lo stretto coordinamento con le altre ASR dell'Area Sovrazonale di appartenenza (ASL VC, ASL BI, ASL NO, e AOU "Maggiore della Carità" di Novara);
- biennio 2014-2015 report monitoraggio attuazione piano di organizzazione servizi;
- entro il 30/06/2014 adozione dei provvedimenti di cui all'art. 23 della L.R. 12/2008 e s.m.i. in merito alla sperimentazione gestionale relativa a S.A.A.P.A. spa;
- entro il 31/03/2014 definizione di accordi di continuità assistenziale fra S.A.A.P.A. spa e AA.SS.LL. TO2 e TO4 e avvio relativi percorsi;
- biennio 2014-2015 report di analisi e monitoraggio dello stato di attuazione dei percorsi di continuità assistenziale intrapresi.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore "Risorse Finanziarie" e Dirigente responsabile del Settore "Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali" della Direzione Regionale Sanità.

Intervento 7.8: Rapporti con le Università pubbliche: sottoscrizione dei protocolli di intesa

Le Università pubbliche del Piemonte sono l'Università degli Studi di Torino e l'Università del Piemonte Orientale "A. Avogadro", con sede in Vercelli. Il protocollo d'intesa per definire le modalità della partecipazione delle due Università alle attività del Servizio sanitario regionale fu siglato in data 2 aprile 2001, a seguito dei lavori dell'apposita commissione paritetica Regione-Università. Tale documento, richiamandosi alla nozione di "aziende miste" di cui all'articolo 2, comma 4, del D.M. 31 luglio 1997, si fondava sulla previsione che le aziende ospedaliere (A.O.) San Giovanni Battista di Torino, San Luigi di Orbassano e Maggiore della Carità di Novara fossero qualificate "Ospedali di insegnamento", "in cui le Università garantiscono la prevalenza del percorso formativo delle Facoltà di

Medicina e Chirurgia... in modo da assicurare il pieno svolgimento delle funzioni didattiche e scientifiche delle Facoltà stesse”, e quindi la piena integrazione tra attività assistenziali, didattiche e scientifiche. Inoltre si prevedeva la possibilità del coinvolgimento delle Università nell’organizzazione di altre aziende, sedi pertanto solo di una parte dei percorsi formativi suddetti. Successivamente la legge regionale n. 18 del 2007 ha previsto, ai fini dell’organizzazione del servizio sanitario della Regione Piemonte, in esecuzione del decreto legislativo n. 517/1999, la costituzione delle Aziende Ospedaliero-Universitarie (A.O.U.); conseguentemente, alle suddette Aziende ospedaliere San Giovanni Battista di Torino, San Luigi di Orbassano e Maggiore della Carità di Novara fu attribuito lo status di Azienda ospedaliero-universitaria, con la deliberazione del Consiglio regionale n. 136-39452 del 22 ottobre 2007. A partire dal 2012, con l’approvazione del piano socio-sanitario regionale 2012-2015 (d.C.R. n. 167-14087 del 3 aprile 2012), ferme restando le A.O.U. San Luigi di Orbassano e Maggiore della Carità di Novara, era stata individuata la nuova A.O. Città della Salute e della Scienza di Torino, risultante dall’accorpamento dell’A.O.U. San Giovanni Battista e delle A.O. C.T.O./M.Adelaide e S.Anna/Regina Margherita, già sedi di rilevanti parti del percorso formativo della Scuola di Medicina e Chirurgia, nonché di numerose strutture a direzione universitaria. La Regione successivamente, con D.C.R. n. 257-35502 del 12.11.2013, ha conferito ~~intende ora conferire~~ anche all’Azienda “Città della Salute e della Scienza” di Torino, con decorrenza 01.01.2014 lo status di Azienda Ospedaliero-Universitaria in quanto è sede del corso di laurea in Medicina e Chirurgia ed è fortemente caratterizzata dall’integrazione tra le componenti ospedaliere e le componenti universitarie, anche sotto l’aspetto strutturale e logistico. La Regione ha nel contempo avviato il procedimento di revisione del Protocollo d’intesa con le Università di Torino e del Piemonte Orientale, in applicazione del d.lgs. n. 517/1999, anche al fine di ridefinire gli aspetti economici, organizzativi e gestionali - che debbono esser coerenti con la programmazione statale e regionale - ed i vincoli di natura finanziaria. In particolare è prevista la razionalizzazione dei dipartimenti ad attività integrata, delle strutture complesse e semplici delle A.O.U., stabilendo che a queste si applichino gli standard di cui all’art. 12, comma 1, lett. b), del Patto per la Salute 2010-2012, approvati in data 26 marzo 2012. E’ inoltre previsto che le misure di contenimento dei costi delle risorse umane siano applicate a tutto il personale che opera nelle A.O.U., ivi compreso il personale universitario convenzionato. Il Protocollo dovrà anche disciplinare le modalità di compartecipazione delle Università ai risultati di gestione delle AOU, secondo quanto disposto dall’art. 10 del DPCM 24 maggio 2001, ed il monitoraggio del grado di efficienza ed economicità delle stesse, ai fini del rispetto dei vincoli finanziari imposti da norme statali e/o regionali.

Risultati programmati

- Sottoscrizione dei protocolli di intesa tra la Regione Piemonte e l’Università di Torino e l’Università del Piemonte Orientale “A. Avogadro”.

Indicatori di risultato

- Regolamentazione dei rapporti tra il SSR e le Università per l’esercizio concertato delle funzioni organizzative e gestionali delle Aziende Ospedaliere Universitarie entro il 30.06.2014.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore “Personale dipendente del SSR e Affari Generali” della Direzione Regionale Sanità.

Valorizzazione Programma 7: Rapporti con gli erogatori

Intervento 7.1: Ricognizione e rimodulazione delle tariffe

Azione 7.1.1: Ricognizione e rimodulazione tariffe assistenza ospedaliera e specialistica

L'applicazione del nuovo tariffario così come previsto dal DM del 18/10/2012 "Remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale", comporta una riduzione media del costo delle prestazioni di assistenza specialistica di ca. il 14% rispetto alla media regionale rilevata nel 2012 per cui è possibile, stimare una riduzione dei costi della specialistica ambulatoriale a parità di attività 2012 di circa 28,24€/mln. . Per l'attività ospedaliera il risparmio annuo stimato, calcolato sulla produzione 2012, escludendo gli effetti delle tariffe in aumento, è di circa 2,4€/mln. per le strutture private e 20,00€/mln. per gli Istituti Classificati.

Le economie derivanti dalla applicazione del nuovo tariffario saranno utilizzate per le annualità 2013-2015 per il 50% al fine di razionalizzare la spesa e il restante 50% al fine di adeguare all'effettivo fabbisogno il volume e la tipologia di prestazioni acquistate e risolvere alcune problematiche inerenti i processi non consolidati. In applicazione di detto principio il budget di alcune strutture potrà essere ridotto per l'intero importo delle economie derivanti dall'applicazione del nuovo tariffario mentre il budget di altre strutture potrà essere adeguato all'effettivo fabbisogno.

Dette economie saranno applicate in sede di definizione del budget in modo da dare certezza alla determinazione qualitativa e quantitativa delle prestazioni che si intendono acquistare dai soggetti erogatori privati.

In considerazione di quanto suddetto l'applicazione del nuovo tariffario comporterà sui budget relativi:

- all'attività ospedaliera una economia annua di circa € 11,2€/mln. di cui 9,9€/mln. sugli accordi con gli Istituti Classificati e 1,3€/mln. sui contratti con le strutture private;
- all'attività di specialistica ambulatoriale una economia annua di circa € 14,12€/mln. di cui 2,91€/mln. sugli accordi con gli Istituti Classificati e 11,21€/mln. sui contratti con le strutture private).

Complessivamente l'intervento sul contenimento della spesa dei rapporti con gli erogatori privati, determinerà una manovra cumulata di risparmio rispetto al tendenziale come di seguito riportato:

- ca. 25,3 €/mln per il 2013;
- ca. 25,3 €/mln per il 2014;
- ca. 25,3 €/mln per il 2015.

Intervento 7.2: Individuazione delle funzioni assistenziali di cui al d.lgs. 502/92, con indicazione dei criteri di calcolo della relativa assegnazione economica

Facendo seguito alle evidenze emerse a seguito delle attività svolte dal gruppo di lavoro regionale, costituito con Determinazione n. 991 del 27/12/2012 del Direttore della Direzione Sanità, per:

- valutare annualmente l'effettiva esigenza del mantenimento dei finanziamenti extra-tariffari alle strutture private, ai Presidi ex art. 43 L. 833/78 e s.m.i. e agli IRCCS;
- valutare se detti finanziamenti extra-tariffari sono giustificati dai costi sostenuti dalle strutture per svolgere la funzione loro attribuita;
- definire le modalità di verifica delle attività svolte dalle strutture suddette per garantire le funzioni loro attribuite.

Per gli Istituti equiparati a quelli pubblici, la Regione Piemonte ha adottato la D.G.R. n. 3 – 6037 del 2 luglio 2013, avente ad oggetto "Decisioni in merito al finanziamento per funzione agli Istituti equiparati a quelli pubblici per l'anno 2013", finalizzata a recepire le proposte del gruppo di lavoro formalizzate nella riunione del 17 giugno 2013 come di seguito riportate:

- confermare i finanziamenti per funzione non legati alla produzione di attività ospedaliera o specialistica ambulatoriale ed in particolare:

- la funzione speciale di rete oncologica oggetto di specifici provvedimenti in applicazione della DGR 48-9824 del 30/06/2003 e s.m.i.;
 - la funzione speciale di corsi di lauree sanitarie oggetto di separati provvedimenti in applicazione della DGR 24-10729 del 09/02/2009.
- retribuire l'attività ospedaliera e di specialistica ambulatoriale con le stesse modalità utilizzate per il finanziamento delle strutture pubbliche e pertanto:
- non riconoscere all'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico ex art. 42, L. 23.12.1978 n. 833 Fondazione Salvatore Maugeri Clinica del Lavoro e della Riabilitazione, presidio di Veruno, via Revislate 13 alcuna funzione speciale in quanto l'attività di area critica sub-intensiva della riabilitazione cardiologia e pneumologica può essere assicurata dalle strutture ospedaliere pubbliche dell'ASL di Novara e in ogni caso l'attività deve essere retribuita a prestazione;
 - riconoscere al Presidio ex art. 43, secondo comma, L. 23.12.1978 n. 833 Gradenigo., sito in TORINO, corso Regina Margherita n. 8 la remunerazione extra-tariffaria per la funzione di Pronto Soccorso 24h per la stessa entità che viene riconosciuta ai presidi ospedalieri pubblici. Per l'anno 2013 tale funzione viene valorizzata per i presidi ospedalieri pubblici in misura pari al 10% dell'intero valore di produzione dell'anno 2012;
 - non riconoscere al Presidio ex art. 43, secondo comma, L. 23.12.1978 n. 833 Istituto Beata Vergine della Consolata, sito in San Maurizio Canavese, Via Fatebenefratelli n. 70 (Fatebenefratelli) alcuna funzione speciale per l'attività di lungodegenza post-acuzie per pazienti inviati dall'Autorità Giudiziaria . Per questi pazienti il tariffario non prevederà abbattimenti per il superamento delle giornate soglia in quanto la dimissione deve essere concordata con l'Autorità Giudiziaria. Tutte le giornate di degenza saranno retribuite a valore intero;
 - non riconoscere al Presidio ex art. 43, secondo comma, L. 23.12.1978 n. 833 San Camillo, sito in Torino, St. Santa Margherita 136 la funzione speciale di attività per l'autismo, cura osteoporosi, prevenzione, diagnosi e cura incontinenza urinaria . Le prestazioni erogate possono essere retribuite secondo tariffario definendo eventualmente specifici protocolli per l'accesso a dette prestazioni.
 - non riconoscere al Presidio ex art. 43, secondo comma, L. 23.12.1978 n. 833 "Ospedale Cottolengo", sito in Torino, via Cottolengo n. 9 la funzione speciale di assistenza sanitaria in regime di ricovero od ambulatoriale a soggetti portatori di handicap in quanto in tutte le strutture pubbliche viene garantita detta assistenza senza alcuna retribuzione extratariffaria.

Di seguito si riporta la manovra stimata rispetto al tendenziale, a seguito del recepimento delle proposte del gruppo di lavoro formalizzate nella riunione del 17 giugno 2013:

Istituti ex art. 42,e 43 della L. 23.12.1978 n. 833			
(€'000)	Variazioni su base annua		
	Costi Cessanti	Ipotesi prudenziale di Costi Emergenti	Risparmio Economico/Finanziario
	a	b	a-b
Fondazione Salvatore Maugeri Clinica del Lavoro e della Riabilitazione	3.180	0	3.180
Gradenigo	6.800	4.373	2.427
Istituto Beata Vergine della Consolata	200	200	0
San Camillo	250	250	0
Ospedale Cottolengo	300	0	300
	10.730	4.823	5.907

Tabella 14 – Rideterminazione funzioni per gli Istituti equiparati a quelli pubblici in attuazione della D.G.R. n. 3 – 6037 del 2 luglio 2013

Poiché l'abolizione delle maggiorazioni tariffarie ha indotto gli IRCCS a richiedere un finanziamento per la loro specifica funzione , prudenzialmente, per l'economie si procede a valorizzare annualmente per l'intero triennio gli effetti economici determinati per il 2013 e cioè 3,179€/mln. (i costi emergenti

dell'Istituto Beata Vergine e San Camillo sono assorbiti nelle manovre di derminazione dei budget 2013 e anni successivi).

Intervento 7.6: Rapporti con gli erogatori privati accreditati

Azione 7.6.1: tetti di spesa e stipula contratti per tutte le tipologie assistenziali coerentemente con quanto disposto dal DL 95/2012;

In merito ai contratti e a tutti i singoli accordi previsti dall'art. 8 quinquies del decreto legislativo 30/12/1992 n. 502, per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera la Regione Piemonte intende adeguarsi fin da subito a quanto previsto per il 2014 dalle attuali disposizioni di legge applicando, ai sensi dell'art. 15 comma 14 del D.L. 06/07/2012 n. 95 convertito in legge 07/08/2012 n. 135 a tutti i singoli contratti e a tutti i singoli accordi vigenti nell'esercizio 2012 una riduzione sull'importo complessivo del consuntivo 2011, o del singolo contratto 2011, se di valore superiore, del 3% sia per il 2013 che per gli anni successivi 2014.e 2015. La riduzione suddetta permette di ridurre la spesa complessiva annua (somma della produzione liquidabile 2011 ospedaliera e specialistica ambulatoriale delle case cura e delle altre strutture private, della analoga produzione degli Istituti Classificati e dei finanziamenti per funzione), a livello regionale, rispetto alla spesa consuntivata 2011, del 6,66% di cui il 2,76% derivante dalla applicazione della riduzione del 3% sugli importi suindicati e il restante 3,9% per la riduzione delle tariffe. Con la riduzione del 2,76% della spesa a consuntivo 2011 viene anticipata e ampliata al 2013 l'azione di riduzione del 2% prevista dalla normativa vigente per il 2014. Detta riduzione permette inoltre di dare piena applicazione al comma 14 suddetto anche per quanto concerne l'ultimo capoverso in quanto la riduzione suddetta comporta una riduzione rispetto al costo complessivo a consuntivo 2012 del 4,64%. L'applicazione dall'anno 2013 dal tariffario approvato con decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze del 18/10/2012, in applicazione dell'articolo 15, commi 15,16,17, e 18 del decreto-legge 06/07/2012, n. 95,convertito,con modificazioni, in legge 07/08/2012 n. 135 comporta sul volume di attività 2012 ridotto nella misura suddetta una ulteriore economia annua di circa 22,00€/mln. per l'ospedaliera e di circa 28,00€/mln. per la specialistica ambulatoriale.

All risultato conseguente alla riduzione del 3% suddetta viene applicata una ulteriore riduzione percentuale in misura pari al 50% della incidenza percentuale delle economie derivanti dalla applicazione delle tariffe, adottate dalla Regione in applicazione del comma 17 dell'articolo 15 del decreto-legge 6 luglio 2012 n. 95, alla produzione 2012 delle singole strutture. In ogni caso l'applicazione delle nuove tariffe non potrà comportare per le singole strutture un budget superiore a quello determinato con l'applicazione della riduzione del 3%. Questo permette di acquistare un mix di prestazioni più consono al reale fabbisogno

In tale ottica la Regione definisce nella misura sottoindicata per l'anno 2013 l'entità del tetto di spesa:

- delle strutture private in complessivi €469.917.907,00 di cui:
 - per l'attività specialistica ambulatoriale €142.800.280,00 di cui 137.600.429,00 per i residenti nella Regione Piemonte e €5.199.851,00 per i residenti in altre Regioni;
 - per l'attività di ricovero €327.117.628,00 di cui € 280.301.733,00 per i residenti nella Regione Piemonte e €46.815.895,00 per i residenti in altre Regioni ;
- degli Istituti equiparati a quelli pubblici in complessivi € 198.892.473,00 di cui:
 - per l'attività specialistica ambulatoriale €35.455.940,00 di cui €34.014.268,00 per i residenti nella Regione Piemonte e €1.441.672,00 per i residenti in altre Regioni;
 - per l'attività di ricovero €154.335.533,00 di cui €127.095.639,00 per i residenti nella Regione Piemonte e € 27.239.874,00 per i residenti in altre Regioni ;

Tale definizione dei tetti comporta una riduzione della spesa complessiva rispetto:

- a quella consuntivata per il 2011 di €47.632.856 pari al 6,66%) di cui una diminuzione di quella ospedaliera di € 24.625.022,00, quella ambulatoriale di € 19.828.834,00 e € 3.179.000,00 dei finanziamenti per funzione;
- a quella consuntivata per il 2012 di € 35.881.694 (-5,01%.) di cui una diminuzione di quella ospedaliera di € 8.445.957,00, di quella ambulatoriale di €24.256.737,00 e dei finanziamenti per funzione di €3.179.000,00

Per il biennio 2014 e 2015 verranno stipulati entro il 31 dicembre 2013 con le singole strutture private e con gli Istituti Classificati accordi contrattuali che prevedono complessivamente gli stessi importi.

Complessivamente l'intervento sul contenimento della spesa verso gli erogatori privati accreditati, escludendo l'effetto delle manovre nazionali (DL 95/2012) già scontate nel Tendenziale determinerà una ulteriore manovra regionale cumulata di risparmio come di seguito riportato:

- ca. 6 €/mln per il 2013;
- ca. 2,5 €/mln per il 2014;
- ca. 2,5 €/mln per il 2015.

Inoltre si evidenzia che a partire dal 2012 nelle voci di CE "BA08080" e "BA0620" sono stati rilevati i costi per le prestazioni specialistiche di erogatori pubblico-privati di società partecipate, pari a 30,9 €/mln, classificate fino al 2011 nelle voci di CE inerenti i beni e servizi. Per tali tipologie di spesa, nelle more delle attività regionali riportate nell'intervento 7.7, prudenzialmente si è tenuto conto esclusivamente del risparmio scontato nel tendenziale per applicazione del DL 95/2012.

Programma 8: Formazione e comunicazione ai cittadini

Il programma, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- formazione del personale, ivi compreso sistemi di job evaluation, performance measurement e incentivazione (Tabelle 18 e 19);
- promozione della carta dei servizi nelle Aziende sanitarie;
- attivazione di azioni finalizzate alla rilevazione sistematica della qualità percepita dagli utenti/cittadini;
- piano di formazione aziendale per la sicurezza dei pazienti (Root cause analysis, Audit Clinico).

Formazione e comunicazione ai cittadini: valorizzazione manovre (€m ln)			
	2013	2014	2015
Formazione e comunicazione ai cittadini	-	-	-
Formazione del personale	-	-	-
<i>Formazione del personale</i>	-	-	-
<i>Strumenti di valutazione dei dirigenti medici e sanitari</i>	-	-	-
Promozione della carta dei servizi	-	-	-
Attivazione di azioni finalizzate alla rilevazione sistematica della qualità percepita dagli utenti/cittadini	-	-	-
Piano di formazione aziendale per la sicurezza dei pazienti (Root cause analysis, Audit Clinico)	-	-	-

Tabella 15 – Sintesi manovre

Intervento 8.1: Formazione del personale

Azione 8.1.1: Formazione del personale

Le indicazioni dettate dalla Conferenza Stato Regioni del 05/11/2009, e successivo regolamento applicativo del 13/01/2010 e del 19/04/2012, hanno reso necessario l'avvio anche in Piemonte (da 01/2012) del percorso di accreditamento dei provider di formazione, pubblici e privati. Tale accreditamento è stato possibile grazie all'utilizzo di una piattaforma informatica con la quale già si procedeva all'accREDITAMENTO degli eventi formativi.

La piattaforma ECM consente la gestione e il controllo di circa 63.000 professionisti sanitari piemontesi disponendo:

- dell'anagrafica completa di tutto il personale sanitario (n. totale degli operatori, profili professionali, loro collocazione e situazione lavorativa);
- dell'anagrafe regionale dei crediti ECM;
- del dossier formativo dei professionisti;

e consentendo:

- l'analisi e il monitoraggio delle attività formative svolte;
- l'analisi, la verifica e il controllo dei costi della formazione.

La Regione Piemonte, con l'istituzione di un nuovo sistema regionale di programmazione, gestione e controllo della formazione dei professionisti sanitari, ha iniziato un percorso di qualità e di congruenza con gli obiettivi prefissati dal Piano Socio Sanitario Nazionale e Regionale.

Sono in fase di consolidamento gli organismi previsti dal sistema ECM Piemonte:

- Comitato ECM con funzioni di programmazione e indirizzo;

- Commissione ECM con funzioni operative, di studio e di approfondimento di tematiche inerenti criteri e modalità di fruizione della formazione, nonché di gestione e verifica della piattaforma regionale;
- Osservatorio della qualità con funzione di analisi dati per consentire:
 - la diffusione di informazioni relative alla popolazione formata, alla distribuzione sul territorio e alla fruibilità ed accessibilità alla formazione stessa;
 - la valutazione della corrispondenza dell'attività formativa con le linee di indirizzo regionali;
 - la valutazione delle ricadute della formazione sull'attività lavorativa.

Per l'ausilio offerto ai provider accreditati, pubblici e privati, nel percorso di qualità della formazione la Regione ha previsto il versamento di un contributo annuo di Euro 2.500 a provider (come contemplato nella L.388/2000, dalla L. 244/2007 e DPR 21/05/2009), incasso che consente la copertura quasi totale delle spese relative alla gestione della piattaforma regionale.

Nell'ottica di perseguire il miglior servizio di cura con il minimo dei costi, si stanno seguendo percorsi di formazione che, utilizzando diverse metodologie complementari (formazione residenziale, formazione a distanza e formazione sul campo), consentano l'ottimizzazione del risultato riducendo gli sprechi e i costi inutili.

Ad oggi la piattaforma regionale oltre a "guidare" la formazione sanitaria evitando duplicazioni di interventi, garantisce la realizzazione omogenea delle attività formative, con modalità e criteri analoghi su tutto il territorio regionale. Anche la Formazione a distanza viene registrata sulla piattaforma ECM e si sta valutando un progetto di gestione centralizzata di pacchetti FAD da rendere disponibili sul territorio regionale.

E' inoltre intenzione della Regione Piemonte valorizzare al meglio l'ulteriore strumento on line della Biblioteca Virtuale per la salute, e divenuto indispensabile nell'attività clinica di molti operatori sanitari. A tal proposito si specifica che si sta procedendo con l'individuazione di criteri e modalità per l'accreditamento di questa ulteriore tipologia formativa che concorre ad un approccio multidisciplinare di qualità, a garanzia della necessaria preparazione professionale degli operatori sanitari.

Risultati programmati

- Gestione centralizzata dei pacchetti FAD;
- Valorizzazione dello strumento on line della Biblioteca Virtuale per la salute;

Indicatori di risultato

- Approvazione del progetto di gestione centralizzata di pacchetti FAD, entro il 31/12/2013;
- Istituzione degli organismi previsti dall'ECM Piemonte, entro il 31/12/2013.
- 2014-2015: report di monitoraggio sull'avvio dell'operatività del nuovo sistema.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore "Personale dipendente del SSR e Affari Generali" della Direzione Regionale Sanità.

Azione 8.1.2: Strumenti di valutazione dei dirigenti medici e sanitari

La regione, con D.G.R. n. 23 – 1332 del 29/12/2010, ha recepito i principi generali del d.lgs. n. 150/2009 rinviando ad un secondo momento l'emanazione di linee di indirizzo più specifiche: in particolare, per quanto attiene la valutazione dei dirigenti, con propria circolare ha anticipato alle aziende l'intenzione di fornire proprie indicazioni su modalità e funzionamento degli Organismi Indipendenti di Valutazione (OIV), invitandole, nelle more della predisposizione di tali indicazioni, a prorogare i nuclei di valutazione esistenti o, nel caso ciò non fosse possibile, a costituire un nuovo nucleo d'intesa che lo stesso avrebbe operato solo fino all'emanazione delle linee guida regionali sull'OIV.

Si ritiene che il modello organizzativo incentrato dal d.lgs. 150/2009 e successive modificazioni sul ruolo e sulle funzioni dell'OIV sia il più adeguato per contribuire a realizzare un effettivo miglioramento delle prestazioni delle aziende sanitarie nei confronti dell'utenza e, a tal fine si intende operare affinché ogni azienda costituisca il proprio OIV come fulcro del Sistema di misurazione e valutazione della performance.

La Regione ha predisposto le linee di indirizzo per le aziende del SSR per la costituzione ed il funzionamento degli Organismi Indipendenti di Valutazione (OIV) in applicazione del D.Lgs. 150/2009

e s.i.m. in materia di misurazione, valutazione e trasparenza della performance, garantendo che la costituzione degli OIV non comporti nuovi o maggiori oneri per la finanza regionale: le medesime sono in attesa di essere approvate dalla Giunta regionale.

Risultati programmati

- Costituzione da parte di ogni azienda del proprio OIV per la misurazione e la valutazione delle performance.

Indicatori di risultato

- Operatività degli Organismi Indipendenti di Valutazione (OIV) di cui al d.lgs. n. 150/2009, entro il 31/12/2014.
- Adozione delle Linee Guida relative agli Organismi Indipendenti di Valutazione (OIV), entro il 28/02/2014.
- 2014-2015: report di monitoraggio sull'operatività degli OIV.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente Responsabile del Settore "Personale dipendente del SSR e Affari Generali" della Direzione Regionale Sanità.

Intervento 8.2: Promozione della carta dei servizi

La Carta dei Servizi è un documento che tutte le organizzazioni sanitarie pubbliche e private accreditate devono obbligatoriamente adottare. Attraverso tale documento l'organizzazione definisce, con procedura partecipata degli utenti e degli operatori, i servizi offerti e le condizioni di cessione degli stessi. Nella Carta, infatti, è necessario:

- individuare, sperimentare, adottare e comunicare ai cittadini gli standard di qualità dei servizi erogati;
- semplificare le procedure, per ridurre gli adempimenti in capo ai cittadini;
- informare i cittadini sulle strutture, le attività ed i servizi offerti;
- valutare, con la partecipazione degli stessi cittadini, la qualità dei servizi erogati;
- tutelare i cittadini in caso di mancato rispetto di tali standard, nonché degli impegni assunti dall'organizzazione.

Nello specifico, secondo quanto previsto dal DPCM del 19/5/1005 "Schema generale di riferimento delle carte dei servizi pubblici sanitari", il documento si compone delle seguenti sezioni:

- presentazione dell'azienda e principi fondamentali;
- informazioni sulle strutture ed i servizi;
- standard di qualità, impegni e programmi;
- meccanismi di tutela e verifica.

Dunque, la Carta dei Servizi non è solo un documento informativo ma un vero e proprio "patto" tra organizzazione e cittadini attraverso il quale vengono fissati standard e assunti impegni. In Regione Piemonte il processo di attuazione della Carta dei Servizi, pur essendo stato avviato già all'indomani dell'approvazione del succitato Decreto, e quindi intorno al 1996, ha subito una battuta d'arresto negli ultimi anni, durante i quali è stato privilegiato l'aspetto informativo della Carta; di conseguenza, sono state prodotte, nelle varie aziende sanitarie, delle esaustive Guide ai servizi, limitando il contenuto delle stesse alle prime due sezioni della Carta. È necessario, pertanto, riavviare il processo, ritornando allo spirito originario ed autentico della Carta dei Servizi, ovvero attivare nelle aziende sanitarie il sistema di analisi e miglioramento della qualità dei servizi ottenuti, processo che trova nella Carta la sua materializzazione formale.

Risultati programmati

- Ricognizione presso le singole aziende sanitarie dello stato di attuazione della Carta dei Servizi;
- elaborazione di linee guida regionali per la realizzazione della Carta dei Servizi;
- elaborazione e diffusione della Carta dei servizi a cura delle aziende sanitarie;
- istituzione dell'Osservatorio regionale sulla Carta dei Servizi;
- progettazione e realizzazione, presso le aziende sanitarie, di corsi di formazione per operatori e cittadini;

- progettazione e realizzazione di sistemi di verifica degli standard e degli impegni contenuti nella Carta dei Servizi;
- realizzare il collegamento tra i contenuti della Carta e il sistema aziendale degli obiettivi;
- realizzare il collegamento tra i contenuti della Carta ed il sistema di accreditamento istituzionale;
- promuovere e stabilizzare la partecipazione dei cittadini nei processi di miglioramento della Qualità;
- istituzione del Premio regionale per la Carta dei Servizi “più vicina ai cittadini”.

Indicatori di risultato

- Adozione del provvedimento di approvazione del report sullo stato di attuazione della Carta dei Servizi nelle ASR, entro il 28/02/2014;
- adozione del provvedimento di approvazione delle linee guida regionali per la realizzazione della Carta dei Servizi, entro il 30/06/2014;
- diffusione della Carta dei servizi a cura delle aziende sanitarie, entro il 31/12/2014.
- adozione del provvedimento di istituzione dell'Osservatorio regionale sulla Carta dei Servizi, entro il 31/12/2014;
- realizzazione, presso ogni ASR, del primo corso di formazione per operatori e cittadini, entro il 31/12/2015;
- realizzazione, presso ogni ASR, di sistemi di verifica degli standard e degli impegni contenuti nella Carta dei Servizi, entro il 31/12/2015;
- realizzare il collegamento tra i contenuti della Carta e il sistema aziendale degli obiettivi, entro il 30/06/2016;
- realizzare il collegamento tra i contenuti della Carta ed il sistema di accreditamento istituzionale, entro il 30/06/2016;
- promuovere e stabilizzare la partecipazione dei cittadini nei processi di miglioramento della Qualità, entro il 31/12/2016;
- istituzione del Premio regionale per la Carta dei Servizi “più vicina ai cittadini”, entro il 31/12/2016.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore “Pianificazione e Assetto Istituzionale del SSR” della Direzione Regionale Sanità.

Intervento 8.3: Attivazione di azioni finalizzate alla rilevazione sistematica della qualità percepita dagli utenti/cittadini

Il Piano socio sanitario regionale 2012-2015 pone, in assoluto rilievo, il tema della comunicazione con i cittadini, declinato in tre filoni: *empowerment*, partecipazione e rilevazione del gradimento dei servizi. Di conseguenza, il documento programmatico prevede che la Regione elabori un Piano regionale di comunicazione integrata e coordinata (punto 2.8.2) ed un Piano di *marketing* sanitario regionale (punto 2.8.3). In Regione sono state avviate negli ultimi anni importanti iniziative su tali temi: è attivo, ad esempio, lo sportello “lo scelgo la salute”, finalizzato all’ascolto dei cittadini, come pure sono stati realizzati degli audit civici, in collaborazione con le associazioni di volontariato. Fa difetto, a tutt’oggi, un quadro generale di programmazione a livello regionale, in grado di orientare le scelte, omogeneizzare le azioni, stabilizzare il sistema e controllare i risultati. Proprio per tale ragione è necessario elaborare i documenti programmatici previsti dal Piano e monitorarne costantemente l’applicazione. Il coordinamento generale delle attività, così come indicato al punto 1.3 del Piano socio-sanitario, rimane in capo alla Regione, anche al fine di favorire il *benchmarking* tra le varie aziende sanitarie a livello nazionale-internazionale.

Risultati programmati

- Predisporre il Piano regionale di comunicazione integrata e coordinata;
- predisporre il Piano regionale di *marketing* socio-sanitario, con particolare riferimento alla rilevazione delle qualità percepita da parte dei cittadini;
- progettazione, a cura della Regione, delle ricerche sull’indice di soddisfazione dei cittadini;
- realizzazione delle indagini di soddisfazione presso le singole aziende sanitarie regionali;
- istituzione dell'Osservatorio regionale (lo stesso della Carta dei Servizi);

- progettazione e realizzazione, presso le aziende sanitarie, di corsi di formazione per operatori e cittadini;
- attivare i piani di miglioramento della qualità a seguito dei risultati delle indagini (a partire dal 2016);
- promuovere ricerche di *benchmarking* tra le aziende sanitarie e a livello nazionale (a partire dal 2016);
- realizzare il collegamento tra i risultati delle ricerche sull'indice di soddisfazione al sistema aziendale degli obiettivi (ai sensi del decreto leg.vo 150/2009 – della legge 189/2012).

Indicatori di risultato

- Adozione del provvedimento di approvazione del Piano regionale di comunicazione integrata e coordinata, entro il 28/02/2014;
- adozione del provvedimento di approvazione del Piano regionale di *marketing* socio-sanitario, entro il 28/02/2014;
- adozione del provvedimento di approvazione del Progetto delle ricerche sull'indice di soddisfazione dei cittadini, entro il 30/06/2014;
- diffusione dei risultati relativi alle indagini di soddisfazione presso le singole aziende sanitarie regionali, entro il 30/06/2015;
- adozione del provvedimento di istituzione dell'Osservatorio regionale (lo stesso della Carta dei Servizi), entro il 31/12/2014;
- realizzazione, presso ogni ASR, del primo corso di formazione per operatori e cittadini, entro il 31/12/2015.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore “Pianificazione e Assetto Istituzionale del SSR” della Direzione Regionale Sanità.

Intervento 8.4: Piano di formazione aziendale per la sicurezza dei pazienti (Root cause analysis, Audit Clinico)

Sicurezza dei pazienti e “*Clinical Governance*” sono strettamente connessi. Una solida “*Clinical Governance*” costituisce una valida garanzia di sicurezza delle cure e, conseguentemente, è in grado di contenere, riducendoli ad un livello fisiologico, gli eventi avversi. Lo sviluppo della “*Clinical Governance*” passa anche attraverso l'affermazione diffusa di una cultura della valutazione e dell'*accountability*, rispondendo alla comunità degli investimenti e delle performance attraverso una trasparente comunicazione, indispensabile per mantenere rapporti di fiducia sulla qualità delle cure ricevute. *Root cause analysis* e Audit clinico sono due importanti strumenti per lo sviluppo della “*Clinical Governance*”.

Con l'Intesa della “Conferenza Permanente Rapporti Stato Regioni” del 20/03/2008, concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure, è stato attivato presso il Ministero l'Osservatorio Nazionale sugli Eventi Sentinella attraverso il Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES) che include la segnalazione degli eventi sentinella, i risultati dell'analisi effettuata ed i relativi piani di miglioramento. Una delle modalità di analisi previste dal SIMES per individuare le cause e i fattori contribuenti al verificarsi di un evento è la *Root Cause Analysis* (RCA). La RCA è un'analisi dettagliata degli eventi avversi, multidimensionale, multidisciplinare, che può aiutare le ASR a raggiungere obiettivi di sicurezza e di miglioramento della qualità attraverso la definizione delle strategie di riduzione del rischio, lo sviluppo di un piano di azione di miglioramento e successivi sistemi di misurazione per valutarne l'efficacia.

Per quanto riguarda l'Audit Clinico, il Ministero della Salute, all'interno delle Linee guida emanate nel maggio 2011, definisce tale strumento come una “metodologia di analisi strutturata e sistematica per migliorare la qualità dei servizi sanitari, applicata dai professionisti attraverso il confronto sistematico con criteri espliciti dell'assistenza prestata, per identificare scostamenti rispetto a standard conosciuti o di *best practice*, attuare le opportunità di cambiamento individuato ed il monitoraggio dell'impatto delle misure correttive introdotte”. La sua principale caratteristica è quella di fondarsi sul confronto e la misurazione delle pratiche professionali con standard di riferimento. Tale concetto è sempre più accolto nel mondo sanitario, infatti gli operatori sanitari, frequentemente richiedono di avere riferimenti precisi per fornire cure appropriate ed i pazienti, più e meglio informati, richiedono una qualità dell'assistenza adeguata rispetto alle conoscenze scientifiche.

Nel triennio 2013-2015, la Regione Piemonte intende promuovere nei confronti delle ASR, nella maniera più efficace possibile, la cultura della valutazione, con la finalità che ogni ASR sia dotata di un Piano di formazione aziendale per la sicurezza dei pazienti, propedeutico a sviluppare le metodologie RCA e Audit Clinico tra i Professionisti della Sanità.

Ad oggi le iniziative in tal senso sono molte ma non strutturate in un percorso organico. Tra queste, se ne citano alcune. Ad esempio è stato avviato a livello regionale un progetto sulle infezioni ospedaliere che, con il metodo dell'Audit clinico, consente ad un gruppo di professionisti di sviluppare una scheda di controllo, da verificare, in fase pre e post operatoria, in strutture e Dipartimenti chirurgici ospedalieri. Tale progetto ha come obiettivo, oltre la riduzione di costi diretti (ad esempio i farmaci), il miglioramento della qualità delle cure rivolte ai pazienti.

Inoltre, nell'ambito delle indicazioni dettate dalle linee guida regionali sull'appropriatezza prescrittiva negli esami ematochimici, si è dato avvio ad un percorso di formazione sul campo che coinvolge i Medici di Medicina Generale in un self audit sulle proprie prescrizioni e in successivi incontri di discussione e confronto per far emergere le criticità e le possibili soluzioni.

Risultati programmati

- Adozione, da parte di tutte le ASR, di un Piano di formazione aziendale per la sicurezza dei pazienti;
- riduzione degli eventi avversi attraverso lo sviluppo della cultura della valutazione e dell'*accountability*, utilizzando metodologie e strumenti validati e promossi dal Ministero.

Indicatori di risultato

- Adozione del provvedimento di costituzione del Gruppo di lavoro regionale finalizzato alla predisposizione del Piano per l'implementazione aziendale delle Linee guida ministeriali su RCA e Audit clinico, entro il 31/12/2013;
- approvazione del Piano per l'implementazione aziendale delle Linee guida ministeriali su RCA e Audit clinico, entro il 30/06/2014, e riduzione del numero di eventi avversi in almeno 2 ASR, entro il 31/12/2014;
- realizzazione del primo report annuale sulle iniziative e sui risultati delle ASR relativi alla RCA ed all'Audit Clinico, entro il 31/12/2015, e riduzione del numero di eventi avversi in almeno 5 ASR, entro il 31/12/2015.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore "Pianificazione e Assetto Istituzionale del SSR" della Direzione Regionale Sanità.

3. Area: Razionalizzazione dei fattori produttivi

Programma 9: Razionalizzazione spesa

Il programma, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- pianificazione poliennale sugli acquisti – Analisi e governo dei fabbisogni;
- aspetti organizzativi e logistici dei processi di acquisto;
- centralizzazione degli acquisti – Attivazione di sistemi di *e-procurement* regionali – Adesione a Consip;
- riorganizzazione e potenziamento dei sistemi di controllo e monitoraggio della spesa sanitaria in termini di prezzi e quantità ai sensi della normativa vigente (prezzi di riferimento, contratto quadro, livelli di servizio, attivazioni di penali, etc.);
- attuazione della normativa nazionale in materia di beni e servizi (DL 98/2011 e DL 95/2012)
- assistenza farmaceutica: Distribuzione diretta e per conto;
- modalità di approvvigionamento farmaci;
- Health Technology Assessment;

Razionalizzazione spesa: valorizzazione manovre (€/m ln)			
	2013	2014	2015
Razionalizzazione spesa	-10,2	14,6	35,3
Pianificazione poliennale degli acquisti – Analisi e governo dei fabbisogni	-	-	-
Aspetti organizzativi e logistici dei processi di acquisto	-	-	-
<i>Unificazione anagrafica prodotti</i>	-	-	-
<i>Integrazione delle reti logistiche</i>	-	-	-
Centralizzazione degli acquisti – Attivazione di sistemi di e-procurement regionali – Adesione a Consip	17,8	33,2	47,5
Riorganizzazione e potenziamento dei sistemi di controllo e monitoraggio della spesa sanitari	-	-	-
<i>Riorganizzazione e potenziamento dei sistemi di controllo e monitoraggio della spesa</i>	-	-	-
Attuazione della normativa nazionale in materia di beni e servizi (DL 98/2011 e DL 95/2012)	-30,0	-21,0	-15,0
Assistenza farmaceutica: distribuzione diretta e per conto	2,0	2,4	2,8
<i>Assistenza farmaceutica distribuzione per conto</i>	1,6	1,6	1,6
<i>Implementazione della distribuzione diretta di farmaci in dimissione a seguito di ricovero e di visita specialistica ambulatoriale</i>	0,4	0,8	1,2
<i>Modalità di approvvigionamento farmaci</i>	-	-	-
Health Technology Assessment	-	-	-
<i>Dispositivi medici</i>	-	-	-
<i>Apparecchiature biomediche</i>	-	-	-
<i>Istituzione del “Piano Regionale delle Tecnologie biomediche” (PRTB)</i>	-	-	-
<i>Unificazione dei sistemi informativi/ci per il monitoraggio della dotazione di tecnologie biomediche e dei relativi costi di manutenzione o gestione</i>	-	-	-
<i>Razionalizzazione della gestione dei servizi manutentivi delle tecnologie biomediche</i>	-	-	-
Efficientamento e razionalizzazione delle risorse energetiche	-	-	-

Tabella 18 – Sintesi manovre

Intervento 9.1: Pianificazione poliennale degli acquisti – Analisi e governo dei fabbisogni

Per la centralizzazione delle procedure di acquisto, la Regione Piemonte, con LR 19/2007, ha istituito la Società di committenza Regione Piemonte S.p.A. (SCR), con funzioni di coordinamento delle procedure di aggiudicazione degli appalti pubblici di lavori, forniture e servizi. Ad SCR sono già state affidate, per l'espletamento delle relative gare centralizzate, alcune tipologie di prodotti sanitari caratterizzati da maggiore facilità di standardizzazione (farmaci, aghi e siringhe, presidi per incontinenti, medicazioni, guanti medicali, disinfettanti, mezzi di contrasto).

Il diverso assetto del sistema sanitario piemontese, delineato dalla LR 3/2012, ha previsto la costituzione di sei Federazioni sovrazionali (FS), cui hanno aderito tutte le Aziende sanitarie regionali (ASR) dell'area sovrazonale di riferimento, con funzioni, tra le altre, di “piani di acquisto annuali e pluriennali e approvvigionamento di beni e servizi, ad eccezione dei servizi socio-sanitari”.

Superata l'esperienza delle FS, con LR 13 novembre 2013, n. 20, il Consiglio Regionale ha dato mandato alla Giunta regionale di individuare i servizi amministrativi, tecnici, logistici, informativi,

tecnologici e di supporto le cui funzioni vengono esercitate a livello di aree interaziendali di coordinamento, al fine di conseguire il miglior livello di efficacia sanitaria ed efficienza organizzativa.

La LR 20/2013, al comma 4 dell'art. 1, definisce, infatti, il livello interaziendale di coordinamento come il livello operativo ottimale per l'attuazione integrata della programmazione socio-sanitaria regionale, fermo restando le funzioni attribuite a SCR-Piemonte ai sensi della LR 19/2007.

SCR-Piemonte, opportunamente riorganizzata secondo un nuovo modello di interazione con le ASR da definirsi entro il 30/06/2014, potrà garantire, unitamente alle individuande ASR "capofila" delle aree interaziendali di coordinamento, un efficace "effetto scala", in grado di raggiungere gli obiettivi di riduzione della spesa per beni e servizi previsti dalla normativa statale.

L'innovazione apportata al quadro normativo nazionale e regionale di riferimento determina l'esigenza di provvedere al riallineamento della programmazione delle gare in ambito sanitario alla nuova organizzazione, allo scopo di evitare inutili sovrapposizioni di procedure e/o paralisi del sistema, regolando, altresì, la funzione acquisti nella fase transitoria, dallo scioglimento delle Federazioni sovrazonali (1° gennaio 2014) fino all'effettiva operatività delle nuove aree interaziendali di coordinamento e, comunque, non oltre il 30/06/2014.

A tal fine la Regione Piemonte, entro il 30/06/2014, realizzerà, per il governo del cambiamento, le seguenti attività:

- regolamentazione, mediante adozione di apposito provvedimento, adottato con DGR del 16/12/2013, della funzione acquisti nel transitorio (fino al 30/06/2014);
- definizione delle modalità di gestione dei rapporti tra Regione, SCR, ASR e aziende zonali di riferimento in relazione ai processi di approvvigionamento di beni e servizi in ambito sanitario;
- definizione delle regole di funzionamento del modello organizzativo in termini di ruoli, responsabilità e competenze degli attori coinvolti, finalizzate anche al governo e alla razionalizzazione dei costi del SSR;
- valutazione dell'entità dei carichi di lavoro per profilo professionale presenti all'interno di ciascuna Azienda, rideterminazione del fabbisogno espresso nella pianta organica aziendale, quantificazione delle risorse umane da gestire con il nuovo modello di acquisto centralizzato e definizione dei meccanismi di mobilità attivabili;
- formulazione ed adozione di nuovi atti aziendali coerenti con il modello organizzativo definito;
- definizione dell'infrastruttura informatica e dei requisiti minimi in termini di tecnologia e connettività.

Risultati programmati

Con riferimento all'intervento, di seguito si riportano i risultati programmati:

- Con DGR 14-5011 del 5/12/2012 erano stati regolati i processi di approvvigionamento ed acquisto, delineando puntualmente la matrice delle competenze, sia nelle procedure di gara sovrazonali che in quelle centralizzate SCR. A seguito del nuovo riassetto del SSR per effetto della LR 20/2013 occorrerà ridefinire i modelli organizzativi funzionali all'espletamento delle attività di approvvigionamento e regolare i rapporti tra i soggetti deputati agli acquisti di beni e servizi occorrenti alle ASR;
- implementare il monitoraggio del nuovo sistema per facilitarne la messa a regime e realizzare l'integrazione delle reti;
- rafforzare e stabilizzare il sistema, mediante l'attuazione di percorsi di coordinamento e monitoraggio centralizzato delle procedure di acquisto di beni sanitari così articolato:
 - istituzione di un Tavolo di coordinamento regionale (TCR) competente in materia di verifica della programmazione degli acquisti delle aree interaziendali e nell'assegnazione delle procedure ai soggetti preposti in base alla tipologia di gara ed alla possibilità di aggregazione dei fabbisogni espressi;
 - istituzione di un Tavolo di coordinamento sovrazonale (TCS) secondo tempi e modalità indicati dalla Direzione regionale Sanità con apposito atto.

Inoltre i Tavoli, nell'ambito di propria competenza, svolgeranno le seguenti funzioni:

- analisi e valutazione della programmazione triennale acquisti delle aree sovra zonali e, a regime, degli approvvigionamenti centralizzabili in SCR e di quelli gestibili a livello territoriale di ASR;
- individuazione di ulteriori possibili aggregazioni dei fabbisogni;
- predisposizione di modelli condivisi per la raccolta delle informazioni/dati;

- monitoraggio esiti gare aggiudicate.

- garantire efficienza ed efficacia mediante l'attivazione di modalità stabili di scambio di informazioni tra i soggetti deputati agli acquisti in ambito sanitario. Allo scopo SCR pubblicherà sul proprio sito web un crono-programma e lo stato di avanzamento delle proprie convenzioni centralizzate;
- il monitoraggio degli acquisti in termini di volumi sarà integrato alla valutazione del consumo dei beni e quindi alla definizione del fabbisogno espresso dalle singole aziende. Tale integrazione, abilitante al governo sulla gestione dei consumi, ma anche degli acquisti, sarà ottenuta attraverso l'integrazione delle informazioni provenienti dalla intera filiera logistica regionali oggetto, come di seguito approfondito, di un processo di re-engineering.

Per la corretta programmazione degli approvvigionamenti è risultato opportuno che le stazioni appaltanti si dotassero, entro il 31/05/2013, di regolamenti, attuativi della DD n. 231 del 25/03/2013 del Dirigente del Settore Coordinamento Acquisti, che disciplinassero, in aggiunta ai casi già indicati tassativamente dall' art 125 del Codice dei contratti pubblici (DLGS 163/2006 e s.m.i.), le ipotesi in cui è possibile fare ricorso alle procedure di acquisto in economia.

Per l'uniformità in ambito regionale di tali modalità di acquisto, le ASR si sono già dotate di un proprio regolamento per le spese in economia, sulla base dello schema tipo regionale: gli acquisti in economia devono assumere carattere residuale rispetto alla programmazione delle gare.

Pertanto, verificata l'adozione da parte di tutte le ASR del regolamento di cui sopra, è stato attivato il monitoraggio regionale degli acquisti in economia delle ASR a partire dal terzo trimestre 2013.

La vigilanza sulla programmazione degli approvvigionamenti e la valutazione degli esiti delle aggiudicazioni consentirà di individuare quelle aree dove sono possibili ulteriori aggregazioni/centralizzazioni, favorendo nel contempo i percorsi locali di standardizzazione e appropriatezza. La riduzione di volumi e delle tipologie degli acquisti in economia è, inoltre, indice di ottimizzazione della pianificazione degli approvvigionamenti.

Indicatori di risultato

- riduzione di almeno il 5% volume acquisti in economia/volume acquisti totali, entro il 31/12/2013.
- riduzione di almeno il 7% volume acquisti in economia/volume acquisti totali, entro il 31/12/2014.
- riduzione di almeno il 10% volume acquisti in economia/volume acquisti totali, entro il 31/12/2015.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore Coordinamento Acquisti

Intervento 9.2: Aspetti organizzativi e logistici dei processi di acquisto

La frammentazione della rete logistica sanitaria regionale (76 magazzini delle ASR e 725 risorse umane dedicate nell'anno 2011) non risulta più in linea con le nuove procedure di approvvigionamento centralizzato e con la riduzione delle entità aziendali a seguito degli accorpamenti delle ASR. Per contro, è possibile migliorare l'efficienza dei servizi tramite una riorganizzazione dei processi orientata alla centralizzazione e all'integrazione.

Il *re-engineering* della logistica non può prescindere dall'adozione di un'anagrafica comune dei prodotti, condizione necessaria per assicurare efficienza ai processi ed ottimizzare la gestione dei beni/prodotti.

Le cinque Aree sovrazionali (e le rispettive ASR che le costituiscono) e l' Azienda Ospedaliera Universitaria Città della Salute presentano specificità che possono differenziare le future scelte organizzative, quali, ad esempio, la complessità e le dimensioni oppure l'affidamento della logistica a soggetti esterni (Provincia di Cuneo) o la maggiore complessità dovuta a numero e diffusione di Presidi all'interno dell'Area (Piemonte Nord Est).

Il processo di unificazione delle anagrafiche dei prodotti è ancora in itinere. L'allineamento delle anagrafiche locali, pur avviato, presenta modalità e gradi di avanzamento diversi. Si è reso, pertanto, necessario prevedere un coordinamento regionale dei percorsi locali al fine di facilitare ed accelerare la conversione ad una codifica condivisa dei prodotti. Risulta, inoltre, opportuno effettuare dei test di prova (ad esempio, per singola classe/sottoclasse CND) allo scopo di verificare la % di allineamento automatico e di riconducibilità dei prodotti in carico alle ASR verso una descrizione/codifica univoco.

Azione 9.2.1:Unificazione anagrafica prodotti

Sulla base di esperienze già consolidate, le tipologie di beni/prodotti in uso nelle ASR possono essere ricomprese in poche macrocategorie (dispositivi medici, farmaci, reagenti, beni economici, beni ICT,

prodotti tecnici, prodotti biomedici): la prima categoria che si intende ricondurre ad un'anagrafica unica regionale è quella dei dispositivi medici (DM).

Città della Salute (CDS), che risulta l'Azienda sanitaria regionale con anagrafica più popolata, ha già definito una matrice per l'identificazione dei DM di cui alla classe A della CND. Tale modello di matrice, condiviso al tavolo regionale, costituirà l'architettura dell'anagrafica e sarà applicata alle restanti classi CND.

Il tavolo regionale provvederà a validare le matrici delle classi CND, così da rendere disponibile una base univoca su cui operare, attraverso l'identificazione dei prodotti e l'allineamento informatico, con conseguente pulizia delle banche dati locali e razionalizzazione dell'anagrafica.

Risultati programmati

- Si prevede di definire una classificazione univoca regionale per tutte le tipologie di prodotti utilizzati. Tale classificazione sarà "generica", ovvero priva di marchi ed elementi commerciali, tranne nel caso di materiale dedicato. Nelle more dell'adozione del sistema informativo unico regionale, le anagrafiche locali delle ASR saranno associate all'anagrafica unica regionale tramite transcodifica.

Indicatori di risultato

- Primo allineamento provvisorio delle anagrafiche locali dei dispositivi medici (tutte le classi CND) all'anagrafica unica regionale, entro il 31/12/2013.
- 2014-2015: report semestrale di monitoraggio relativamente allo stato di avanzamento delle attività di classificazione e di gestione della nuova banca dati.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore Coordinamento Acquisti

Azione 9.2.2: Integrazione delle reti logistiche

La riorganizzazione della logistica consente numerosi benefici in termini economici:

- tracciabilità della filiera da fornitore a punti di utilizzo (reparti, territorio);
- innalzamento del livello tecnologico del sistema logistico senza procedere a investimenti;
- qualità del servizio logistico misurabile e livelli di servizio uniformabili tra le diverse ASR;
- mantenimento del controllo degli ordini tramite farmacisti nelle strutture locali;
- possibilità di consegne in orari diversificati tali da decongestionare le ore centrali della giornata;
- armonizzazione dei criteri di gestione delle scorte tra le ASR;
- contributo all'unificazione dei prodotti similari;
- governo dei consumi, attraverso la disponibilità di informazioni provenienti dalla intera filiera logistica, e abilitanti le decisioni di acquisto.

In considerazione dei vari modelli organizzativi adottati in ambito locale, ad oggi si ritiene congruo prevedere che l'integrazione della logistica si concretizzi a livello di singola area sovrazonale. Si precisa, inoltre, che per l'esercizio 2013 la Regione non sosterrà alcuna spesa aggiuntiva rispetto ai costi rilevati nel CE Consuntivo 2012.

Risultati programmati

- La revisione del modello logistico tenderà alla semplificazione ed all'efficientamento dei flussi logistici tra fornitori, magazzini e reparti. Tale semplificazione ed efficientamento regionale non può prescindere da un efficace sistema di monitoraggio integrato tra operatore logistico e aziende per la verifica dei consumi, portando in questa fase l'attenzione delle aziende. Solo disponendo delle informazioni sull'intera filiera di acquisto e distributiva si possono valutare gli impatti che come ricaduta si hanno sull'acquisto di beni e che provengono dal punto di utilizzo del bene. Tale monitoraggio agisce quindi sia nella definizione delle scorte necessarie, ottimizzandole sia in termini di punto di riordino che di eliminazione di eventuali casi di rottura di stock, che nelle frequenze di approvvigionamento dal fornitore al magazzino e dal magazzino ai singoli punti di erogazione.
- Il risparmio conseguibile è quindi il risultato di una serie combinata di effetti:
 - riduzione una tantum delle scorte di magazzino, in parte ottenibile attraverso la eliminazione delle ridondanze di scorta, o scorte non necessarie;

- riduzione dei volumi attraverso un più attento monitoraggio definendo l'effettivo fabbisogno e riducendo di conseguenza gli acquisti
 - riduzione del personale dedicato concentrando quello dei magazzini in pochi punti e liberando dove possibile risorse per altre funzioni o attività
- La riqualificazione della rete non può quindi prescindere da un modello di monitoraggio, abilitante al governo delle scelte, che integri i diversi flussi informativi, sia quelli contabili, sia i flussi che provengono dai sistemi di magazzini sia quelli che invece provengono dai presidi e dai punti di erogazione/utilizzo dei beni: in tale senso è quindi intenzione della Regione fare in modo che proprio nella operazione di revisione e integrazione formale delle anagrafiche possa poi partire una integrazione effettiva tra le informazioni e che sia costituito un sistema di analisi puntuale utile alle future decisioni di programmazione aziendale e regionale.
 - Il governo della filiera logistica ha come obiettivo, sia all'efficientamento dei consumi dei beni ma anche il supporto alle decisioni di acquisto. L'integrazione delle informazioni e l'interscambio con la SCR, deve consentire e agevolare il processo valutativo, sia in termini di volumi, sia in termini di utilizzo dei beni ma anche dei prezzi, consentendo, rendendo interattiva la collaborazione con le ASR Capofila e alle singole aziende, la predisposizione di procedure di gara di beni sanitari e non in linea con le reali e contestuali esigenze del sistema sanitario.
 - Poichè le procedure per l'affidamento dei servizi di logistica delle ASR, aggregate al livello sovrazonale, dovranno risultare uniformi in ambito regionale e coerenti rispetto al processo di riorganizzazione in atto, con DD 750 del 1° ottobre 2013 del Dirigente del Settore Coordinamento Acquisti, sono state approvate le linee di indirizzo per la gestione del servizio di logistica sanitaria regionale e le prime indicazioni per la stesura del capitolato tipo.

Indicatori di risultato

- Avvio delle procedure per l'affidamento dei servizi di logistica delle Aziende entro il 31/12/2014.
- Realizzazione di almeno tre magazzini di area sovra zonale, entro il 31/12/2015.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile Settore Coordinamento Acquisti.

Intervento 9.3: Centralizzazione degli acquisti – Attivazione di sistemi di e-procurement regionali – Adesione a Consip

Il processo di aggregazione degli approvvigionamenti di beni sanitari, in precedenza gestiti dalle singole ASR, risulta già attivato, producendo i primi risultati in termini economici (-9,74% sugli importi a base annua per i procedimenti avviati).

La centralizzazione degli acquisti, dapprima in capo alle FS ed ora attribuito alle nuove Aree interaziendali di coordinamento e alla Società di committenza regionale SCR, ha accresciuto, infatti, il potere contrattuale delle stazioni appaltanti nei confronti dei fornitori per effetto dei maggiori volumi di acquisto e ha favorito l'allineamento di prezzi diversi, per identici prodotti, al prezzo inferiore.

La profonda ristrutturazione del sistema produce prevedibili resistenze che possono rallentare l'evoluzione dalle peculiarità locali ad una gestione integrata e globale. Appare, pertanto, necessario supportare il cambiamento mediante una regia d'insieme, attenta alla concertazione ed ai risultati.

I risparmi che si intendono perseguire nel presente intervento sono il risultato dell'applicazione delle disposizioni previste dalla L.135/2012 e dalla L.228/2012, supportate dalle azioni attivate dalla Regione per la corretta valutazione dei fabbisogni aziendali e la conseguente pianificazione delle gare centralizzate, nonché dal ribasso dei prezzi di gara.

Per il monitoraggio dei ricorsi al mercato elettronico secondo normativa da parte delle ASR, è stato richiesto a Consip l'accesso al "Servizio di reportistica del Programma di razionalizzazione degli Acquisti della PA". Tale servizio, rilasciato alla Regione Piemonte, a partire da dicembre 2013, con nota Consip prot. 35933 del 12/11/2013, consentirà alla Direzione regionale di verificare l'effettivo utilizzo del MEPA da parte delle ASR piemontesi per tutti gli approvvigionamenti non inclusi nella programmazione regionale, con la possibilità di definire puntualmente gli obiettivi di incremento degli approvvigionamenti on-line.

Risultati programmati

In considerazione dei vantaggi prodotti dall'aggregazione degli acquisti di beni e servizi (standardizzazione, razionalizzazione d'utilizzo, ribassi dei prezzi di gara, semplificazione delle procedure,...) si intende estendere ulteriormente tale modello.

Per l'anno 2013 è stato attivato il coordinamento regionale per la seguente programmazione:

- protesi cocleari: la gara è stata affidata ad un'unica stazione appaltante per il fabbisogno regionale. L'obiettivo è garantire il fabbisogno regionale annuo (120 impianti) evitando le attuali diseconomie derivanti dalla mobilità passiva;
- ausili per incontinenti: la gara centralizzata è stata assegnata a SCR, con la previsione di realizzare economie del 10% sul totale della spesa di 36 €/mln. La revisione dei meccanismi di monitoraggio con l'integrazione delle BD "Protes" e flusso registrazione ricette, la classificazione delle tipologie di incontinenza, la previsione di moduli prescrittivi uniformi consentiranno la puntuale mappatura dei prodotti e relativi fabbisogni da inserire nel capitolato di SCR;
- trattamenti dialitici: per la razionalizzazione e l'uniformazione dei costi relativi, sono state predisposte specifiche linee di indirizzo, concordate con gli specialisti nefrologi ed approvate con DD 546 del 10/07/2013 per la redazione di capitolati di gara sovra zonali;
- immunoterapie sensibilizzanti (ITS): la nuova gara centralizzata delle ITS è stata riassegnata a SCR Piemonte con DGR 34-6237 del 2/08/2013. Il listino regionale delle ITS, revisionato secondo i criteri indicati dalla stessa DGR ed approvato con DD 800 dell' 11/10/2013 del Dirigente del Settore Coordinamento Acquisti costituirà la base per la nuova convenzione SCR;
- gare laboratori: la programmazione delle nuove gare di Area sovra zonale dovrà tenere conto della riorganizzazione della rete regionale attuata con DGR 11-5524 del 14/03/2013;
- conseguimento di risparmi derivanti dall'applicazione della L.135/2012 e L.228/2012, unitamente alle azioni attivate dalla Regione per l'analisi e la valutazione dei fabbisogni e la corretta pianificazione delle gare centralizzate in relazione ai fabbisogni medesimi.

Per l'anno 2014 sono previsti i seguenti interventi:

- apparecchi Acustici e Scarpe e plantari: predisposizione di Linee guida per l'appropriatezza prescrittiva degli Apparecchi Acustici e delle Scarpe e plantari che sono rispettivamente la prima e la seconda voce di spesa dell'Assistenza Protetica, ipotizzando un risparmio conseguente pari al 5-7% sulla spesa totale che è di 18,3 €/mln;
- nutrizione parenterale: predisposizione, di concerto con i nutrizionisti della rete regionale e contestualmente all'avvio della procedura centralizzata di SCR, di linee di indirizzo per l'appropriatezza dei trattamenti;
- mezzi di contrasto: predisposizione, di concerto con il nucleo tecnico regionale, di linee di indirizzo per il corretto impiego dei devices radiologici;
- monitoraggio del ricorso al mercato elettronico della PA da parte delle ASR.

Di seguito si riporta la tabella riepilogativa delle manovre regionali con evidenza delle ulteriori manovre regionali stimate nel programma operativo rispetto ai razionali del tendenziale

PO9: Razionalizzazione della spesa - Manovre da Centralizzazione degli acquisti			
	RISPARMI 2013	RISPARMI 2014	RISPARMI 2015
Manovre regionali computate nei razionali del tendenziale (applicazione DL 95 e smi)			
RIBASSI D'ASTA (PRIMA PROGRAMMAZIONE GARE)	5.000	7.600	9.100
RIBASSI D'ASTA (SUCCESSIVA PROGRAMMAZIONE GARE)	13.200	30.100	41.000
TOTALE A)	18.200	37.700	50.100
Manovre regionali non computate prudenzialmente nei risparmi del PO per stimare: 1) eventuale ritardo temporale delle azioni regionali previste; 2) eventuale incremento dei consumi rispetto ai razionali del tendenziale.			
PANNOLONI		2.700	6.000
PROTESICA		658	1.743
PRESIDI DIABETE		3.000	6.333
TOTALE B)	-	6.358	14.077
Ulteriori Manovre regionali rispetto ai razionali del tendenziale, e computate nei risparmi del PO.			
Risparmi da Centralizzazione degli acquisti – Attivazione di sistemi di e-procurement regionali – Adesione a Consip			
PANNOLONI	1.800	2.700	3.000
PROTESICA	400	658	872
PRESIDI DIABETE	2.500	3.000	3.167
SCR FARMACI I	7.600	15.200	22.800
SCR FARMACI II	1.500	3.600	5.700
SCR.SOL. INFUSIONALI	600	1.200	1.800
SCR SUTURATRICI	1.200	2.400	3.600
SCR AGHI-SIRINGHE	2.200	4.400	6.600
TOTALE C)	17.800	33.158	47.538
Totale complessivo (A+B+C)	36.000	77.215	111.715

Le leve che si intendono applicare, a supporto della centralizzazione delle procedure d'acquisto, sono di seguito richiamate:

- analisi dei fabbisogni (DL 95/2012)
- aggregazione della domanda e standardizzazione dei prodotti
- coordinamento regionale (Tavoli tecnici, Nucleo regionale valutazione dei DM))
- monitoraggi mirati
- definizione di obiettivi aziendali

Indicatori di risultato

- Incremento % del volume di acquisto aggregato/acquisto totale delle ASR: almeno +20% nel 2013 rispetto al 2012; almeno +25% nel 2014 rispetto al 2012 e almeno +30% nel 2015 rispetto al 2012;
- predisposizione di atti regionali di approvazione di Linee di indirizzo regionali (entro il 30/06/2014) relativamente a
 - appropriatezza prescrittiva di Apparecchi Acustici e di Scarpe e plantari;
 - razionalizzazione ed appropriatezza di utilizzo degli Ausili per incontinenti e definizione di modulo prescrittivi unico regionale;
 - nutrizione parenterale e devices radiologici.
- incremento di almeno il 20% annuale, nel triennio 2013-2015, di ricorsi delle ASR al MEPA
- definizione, entro il 30/04/2014, del cronoprogramma della pianificazione delle procedure aggregate da parte delle nuove aree interaziendali di coordinamento.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore "Coordinamento Acquisti- Dirigente responsabile del Settore Organizzazione Servizi sanitari ospedalieri e territoriali" della Direzione Regionale Sanità.

Intervento 9.4: Riorganizzazione e potenziamento dei sistemi di controllo e monitoraggio della spesa sanitaria

Azione 9.4.1: Riorganizzazione e potenziamento dei sistemi di controllo e monitoraggio della spesa sanitaria

Situazione attuale

La Società di committenza regionale (SCR Piemonte) gestisce ad oggi una serie di convenzioni centralizzate per la fornitura di beni in ambito sanitario. Di tali convenzioni quella ad importo più rilevante è la convenzione quadriennale, attuata con sistema dinamico di acquisizione, per la fornitura di farmaci alle ASR per un importo pari a 2.000 €/mln totali.

Nell'ambito della convenzione farmaci si possono verificare inadempienze di fornitura da parte delle ditte aggiudicatrici. Tali inadempienze possono essere ricondotte a tre fattispecie:

- ritardi nella consegna (prevista da capitolato entro 5 giorni lavorativi dalla data di ricezione dell'ordinativo di fornitura);
- indisponibilità temporanea del prodotto (da comunicarsi preventivamente dal fornitore alle FS e a SCR indicando la durata presunta di indisponibilità);
- fuori produzione.

Al terzo confronto concorrenziale sono pervenute dalle ASR a SCR Piemonte 269 segnalazioni di inadempienze di fornitori equivalenti a circa 3000 giorni complessivi di ritardo nelle forniture. Le segnalazioni di inadempienze dei fornitori sono state finora raccolte con modalità non sistematiche e, talvolta, l'imperfetto raccordo tra farmacie e provveditorati, ha reso difficoltoso l'emergere delle problematiche di fornitura.

L'impianto di un sistema codificato di raccolta delle segnalazioni delle ASR relative ad inadempienze di fornitura e la loro aggregazione consente di raggiungere il tetto previsto dalla norma (% su volumi acquistati) per l'applicazione di penali alle ditte fornitrici.

Inoltre, un ulteriore intervento si prevede relativamente ai presidi diabetici. A tal proposito si precisa che l'erogazione a carico SSR degli stessi (ed in specie, delle strisce di automonitoraggio glicemico che rappresentano oltre l'80% della spesa complessiva per tale tipologia di assistenza integrativa) si presta, sulla base delle informazioni regionali, ad interventi di ottimizzazione. Infatti il costo SSR per singola striscia è pari a 0,46 o.f.e. (DGR 13-5526 del 14/03/2013) a fronte di un volume di strisce di

43 milioni di pezzi ed un rimborso alle farmacie al pubblico di oltre 24 €/mln nel 2011. La spesa SSR 2012 (gennaio - settembre) risulta in crescita, rispetto all'anno precedente, dell' 8,47%.

Le tariffe regionali di rimborso degli altri presidi per diabetici erogati da farmacie e negozi autorizzati sono stati definite nel 2005 e, tranne le siringhe per insulina (€0,1225/0,1362 cd), sono pari al prezzo al pubblico scontato del 20%.

Inoltre, dal momento che la dispensazione dei presidi non è soggetta ad autorizzazione preventiva, ma i controlli sono effettuati ex post tramite l'incrocio dei PAG (Piani di automonitoraggio glicemico) con le ricette spedite in farmacia, occorre perfezionare i meccanismi di verifica di corrispondenza tra prescritto ed erogato.

Risultati programmati

Le segnalazioni delle ASR di inadempienze da parte delle ditte fornitrici vengono raccolte da SCR sulla base di un modello uniforme che descrive, relativamente al singolo lotto o sub-lotto, la tipologia di inadempienza:

- ritardo di consegna espresso in giorni;
- indisponibilità temporanea e l'indicazione del periodo;
- indisponibilità definitiva;
- quantificazione dell'esecuzione in danno.

L'analisi d'insieme dei dati consentirà eventuali ulteriori determinazioni verso i fornitori reiteratamente inadempienti nel corso dei successivi confronti concorrenziali.

I risultati programmati per i presidi per diabetici sono:

- riduzione delle tariffe regionali di rimborso di tutti i presidi per diabetici;
- sperimentazione di modalità alternative di distribuzione (diretta, distribuzione per conto,...) e centralizzazione di acquisto;
- monitoraggio continuo dei prodotti erogati ed implementazione di controlli mirati;
- riduzione del periodo di validità dei PAG ed adeguamento delle prescrizioni all'effettivo consumo
- iniziative di educazione terapeutica;
- aggiornamento degli indirizzi regionali in materia.

Indicatori di risultato

- Riduzione di almeno il 10% di segnalazioni inadempienze contrattuali in convenzioni centralizzate SCR, entro il 31/12/2014.
- Riduzione di almeno il 20% di segnalazioni inadempienze contrattuali in convenzioni centralizzate SCR, entro il 31/12/2015.

Gli indicatori di risultato per i presidi per diabetici sono:

- Predisposizione di atti regionali finalizzati a riduzione delle tariffe di rimborso, controllo ed appropriatezza della spesa, secondo gli specifici crono programmi attuativi entro il 30/06/2014.
- Riduzione di almeno il 10%, rispetto al 2012, della spesa regionale sostenuta per l'erogazione a carico SSR dei presidi per diabetici, nel 2013.
- Riduzione di almeno il 15%, rispetto al 2012, della spesa regionale sostenuta per l'erogazione a carico SSR dei presidi per diabetici, nel 2014.
- Riduzione di almeno il 20%, rispetto al 2012, della spesa regionale sostenuta per l'erogazione a carico SSR dei presidi per diabetici, nel 2015.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore Coordinamento Acquisti

Intervento 9.5: Attuazione della normativa nazionale in materia di beni e servizi (DL 98/2011 e DL 95/2012)

Il DL 95/2012, convertito dalla L 135/2012 e recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini, cd. Spending review, ha inteso innescare un percorso di miglioramento dell'efficienza/efficacia nella gestione della spesa pubblica.

Tale processo si avvia tramite analisi e valutazioni sistematiche di programmi e risultati, con l'obiettivo di far emergere casi di sprechi ed inefficienza.

La “revisione della spesa pubblica” è diretta anche/soprattutto al capitolo degli acquisti delle amministrazioni pubbliche. Nello specifico, al fine della razionalizzazione e contenimento della spesa sanitaria, si prevede una riduzione di importi e connesse prestazioni relative a contratti in essere di servizi e fornitura di beni e servizi, con esclusione degli acquisti dei farmaci, stipulati da aziende ed enti del SSR.

Come chiarito con nota DGPROGS 5573-P-27 del 27/02/2013 del Ministero della Salute, relativa all’ambito di applicazione delle disposizioni di cui all’art. 15, comma 13, lett. a) e b) del DL 95/2012, laddove si indica che la “prevista riduzione degli importi dei contratti è da conseguirsi attraverso una corrispondente diminuzione del volume delle prestazioni contrattuali, cioè dei beni forniti...”, occorre prevalentemente incidere sul fronte dei consumi negli ambiti in cui si riscontrino presupposti di razionalizzazione e miglioramento dell’appropriatezza d’uso.

Sulla base di tali premesse, la Regione Piemonte ha perseguito l’obiettivo della cooperazione tra Aziende sanitarie regionali, da realizzarsi tramite la strutturazione di reti integrate di offerta al fine di coniugare efficacia sanitaria ed efficienza amministrativa.

Con LR 3/2012 gli obiettivi di cui sopra sono stati dapprima posti in capo alle Federazioni sovrazionali (FS) con l’attribuzione, tra le altre, delle funzioni di pianificazione annuale e pluriennale degli acquisti e di approvvigionamento di beni e servizi, ad eccezione dei servizi socio-sanitari.

A seguito dello scioglimento delle FS dal 1° gennaio 2014, per effetto della LR 20/2013, con DGR 43 – 6861 del 9/12/2013, sono state individuate le aree interaziendali di coordinamento che, insieme all’Azienda ospedaliero-universitaria Città della Salute e della Scienza di Torino, costituiscono il livello ottimale di espletamento di alcune funzioni, tra le quali quelle di programmazione e pianificazione degli acquisti.

Al fine del raccordo delle distinte programmazioni, anche in relazione all’opportunità di ulteriori aggregazioni di acquisto, sono stati attivati gli interventi di seguito elencati.

- **Costituzione di un tavolo tecnico di coordinamento delle attività di approvvigionamento di beni e servizi (DD 666 dell’ 8/10/2012 Dirigente Settore Coordinamento Acquisto).** Anche nell’attuale fase di superamento delle FS ed in vista di diverse aggregazioni sovrazionali, il Tavolo, senza oneri per la Regione, verrà mantenuto in considerazione dell’indispensabile funzione di raccordo prevista.
- **DGR 14-5011 del 5/12/2012, inerente piani di acquisto annuali e pluriennali e definizione della matrice delle competenze,** per il riallineamento, a seguito della diversa organizzazione regionale, della programmazione degli acquisti in ambito sanitario. Con il provvedimento in questione sono state anche definite le competenze residue delle ASR nell’ambito delle procedure di gara sovrazionale, individuando poi le procedure centralizzate da affidare alla Società di committenza regionale SCR Piemonte S.p.A. e relativi flussi e responsabilità in capo ai diversi soggetti coinvolti. Le ASR sono state, inoltre, richiamate all’obbligo di In considerazione dell’opportunità di razionalizzare a monte i processi di acquisto, intervenendo in fase di domanda mediante valutazioni preliminari di standardizzabilità dei prodotti, sono stati costituiti, per il supporto tecnico alle gare centralizzate SCR, i nuclei di seguito elencati:
- Gruppo tecnico di supporto nell’ambito del SDA FARMACI (DD 648 del 24/09/2012 Dirigente Settore Coordinamento Acquisto)
- Gruppo tecnico di supporto gara centralizzata DISINFETTANTI (DD 2 del 3/01/2013 Dirigente Settore Coordinamento Acquisto)
- Gruppo tecnico di supporto gara centralizzata AUSILI MONOUSO INCONTINENZA (DD 104 del 18/02/2013 Dirigente Settore Coordinamento Acquisto)
- Gruppi tecnici di supporto gare centralizzate GUANTI MEDICALI, MEZZI CONTRASTO, SACCHE NUTRIZIONALI (DD 336 del 30/04/2013 Dirigente Settore Coordinamento Acquisto)

Nell’ambito degli interventi volti alla standardizzazione dei fabbisogni ed alla razionalizzazione dell’impiego delle risorse, il primo oggetto di analisi è stata la verifica delle componenti dei costi dei trattamenti dialitici, con la finalità di determinare gli elementi utili all’aggregazione delle procedure di acquisto. Pertanto, è stato costituito apposito gruppo di esperti con DD 19 del 9/01/2013 del Dirigente del Settore Coordinamento Acquisti, e, di concerto con il gruppo regionale di cui sopra sono state approvate le Linee di indirizzo per l’uniformità dei capitolati d’appalto per la fornitura dei trattamenti emodialitici (DD 546 del 10/07/2013 del Dirigente del Settore Coordinamento Acquisti)

Sono in fase di predisposizione ulteriori indirizzi regionali inerenti i capitolati d’appalto per la fornitura dei trattamenti dialitici peritoneali.

Anche nell'erogazione a carico SSR (per il 50% dei costi) delle immunoterapie iposensibilizzanti (ITS) sono stati introdotti criteri di razionalizzazione delle prescrizioni (quali l'esclusione dal listino regionale dei vaccini batterici polivalenti e delle miscele di allergeni già disponibili singolarmente e la limitazione della prescrizione delle ITS NPP per graminacee ai soli pazienti pediatrici). Gli interventi sul listino regionale ITS sono propedeutici alla nuova procedura di gara centralizzata ITS attualmente in scadenza. Gli atti di riferimento sono:

- DD 66 del 28/01/2013 e DD 408 del 23/05/2013 del Dirigente del Settore Coordinamento Acquisti di costituzione di gruppo tecnico e sottocommissione di esperti di immunoterapie
- DGR 34-6237 del 2/08/2013, inerente "Pianificazione degli approvvigionamenti delle immunoterapie specifiche e criteri di revisione del listino regionale"

Per quanto riguarda la logistica sono di imminente emanazione gli indirizzi regionali per la stesura di capitolati uniformi di affidamento dei servizi di logistica delle aree sovrazonali, mentre procedono, contestualmente, i lavori di unificazione delle anagrafiche locali di beni e prodotti sanitari, con la previsione di costituire una prima anagrafica unica provvisoria entro il 31/12/2013.

In parallelo, per il governo del sistema, sono stati avviati percorsi di monitoraggio relativamente a:

- **Acquisti in economia.** Con DD 231 del 25/03/2013 del Dirigente della Direzione Sanità si è provveduto alla regolamentazione degli acquisti in economia di ASR e FS, con approvazione dello schema tipo di regolamento da adottarsi obbligatoriamente entro il 1° maggio 2013. Il monitoraggio dei volumi e dei costi degli acquisti in questione è attivato a partire dal terzo trimestre 2013 e comprende numeri e volumi delle procedure di scelta del contraente inferiori a 40.000€ e di ricorso al mercato elettronico anche sotto i 5.000€, con importi suddivisi per conto economico.
- **Forniture per laboratori analisi.** Il monitoraggio è finalizzato alla verifica della coerenza della programmazione delle forniture con la riorganizzazione della rete laboratori operata dalla DGR 11-5524 del 14/03/2013 e le informazioni richieste sono relative a: oggetto procedura di gara, importo, periodo di validità del contratto, data programmata di indizione della gara.
- **Rinegoziazioni di cui al DL 95/2012.** Gli interventi previsti dal DL in oggetto sono monitorati per gara (aggiudicata, indetta, rinnovo), con confronto dei costi annui presunti e scostamento % rispetto all'anno precedente.
- Una prima valutazione, effettuata a febbraio 2013, dell'impatto del DL in oggetto, ha rilevato, su base regionale, economie per 9,05 €/mln, corrispondenti complessivamente ad una riduzione dei costi del 9,76% per un volume di 92,7 €/mln.
- Per la programmazione del periodo 2013-2015, rilevata sulla base degli attuali procedimenti in scadenza, corrispondente ad un totale di oltre 2000 procedure, la riduzione degli importi del 5% determinerebbe un risparmio di circa 32 €/mln.

Come si evince da quanto in precedenza esposto, l'obiettivo è disegnare e radicare un sistema regionale di governo complessivo degli approvvigionamenti delle ASR che offra le migliori garanzie sia in fase di domanda che in fase di pianificazione e programmazione delle gare.

Occorre rilevare che il processo è ancora in fase iniziale e che l'attuale condizione evolutiva dell'organizzazione sanitaria regionale non facilita il consolidamento di nuovi modelli.

Poiché sulla base dei dati economici relativi al I° semestre 2013 si rileva un disallineamento rispetto ai risultati attesi, presumibilmente attribuibile all'incremento/variazione dei fabbisogni, sia in termini quantitativi che di innovazione, dovranno essere rafforzate e strutturate le operazioni di monitoraggio degli acquisti (anche rispetto agli obblighi delle ASR di adesione al MEPA, con accesso ai dati Consip per le dovute verifiche), implementando altresì gli interventi finalizzati alla standardizzazione e appropriatezza.

Sulla base di relazioni dettagliate a commento del confronto tra i dati semestrali del 2012 con quelli del 2013, richieste a ciascuna ASR con cadenza trimestrale, saranno avviati approfondimenti tematici volti ad individuare le problematiche inerenti l'applicazione del DL 95/2012 al fine di predisporre interventi correttivi che conducano all'ottenimento dei risultati richiesti.

Il mancato raggiungimento degli stessi sarà oggetto di valutazione delle Direzioni aziendali.

Pertanto, nelle more della messa a regime dei provvedimenti previsti e coerentemente tenuto conto del perseguimento dell'equilibrio del bilancio sanitario con altre manovre indicate nel Programma Operativo, si procede ad accantonare prudenzialmente quota parte dei risparmi scontati nel tendenziale per effetto di applicazione delle disposizioni nazionali vigenti (DL 98/2012, DL 101/2013, DL 78/2010).

Risultati programmati

- Monitoraggio trimestrale dello stato d'attuazione della razionalizzazione della spesa per Azienda ai sensi del DL 95/2012 dal 15 settembre 2012 (dal 2° trimestre 2013);
- Riorganizzazione dei processi produttivi aziendali che sottostanno all'erogazione di singole tipologie di prestazioni sanitarie entro il 31.12.2014.

Indicatori di risultato

- Efficientamento in termini appropriatezza erogativa
- Perseguimento degli obiettivi di razionalizzazione della spesa coerentemente alle disposizioni nazionali vigenti

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore Coordinamento Acquisti

Intervento 9.6: Assistenza farmaceutica: distribuzione diretta e per conto

Azione 9.6.1: Assistenza farmaceutica: distribuzione diretta e per conto

La Giunta Regionale con deliberazione n. 16-11775 del 20/7/2009, integrata con D.G.R. n. 20-13298 del 15/2/2010, ha avviato in Regione Piemonte la distribuzione per conto (DPC) da parte delle farmacie convenzionate dei farmaci inclusi dall'AIFA nel Prontuario ospedale- territorio (PHT), ai sensi dell'art. 8 della L. 405/2001.

Vengono esclusi dalla DPC i seguenti farmaci, che, pur essendo inseriti in PHT, sono oggetto di distribuzione diretta delle ASR, essendo farmaci che richiedono un costante controllo in termini di appropriatezza prescrittiva:

- ormone della crescita;
- fattori della coagulazione;
- eparine a basso peso molecolare per la profilassi della trombosi venosa profonda dopo interventi ortopedici maggiori;
- metadone per le tossicodipendenze;
- ossigeno liquido per OTD.

La DPC è stata oggetto nel tempo di diversi provvedimenti volti sempre all'implementazione della medesima e al contenimento dei costi. La D.G.R. n. 38-5092 del 18/12/2012 ha ridefinito gli oneri a favore delle farmacie convenzionate, riducendoli a €6,00 + IVA a confezione, mantenendo condizioni agevolative per le farmacie rurali e a basso fatturato. Tale provvedimento comporta una economia pari a circa 1,6 €/mln all'anno, a parità di consumi. Successivamente, con apposita D.G.R. del 18/12/2013, tali oneri sono passati a €5,50 + IVA a confezione, per il biennio 2014-2015.

Per quanto riguarda la distribuzione diretta, con D.G.R. n. 2-4474 del 6/8/2012, è stata disposta l'erogazione diretta dei farmaci H sottoposti a monitoraggio AIFA da parte dei presidi ospedalieri, sede dei centri specialistici che prendono in carico i pazienti.

Numerosi altri farmaci necessari per particolari patologie, di alto costo, altamente specialistici, che richiedono un costante controllo dell'appropriatezza prescrittiva, vengono erogati in forma diretta dalle farmacie ospedaliere delle ASR. (tra gli altri, i farmaci ex Osp2 riclassificati da AIFA in A-PHT).

Infine, oggetto di specifiche disposizioni regionali nel tempo, è stata la distribuzione diretta di farmaci in sede di dimissione da ricovero ospedaliero e/o di visita ambulatoriale, ex legge 405/2001.

La distribuzione dei farmaci in dimissione, come noto, rappresenta un importante servizio ai pazienti per garantire la continuità terapeutica ospedale-territorio, nonchè una fonte di risparmio, considerato il minor costo di acquisto dei farmaci erogati direttamente dalle ASR.

Risultati programmati

- Riduzione della spesa per la DPC
- Incremento del consumo di farmaci distribuiti tramite DPC

Indicatori di risultato

- Confronto spesa DPC 2013 vs 2012; 2014 vs 2013; 2015 vs 2014

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del "Settore Farmaceutico Ospedaliero Territoriale" della Direzione Regionale Sanità

Azione 9.6.2: Implementazione della distribuzione diretta di farmaci in dimissione a seguito di ricovero e di visita specialistica ambulatoriale

La distribuzione dei farmaci in dimissione ai sensi della Legge 405/2001, rappresenta un importante servizio fornito ai pazienti per garantire la continuità terapeutica ospedale-territorio, nonché una fonte di risparmio, considerato il minor costo d'acquisto dei farmaci erogati direttamente dalle Aziende Sanitarie rispetto ai costi territoriali della farmaceutica convenzionata. Tale distribuzione, da parte delle farmacie ospedaliere nel momento della dimissione da ricovero ospedaliero o visita specialistica, è stata oggetto di specifiche disposizioni regionali che ne hanno previsto l'attuazione. L'ultimo provvedimento adottato (D.D. n. 235 del 31/3/2011) ha fornito le linee di indirizzo per attuare specifiche azioni per la completa attuazione di tale distribuzione. Tale attività è stata attuata solo parzialmente dalle aziende. Per superare tale criticità, in data 7 agosto 2013, è stato attribuito un obiettivo specifico per i Direttori Generali delle ASR.

Risultati programmati

- Incremento del volume di tale attività dispensando, al momento della dimissione da ricovero ospedaliero o da visita specialistica, i farmaci necessari per il prosieguo della terapia a domicilio, in coerenza con il Prontuario Terapeutico Aziendale.
- obbligo per le Aziende Sanitarie Regionali e gli IRCCS, nonché tutti i Presidi Ospedalieri con farmacia ospedaliera interna, ad effettuare la distribuzione del primo ciclo di terapia completo in dimissione;
- registro puntuale dei farmaci consegnati sul file;

Indicatori di risultato

- Spesa per farmaci di fascia A distribuiti direttamente e registrati in file F con codice 01 o 02. Incremento pari al + 5% della spesa nell'anno 2013 versus anno 2012 = obiettivo 2013 raggiunto;
- Per gli anni 2014 e 2015, si può ipotizzare un ulteriore incremento del 5% annuale rispetto all'anno precedente, realizzabile solo a fronte di un incremento di personale farmacista deputato, tenuto conto degli alti risparmi aggiuntivi realizzabili grazie a questa attività.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore "Farmaceutica Ospedaliera e Territoriale" della Direzione Regionale Sanità.

Azione 9.6.3: Modalità di approvvigionamento farmaci

Per l'attuazione di quanto previsto dal programma operativo del Piano di rientro 2010-2012, relativamente alla centralizzazione degli acquisti, con DGR 12-1438 del 28/01/2011 è stata affidata alla Società di committenza nell'espletamento della gara stessa. La gara telematica per la fornitura di farmaci e servizi connessi in favore delle ASR, di durata quadriennale e di importo a base di gara di 2.000 €/mln per lo stesso periodo, è stata bandita da SCR nei termini previsti mediante Sistema dinamico di acquisto (SDA). Tale modalità consente il contenimento dei costi dell'appalto e la possibilità di rinegoziare i prezzi nel corso del tempo, elemento importante per la progressiva introduzione sul mercato di farmaci genericabili. SCR ha concluso in marzo 2013 il IV confronto concorrenziale. La percentuale dei prodotti aggiudicati al primo confronto concorrenziale è stata di circa l'80%. Relativamente ai lotti non aggiudicati gli stessi sono stati gestiti in prima battuta dalle singole ASR con il risultato di possibile variabilità locale delle condizioni contrattuali per prodotti uguali. La rilevazione di eventuali inadempienze di fornitura da parte delle ditte aggiudicatarie, se mantenuta al livello locale, non produce effetti economici in danno ai fornitori. L'implementazione di un puntuale monitoraggio centralizzato a singolo confronto concorrenziale migliora la correttezza di impostazione delle successive negoziazioni che saranno effettuate sulla base di dati validati. Il coordinamento della convenzione regionale consente, inoltre, la gestione uniforme di eventuali condizioni migliorative, il monitoraggio delle inadempienze dei fornitori ed elementi per la valutazione complessiva dell'andamento dei consumi.

Risultati programmati

- La gestione centralizzata consente il puntuale monitoraggio dei lotti aggiudicati e contestuali valutazioni mirate circa i lotti andati deserti, con relative analisi sulle cause (base d'asta sottostimata, esclusività del prodotto, indisponibilità di offerte, etc) e la possibilità di eventuali rimodulazioni finalizzate all'aggiudicazione da parte della Società di committenza.

Indicatori di risultato

- Incremento (almeno +10% nel 2013, rispetto al 2012, almeno +15% nel 2014, rispetto al 2012, almeno +20% nel 2015, rispetto al 2012) del numero di lotti farmaci aggiudicati per singolo confronto concorrenziale.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore Coordinamento acquisti.

Intervento 9.7: Health Technology Assessment

Azione 9.7.1: Dispositivi medici

Con DGR 9-1435 del 29/01/2011 è stata prevista la costituzione in tutte le ASR di Commissioni aziendali o interaziendali per la stesura e la gestione di prontuari dei dispositivi medici (CADM). A dette commissioni sono state anche affidate le funzioni di verifica dell'effettiva infungibilità dei prodotti richiesti per l'acquisto.

Posto che, in ambito sanitario, l'infungibilità di un bene è attinente alla assenza di alternative diagnostiche, terapeutiche o tecniche, l'opportunità di affrontare una razionalizzazione nell'acquisizione di dispositivi medici a contenuto tecnologico è giustificata dal presupposto che l'utilizzo di prodotti infungibili dovrebbe costituire un'eccezione, per lo più riconducibile alla crescente personalizzazione delle cure.

La valutazione dell'infungibilità dei dispositivi medici può registrare la replica di processi valutativi che potrebbero essere sostituiti con un'unica istruttoria approfondita in ambito centralizzato regionale.

Inoltre, le valutazioni in oggetto risultano caratterizzate da elevata dinamicità a causa della rapida evoluzione del mercato.

I risultati delle valutazioni devono, quindi, essere sottoposti a periodica verifica ed aggiornamento nel caso di segnalazione di mutate condizioni del mercato.

Risultati programmati

- L'istituzione a livello regionale di un Nucleo di valutazione dei dispositivi medici a contenuto tecnologico, disposto con DGR 18-6420 del 30/09/2013, intende integrare e coordinare la attività delle CADM, migliorando l'efficacia complessiva del processo valutativo.
- Il Nucleo regionale di valutazione dei dispositivi medici a contenuto tecnologico (NUVDM) svolgerà le seguenti funzioni:
 - verifica dell'effettiva sussistenza di esclusività per le forniture da attivare e distinzione dei casi di sostanziale fungibilità tra diverse soluzioni presenti sul mercato; questi ultimi casi dovranno essere riconducibili a procedure di acquisizione che coinvolgano più fornitori secondo i principi della concorrenza e della economicità;
 - verifica, per le tecnologie di accertata infungibilità, dell'opportunità di avviare trattative centralizzate, in base ai consumi presunti in ambito regionale, al fine di ricercare economie di scala;
 - verifica secondo le metodologie HTA (Health Technology Assessment), per le tecnologie esclusive/infungibili aventi carattere innovativo, dell'effettiva appropriatezza ed opportunità di impiego, stante la frequente correlazione tra le due condizioni.
 - I pareri tecnici espressi dal NUVDM in ordine alle caratteristiche di infungibilità ed innovatività dei prodotti saranno vincolanti per l'individuazione delle procedure più idonee di acquisizione degli stessi.

Indicatori di risultato

- Atto di costituzione del Nucleo di valutazione dei dispositivi medici a contenuto tecnologico, entro il 31/01/2014;
- pubblicazione di documentazione/esiti di valutazione dei dispositivi medici a contenuto tecnologico su sito web regionale (almeno 2 nel 2014 e almeno 5 nel 2015).

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore "Coordinamento acquisti" della Direzione Regionale Sanità.

Azione 9.7.2: Apparecchiature biomediche

Il settore delle apparecchiature biomediche comprende migliaia di beni in uso presso le Aziende Sanitarie della Regione, a cui si sommano le tecnologie ad utilizzo domiciliare, che stanno assumendo un impatto progressivamente crescente sia dal punto di vista della quantità che della potenzialità all'erogazione domiciliare di servizi o prestazioni socio-sanitarie.

La gestione aziendale delle tecnologie biomediche ha determinato l'insorgenza delle seguenti criticità:

- 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;
- insufficiente continuità e coordinamento tra le politiche di acquisto e quelle manutentive, in quanto la massima efficienza ed efficacia complessiva del sistema si può ottenere solo bilanciando opportunamente l'una o l'altra scelta;
- funzioni di ingegneria clinica non sufficientemente presidiate in alcune ASR, 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, ...).

Per superare le succitate criticità la Regione intende:

- riorganizzare il sistema per consentire di gestire a livello centrale la funzione di autorizzazione, governo e controllo delle acquisizioni delle tecnologie biomediche attraverso una Commissione regionale, supportata da adeguate competenze tecniche specialistiche, che consenta al livello regionale anche di garantire la coerenza tra la fase manutentiva sui beni in essere e la fase di acquisto di nuovi beni in sostituzione;
- disporre che la gestione del budget sulla manutenzione delle tecnologie biomediche, di regola affidata al Servizio di Ingegneria Clinica delle ASR, sia governata attraverso indirizzi ed autorizzazioni regionali, comunque affiancate da una strategia centralizzata della programmazione delle acquisizioni.

Risultati programmati

- omogeneizzazione dei sistemi informatici per il monitoraggio della dotazione di tecnologie biomediche, per garantire la disponibilità di dati confrontabili sulla consistenza delle dotazioni tecnologiche biomediche, e delle informazioni di monitoraggio dei costi di gestione delle tecnologie censite, per monitorare l'andamento della spesa del settore.
- razionalizzazione delle tecnologie biomedicali disponibili nei punti di erogazione sanitaria al fine di ottenere una conseguente riduzione della spesa manutentiva e di investimento per sostituzioni o nuove acquisizioni;
- ottimizzazione della spesa di investimento per sostituzioni o per nuove acquisizioni attraverso un governo regionale delle politiche programmatiche degli investimenti, un rafforzamento delle funzioni tecniche dei servizi di ingegneria clinica aziendali e l'adozione di politiche centrali di acquisizione di beni e servizi raggruppate a livello sovrazonale o regionale;
- riduzione della spesa manutentiva attraverso un maggiore governo centrale delle politiche manutentive, un rafforzamento delle funzioni gestionali dei servizi di ingegneria clinica aziendali e l'adozione di politiche centrali di acquisizione di beni e servizi raggruppate a livello sovrazonale o regionale;

Indicatori di risultato

- revisione dell'attuale Commissione regionale per l'autorizzazione, il governo e il controllo delle acquisizioni delle tecnologie biomediche, entro il 31/12/2013.
- 2014-2015: report periodici di monitoraggio dell'attività della Commissione regionale.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore "Sistemi Informativi Sanitari" della Direzione Regionale Sanità.

Azione 9.7.3: Istituzione del “Piano Regionale delle Tecnologie biomediche” (PRTB)

Al fine di superare le sopraccitate criticità la Regione intende implementare una componente organizzativa atta a supportare il conseguimento dei risultati attesi attraverso la predisposizione del PRTB, a valenza triennale a slittamento, cioè oggetto di revisione semestrale.

Infatti, dal punto di vista organizzativo, si deve definitivamente superare il modello caratterizzato dall'autosufficienza delle Aziende Sanitarie Regionali (di seguito ASR), perfezionando e consolidando un sistema fondato sulla rete dei servizi sanitari, capace di assicurare la razionalizzazione dei percorsi diagnostici, terapeutici ed assistenziali, integrando con efficienza ed efficacia le limitate risorse disponibili, anche attraverso i recuperi di efficienza determinati dall'articolazione in ambiti sovrazionali di alcune funzioni, quali lo sviluppo di processi produttivi di acquisto e di condivisione dei servizi e funzioni amministrative e tecnico-logistiche.

Tale evoluzione verso un modello caratterizzato dalla condivisione interaziendale a governo centrale di alcune funzioni strumentali alla produzione dei servizi sanitari e socio-sanitari, è strettamente correlata al perseguimento dell'obiettivo prioritario del contenimento dei costi, per garantire la sostenibilità dell'intero sistema.

La Regione, avvalendosi della Commissione “Governo delle Tecnologie Biomediche” (GTB) che verrà all'uopo costituita, effettuerà una valutazione multidisciplinare delle diverse richieste delle ASR al fine del loro eventuale inserimento nel PRTB, il quale rappresenterà la sintesi delle attività di ottimizzazione, razionalizzazione ed integrazione delle risorse disponibili tenuto conto anche della coerenza con la programmazione sanitaria regionale, delle valutazioni tecnologiche e degli impatti organizzativi e delle coperture economiche specifiche o regionali.

Risultati programmati

- Razionalizzazione del parco delle tecnologie biomediche presenti nel SSR e relativo loro adeguamento alle esigenze dei servizi sanitari regionali erogati dalle ASR.

Indicatori di risultato

- Adozione dell'atto di istituzione della Commissione GTB e di istituzione del PRTB, entro il 31/12/2013.
- 2014-2015: report periodico di monitoraggio sulla corretta funzionalità della modalità operativa introdotta.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore “Sistemi Informativi Sanitari” della Direzione Regionale Sanità.

Azione 9.7.4: Unificazione dei sistemi informativi/ci per il monitoraggio della dotazione di tecnologie biomediche e dei relativi costi di manutenzione o gestione

Questa azione è necessaria per garantire la disponibilità a livello centrale di dati confrontabili ed attendibili sulla consistenza e sulle principali caratteristiche delle dotazioni aziendali di tecnologie biomediche, anche attraverso un monitoraggio più puntuale della completezza dei flussi FITeB (Flusso Informativo Tecnologie Biomediche), e sull'andamento della spesa corrente del settore.

A tale fine sarà emessa una Linea Guida regionale sulle modalità di realizzazione del processo di unificazione dei sistemi informativi/ci, anche recante indicazioni sulla corretta ed omogenea imputazione dei dati delle caratteristiche tecniche delle tecnologie biomedicali e dei relativi costi di manutenzione e gestione.

Risultati programmati

- Unificazione dei sistemi informativi/ci e progressiva estensione del monitoraggio FITeB a tutto il parco tecnologico biomedicale regionale ed ai relativi costi di manutenzione e gestione.

Indicatori di risultato

- Adozione della Linea Guida regionale sull'unificazione dei sistemi informativi/ci per il monitoraggio della dotazione di tecnologie biomediche e dei relativi costi di manutenzione o gestione, entro il 30/06/2014.
- 2014-2015: report periodico di monitoraggio con la finalità di evidenziare le criticità.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore “Sistemi Informativi Sanitari” della Direzione Regionale Sanità.

Azione 9.7.5: Razionalizzazione della gestione dei servizi manutentivi delle tecnologie biomediche

Al fine di conseguire una razionalizzazione della gestione dei servizi manutentivi e dei ricambi delle tecnologie biomediche, sarà promossa, a livello di area sovrazonale, la cooperazione interaziendale e la realizzazione di reti integrate dei servizi di Ingegneria Clinica, in modo da ricercare il massimo di efficacia tecnica ed efficienza organizzativa, secondo i principi di economicità, trasparenza, efficienza ed efficacia.

A tal fine la Regione ritiene opportuno provvedere alla costituzione di un tavolo di lavoro "Governo della Ingegneria Clinica" (GIC) con la partecipazione del Responsabile regionale SIS e dei Referenti delle Ingegnerie Cliniche per ciascuna area sovrazonale.

Tale tavolo, che è previsto si riunisca con cadenza quindicinale, avrà il compito di:

- sovrintendere al processo di coordinamento degli interventi;
- armonizzazione delle diverse realtà operative;
- predisposizione delle apposite linee guida di settore;
- condividere le misure da adottare per superare le eventuali criticità identificate nella gestione dei servizi manutentivi delle ASR.

Risultati programmati

- Armonizzazione delle diverse realtà operative di gestione dei servizi manutentivi delle ASR; predisposizione delle apposite linee guida di settore; condivisione delle misure da adottare per superare le eventuali criticità identificate.

Indicatori di risultato

- Adozione dell'atto di istituzione del tavolo GIC, entro il 30/06/2014
- 2014-2015: report periodico di monitoraggio dell'attività del Tavolo.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore "Sistemi Informativi Sanitari" della Direzione Regionale Sanità.

Intervento 9.8 Efficiamento e razionalizzazione delle risorse energetiche

Il solo patrimonio edilizio ospedaliero della Regione Piemonte è composto da 58 edifici per una Superficie Lorda Totale pari a circa 2,2 €/m² di m² corrispondenti ad un Volume Lordo Globale di circa 7,9 €/m³ di m³.

Il fabbisogno energetico è principalmente dovuto a necessità di:

- energia elettrica per illuminazione, alimentazione dei motori a servizio delle macchine tecnologiche e al condizionamento degli edifici;
- energia termica per soddisfare la produzione di vapore, acqua calda sanitaria e riscaldamento invernale.

Le principali cause di inefficienza sono:

- Prevalenza di chiusure trasparenti non efficienti dal punto di vista energetico, ovvero prevalenza del vetro singolo e di serramenti in alluminio
- Pareti verticali non isolate, pari al 70 % delle superfici verticali
- Superfici di copertura non isolate, pari al 65% delle coperture
- Superfici trasparenti ad alta remissività, pari al 55% delle superfici trasparenti
- Prevalenza di generatori di calore vetusti di potenza superiore a 500 kWt
- Prevalenza di aree e zone ospedaliere non provviste di gestione indipendente del prelievo delle energia termica e/o sprovviste di valvole termostatiche
- Prevalenza di lampade ad incandescenza in zone sprovviste di rilevazione della presenza.
- Prevalenza di motori elettrici a servizio dei macchinari tecnici non provviste di inverter

Quasi la metà dei volumi del patrimonio edilizio ospedaliero è anche condizionato durante il periodo estivo e tale percentuale pesa in maniera consistente sui consumi energetici delle strutture ospedaliere, prevalentemente sul vettore elettrico.

Il costo energetico è così rappresentato:

- energia Elettrica: 46.000 tep, pari a 32 €/mln annuali (iva esclusa);
- energia Termica: 50.000 tep, pari a 38 €/mln annuali (iva esclusa).

La legge 06/07/2012 n. 94 “Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 07/05/2012, n. 52, recante disposizioni urgenti per la razionalizzazione della spesa pubblica”, in materia di *spending review* -art. 14, prevede l’obbligo per le PP.AA. di adottare entro 24 mesi misure finalizzate al contenimento dei consumi di energia e all’efficientamento degli usi finali della stessa, anche attraverso il ricorso ai contratti di servizio energia di cui al D.Lgs 115/2008 e anche nelle forme dei contratti di partenariato “pubblico privato”. La Direttiva 2006/32/CE investimenti di E.E, prevede, negli edifici pubblici, il ricorso a strumenti finanziari per il risparmio energetico, tra cui i “contratti di rendimento energetico” (CRE) “ accordo contrattuale tra il beneficiario e il fornitore riguardante una misura di miglioramento dell’efficienza energetica, in cui i pagamenti [...] sono effettuati in funzione del livello di miglioramento dell’efficienza energetica stabilito contrattualmente”.

Lo strumento più indicato per evitare investimenti pubblici e produrre contestualmente un risparmio sia economico che ambientale, è costituito da una formula di Contratto di Rendimento Energetico (CRE). I vantaggi del CRE sono il conseguimento di immediati risparmi sulla spesa storica dell’energia, il superamento della cronica carenza di capitali da destinare al finanziamento di progetti e l’opportunità di destinare le proprie risorse ad altri investimenti sanitari. Il CRE trova un importante input per la razionalizzazione della spesa pubblica per l’energia nel d.lgs. 115/08, in attuazione della Direttiva 2006/32/CE. Così come il finanziamento tramite Terzi, il Contratto di Rendimento Energetico (CRE) è “l’accordo contrattuale che comprende un terzo, oltre al fornitore di energia e al beneficiario della misura di miglioramento dell’efficienza energetica, che fornisce i capitali per tale misura e addebita al beneficiario un canone pari a una parte del risparmio energetico conseguito avvalendosi della misura stessa. Il terzo può essere una ESCO. Si tratta di una “persona fisica o giuridica che fornisce servizi energetici ovvero altre misure di miglioramento dell’efficienza energetica nelle installazioni o nei locali dell’utente, accettando un certo margine di rischio finanziario. Il pagamento dei servizi forniti si basa totalmente o parzialmente sul miglioramento dell’efficienza energetica conseguito e sul raggiungimento degli altri criteri di rendimento stabiliti.”

Le più importanti prerogative di una ESCO devono essere:

- indipendenza dal sistema dei grandi fornitori di tecnologie e indipendenza dal sistema dei grandi fornitori di combustibili;
- know-how relativo alla progettazione, realizzazione e gestione di interventi di efficienza energetica nei sistemi integrati ‘edificio-impianto’;
- know-how nel settore della progettazione finanziaria e nella gestione dei rischi;
- solida situazione patrimoniale ed indiscussa capacità finanziaria.

Nei contratti di rendimento energetico la remunerazione dell’appaltatore (ESCO) è condizionata, e quindi parametrata, al conseguimento dell’obiettivo di riduzione del costo energetico stabilito contrattualmente. E’ importante sottolineare che sulla ESCO verranno trasferiti gli investimenti e tutti i rischi tecnici di mancata performance degli impianti e si avrà garanzia della qualità del servizio correlata all’ efficienza degli impianti mantenuti dalla ESCO, pena un suo danno economico.

In sintesi, il progetto prevede, dopo una approfondita analisi tecnico/economico/giuridica, la definizione di un contratto-tipo in grado di:

- permettere alle ASR un risparmio economico pari al 10% (a decorrere dal 2014), equivalente a circa 6 €/mln/anno;
- permettere che l’extra risparmio, quantificato in un ulteriore 10%, remunererà la ESCO tramite un canone fisso periodico per il recupero dell’investimento e produrre un utile proporzionale condizionato al verificarsi del risparmio energetico;
- avere una contabilizzazione dell’energia prodotta e utilizzata da ciascuna utenza;
- ottenere la messa a norma degli impianti all’atto dell’avvio del contratto e assunzione della funzione di Terzo Responsabile da parte della ESCO;
- prevedere che allo scadere del contratto tutti gli impianti installati nell’ambito dell’implementazione del “piano d’intervento” proposto ritorneranno di proprietà delle ASR.

Risultati programmati

- Riduzione del costo energetico mediante l’efficientamento delle strutture e degli impianti e l’ottimizzazione delle relative modalità di gestione ed utilizzo;

- razionalizzazione delle risorse impiegate e dei costi di processo mediante la realizzazione di economie di scala, lo sviluppo di sinergie ed il coordinamento delle azioni;
- miglioramento dell'affidabilità e delle performance dei sistemi edili e impiantistici mediante la realizzazione di interventi di adeguamento e riqualificazione;
- massimizzazione dei benefici energetici, economici, e prestazionali mediante l'implementazione di una gestione integrata (ai diversi livelli: di struttura, di azienda, di Area sovra zonale e di Regione) dei sistemi energetici nonché di soluzioni tecnologiche e/o gestionali innovative.

Indicatori di risultato

- Riduzione del costo energetico di almeno il 10%, rispetto al tendenziale, in almeno 5 ASR, entro il 31/12/2014.
- Riduzione del costo energetico di almeno il 10%, rispetto al tendenziale, in almeno 10 ASR, entro il 31/12/2015.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore "Coordinamento acquisti" della Direzione Regionale Sanità.

Valorizzazione Programma 9:Razionalizzazione della spesa

Intervento 9.3: Centralizzazione degli acquisti – Attivazione di sistemi di e-procurement regionali – Adesione a Consip

In considerazione dei vantaggi prodotti dall'aggregazione degli acquisti di beni e servizi la Regione intende estendere ulteriormente tale modello.

Nel corso del 2013 si prevede di attivare un coordinamento regionale per la programmazione degli acquisti delle seguenti categorie di prodotti:

- protesi cocleari: la gara verrà affidata ad un'unica stazione appaltante per il fabbisogno regionale. L'obiettivo è garantire il fabbisogno regionale annuo (120 impianti) evitando le attuali diseconomie derivanti dalla mobilità passiva.
- apparecchi acustici e scarpe e plantari: sono in fase di ultimazione le Linee guida sull'Appropriatezza prescrittiva degli Apparecchi Acustici e delle Scarpe e plantari che sono rispettivamente la prima e la seconda voce di spesa dell'Assistenza Protesica;
- ausili per incontinenti: la gara centralizzata è affidata a SCR, con la previsione di realizzare economie del 10% sul totale della spesa.
- trattamenti dialitici: per la razionalizzazione e l'uniformazione dei costi relativi, si prevede la predisposizione di linee di indirizzo, concordate con gli specialisti nefrologi, per la redazione dei capitolati di gara sovra zonali.
- Immunoterapie sensibilizzanti: la revisione del listino regionale delle immunoterapie sensibilizzanti (ITS) erogabili al 50% a carico del SSR costituirà la base per la nuova convenzione SCR (secondo semestre 2013).
- gare laboratori: la programmazione delle nuove gare di Area sovra zonale dovrà tenere conto della riorganizzazione della rete regionale attuata con DGR 11-5524 del 14/03/2013.

Relativamente ai risparmi individuati nel presente intervento è da evidenziare che i valori di seguito riportati sono il risultato, oltre il risparmio dei prezzi di gara, dell'applicazione delle disposizioni previste dalla L.135/2012 e dalla L.228/2012, supportate dalle azioni attivate/da avviare dalla Regione per la corretta valutazione dei fabbisogni aziendali e la conseguente pianificazione delle gare centralizzate. Pertanto, come di seguito riportato, parte di tali risparmi risultano essere stati scontati nel tendenziale.

Per quanto riguarda la valorizzazione economica dei possibili risparmi derivanti dalle azioni sopra riportate, prudenzialmente la Regione ha ipotizzato di stimare le economie relative a:

- apparecchi acustici e scarpe e plantari, per cui la spesa annua è pari a ca. 18,3 €/mln. Ipotizzando di poter diminuire la spesa di ca. il 5-7%, la manovra è pari a ca.
 - 0,4 €/mln rispetto al 2013 (considerando l'applicazione delle azioni da metà anno);

- 1,3 €/mln complessivi rispetto al 2014;
- 2,6 €/mln complessivi rispetto al 2015;

Nel triennio si rileva quindi **un risparmio di ca. 2,6 €/mln.**

- ausili per incontinenti: per cui la spesa annua è pari a ca. 36 €/mln. Tramite la revisione dei meccanismi di monitoraggio con l'integrazione delle BD "Protes" e il flusso registrazione ricette, la classificazione delle tipologie di incontinenza, la previsione di moduli prescrittivi uniformi, si è ipotizzata una diminuzione della spesa annua di ca. il 10%, per cui la manovra è pari a ca.:
 - 1,8 €/mln rispetto al 2013 (considerando l'attuazione delle manovre a partire da metà anno);
 - 5,4 €/mln complessivi rispetto al 2014;
 - 9 €/mln complessivi rispetto al 2015.

Nel triennio si rileva quindi **un risparmio di ca. 9 €/mln.**

PROGRAMMAZIONE ACQUISTI SOVRAZONALI

La prima programmazione (febbraio 2013) di gare centralizzate di beni/servizi a favore delle ASR, espletata a livello sovrazonale, ha rilevato sugli importi a base di gara e a parità di volumi, le manovre di seguito riportate:

- ca. 5 €/mln rispetto al 2013;
- ca. 7,6 €/mln complessivi rispetto al 2014;
- ca. 9,1 €/mln complessivi rispetto al 2015;

Nel triennio si rileva quindi un risparmio di ca. 9,1 €/mln.

Per la successiva programmazione aggregata degli approvvigionamenti delle ASR, rilevata sulla base degli attuali procedimenti in scadenza, si è stimato prudenzialmente un ribasso sulla base d'asta del 7% anziché del 9%. A parità di volumi, le possibili manovre stimate sono pari a ca.:

- 13,2 €/mln rispetto al 2013;
- 30,1 €/mln complessivi rispetto al 2014;
- 41 €/mln complessivi rispetto al 2015;

Nel triennio si rileva quindi **un risparmio di ca. 41 €/mln.**

Dal momento che, ad oggi, non è possibile quantificare la successiva programmazione degli acquisti determinata dalle scadenze contrattuali delle ASR, le ulteriori future economie saranno integrate e valorizzate nel corso dell'attuazione del presente Programma operativo.

SCR PIEMONTE CONVENZIONE FARMACI

Sulla base dei dati relativi al monitoraggio delle convenzioni centralizzate SCR già aggiudicate, risultano i ribassi di prezzo di seguito riportati.

Per il III confronto concorrenziale, per cui sono stati aggiudicati 1.481 lotti, la manovra prevista è pari a ca.:

- 7,6 €/mln rispetto al 2013;
- 15,2 €/mln complessivi rispetto al 2014;
- 22,8 €/mln complessivi rispetto al 2015;

Nel triennio si rileva quindi un risparmio complessivo di ca. 22,8 €/mln.

Per il IV confronto concorrenziale, per cui sono stati aggiudicati 326 lotti, la manovra prevista è pari a ca.:

- 1,5 €/mln rispetto al 2013;
- 3,6 €/mln complessivi rispetto al 2014;
- 5,7 €/mln complessivi rispetto al 2015;

Nel triennio si rileva quindi un risparmio complessivo di ca. 5,7 €/mln.

Pertanto, ne segue che nel triennio la manovra complessiva prevista dalle convenzioni SCR per l'acquisto di farmaci è pari a ca. **28,5 €/mln.**

SCR PIEMONTE CONVENZIONE SOLUZIONI INFUSIONALI

Sulla base dei dati relativi al monitoraggio delle convenzioni centralizzate SCR già aggiudicate, la manovra prevista, a parità di volumi, è:

- 0,6 €/mln rispetto al 2013;
- 1,2 €/mln complessivi rispetto al 2014;
- 1,8 €/mln complessivi rispetto al 2015;

Nel triennio si rileva quindi un risparmio complessivo di ca. 1,8 €/mln.

SCR PIEMONTE CONVENZIONE SUTURATRICI MECCANICHE

Sulla base dei dati relativi al monitoraggio delle convenzioni centralizzate SCR già aggiudicate, la manovra complessiva, a parità di volumi, è:

- 1,2 €/mln rispetto al 2013;
- 2,4 €/mln complessivi rispetto al 2014;
- 3,6 €/mln complessivi rispetto al 2015;

Nel triennio si rileva quindi un risparmio complessivo di ca. 3,6 €/mln.

SCR PIEMONTE CONVENZIONE AGHI E SIRINGHE

Sulla base dei dati relativi al monitoraggio delle convenzioni centralizzate SCR già aggiudicate, la manovra prevista, a parità di volumi, è pari a ca.:

- 2,2 €/mln rispetto al 2013;
- 4,4 €/mln complessivi rispetto al 2014;
- 6,6 €/mln complessivi rispetto al 2015;

Nel triennio si rileva quindi un risparmio complessivo di ca. 6,6 €/mln.

PRESIDI PER DIABETICI

La spesa regionale sostenuta per l'erogazione tramite le farmacie per i presidi per diabetici (fonte CNU) è stata nel 2012 di oltre 35 €/mln.

La Regione, in applicazione agli obiettivi di governo regionale e tramite le azioni previste finalizzate alla riduzione delle tariffe di rimborso, al controllo e all'appropriatezza della spesa ha stimato che il risparmio raggiungibile sia pari al 15% dei costi sostenuti nel corso del 2012. Di conseguenza la manovra prevista è pari a ca.:

- 2,5 €/mln rispetto al 2013;
- 6,0 €/mln complessivi rispetto al 2014;
- 9,5 €/mln complessivi rispetto al 2015;

Nel triennio si rileva quindi un risparmio complessivo di ca. 9,5 €/mln.

Sulla base di quanto rappresentato, di seguito si riporta una tabella di sintesi che riepiloga le manovre cumulate previste **per il PO 9: Razionalizzazione della spesa.**

Area di intervento	2013	2014	2015
(€000)			
APPARECCHI ACUSTICI	400	1.315	2.615
AUSILI PER INCONTINENTI	1.800	5.400	9.000
RIBASSI D'ASTA (PRIMA	5.000	7.600	9.100
RIBASSI D'ASTA (SUCCESSIVA	13.200	30.100	41.000
SCR FARMACI I	7.600	15.200	22.800
SCR FARMACI II	1.500	3.600	5.700
SCR SOL. INFUSIONALI	600	1.200	1.800
SCR SUTURATRICI	1.200	2.400	3.600
SCR AGHI-SIRINGHE	2.200	4.400	6.600
PRESIDI DIABETE	2.500	6.000	9.500
TOTALE	36.000	77.215	111.715

Tabella 19 – Economie derivanti dagli interventi per la razionalizzazione della spesa

Complessivamente l'intervento sul contenimento della spesa per l'intervento in oggetto, tenuto conto dei risparmi già scontati nel tendenziale per applicazione delle disposizioni nazionali vigenti, determinerà una manovra cumulata di risparmio rispetto al tendenziale come di seguito riportato:

- ca. 17,8 €/mln per il 2013;
- ca. 33,2 €/mln per il 2014;
- ca. 47,2 €/mln per il 2015.

Complessivamente la manovra comporterà un risparmio rispetto al tendenziale 2013 di ca. 47,2 €/mln.

Intervento 9.5: Attuazione della normativa nazionale in materia di beni e servizi (DL 98/2011 e DL 95/2012)

Tenuto conto dell'andamento tendenziale, rilevato sulla base delle informazioni disponibili al III Trim 2013 ed a seguito della ricognizione straordinaria effettuata al 30/11/2013, nelle more delle ulteriori attività di monitoraggio e controllo che si intendono porre in essere, si è proceduto ad accantonare, prudenzialmente, rispetto al tendenziale, i seguenti importi:

- ca. 30 €/mln per il 2013;
- ca. 21 €/mln per il 2014;
- ca. 15 €/mln per il 2015.

A tal proposito, si precisa che l'accantonamento operato, tenuto conto delle altre manovre regionali definite, assicura comunque, per ciascuna annualità del triennio, l'equilibrio del bilancio sanitario regionale.

Intervento 9.6: Assistenza farmaceutica: distribuzione diretta e per conto

Azione 9.6.1: Assistenza farmaceutica: distribuzione diretta e per conto

La Regione con la D.G.R. n. 38-5092 del 18/12/2012 ha ridefinito gli oneri a favore delle farmacie convenzionate, riducendoli a € 6,00 + IVA a confezione, mantenendo condizioni agevolative per le farmacie rurali e a basso fatturato. Tale provvedimento si ritiene possa consentire nel prossimo triennio una manovra pari a ca.:

- 1,6 €/mln rispetto al tendenziale 2013;

Nel triennio si rileva quindi un risparmio complessivo di ca. 1,6 €/mln.

Azione 9.6.2: Implementazione della distribuzione diretta di farmaci in dimissione a seguito di ricovero e di visita specialistica ambulatoriale

Nell'anno 2012 sono stati distribuiti direttamente, in dimissione da ricovero o a seguito di visita specialistica ambulatoriale (Fonte dati CSI Piemonte – Codici File F 01 e 02 –in Regione Piemonte, farmaci classificati in fascia A per un valore di circa 21 €/mln.

La Regione, ipotizzando un incremento del 5% della spesa (pari quindi a ca. 1 €/mln in più rispetto lo scorso anno) e considerato che in media il prezzo di acquisto dei farmaci da parte delle Aziende

Sanitarie risulta inferiore del 42% rispetto al costo della distribuzione in convenzione degli stessi farmaci, ha stimato una possibile manovra pari a ca.:

- 0,4 €/mln rispetto al tendenziale 2013;
- 0,8 €/mln complessivi rispetto al tendenziale 2014;
- 1,2 €/mln complessivi rispetto al tendenziale 2015;

Nel triennio si rileva quindi un risparmio complessivo di ca. 1,2 €/mln.

Programma 10: Gestione del personale

Il programma, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- azioni macro di contenimento della spesa per il personale (Blocco del turn over, personale a tempo determinato, determinazione tetti di spesa per il personale, Programmazione delle Risorse Umane e regolamento per la mobilità, ridefinizione unità operative ex art.12 Patto per la Salute 2010-2012);
- azioni di governance sulle seguenti tematiche, anche in coerenza con le norme nazionali adottate e da adottarsi:
 - tempo indeterminato
 - tempo determinato:
 - misure di contenimento;
 - proroga contratti a tempo determinato del personale sanitario ai sensi dell'art.4, comma 5, DL 158/2012.
 - sospensione conferimento/rinnovo incarichi ex art.15-septies fino a realizzazione della riduzione dei posti letto ai sensi dell'art.15, comma 13, lett. c), DL 95/2012;
 - rispetto dei limiti percentuali di cui all'art.4, comma 1, lettere e-bis) e e-ter), DL 158/2012.
 - fondi contrattuali:
 - allineamento della quota fondi pro-capite per la contrattazione integrativa alla media nazionale attraverso la ridefinizione dei fondi aziendali a seguito della ridefinizione delle dotazioni organiche e degli atti aziendali e relativa rinegoziazione sindacale;
 - invio da parte di ciascuna ASL della consistenza annuale dei fondi relativi alla contrattazione integrativa aziendale ;
 - rendiconto analitico periodico (per singola ASL e complessivo della Regione) relativo alle modalità di utilizzo dei singoli fondi aziendali;
 - situazione circa l'emanazione di linee guida regionali per uniforme applicazione disposizioni CCNL nell'ambito degli accordi integrativi aziendali e relativo monitoraggio;
 - applicazione delle disposizioni di cui all'art.9, comma 2-bis, del DL 78/2010 e relativa circolare MEF n. 12/2011.
 - prestazioni aggiuntive;
 - attività libero professionale intramuraria e monitoraggio sui volumi di attività intra-moenia in rapporto con i volumi di attività istituzionale;
 - ridefinizione atti aziendali: stato su emanazione linee guida regionali e loro attuazione.
 - ridefinizione dotazioni organiche (art.2, comma 72, lett. a), L. 191/2009):
 - stato di attuazione;
 - emanazione regolamenti di mobilità del personale a seguito di ristrutturazione;
 - rispetto disposizioni di cui all'art.1, comma 8, DL 158/2012;
 - adeguamento dotazioni organiche dei presidi ospedalieri ai sensi dell'art.15, comma 13, lett. c), DL 95/2012.
 - analisi costo medio del personale:
 - analisi dei dati di Conto Economico al fine di determinare l'incidenza del costo del personale (in valore percentuale) con raffronto al valore medio nazionale (riferimenti dati conto annuale tabella 5);
 - analisi sulla composizione della dotazione organica: incidenza percentuale del personale dirigente.
 - dirigenza sanitaria e governo clinico:
 - provvedimenti di nomina e di risoluzione dei direttori generali, quando ne ricorrano i presupposti di legge;
 - strumenti valutazione dei dirigenti medici e sanitari.

- bilanciamento del mix comparto-dirigenza conseguente al completamento delle procedure di ridefinizione degli atti aziendali e di adeguamento delle piante organiche rispetto agli interventi di riorganizzazione e riqualificazione della rete di assistenza.
- contenimento costi apparati amministrativi (art.6 DL 78/2010):
 - spese di missione (andamento e definizione obiettivo di riduzione).
 - commissioni e altri organismi (contenimento numero, gratuità partecipazione, contenimento spese di funzionamento);
- personale con contratti atipici e personale convenzionato;
- consulenze (sanitarie e non sanitarie);
- altro;
- compilazione tabelle allegate (Allegati 4 e 5).

Gestione del personale: valorizzazione manovre (€/mIn)			
	2013	2014	2015
Gestione del personale	54,2	106,8	125,1
Contenimento della spesa per il personale	54,2	106,8	125,1
<i>Regolamenti per la mobilità</i>	-	-	-
<i>Attività libero professionale intramuraria e monitoraggio sui volumi di attività intramoenia in rapporto con i volumi di attività istituzionale</i>	-	-	-
<i>Fondi contrattuali - Applicazione delle disposizioni di cui all'art. 9, comma 2 – bis del d.l. n. 78/2010 e relativa circolare MEF n. 12/2011</i>	-	-	-
<i>Contenimento della spesa per il personale 2010-2015</i>	50,7	101,4	117,8
<i>Riduzione delle consulenze e delle prestazioni aggiuntive</i>	0,3	0,5	0,8
<i>Riduzione della spesa per SUMAI</i>	3,3	4,9	6,6

Tabella 20 – Sintesi manovre

Intervento 10.1: Contenimento della spesa per il personale

Azione 10.1.1: Regolamenti per la mobilità

Il processo di ristrutturazione del Servizio Sanitario Regionale, avviato con l'approvazione del Piano Socio-Sanitario 2012-2015, ha reso necessario disciplinare a livello regionale la ricollocazione e la mobilità dei dipendenti, al fine di consentire alle Aziende Sanitarie Regionali di adeguare le proprie dotazioni organiche al fabbisogno di personale conseguente ai nuovi assetti organizzativi.

I riferimenti normativi e contrattuali che sono coerenti con tale impostazione sono:

- l' art. 1 comma 29 del D.L. n. 138/2011 convertito con modificazioni nella legge n. 148/2011 secondo il quale i dipendenti delle amministrazioni pubbliche di cui all'art. 1 co.2 d.lgs. n. 165/2001 sono tenuti, su richiesta del datore di lavoro, a effettuare la prestazione lavorativa in luogo e sede diversi secondo ambiti definiti dai CCNL e, fino ad allora, il trasferimento è in ambito regionale – eccetto per dipendenti del Ministero Interni.
- l' art. 1 comma 8 del D.L. n. 158/2012 convertito con modificazioni nella legge n. 189/2012 (le Regioni, per esigenze di riorganizzazione della rete assistenziale, possono attuare, previo confronto con le OO.SS., processi di mobilità del personale dipendente delle ASR con ricollocazione presso altre aziende sanitarie della Regione, previo accertamento delle situazioni di eccedenza ovvero di disponibilità di posti per effetto della predetta organizzazione da parte delle aziende sanitarie.
- l' art. 5 comma 1 lett. i) del CCNL 17.10.2008 dell'area della dirigenza medica e veterinaria e l'omologo dell'area della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica ed amministrativa per il quale la regione può disciplinare la mobilità in caso di eccedenza dei dirigenti nei processi di ristrutturazioni aziendali.
- l' art. 3 comma 3 del CCNL 31.7.2009 dell'area Comparto ha integrato l'art. 18 del CCNL 20.9.2001 per il quale in caso di ristrutturazione su dimensione regionale o sovraaziendale degli enti del SSN che comportino l'accorpamento, anche parziale, di strutture appartenenti a separati enti, i criteri circa la mobilità del personale interessato, nel rispetto della categoria, profilo professionale, disciplina ove prevista nonché posizione economica di appartenenza del dipendente, possono essere affrontati in sede di confronto regionale ai sensi dell' art. 7 del CCNL 19.4.2004.

La Regione Piemonte, ha iniziato un percorso per la predisposizione di disciplinari specifici per le diverse aree contrattuali che definiscano i criteri generali e le procedure per la ricollocazione e la mobilità del personale coinvolto nei processi di ristrutturazione aziendale a cui le Aziende Sanitarie dovranno attenersi, anche al fine di evitare dichiarazioni di esubero: nello specifico sono stati sottoscritti accordi in tale senso con le OO.SS. del Comparto (accordo approvato dalla Giunta Regionale con DGR n. 40 – 5669 del 16/04/2013), della dirigenza Medica e Veterinaria (accordo approvato dalla Giunta Regionale con DGR n. 23 – 6541 del 22.10.2013) e della dirigenza SPTA (accordo approvato dalla Giunta Regionale con DGR n. 22 – 6896 del 18.12.2013).

Per tutte le tre aree di contrattazione, oltre ad un iniziale percorso per favorire la ricollocazione all'interno dell'azienda stessa, è previsto un secondo momento di mobilità c.d. "guidata" dalla regione per la ricollocazione, al fine di favorire una redistribuzione del personale più in linea con i nuovi assetti aziendali e, anche, di evitare esuberi delle figure eventualmente non riassorbite all'interno dell'azienda. Il percorso, pur con qualche differenza tra personale dirigente e del comparto, può così sinteticamente riassumersi:

- le aziende sanitarie inviano all'assessorato regionale tutela della salute e sanità, il profilo di appartenenza e la disciplina (nel caso dei dirigenti sanitari) del personale non ricollocato al proprio interno e comunicano agli interessati l'avvio del procedimento di ricollocazione presso altre aziende della regione.
- l'assessorato, ricevuti tali nominativi procede ad una ricognizione dei posti vacanti in tutte le aziende sanitarie della regione, e, al termine di tale operazione, avvia il processo di mobilità guidata: qualora si renda necessaria una selezione tra più aspiranti agli stessi posti la regione redige apposite graduatorie, sulla base di criteri predeterminati, previo esame con le organizzazioni sindacali.
- in esito alle procedure di cui sopra, la regione dispone la mobilità del personale in eccedenza presso altra azienda sanitaria nell'ambito del proprio territorio. La mobilità dei dirigenti sanitari deve essere disposta nell'ambito della disciplina di inquadramento o in disciplina equipollente della medesima area.
- esperite le procedure di cui sopra, la regione può disporre la mobilità d'ufficio dei dirigenti non ricollocati, nel limite dei posti eventualmente rimasti vacanti nelle dotazioni organiche di altre Aziende del SSR, privilegiando la minore distanza tra la sede di nuova assegnazione e la sede di provenienza.

Risultati programmati

- Realizzazione di un percorso per la mobilità del personale all'interno del SSR in coerenza con i nuovi assetti aziendali

Indicatori di risultato

- Definizione della disciplina della mobilità del personale in ambito regionale delle tre aree di contrattazione entro il 31.12.2013.
- 2014: attuazione disciplina della mobilità del personale del SSR in ambito regionale.
- 2015: monitoraggio disciplina della mobilità del personale del SSR in ambito regionale.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore " Personale dipendente del SSR e Affari Generali"

Azione 10.1.2: Attività libero professionale intramuraria e monitoraggio sui volumi di attività intramoenia in rapporto con i volumi di attività istituzionale.

Ai sensi di quanto disposto dall' art. 2 comma 1 lett. b) della Legge n. 189/2012, la regione Piemonte ha provveduto ad una ricognizione straordinaria degli spazi disponibili per l'esercizio dell'attività libero professionale: in tale ricognizione si è provveduto, ai sensi della medesima legge, ad individuare gli spazi dedicati alla libera professione interni all'azienda, all'interno di strutture convenzionate e negli studi professionali privati nonché ad acquisire il dettaglio dei volumi delle prestazioni rese nell'ultimo biennio.

A seguito di quanto emerso dalla ricognizione straordinaria ed, in particolare, dalla generale indicazione/attestazione aziendale di insufficienza di spazi idonei interni da adibire all'esercizio della libera professione intramuraria ambulatoriale accessibile a tutti i dirigenti sanitari aventi diritto, la Giunta Regionale ha autorizzato con DGR n. 19-5706 del 23/04/2013, ai sensi dell'articolo 2 soprarichiamato, l'adozione da parte di tutte le A.S.R. insistenti sul proprio territorio del programma

sperimentale consentito dalla norma che prevede lo svolgimento delle attività libero professionali presso gli studi privati professionali qualora i dirigenti sanitari ne facciano richiesta.

Fermo restando l'obiettivo per la realizzazione dell'infrastruttura di rete voluta dalla norma, le linee guida regionali individuano i principi per l'adesione al programma sperimentale quali l'obbligatorietà del collegamento, la tracciabilità dei pagamenti, l'organizzazione del servizio di prenotazione governato dall'azienda e la determinazione delle tariffe curando che sia assicurata la copertura di tutti i costi diretti e indiretti sostenuti dall'azienda (compresi quelli derivanti dall'attività di prenotazione e riscossione degli onorari).

Ciò brevemente riassunto per meglio illustrare gli sforzi regionali per il conseguimento degli obiettivi voluti dal d.l. 158/2012, convertito con modificazioni nella legge n. 189/2012, si rappresenta che la regione Piemonte ha da sempre dato indicazioni coerenti con la norma che prevede non vi siano per le aziende costi aggiuntivi a seguito dell'esercizio dell'attività libero professionale intramoenia: ad ulteriore conferma di questo obiettivo, la regione ha attivato un monitoraggio che, proprio a seguito dell'entrata in vigore richiamato d.l. 158/2012 e, tenuto anche conto che la nuova norma prevede che l'azienda trattenga un ulteriore 5% del compenso del professionista, attesti il rispetto della disposizione laddove prevede che non vi siano costi aggiuntivi per le aziende. Il primo monitoraggio ha "fotografato" la situazione al 30.06.2013 e, in questa sede, è stato affiancato anche un monitoraggio che consente di valutare il rapporto tra i volumi di attività della libera professione intramoenia ed i volumi di attività dell'attività istituzionale.

Risultati programmati

- Formalizzazione del monitoraggio che attesta l'assenza di costi aggiuntivi per le aziende legati all'esercizio della libera professione intramoenia e che valuti il rapporto tra i volumi di attività istituzionale e quelli in libera professione

Indicatori di risultato

- Formale avvio del monitoraggio entro il 31.12.2013
- 2014-2015: eventuali provvedimenti in caso di disallineamento.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore " Personale dipendente del SSR e Affari Generali"

Azione 10.1.3: Fondi contrattuali - Applicazione delle disposizioni di cui all'art. 9, comma 2 – bis del d.l. n. 78/2010 e relativa circolare MEF n. 12/2011

Al fine di garantire omogeneità di applicazione delle norme contrattuali e legislative in materia di costituzione dei fondi contrattuali, è necessario avviare un monitoraggio regionale rispetto al processo di gestione dei fondi contrattuali da parte delle aziende sanitarie, in modo da rendere coerente tale processo rispetto alle indicazioni normative dirette a razionalizzare i costi complessivi del personale.

Pertanto, il percorso corretto per le aziende sanitarie è riassumibile nella necessità di costituire i fondi contrattuali nel rispetto rigoroso delle disposizioni contrattuali e legislative di riferimento. In particolare ai fini dell'applicazione dell'art. 9 comma 2 bis del DL 78/2010, convertito con Legge 122/2010, occorre osservare quanto disposto dalla Circolare MEF n. 12 del 15 aprile 2011.

Pertanto, la regione attiverà un monitoraggio per verificare:

- L'ammontare dei fondi contrattuali unitamente alle modalità osservate ai fini della loro costituzione
- le modalità di utilizzo dei singoli fondi contrattuali distinguendo fra destinazioni non disponibili alla contrattazione integrativa e destinazioni esplicitamente contrattate in sede decentrata

Risultati programmati

- Costituzione dei fondi contrattuali nel rispetto rigoroso delle disposizioni di riferimento da parte delle ASR

Indicatori di risultato

- Effettuazione monitoraggio regionale per la verifica della corretta costituzione dei fondi contrattuali da parte delle ASR entro il 30.09.2014
- 2014-2015: eventuali provvedimenti in caso di disallineamento.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore " Personale dipendente del SSR e Affari Generali"

Azione 10.1.4: Contenimento della spesa per il personale 2010-2015

L'Addendum al piano di rientro 2010-2012 prevedeva una riduzione del totale della consistenza numerica (personale dipendente, contratti atipici e consulenze) di 1.626 unità rispetto all'esistente al 30/09/2010. Come dettagliatamente illustrato nella sottostante tabella 21 (Effetti numerici della manovra programmata sulla consistenza organica 2010-2011) il personale a tempo indeterminato doveva scendere da 57.788 del 30/09/2010 a 56.993 unità al 31/12/2011, quello a tempo determinato da 643 a 422 e le altre forme contrattuali e consulenze da 1.719 a 1.109.

Rif	N°persone su base annua	Personale in servizio al 30/9/2010 (*)	2011 programmato				Assunzioni	Variazione consistenza netta	Personale in servizio al 31/12/2011
			Cessazioni totale	di cui Cessazioni personale assistenza	di cui Cessazioni altro personale	% assunzione personale assistenza			
		a	b				c	c d=(c-d)	a+d
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	Totale indeterminato	57.788	1.399	1.208	191		604	-795	56.993
A6	Personale a tempo determinato								
A7	Medici	105	65	65		50%	33	-32	73
A8	Personale non dirigente	538	287	195	92	50%	98	-189	349
A9	Totale determinato	643	352	260	92		131	-221	422
A10	Altre forme contrattuali e consulenze (**)	1.719	910	601	309	50%	300	-610	1.109
A11	Totale consistenza numerica	60.150	2.661	2.069	592		1.035	-1.626	58.524

(*) 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 internale -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, Internale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie.

Tabella 21 – Effetti numerici della manovra programmata sulla consistenza organica 2010-2011

L'Addendum al Piano di rientro non prevedeva variazioni numeriche nel 2012 rispetto al 2011 per cui il numero complessivo di unità previsto per il 31/12/2012 era di 58.524 operatori. L'Addendum al Piano di rientro prevedeva che la manovra di riduzione numerica e di costo venisse realizzata nei tempi indicati utilizzando un parziale blocco delle assunzioni che doveva rimanere in vigore sino a quando il personale delle singole ASR non fosse rientrato nei limiti numerici ed economici previsti per gli anni 2011 e 2012.

Per attuare detto parziale blocco delle Assunzioni l'Addendum prevedeva l'adozione di una deliberazione di Giunta per disciplinare il parziale blocco, la definizione di un tetto di spesa per la consistenza organica di ogni Azienda, l'approvazione delle consistenze organiche compatibile con il tetto di spesa di ogni Azienda. L'Addendum non prevedeva ulteriori blocchi delle assunzioni per le Aziende con una consistenza organica compatibile con detto tetto di spesa.

Per attuare quanto su richiamato la Giunta della Regione Piemonte ha adottato una serie di provvedimenti tra cui:

- la DGR n. 14-1440 del 28 gennaio 2011 e s.m.i. che dispone:
 - di dare mandato alla Direzione Sanità di definire i tetti di spesa relativi agli anni 2011 e 2012 entro il quale ogni ASR deve contenere il costo della consistenza organica. 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 previsto per il 2011 di 3.175,8 €/mln e per il 2012 di 3.153 €/mln, fatta salva la ridefinizione a livello aziendale, a parità di tetto complessivo 2012, in conseguenza della revisione dell'assetto istituzionale;
 - di disporre che le aziende sanitarie si attengano alla seguenti misure:
 - 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 annuo stabilito dalla direzione Sanità.

- blocco totale delle prestazioni aggiuntive per il personale del comparto dipendente 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;

ULTERIORI LIMITAZIONI PER LE ASR IN "DISEQUILIBRIO"

- obbligo per tutte le Aziende che nei rendiconti mensili risultano in disequilibrio economico e quindi in una evidente necessità di interventi più incisivi per rientrare nei tetti di spesa programmati, di limitare la misura del cinquanta per cento di sostituzione del personale cessato ai soli posti e relativi costi che si rendono vacanti nei servizi di emergenza urgenza (118, punti di primo intervento, pronto soccorso, DEA, reparti di terapia intensiva e semintensiva); tale disposizione permane sino a quando viene ripristinata la situazione di equilibrio.

- la determina dirigenziale n.516 del 08/07/2011 e s.m.i. ha definito il tetto di spesa delle consistenze organiche di ogni Azienda secondo la tabella di seguito riportata

Azienda	2011				2012			
	Tetto di spesa consistenza organica 2011	De Maria previsione 2011	Prestazioni aggiuntive programmate	spesa complessivo 2011	Tetto di spesa consistenza organica 2012	De Maria previsione 2012	Prestazioni aggiuntive programmate	spesa complessivo 2012
TO 1	157.628	120	199	157.946	156.493	120	199	156.812
TO2	202.972	530	256	203.758	201.511	530	256	202.297
TO 3	230.929	81	291	231.301	229.266	81	291	229.638
TO4	250.436		316	250.752	248.633		315	248.948
TO5	130.999		165	131.164	130.056		165	130.221
VC	122.382	242	154	122.778	121.048	242	154	121.444
BI	109.000		137	109.137	107.762		137	107.899
NO	99.875		126	100.001	99.156		126	99.282
VCO	104.823		132	104.955	103.626		132	103.758
CN1	219.976		277	220.253	218.392		277	218.669
CN2	94.269		119	94.388	93.590		119	93.709
AT	124.933		157	125.090	124.033		157	124.191
AL	231.006		291	231.297	229.343		291	229.634
TOT ASL	2.079.228	973	2.619	2.082.821	2.062.909	973	2.619	2.066.501
AO Città Salute*					534.006	15.151	678	549.835
AOU 901	303.100	12.192	382	315.674				
AO 902	101.830	659	128	102.618				
AO 903	132.949	2.300	168	135.417				
AO 904	75.535	3.013	95	78.644	74.991	3.013	95	78.100
AOU 905	135.181	4.507	170	139.858	135.556	4.507	170	140.233
AO 906	124.200		156	124.356	123.306		156	123.462
AO 907	122.831		155	122.986	121.947		155	122.101
AO 908	100.911	562	127	101.600	100.184	562	127	100.873
TOT AO	1.096.537	23.234	1.381	1.121.152	1.089.990	23.234	1.381	1.114.605
Tot. ASR	3.175.765	24.207	4.000	3.203.973	3.152.899	24.207	4.000	3.181.107
Obiettivo					3.153.057			
Obiettivo	3.175.819							

Tabella 22 – Tetti di spesa per consistenza organica

- le diverse delibere di approvazione delle consistenze organiche delle Aziende Sanitarie con cui si è comunque **previsto la continuazione di un parziale blocco delle assunzioni**, in quanto si è proceduto ad autorizzare le Aziende ad effettuare la copertura dei posti vacanti o che si rendevano vacanti tenuto conto della consistenza organica con l'esclusione, salvo deroga della Direzione Sanità nei casi di rischio di interruzione di pubblico servizio debitamente certificato o di altre indifferibili esigenze organizzative e sempre nel rispetto dell'equilibrio economico complessivo, di quelli relativi:

- ai dirigenti con incarico di struttura complessa e semplice;
- al personale previsto dalla consistenza organica per la macro area direzione generale e servizi amministrativi;

- al personale delle qualifiche appartenenti alla macro categoria “dirigenti non medici”, a quelle appartenenti al ruolo amministrativo e al ruolo tecnico, ad eccezione dell’operatore socio-sanitario.
- la DGR n.2- 4474 del 6 agosto 2012 con cui sono stati determinati gli obiettivi economici finanziari delle aziende sanitarie regionali per l’anno 2012 precisando tra l’altro che in attesa della verifica del rispetto degli standard di posti letto ospedalieri previsti dalla normativa vigente e della conclusione del processo di riduzione suddetto le Aziende non possano attribuire incarichi di struttura, comprese quelle a Direzione Universitaria, complessa, semplice, semplice a valenza dipartimentale, o attribuire incarichi di direzione di dipartimento.

Con l’applicazione delle misure di parziale blocco del turn-over e con le disposizioni fornite in sede di approvazione delle consistenze organiche il numero del personale della consistenza organica ha avuto nel 2012 l’evoluzione numerica ed economica risultante dalle tabelle 23 e 24. Il personale, che nell’anno 2011 era già diminuito rispetto a quello esistente al 30/09/2010 di 1.570 unità attestandosi a 58.580, diminuisce nel 2012 di 1.097 unità. Particolarmente rilevante è lo scostamento tra le previsioni dell’Addendum per il personale a tempo indeterminato che prevedeva 56.993 unità al 31/12/2011 (tabella 21) e i dati a consuntivo 2011 che rilevano 56.684 unità e quelli 2012 con 55.883 unità (tabella 23).

Nella tabella 24 viene rilevata l’evoluzione del costo del personale negli anni 2010-2012 mettendoli a confronto con quanto previsto dal piano di rientro.:

TABELLA PERSONALE ANNO 2012											
Tipologia personale	Personale in servizio al 31/12/2011 a	CESSAZIONI		Cessazioni personale anno 2012 d	Assunzioni personale anno 2012 d	Assunzioni altro personale anno 2012 f	% assunzioni pers. Ass. su cessazioni g	Totale		Diminuzione personale anno 2012 i (b-h)	Personale in servizio al 31/12/2012 l (a-i)
		dal 01/01/2012 al 31/12/2012 b (c+d)	personale 2012 c					assunzioni dal 1/1/2012 al 31/12/2012 h (d+f)	personale j (b-h)		
Medici	9.137	363	357	6	221	3	62	224	139	8.998	
Dirigenti non Medici	1.424	51	5	46	2	17	40	19	32	1.392	
Personale non dirigente	46.086	1.299	766	533	559	108	73	667	632	45.454	
Altro personale	37	4	1	3	0	6	0	6	-2	39	
Totale a tempo indeterminato	56.684	1.717	1.129	588	782	134	69	916	801	55.883	
Medici	143	135	134	1	158	0	118	158	-23	166	
Dirigenti non medici	17	8	3	5	0	2	0	2	6	11	
Personale non dirigente	200	154	131	23	88	16	67	104	50	150	
Totale a tempo determinato	359	296	267	29	246	18	92	264	32	327	
Totale personale	57.043	2.013	1.396	617	1028	152	161	1180	833	56.210	
Altre forme contrattuali	1.537	592	466	126	263	65	75	328	264	1.273	
TOTALE	58.580	2.605	1.862	743	1.291	217	69	1.508	1.097	57.483	

Tabella 23 – Tabella consistenza personale anno 2012

Cod CE		Addendum	Consuntivo	Consuntivo	Addendum	IV Trim 2012	IV Trim	IV Trim
		Preconsuntivo	2010	2011	Programmatico		2010	2011
		a	b	c	d	e	e-b	e-c
BA2090	PERSONALE RUOLO SANITARIO	2.286.846	2.286.938	2.255.753	2.246.796	2.222.019 -	64.919 -	33.734
BA2230	PERSONALE RUOLO PROFESSIONALE	10.728	10.878	11.286	10.541	11.142	264 -	144
BA2320	PERSONALE RUOLO TECNICO	370.168	369.560	361.837	363.713	354.717 -	14.843 -	7.120
BA2410	PERSONALE RUOLO AMMINISTRATIVO	282.829	283.739	280.620	277.897	276.185 -	7.554 -	4.435
	TOTALE RUOLI(personale dipendente a tempo indeterminato e determinato) ante consolidamento	2.950.571	2.951.115	2.909.496	2.898.948	2.864.064 -	87.051 -	45.432
	Importo consolidamento		1.220 -	2.374	-	1.017 -	2.237	1.357
-	TOTALE PERSONALE DIPENDENTE Post CONSOLIDAMENTO	2.950.571	2.952.335	2.907.122	2.898.948	2.863.047 -	89.288 -	44.075
	di cui:							
	Dirigenza Medica		1.067.950	1.044.196		1.021.664 -	46.286 -	22.532
	Dirigenza non Medica		137.667	134.306		132.191 -	5.476 -	2.115
	Personale non dirigente		1.746.718	1.728.621		1.709.192 -	37.526 -	19.429
B02435	Assistenza ospedaliera cliniche universitarie (De Maria)	24.207	23.717	23.628	24.207	23.382 -	335 -	246
	Eventuali accantonamenti	1.398					-	-
	TOTALE PERSONALE DIPENDENTE Post CONSOLIDAMENTO AL Lordo De Maria	2.976.176	2.976.052	2.930.750	2.923.155	2.886.429 -	89.623 -	44.321
	CONTRATTI ATIPICI di cui:	55.700	63.364	51.703	34.576	46232,71 -	17.131 -	5.470
BA1410	B.2.A.15.3.C) Collaborazioni coordinate e continuative sanitarie e socios. da privato	11.804	13.374	11.410	7.328	10.237 -	3.137 -	1.173
BA1430	B.2.A.15.3.E) Lavoro interinale - area sanitaria	15.232	17.200	9.782	9.456	6.829 -	10.371 -	2.953
BA1440	B.2.A.15.3.F) Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area sanitaria	9.923	11.457	14.356	6.160	13.161	1.704 -	1.195
BA1750	B.2.B.2) Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie	18.531	21.029	15.815	11.503	15.689 -	5.340 -	126
BA1450	B.2.A.15.4) Rimborso oneri stipendiali del personale sanitario in comando	210	304	340	130	317	13 -	23
	TOTALE COSTO PERSONALE CONSISTENZA ORGANICA	3.031.876	3.039.416	2.982.453	2.957.731	2.932.662 -	106.754 -	49.791
	IRAP	213.960	208.283	203.179	208.001	194.514 -	13.769 -	8.665
	TOTALE COSTO PERSONALE LORDO IRAP	3.245.836	3.247.699	3.185.632	3.165.732	3.127.176 -	120.523 -	58.456
	Indennità De Maria	24.207	23.717	23.628	24.207	23.382 -	335 -	246
	Totale costo personale al netto ind.tà De Maria	3.221.629	3.223.982	3.162.004	3.141.525	3.103.794 -	120.188 -	58.210
BA1360	B.2.A.15.1) Consulenze sanitarie e sociosan. da Aziende sanitarie pubbliche della Regione	7.761			4.818		-	-
BA1370	B.2.A.15.2) Consulenze sanitarie e sociosanit. da terzi - Altri soggetti pubblici	1.198	473	533	744	778	305	245
BA1390	B.2.A.15.3.A) Consulenze sanitarie da privato - articolo 55, comma 2, CCNL 8 giugno 2000				-	7.218	7.218	7.218
BA1400	B.2.A.15.3.B) Altre consulenze sanitarie e sociosanitarie da privi:	8.966	10.052	7.827	5.566	9.912 -	140	2.085
BA1750	B.2.B.2) Consulenze di lavoro non sanitarie	6.761	7.672	5.849	4.197	5.724 -	1.948 -	125
	TOTALE Consulenze	24.686	18.197	14.209	15.324	23.632	5.435	9.423
	Totale costo personale+ consulenze al netto ind.tà De Maria	3.246.315	3.242.179	3.176.213	3.156.849	3.127.426 -	114.753 -	48.787
	Prestazioni Aggiuntive	10.000	23.810	13.494	4.000	9.258 -	14.552 -	4.236
	Totale costo personale escluso prestazioni aggiuntive e indennità De Maria	3.236.315	3.218.369	3.162.719	3.152.849	3.118.168 -	100.201 -	44.551

Tabella 24 – Tabella costo personale anno 2012

Relativamente ai risultati programmati 2012, in attuazione all'art. 2, comma 71, della legge 23.12.2009, n. 191, 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, dispone che 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%, è da evidenziare che **l'obiettivo di riferimento normativo**, sulla base delle informazioni disponibili, **pari a ca. 3.046 €/mln (al netto indennità De Maria) non risulta essere stato raggiunto nel 2012** in quanto nel CE al IV Trim si rileva una spesa complessiva di €3.104 €/mln (al netto indennità De Maria).

(€/mln)	
Costo del personale dell'anno 2004	2.670
Obiettivo del - 1,4%	-37
Rinnovi contrattuali	395
Indennità vacanza contrattuale	18
OBIETTIVO DI RIFERIMENTO A NORMA DI LEGGE	3.046

Tabella 25 – Obiettivo di riferimento a norma di legge

Si specifica, a tal proposito, che il costo del personale dell'anno 2004 utilizzato per il confronto è quello desumibile dalla tabella A del Programma Operativo (aggregato delle singole tabelle richieste alle ASR e inviate al Ministero dell'Economia e al Ministero della Salute).

Anno 2004								
(€/000)	Totale presenti al 31/12/2004	Spese per competenze fisse	Spese per competenze accessorie	Totale spese fisse + accessorie	IRAP	Spese per contributi a carico dell'azienda	Altre voci di spesa	Totale
	a	b	c	d(b+c)	e	f	g	h(d+e+f+g)
Personale dipendente a tempo indeterminato	55.947	1.000.328	876.626	1.876.954	167.522	526.384	27.078	2.597.938
medici	9031	276.201	237.566	513.767	45.399	142.650	7.338	709.154
dirigenti non medici	1408	38.545	33.153	71.698	6.336	19.907	1.024	98.965
personale non dirigente	45503	683.807	605.907	1.289.714	115.631	363.334	18.690	1.787.370
personale contrattista	5	1.775	0	1.775	157	493	25	2.450
Personale a tempo determinato	737	13.198	11.673	24.871	1.188	3.782	12	29.853
Restante personale	827			36.310	499	490	4.896	42.195
Totale	57.511	1.013.526	888.299	1.938.135	169.209	530.656	31.986	2.669.986
Totale rimborsi Indennità De Maria								18.853

Tabella 26 – Tabella A del 2004

Pertanto, l'obiettivo di riferimento a norma di legge, sulla base dei dati economici al IV trim 2012, non risulta essere stato raggiunto per circa 58 €/mln¹.

Inoltre, tenuto conto che:

- 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.

¹ L'assunto del confronto è che 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 sono pari alle operazioni di esternalizzazione dei servizi applicate dalle Aziende sanitarie che comportano un minor fabbisogno di personale dipendente, ai valori 2012, per circa 18 €/mln.

- il comma 21 dell'art. 15 del DL 6 luglio 2012, n. 95 convertito dalla legge 7 agosto 2012 n. 135 sostituisce il comma 3 dell'articolo 17 del decreto-legge 6 luglio 2011, n.98 convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111 e stabilisce che:
 - 3 le disposizioni di cui all'articolo 2, commi 71 e 72, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 si applicano anche in ciascuno degli anni 2013, 2014 e 2015.
 - 3-bis- alla verifica dell'effettivo conseguimento degli obiettivi di cui al comma 3 si provvede con le modalità previste dall'articolo 2, comma 73, della citata legge n. 191 del 2009. La regione e' giudicata adempiente ove sia accertato l'effettivo conseguimento di tali obiettivi. In caso contrario, limitatamente agli anni 2013 e 2014, la regione e'considerata adempiente ove abbia conseguito l'equilibrio economico.
 - 3-ter-per le regioni sottoposte ai Piani di rientro dai deficit sanitari o ai Programmi operativi di prosecuzione di detti Piani restano comunque fermi gli specifici obiettivi ivi previsti in materia di personale».

Si ritiene, pertanto, necessario che le azioni di razionalizzazione della spesa del personale avviate nel 2013 dovranno permettere di ottenere coerentemente alla normativa vigente una riduzione del numero del personale e dei costi attraverso, anche, una revisione della consistenza organica complessiva a seguito della riorganizzazione della rete ospedaliera mantenendo inalterati i livelli di assistenza esistenti.

Come previsto dal PSSR in Piemonte si evidenzia la necessità e l'opportunità di operare una svolta che affianchi, all'attenzione al deficit ed alle modalità della sua copertura, la costruzione di strumenti e procedure che evitino il formarsi del disavanzo. Per ottenere questo nel rispetto della piena erogazione dei LEA occorre che la razionalizzazione del sistema avvenga attraverso la riduzione degli sprechi, delle diseconomie e delle duplicazioni di attività.

In quest'ottica il PSSR 2012-2015 prevede che dal punto di vista organizzativo si debba "definitivamente passare dal mito dell'autosufficienza delle Aziende Sanitarie al riconoscimento della necessità di articolarne alcune funzioni in ambiti sovrazionali, con lo sviluppo di processi produttivi di acquisto e di condivisione di servizi e funzioni amministrative e tecnico logistiche". 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.

Si ritiene infatti che l'immediata adozione dei provvedimenti previsti dal PSSR, dalle azioni del DL 95/2012 e di quanto previsto da questo Programma Operativo produrrà nel corso del 2013 e negli anni successivi una riduzione del fabbisogno di personale tale da permettere di avere un costo della consistenza organica pienamente compatibile con l'obiettivo di legge tenuto conto anche del minor fabbisogno derivante dalle esternalizzazioni dei servizi.

Con DGR n. 7-5838 del 31 maggio 2013 la Regione per l'anno 2013:

- ha disposto, a partire dalla data di approvazione della DGR, il blocco totale del turn-over per il personale dipendente per l'intero **anno 2013**, fatte salve eventuali autorizzazioni in deroga che potranno esser concesse con provvedimento della Direzione Sanità, previa specifica presentazione da parte delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario regionale di un piano di assunzioni coerente con il programma operativo.

A tal proposito si specifica che, sono soggette all'apposita autorizzazione regionale, in quanto determinano un incremento di spesa a carico delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario della Regione, le seguenti fattispecie:

- le assunzioni a tempo indeterminato e determinato, ivi compresi i conferimenti di incarichi di direzione di Strutture Complesse, di Dipartimento e di Distretto, con la sola eccezione della mobilità compartimentale in ambito regionale;
- i conferimenti di incarichi a tempo determinato ex art. 15 septies D. Lgs. n.502/92, nel rispetto del limite sancito dall'articolo 15, comma 13 lettera c) del D.L. 6 luglio 2012 n. 95 convertito con modificazioni dalla Legge 7 agosto 2012 n. 135, nonché dell'art. 4 , comma 1 del D.L. 13 settembre 2012, n. 158 convertito con modificazioni della Legge 8 novembre 2012, n. 189;
- il trattenimento in servizio dei dipendenti, nei limiti consentiti dalla vigente normativa in materia previdenziale.

Le suddette disposizioni si applicano anche al personale universitario convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale.

Per gli anni 2014 e 2015, le aziende del SSR potranno procedere alle assunzioni di personale a tempo indeterminato ed a tempo determinato per la copertura dei posti che si renderanno vacanti dal 1° gennaio 2014, nel rispetto dei tetti di spesa annuali stabiliti dalla regione, entro i seguenti limiti:

- 50% dei posti di dirigenti medici e veterinari che si renderanno vacanti dal 1° gennaio 2014;
- 50% dei posti di dirigenti sanitari che si renderanno vacanti dal 1° gennaio 2014;
- 50% dei posti di personale del comparto del ruolo sanitario, del ruolo professionale e del profilo professionale di Operatore Socio Sanitario che si renderanno vacanti dal 1° gennaio 2014.

Inoltre, si riportano le ulteriori disposizioni previste in materia di personale:

- Fino ad avvenuta realizzazione nella Regione del processo di riduzione dei posti letto e delle corrispondenti strutture complesse, in applicazione dell'art. 15, comma 13, lett. c) del d.l. n. 95, convertito con modificazioni nella legge n. 135/2012, le aziende sanitarie non potranno procedere al conferimento o al rinnovo di qualsiasi tipologia di incarico ex art. 15 – septies del d.lgs. n. 502/1992.

Le suddette disposizioni si applicano anche al personale universitario convenzionato.

- E' consentita la mobilità volontaria del personale esclusivamente tra le aziende sanitarie della Regione Piemonte, nel rispetto dei tetti di spesa annuali.
- Per quanto attiene le assunzioni obbligatorie delle c.d. categorie protette trova applicazione l'art. 7 comma 6 del d.l. n. 101/2013, convertito nella legge n. 125/2013.

Le aziende sanitarie potranno procedere al conferimento di incarichi di direttore di dipartimento, di direttore di distretto, di direttore di struttura complessa e responsabile di struttura semplice esclusivamente previa autorizzazione regionale a seguito del recepimento degli atti aziendali, nel rispetto dei parametri standard per l'individuazione delle strutture semplici e complesse, ex art. 12, comma 1, lett. b) del Patto per la salute 2010 – 2012.

Tali disposizioni si applicano anche alle strutture a direzione universitaria.

- Ai sensi dell'art. 4 del d.l. n. 158/2012, convertito con modificazioni, nella l. n. 189/2012, per il conferimento di incarichi di direttore sanitario di struttura complessa non possono essere utilizzati contratti a tempo determinato di cui all'art. 15 – septies del d. lgs. n. 502/1992
- Le aziende sanitarie che risultano in disequilibrio economico potranno procedere alle assunzioni di personale, entro i limiti sopra stabiliti, esclusivamente per la sostituzione di personale dedicato ai servizi di emergenza/urgenza.

In ultimo, ai fini dell'analisi e della valutazione dell'andamento della spesa del personale e della sua progressiva riduzione, dovrà essere rilevata per ogni trimestre la situazione di organico e di spesa complessiva del personale. La Regione acquisisce da ciascuna azienda ed ente del SSR la relativa Tabella B debitamente compilata e, a sua volta, procede all'invio del riepilogativo regionale al Ministero dell'Economia e delle Finanze e al Ministero della Salute entro il mese successivo alla scadenza del trimestre di riferimento ed entro il 30.6 dell'anno successivo a quello di riferimento per il consuntivo.

Risultati programmati

- Riduzione del costo del personale per effetto del blocco del turnover secondo le modalità programmate;
- monitoraggio trimestrale integrativo, rispetto agli allegati del modello CE trimestrale e alle rilevazioni trimestrali del conto annuale, per ciascuna azienda.
- riduzione delle consistenze organiche nel 2014 e nel 2015.

Indicatori di risultato

- Attuazione delle delibere di Giunta secondo le modalità e le tempistiche definite nel Programma Operativo 2013-2015;
- variazione economica in relazione della consistenza numerica del personale dipendente del SSR;
- redazione di Linee Guida per le ASR sul contenimento dei costi con blocco delle assunzioni del personale;
- rilevazione entro il mese successivo al termine di ogni trimestre del numero e del costo del personale e verifica dell'andamento dei costi con evidenza e motivazione degli scostamenti, rispetto ai dati delle rilevazioni ai fini del conto annuale.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore "Personale dipendente del SSR e Affari generali " e dirigente del settore "Risorse finanziarie " della Direzione Regionale Sanità.

Azione 10.1.5: Riduzione delle consulenze e delle prestazioni aggiuntive

La Regione, al fine di ridurre il costo per consulenze e contratti atipici, ha posto in atto nel triennio 2013-2015, con la DGR n. 7-5838 del 31 maggio 2013, le seguenti azioni:

- **riduzione ogni anno dal 2013 al 2015 del numero di personale con contratti atipici del 5%** e risoluzione o non rinnovo alla naturale scadenza, dei contratti atipici relativi al personale appartenente alla dirigenza PTA, al ruolo tecnico escluso gli OSS e al ruolo amministrativo. In ogni caso **le Aziende dovranno procedere alla riduzione dei contratti atipici in modo da ottenere nel triennio 2013-2015 una riduzione complessiva di costo pari almeno al 18% del costo del tendenziale 2013**. In particolare la riduzione dovrà essere di almeno il 6% nel 2013 e negli anni successivi di almeno un 6% rispetto al costo dell'anno precedente; riduzione nel 2013 del costo delle prestazioni aggiuntive del 6% rispetto al tendenziale 2013 e nel 2014 e 2015 ulteriore riduzione annua per ottenere i risultati previsti descritti nel proseguimento del Programma Operativo .riduzione nel 2013 del costo delle altre consulenze del 6% rispetto al tendenziale 2013 e nel 2014 e 2015 ulteriore riduzione annua del 5%.

CONTRATTI DI LAVORO ATIPICI

- Conferma del divieto alle ASR dal 2013 al 2015 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 dell'anno precedente. Il divieto permane per tutte le Aziende indipendentemente dalla compatibilità con il tetto di spesa annuo stabilito dalla direzione Sanità.

DIVIETO ATTIVAZIONE DI SERVIZI

- Divieto alle ASR per gli anni dal 2013 al 2015 di attivare nuovi servizi e/o attività oppure ampliare quelle esistenti, salvo deroghe della Direzione Sanità.

DIVIETO CONFERIMENTO COMMESSE

- Divieto per gli anni dal 2013 al 2015 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 precedente.

DIVIETO ESTERNALIZZAZIONE SERVIZI

- Divieto per gli anni dal 2013 al 2015 alle ASR di esternalizzare mediante qualsiasi forma di appalto e/o consulenza, i servizi o le attività prodotte nell'anno precedente da figure professionali comprese nella consistenza organica aziendale. Qualora le ASR ritengano conveniente e necessaria l'esternalizzazione devono comunicarlo preventivamente alla Direzione Sanità con indicazione dei risparmi che si intende realizzare con l'esternalizzazione.

Risultati programmati

- Riduzione del costo del personale atipico;
- monitoraggio del costo per le consulenze.

Indicatori di risultato

- Variazione economica in relazione della consistenza numerica del personale atipico del SSR;
- riduzione del costo delle consulenze.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore "Personale dipendente del SSR e Affari generali " e dirigente del settore "Risorse finanziarie "della Direzione Regionale Sanità.

Azione 10.1.6: Riduzione della spesa per SUMAI

Con la DGR n. 14-1440 del 28 gennaio 2011 e s.m.i.la Regione ha disposto il 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.

All'interno della manovra complessiva di contenimento dei costi per il personale, la Regione ritiene opportuno porre in essere nuove azioni specifiche al fine di ridurre ulteriormente nel prossimo triennio il costo degli specialisti ambulatoriali.

A tal fine con la DGR n. 7-5838 del 31 maggio 2013, la Regione ha disposto che:

- ogni Azienda riduca nell'anno 2013 il costo dei medici specialisti convenzionati con le ASR del 4% rispetto al costo sostenuto da ciascuna Azienda nell'anno 2012;
- per gli anni 2014 e 2015 dovrà essere effettuata una ulteriore riduzione annua del 2% sempre rispetto al costo sostenuto nel 2012. Tale riduzione di costo deve essere attuata mediante la revisione del fabbisogno di ore e tipologia di contratto (tempo indeterminato o tempo determinato) per le singole branche specialistiche adottando immediatamente i necessari provvedimenti per raggiungere detto obiettivo economico.

Risultati programmati

- Monitoraggio della spesa per la specialistica ambulatoriale erogata trimestralmente;attuazione del provvedimento normativo che dispone la riduzione della spesa per la specialistica ambulatoriale;
- monitoraggio trimestrale per tutte le AA.SS. che presentano costi significativi e verifica del rispetto degli obiettivi indicati nei relativi provvedimenti normativi.

Indicatori di risultato

- Attuazione del provvedimento normativo che dispone la riduzione della spesa della specialistica ambulatoriale;
- riduzione della spesa per la specialistica ambulatoriale rispetto a quella del 2012 pari al 4% per il 2013;
- ulteriore riduzione della spesa per la specialistica ambulatoriale rispetto a quella del 2012 del 2% per il 2014;
- ulteriore riduzione della spesa per la specialistica ambulatoriale rispetto a quella del 2012 del 2% per il 2015.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore "Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali" della Direzione Regionale Sanità.

Valorizzazione PO 10: Gestione del personale

Intervento 10.1: Contenimento della spesa per il personale

Azione 10.1.4: Contenimento della spesa per il personale

Dai dati al momento disponibili e in corso di approfondimento, risulta che nelle more di disposizioni regionali stringenti nel corso del I Trimestre 2013 le Aziende Sanitarie Regionali hanno assunto 279 unità lavorative così suddivise (dati tabella B del personale al 31/03/2013 e riportati in tabella 26):

- personale a tempo indeterminato
 - n. 96 unità di personale dirigente medico;
 - n. 7 unità di personale dirigente non medico;
 - n. 176 unità di personale non dirigente.

Si rileva, come riportato precedentemente, che la Regione per il prosieguo dell'anno, considerando il processo di chiusura di alcuni presidi ospedalieri che renderanno disponibili risorse ed eventuali eccezioni da concedersi a seguito di opportuni processi regionali di verifica, intende applicare il blocco totale del turn-over.

Le cessazioni annue del personale dipendente sono state mediamente nell'ultimo triennio di circa il 3% annuo del numero di dipendenti a tempo indeterminato e precisamente:

- nel 2010 del 2,92%;
- nel 2011 del 2,97%;
- nel 2012 del 3,50%.

Tenuto conto che la riforma del sistema pensionistico ha allungato l'età in cui i dipendenti possono cessare dal servizio per pensionamento e che la fascia di dipendenti a tempo indeterminato oltre i 35 anni di anzianità è pari al 2,73%, si è ritenuto opportuno ipotizzare una cessazione media annua del personale pari al 2,7% per il 2013, e pari all'1% per gli anni 2014 e 2015.

Relativamente alle possibili assunzioni, la Regione ha ipotizzato di poter assumere nel corso del 2014 e del 2015 un numero di personale a tempo indeterminato pari:

- al 50% delle unità cessate nel corso dell'anno di riferimento, per il personale medico, veterinario, della dirigenza sanitaria, del personale del comparto del ruolo sanitario e professionale e del profilo professionale di Operatore Socio Sanitario.

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 è il seguente:

- ridurre la consistenza organica complessiva del personale dipendente, esistente al 31.12.2012 di:
 - n. 1.239 unità nel 2013 rispetto al numero di persone in servizio al 31 dicembre 2012;
 - n. 280 unità nel 2014 rispetto al numero di persone in servizio al 31 dicembre 2013;
 - n. 279 unità nel 2015 rispetto al numero di persone in servizio al 31 dicembre 2014.

La riduzione di 1.239 unità (da 56.210 unità a 54.971 unità) nel 2013 è basata sulla previsione di 1.518 cessazioni e di 279 assunzioni effettuate dalle Aziende prima dell'entrata in vigore del blocco totale delle assunzioni.

L'obiettivo è quindi quello di avere nel triennio 2013-2015 una riduzione della consistenza organica complessiva (saldo tra unità cessate e unità assunte) delle Aziende Sanitarie di 1.798.

Di seguito è riportato il prospetto di riepilogo, costruito a partire dai dati della tabella b, in cui si evidenzia la movimentazione del personale nel prossimo triennio sulla base delle considerazioni prima esposte.

	Personale in servizio al 31/12/12	Cessazioni al 31/03/2013	Proiezione cessati 2013	Assunzioni 2013	Presenti al 31/12/2013	Ipotesi cessati 2014	Ipotesi assunti 2014	Presenti al 31/12/2014	Ipotesi cessati 2015	Ipotesi assunti 2015	Presenti al 31/12/2015
Medici	8.998	71	243	54	8.809	88	44	8.765	88	44	8.721
Dirigenti non Medici	1.392	6	38	7	1.361	14	4	1.351	14	4	1.341
Personale non dirigente	45.454	183	1.227	155	44.382	444	222	44.160	442	221	43.939
Altro personale	39	1	1	1	39	0	0	39	0	0	39
Totale a tempo indeterminato	55.883	261	1.509	217	54.591	546	270	54.315	544	269	54.040
Medici	166	42	4	42	204	2	0	202	2	0	200
Dirigenti non medici	11	0	0	0	11	0	0	11	0	0	11
Personale non dirigente	150	34	4	20	166	2	0	164	2	0	162
Totale a tempo determinato	327	76	9	62	380	0	0	376	0	0	372
TOTALE	56.210	337	1.518	279	54.971	550	270	54.691	548	269	54.412

Tabella 27 – Stima andamento personale nel prossimo triennio

Il raggiungimento di detti obiettivi numerici comporta una riduzione, tenendo conto dell'effetto trascinato sui costi 2013 delle cessazioni e delle assunzioni di personale avvenuta nel 2012, del costo del personale come di seguito riportato:

Valorizzazione costo personale dipendente											
€000	Costo medio annuo	Riduzione consistenza organica - Stime				Risparmio annuo - Stime			Risparmio rispetto al tendenziale - Stime		
		Teste 2012	Teste 2013	Teste 2014	Teste 2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015
		A	B	C	D	E	$F=(A*B)/2+(A*C)/2$	$G=(A*C)/2+(A*D)/2$	$H=(A*D)/2+(A*E)/2$	F	F+G
Cessati (A)											
Medici	95	498	247	90	90	35.298	15.988	8.529	35.298	51.286	59.814
Dirigenti non Medici	79	59	38	14	14	3.821	2.046	1.104	3.821	5.867	6.971
Personale non dirigente	44	1.453	1.232	446	444	59.664	37.295	19.777	59.664	96.959	116.736
Totale		2.009	1.518	550	548	98.783	55.329	29.410	98.783	154.112	183.522
Assunti (B)											
Medici	95	382	96	44	44	26.439	2.843	4.170	26.439	29.282	33.451
Dirigenti non Medici	79	21	7	4	4	1.334	204	316	1.334	1.538	1.854
Personale non dirigente	44	771	176	222	221	24.303	5.585	9.844	24.303	29.888	39.732
Totale		1.174	279	270	269	52.076	8.632	14.329	52.076	60.708	75.037
Variazione netta (C=A-B)		835	1.239	280	279	46.707	46.698	15.081	46.707	93.404	108.485

Note:

1) Nelle ipotesi di risparmio annuo degli assunti 2013 l'algoritmo utilizzato è il seguente: $F=(A*B)/2+(A*C)/2$

Tabella 28 – Impatto economico personale dipendente

Valorizzazione IRAP personale dipendente						
€000	Risparmio annuo - Stime			Risparmio rispetto al tendenziale - Stime		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015
	IRAP (D= 8,55 % * C)	3.993	3.993	1.289	3.993	7.986

Tabella 29 – Stima impatto manovra IRAP

Complessivamente l'intervento sul contenimento della spesa per il personale dipendente, determinerà una manovra cumulata di risparmio rispetto al tendenziale come di seguito riportato:

- ca. 50,7 €/mln per il 2013;
- ca. 101,4 €/mln per il 2014;
- ca. 117,8 €/mln per il 2015.

Complessivamente la manovra per il personale dipendente comporterà un risparmio rispetto al tendenziale 2013 di ca. 117,8 €/mln.

Azione 10.1.5: riduzione delle consulenze e delle prestazioni aggiuntive

La Regione, nel prossimo triennio, si è posta l'obiettivo di:

- ridurre ogni anno dal 2013 al 2015 il numero di personale equivalente con contratti atipici del 5% e procedere alla risoluzione o al non rinnovo alla naturale scadenza, dei contratti atipici

relativi al personale appartenente alla dirigenza PTA, al ruolo tecnico escluso gli OSS e al ruolo amministrativo. In ogni caso **le Aziende dovranno procedere alla riduzione dei contratti atipici in modo da ottenere nel triennio 2013-2015 una riduzione complessiva di costo pari almeno al 18% del costo del tendenziale 2013**. In particolare la riduzione dovrà essere di almeno il 6% nel 2013 e negli anni successivi di almeno un 6% rispetto al costo dell'anno precedente;

- riduca nel 2013 il costo delle prestazioni aggiuntive del 6% rispetto al tendenziale 2013 e proceda nel 2014 e 2015 ad una ulteriore riduzione annua per ottenere i risultati previsti descritti nel proseguimento del Programma Operativo .
- riduca nel 2013 il costo delle altre consulenze del 6% rispetto al tendenziale 2013 e proceda nel 2014 e 2015 ad una ulteriore riduzione annua del 5%.

Al fine di raggiungere tali obiettivi, è stato calcolato il numero di teste equivalenti che occorre porre in riduzione per ottenere gli effetti economici stimati. Di seguito si espongono le tabelle riepilogative sull'andamento del personale con contratti atipici stimato nel prossimo triennio e sul relativo impatto economico.

Effetto numerici blocco assunzioni su Personale con Contratti Atipici									
	Personale in servizio al 31/12/2012	% riduzione annua contratti atipici	Riduzione personale 2013	Personale in servizio al 31/12/2013	Riduzione personale 2014	Personale al 31/12/2014	Riduzione personale 2015	Personale al 31/12/2015	Riduzione personale nel triennio
Persone equivalenti									
Medici	233	5%	12	221	11	210	11	200	33
Dirigenti non Medici di cui:	55		4	51	3	48	3	45	10
Dirigenza Sanitaria	51	5%	3	48	2	46	2	44	7
Dirigenza PTA	4	33%	1	3	1	2	1	1	3
Personale non dirigente di cui:	634		56	579	45	534	37	496	138
Ruolo sanitario	278	5%	14	264	13	251	13	238	40
Ruolo professionale	20	5%	1	19	1	18	1	17	3
Ruolo tecnico escluso OSS	31	33%	10	21	7	14	5	9	22
OSS	251	5%	13	238	12	227	11	215	36
Ruolo Amministrativo	54	33%	18	36	12	24	8	16	38
Totale personale contratti atipici	922		72	851	59	792	51	741	181

Tabella 30 – Effetti numerici blocco assunzioni su contratti atipici

Le teste equivalenti dei contratti atipici pari a 922 unità, corrispondono complessivamente a 1.273 unità di persone fisiche, le riduzioni stimate per gli anni 2013-2015 sono le seguenti:

	Riduzione personale equivalente 2013	Costo medio unitario	Riduzione costo 2013	Riduzione personale equivalente 2014	Riduzione costo 2014	Riduzione personale equivalente 2015	Riduzione costo 2015
(€000)							
CONTRATTI ATIPICI							
Medici	12	95	1.107	11	2.158	11	3.157
Dirigenti non Medici di cui	4	79	316	3	522	3	759
Dirigenza Sanitaria	3	79	201	2	393	2	575
Dirigenza PTA	1	79	104	1	174	1	221
Personale non dirigente di cui:	56	39	2.165	45	3.914	37	5.372
Ruolo sanitario	14	39	542	13	1.057	13	1.546
Ruolo professionale	1	39	39	1	76	1	111
Ruolo tecnico escluso OSS	10	39	399	7	666	5	845
OSS	13	39	489	12	954	11	1.396
Ruolo Amministrativo	18	39	695	12	1.161	8	1.473
Totale personale equivalente	72		3.587	59	6.595	51	9.288

Tabella 31 – Effetti economici riduzione contratti atipici

Risulta quindi che per il prossimo la manovra stimata per i contratti atipici sia pari a:

- ca. 3,5 €/mln rispetto al del 2013;

- ca. 6,6 €/mln complessivi rispetto al del 2014;
- ca. 9,3 €/mln complessivi rispetto al del 2015.

Tali risparmi sono considerati al netto dell'IRAP.

La Regione ha inoltre previsto per il prossimo triennio di ridurre il costo delle altre consulenze del 6% rispetto a quello sostenuto nel 2012 e procedere nel 2014 e nel 2015 ad una ulteriore riduzione annua del 5%.

Quindi la manovra stimata per il prossimo triennio relativa alla riduzione delle altre consulenze è pari a:

- ca. 1,1 €/mln rispetto al 2013;
- ca. 1,9 €/mln complessivi rispetto al 2014;
- ca. 2,8 €/mln complessivi rispetto al 2015.

Complessivamente l'azione sul contenimento della spesa per il personale in oggetto, tenuto conto dei risparmi già scontati nel tendenziale per applicazione delle disposizioni nazionali vigenti, determinerà una manovra cumulata di risparmio rispetto al tendenziale come di seguito riportato:

- ca. 0,3 €/mln per il 2013;
- ca. 0,5 €/mln per il 2014;
- ca. 0,8 €/mln per il 2015.

Complessivamente la manovra comporterà un risparmio rispetto al tendenziale di ca. 0,8 €/mln.

Azione 10.1.6: Riduzione della spesa per SUMAI

Ai fini del calcolo del risparmio potenziale per il personale convenzionato per la specialistica ambulatoriale, è stata considerata una riduzione percentuale della spesa regionale rispetto al 2012.

Il risparmio stimato è stato calcolato considerando i dati riportati nel CE del IV Trimestre 2012 della voce "B.2.A.3.4) Acquisiti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale da privato-Medici Sumai", pari a ca. 82 €/mln.

Voce di CE	CE IV Trimestre 2012	Risparmio 2013	Risparmio 2014	Risparmio 2015
(€/000)				
BA0570 B.2.A.3.4) Acquisiti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale da privato-Medici Sumai	82.015	3.281	4.921	6.561

Tabella 32 – Manovra SUMAI

Applicando la percentuale del 4% per il 2013, e di un ulteriore 2% annuo per il 2014 e 2015 i risparmi stimati rispetto al tendenziale 2013 sono pari a:

- ca. 3,3 €/mln per il 2013;
- ca. 4,9 €/mln per il 2014;
- ca. 6,5 €/mln per il 2015.

4. Area “Livelli Essenziali di assistenza”

4.1. “Prevenzione”

Programma 11: Sanità pubblica

Il programma, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- azioni coerenti con il Programma nazionale di Prevenzione;
- qualificazione dei Programmi di screening (oncologici, malattie infettive, etc.) e adeguamento degli screening aziendali agli standard nazionali;
- prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro.

Sanità pubblica: valorizzazione manovre (€mln)			
	2013	2014	2015
Sanità pubblica	-	-	-
Azioni coerenti con il Piano nazionale di Prevenzione	-	-	-
Qualificazione dei Programmi di screening (oncologici, malattie infettive, etc.) e adeguamento degli screening aziendali agli standard nazionali	-	-	-
Prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro	-	-	-

Tabella 33 – Sintesi manovre

Intervento 11.1: Azioni coerenti con il Piano nazionale di Prevenzione.

L'Accordo Stato-Regioni n. 53/CSR del 7/02/2013 stabilisce la proroga del Piano nazionale della Prevenzione 2010-2012 al 31/12/2013. In coerenza con tale atto, la Regione Piemonte ha prorogato con DGR 3 giugno 2013, n. 47-5885 il Piano regionale della prevenzione (PRP), approvato con DGR 37-1222 del 17/12/2010. La riprogrammazione non riguarda il Quadro strategico del PRP e si limita a riformulare il Piano operativo attraverso uno snellimento delle linee progettuali e un accorpamento in programmi più ampi, integrati con la programmazione regionale dei Servizi di prevenzione, con individuazione di indicatori per la misurazione e il monitoraggio del sistema, nonché per la valutazione da parte del Ministero ai fini della certificazione al tavolo adempimenti LEA.

Con DD n. 579 del 24/07/2013 sono state approvate le schede programma del piano regionale della prevenzione. Il Piano operativo 2013 è strutturato nelle macroaree previste dal PNP e include i seguenti programmi e priorità d'azione:

- Promozione stili di vita salutari - Setting scuola: facilitare i comportamenti verso stili di vita salutari orientati dai dati delle sorveglianze; favorire un equo accesso alle proposte di promozione della salute;
- promozione stili di vita salutari - Setting comunità / ambienti di vita e di lavoro: migliorare lo stile di vita della popolazione adulta e ultra64enne attraverso la promozione di comportamenti salutari (corretta attività fisica, sana alimentazione e benessere);
- promozione stili di vita salutari - Gruppi a rischio: percorsi di integrazione prevenzione-clinica per la gestione dei soggetti considerabili a rischio in quanto affetti da patologie e/o perché adottano comportamenti disfunzionali/scorretti;
- prevenzione incidenti stradali: sviluppo del sistema di sorveglianza integrato e di modelli previsionali, promozione di comportamenti di guida responsabile, prevenzione e contrasto dei comportamenti connessi all'uso di sostanze psicoattive, attività di documentazione e disseminazione;
- prevenzione degli infortuni negli ambienti di lavoro e delle malattie professionali: ridurre la frequenza degli infortuni e la loro gravità, con particolare attenzione per i settori più a rischio, quanto a frequenza e gravità degli infortuni, ovvero i settori dell'edilizia e dell'agricoltura; ridurre frequenza e gravità delle malattie professionali, con particolare riferimento alle patologie correlate

ad esposizione ad agenti chimici/cancerogeni e alle patologie muscolo-scheletriche (patologie emergenti, sottonotificate);

- prevenzione incidenti domestici: attuare iniziative di informazione da offrire nelle occasioni opportune di contatto tra operatori sanitari e popolazione e attraverso la scuola, in particolare la scuola dell'infanzia e la scuola primaria;
- prevenzione dei rischi in ambienti di vita: riduzione di incidenza delle patologie da esposizione ad agenti chimico-fisici e biologici, contenimento dei rischi derivanti dall'impatto ambientale degli insediamenti produttivi (emissioni, scarichi, rifiuti);
- sicurezza alimentare (vedi Programma 12 - Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare);
- prevenzione delle malattie infettive prevenibili con vaccino: obiettivi indicati dal Piano nazionale di prevenzione vaccinale, con particolare attenzione al superamento delle differenze territoriali nella protezione verso le malattie prevenibili da vaccino; nel 2014 si intende porre una particolare attenzione al monitoraggio dei flussi informativi ai fini dell'adempimento LEA 2014 relativo alle coperture vaccinali per morbillo, parotite, rosolia;
- prevenzione delle malattie infettive per le quali non vi è disponibilità di vaccinazioni: mantenere nei limiti dell'atteso l'incidenza delle malattie infettive per le quali esistono strumenti efficaci per la prevenzione e il controllo e monitorare l'incidenza di quelle per le quali non esistono attualmente strumenti efficaci di prevenzione e controllo;
- sorveglianze di popolazione: raccolta dei dati con personale formato, attività di coordinamento regionale e locale a supporto delle sorveglianze, utilizzo dei risultati;
- screening oncologici: raggiungimento e mantenimento degli standard di invito previsti dagli indicatori della DGR n. 111-3632 del 02/08/2006; attuazione dei piani di riconversione; estensione del registro tumori Piemonte;
- prevenzione nella popolazione a rischio; implementazione e monitoraggio del modello assistenziale fondato sulla gestione integrata del diabete nell'ambito del PDTA diabete mellito definito a livello regionale;
- prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia: utilizzo dell'esercizio fisico nel trattamento preventivo-terapeutico delle patologie esercizio-sensibili.

Risultati programmati

- revisione ai fini della redazione del nuovo PRP 2014-2018, in conformità agli orientamenti del nuovo Piano nazionale della prevenzione 2014-2018, da avviarsi entro il primo semestre 2014.

Indicatori di risultato

- proposte al Coordinamento Nazionale della Prevenzione per la redazione del Piano Nazionale 2014-2018.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore "Prevenzione e Veterinaria" e Dirigente responsabile del Settore "Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali" della Direzione Regionale Sanità.

Intervento 11.2: Qualificazione dei Programmi di screening (oncologici, malattie infettive, etc.) e adeguamento degli screening aziendali agli standard nazionali.

Gli Screening oncologici

In Piemonte, la DGR n. 111-3632 del 02.08.2006 ha riorganizzato il programma di screening oncologico "Prevenzione Serena" e ha definito indicatori di processo e di qualità. Inoltre ha disposto che le Aziende Sanitarie costituiscano i Dipartimenti Interaziendali di Diagnosi Precoce (DIDP), nove nell'intera Regione, affidando loro la responsabilità della conduzione dei programmi di screening dei tumori. Si è, inoltre, lavorato negli ultimi anni, attraverso Prevenzione Serena, al fine di creare un solo binario per la diagnosi precoce, superando l'attuale situazione nella quale coesiste lo screening organizzato con quello "spontaneo", su prescrizione del medico di famiglia o dello specialista, non dotato di strumenti di assicurazione della qualità e di verifica dei risultati raggiunti. A beneficio della corretta implementazione e applicazione di questo aspetto della DGR 111-3632 del 02.08.2006, - la cosiddetta "riconversione" - è stata emanata una specifica circolare da parte dell'Assessorato alla Sanità nel febbraio 2010. L'obiettivo generale del programma di screening "Prevenzione Serena", è la riduzione della mortalità per carcinoma della mammella, del collo dell'utero e del colon retto; inoltre,

costituisce obiettivo specifico la minimizzazione – fino a tendere alla completata eliminazione - della sovradiagnosi, specialmente per il carcinoma della mammella.

Sono obiettivi specifici del programma “Prevenzione Serena”:

1. Piena implementazione dei tre programmi di screening oncologico, con riconoscimento dei casi di malattia con elevata sensibilità, ed in fase precoce.
2. Effettuazione dell’attività di diagnosi precoce all’interno dei programmi validati e controllati e riduzione dell’uso inappropriato delle risorse diagnostiche.

La popolazione bersaglio dei programmi di screening in Piemonte è la seguente:

- screening mammografico, donne 45-75 anni: totale 904.113. Il protocollo prevede l’invito attivo biennale tra 50 e 69 anni a 585.242 donne (e l’invito attivo annuale tra 45 e 49 dopo la prima adesione) e l’adesione spontanea tra 45 e 49 e tra 70 e 75 (complessivamente 318.871 donne);
- screening per il carcinoma cervicovaginale, donne 25-64 anni (invito attivo triennale): 1.231.674 (il periodismo varia per le donne in fascia d’età bersaglio 30-64, per le quali è stata attivata la ricerca dell’HPV, come dettagliato sotto);
- screening sigmoidoscopico per il carcinoma colo rettale, donne e uomini a compimento del 58° anno: 59.500 ogni anno. Alle persone che non aderiscono all’invito alla sigmoidoscopia viene offerta la possibilità di optare per lo screening con il FOBT (sangue occulto nelle feci);
- screening FOBT (sangue occulto nelle feci) per il carcinoma colo rettale, donne e uomini di 59-69 non invitati nel programma con sigmoidoscopia fino ad esaurimento della coorte in ciascun dipartimento. A partire da una popolazione iniziale di 514.051 persone, questo gruppo si sta progressivamente esaurendo nell’arco di 10 anni. L’esaurimento si verificherà in tempi diversi in relazione alla data di attivazione del programma nei diversi dipartimenti (a Torino, ad esempio, dove il programma è iniziato nel 2003, la popolazione bersaglio di questa modalità di screening sarà esaurita nel 2013, mentre a Cuneo dove il programma è iniziato a fine 2009, l’attività si esaurirà nel 2019). Della definizione dell’appropriato denominatore si deve tenere conto nel calcolo dell’indicatore.

Screening del tumore della cervice uterina

Con D.C.R. n. 167-14087 del 03.04.2012, è stato approvato il Piano Socio-Sanitario 2012-2015. Tale Piano cita, all’Allegato 3, il programma regionale degli screening oncologici quale obiettivo assistenziale di rete specialistica. In Piemonte è operativo il programma regionale “Prevenzione Serena” (il cui standard è allineato a quello nazionale), che comprende i tre programmi di screening per i tumori della mammella, del collo dell’utero e del colonretto, regolamentato secondo quanto disposto con D.G.R. n. 111-3632 del 02.08.2006. Con DGR n. 21-5705 del 23/04/2013 è stato approvato il programma di screening dei tumori della cervice uterina, introducendo il test per la ricerca del DNA di Papilloma virus umano (HPV) come test primario per lo screening della cervice uterina per le donne in età 30-64 anni. Il tumore della cervice uterina è riconosciuto come totalmente attribuibile all’infezione da papillomavirus umano. Oggi, le evidenze scientifiche internazionali dimostrano che uno screening con test clinicamente validati per il DNA di HPV oncogeni, effettuato ogni 5 anni, è più efficace dello screening basato sulla citologia, effettuato ogni tre anni ed assicura una maggior protezione e sicurezza nelle donne fra 30 e 64 anni. Contestualmente l’intervallo quinquennale, oltre a comportare un minor disagio per la popolazione femminile comporta, nell’arco di dieci anni, una riduzione dei costi del programma nell’ordine del 20%. Gli stessi risultati di cui al paragrafo precedente, sono emersi dagli esiti del Progetto Pilota coordinato dal Dipartimento Interaziendale di Prevenzione Secondaria dei Tumori di Torino, che dimostrano peraltro un aumento dell’adesione nelle donne invitate ad eseguire il test HPV. Conforto sulle medesime conclusioni si evince anche dal “Documento di indirizzo sull’utilizzo dell’HPV DNA come test primario per lo screening del cancro del collo dell’utero”, redatto dall’Osservatorio Nazionale Screening e trasmesso dal Ministero della Salute alle Regioni in data 14/01/2013.

Risultati programmati

- Assicurazione di qualità nell’intero processo screening – approfondimenti diagnostici – terapia. Di riflesso, miglioramento degli standard di qualità della terapia oncologica per queste sedi tumorali anche per i casi diagnosticati al di fuori dei programmi di screening. Perché la misura degli indicatori di processo sia efficace nel miglioramento della qualità è necessario che i risultati siano restituiti e condivisi con gli operatori. Ciò avviene e sarà ulteriormente sviluppato in Piemonte attraverso i Centri

regionali di riferimento per l'assicurazione di qualità nei tre screening e attraverso workshop regionali per l'approfondimento dei dati. Inoltre, il monitoraggio, la restituzione dei risultati agli attori del progetto e la definizione delle azioni correttive da intraprendere saranno effettuati in occasione delle riunioni mensili del comitato di coordinamento regionale degli screening, comprendente i coordinatori e i direttori dei DIDP e i rappresentanti della Regione Piemonte, e dei workshop annuali, uno per ciascun programma di screening, ai quali sono invitati tutti gli operatori. Infine proseguirà l'organizzazione di corsi di formazione continua e di aggiornamento specifici per le diverse figure professionali e attività di tirocinio pratico presso i Centri regionali di riferimento.

- Attuazione della riconversione attraverso la copertura della popolazione bersaglio tramite un solo binario di screening rappresentato dal programma regionale Prevenzione Serena. Gli indicatori di processo che misurano gli obiettivi di cui sopra sono pubblicati ogni anno dall'Osservatorio Nazionale Screening (www.osservatorionazionale screening.it). I dati per la Regione Piemonte sono raccolti e analizzati dal CPO periodicamente o in studi ad hoc. Alcuni dati (frequenza di esami ambulatoriali) sono invece forniti dal CSI. Le prime fasi dell'attuazione della riconversione comprendono incontri di formazione continua e di aggiornamento in ciascun Dipartimento con i medici di medicina generale e gli specialisti e incontri con i responsabili e gli operatori dei CUP. In seguito l'attuazione della riconversione verrà periodicamente monitorata attraverso la produzione degli indicatori di estensione e di qualità degli screening. Il monitoraggio, la restituzione dei risultati agli attori del progetto e la definizione delle azioni correttive da intraprendere saranno effettuati in occasione delle riunioni mensili del comitato di coordinamento regionale degli screening, comprendente i coordinatori e i direttori dei DIDP e i rappresentanti della Regione Piemonte, e dei workshop annuali, uno per ciascun programma di screening, ai quali sono invitati tutti gli operatori.
- Avvio della conversione del programma al test HPV in tutti i Dipartimenti di Prevenzione Secondaria regionali ed inizio dell'attività su scala ridotta, in particolare con:
 - espletamento della gara d'appalto regionale per l'acquisto del kiti per l'esecuzione del test HPV;
 - individuazione dei centri di esecuzione del test HPV;
 - individuazione dei centri di lettura della citologia;
 - definizione dei tempi di transizione, in ogni Dipartimento di Prevenzione Secondaria;
 - predisposizione del piano e inizio delle attività di formazione degli operatori per il personale coinvolto direttamente nelle attività di screening;
 - adattamento delle tariffe di rimborso alle Aziende Sanitarie e del sistema informativo che le sostiene;
- estensione progressiva e completamento dell'attuazione del programma (fermo restando il periodismo quinquennale per la sincronizzazione dei due diversi periodismi tra test HPV e citologia vaginale).

Indicatori di risultato

		Descrizione obiettivo	Obiettivo quantitativo intermedio al 31.12.2013	Obiettivo quantitativo al 31.12.2014
SCREENING MAMMOGRAFICO	Estensione inviti	età 50-69 anni- proporzione di inviti/popolazione bersaglio annuale	72%	80%
	Estensione esami	età 50 -69 anni - esecuzione di un numero di esami di screening di primo livello eseguibili secondo il protocollo/popolazione bersaglio annuale	50%	60%
SCREENING CERVICALE	Estensione inviti	età 25-64 anni. Proporzio ne di inviti/popolazione bersaglio annuale.	90%	97%

		Descrizione obiettivo	Obiettivo quantitativo intermedio al 31.12.2013	Obiettivo quantitativo al 31.12.2014
	Estensione esami	età 25-64 -Esecuzione di un numero di esami di screening di primo livello eseguibili secondo il protocollo/popolazione bersaglio annuale.	45%	50%
SCREENING COLORETTALE	Estensione inviti sigmoidoscopia	programma con sigmoidoscopia - Proporzione di inviti/popolazione bersaglio annuale	78%	90%
	Estensione esami FOBT e sigmoidoscopia	età 58-69 anni. Numero persone sottoposte a sigmoidoscopia o FOBT / popolazione bersaglio	28%	35%

- Individuazione del raggiungimento delle percentuali di attività di screening quale obiettivo ai fini dell'attribuzione della quota integrativa al trattamento economico e dei criteri di valutazione dell'attività dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie regionali, secondo quanto indicato nella tabella sopra illustrata, con l'adozione dell'apposito provvedimento di Giunta regionale;
- Attribuzione del finanziamento per funzione, nell'ambito del riparto delle Aziende Sanitarie regionali, con specifico vincolo di destinazione da attribuirsi all'attività di screening oncologico, sulla base della popolazione bersaglio e dell'attività svolta.
- Adozione dei provvedimenti per l'individuazione dei Centri regionali di riferimento per la formazione degli operatori e per l'assicurazione di qualità nello screening della mammella, della cervice uterina e del colonretto entro il 31/12/2013;
- Adozione dei provvedimenti per l'individuazione dei centri di esecuzione e di lettura per il test dell'HPV, entro il 31/12/2013;
- Adozione della determinazione del Direttore della Direzione Sanità per l'approvazione dei regolamenti di attività dei Centri di Riferimento per lo screening del tumore della mammella, della cervice uterina e del colonretto, entro il 31/03/2014;
- report sulla definizione dei tempi di transizione del programma per il test dell'HPV, e sulle attività di formazione del personale, entro il 30/06/2014;
- dati di attività forniti dal CSI-Piemonte per la verifica dell'estensione del programma per il test dell'HPV, entro il 31/12/2014.
- Consolidamento e perfezionamento delle attività di screening, fino allo standard più alto, implementando le attività di invito ed esecuzione degli esami, entro il 31/12/2015;
- Completa eliminazione degli esami diagnostici di screening al di fuori della "Prevenzione Serena" entro il 31/12/2015.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore "Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali" della Direzione Regionale Sanità

Intervento 11.3: Prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro.

Nell'ambito del Piano regionale di prevenzione (proroga 2013), la prevenzione negli ambienti di vita si concentrerà su tre principali ambiti:

- rischi collegati all'ambiente indoor (domestico, strutture ricettive, scolastiche, socio-assistenziali, ricreative, carcerarie, ecc): si tratta di rischi legati alla sicurezza strutturale ed impiantistica, alla sicurezza e salubrità degli oggetti che vengono a contatto delle persone (vestiario, giocattoli, attrezzature di uso domestico, ecc.) all'inquinamento chimico, fisico e biologico, ai comportamenti individuali e/o organizzativi che sono affrontati per lo più dal Servizio Igiene e Sanità Pubblica attraverso attività istituzionali e consolidate (pratiche edilizie / autorizzative, vigilanza,

campionamento). Tra queste attività si trovano pratiche ormai obsolete, difficilmente sostenibili e probabilmente inutili, da superare;

- rischi collegati all'ambiente outdoor: il controllo di questi rischi (inquinamento chimico, fisico e biologico) e dei relativi percorsi di esposizione (diffusione aerea, alimentazione, bioaccumulo, ecc.) risiede per lo più a monte dell'organizzazione ASL (salute in tutte le politiche) e richiede pertanto approcci fortemente integrati;
- rischi collegati alle "attività sulla persona" (cosmesi, cura del corpo, tatuaggio, ecc.): soprattutto in questa categoria si collocano i cosiddetti "rischi emergenti" legati alla produzione e commercializzazione globale di prodotti nuovi o che sfuggono ai canali tradizionali del controllo (pigmenti per tatuaggio, cosmetici contraffatti...), proposte pseudo-terapeutiche (massaggi, grotte del sale, sigarette elettroniche...).

Sono pertanto individuate come priorità:

- riorientare i sistemi di vigilanza e controllo in base alla graduazione del rischio, ridimensionando il tasso di ritualizzazione degli interventi ed elevando invece la capacità di cogliere i mutamenti e l'insorgere di nuovi rischi;
- individuare e scoraggiare / ridefinire pratiche obsolete collegate all'ambiente indoor
- aumentare la capacità delle ASL e dell'ARPA di operare in modo integrato tra di loro e con le altre istituzioni locali (ad es. IZS);
- irrobustire nei servizi sanitari la metodologia del risk assessment e dell'health impact assessment per la componente sanitaria di supporto alla VIA e alla VAS;
- irrobustire il sistema di comunicazione del rischio;
- formazione degli operatori sulle nuove normative inerenti le apparecchiature estetiche di cui al DM 110/2011 e sui cosmetici di cui al nuovo Regolamento (CE) 1223/2009.

Nell'ambito del Piano regionale di prevenzione, la **prevenzione negli ambienti di lavoro** si pone per il primo semestre 2014 i seguenti obiettivi:

- mantenimento degli standard di attività di inchiesta sugli infortuni e le malattie professionali, fin qui raggiunti;
- miglioramento dell'efficacia delle inchieste e degli interventi di vigilanza attraverso l'adozione di un protocollo regionale di intervento concordato con la Procura Generale della Repubblica;
- estensione a tutte le ASL dell'utilizzo dell'applicativo regionale "spresalweb" per la gestione del sistema informativo.
- utilizzo dei dati informativi disponibili attraverso i registri cancerogeni per la pianificazione di interventi mirati;
- riduzione della sottonotifica di malattia professionale con particolare riferimento alle patologie tumorali e altre patologie emergenti (es. patologie muscoloscheletriche).

Risultati programmati

- Messa a disposizione delle ASL del materiale relativo alla distribuzione dei potenziali pericoli chimici per le catene alimentari (mappe di rischio);
- diffusione presso le ASL delle procedure di valutazione integrata di impatto ambientale e sulla salute;
- implementazione del nodo regionale per la gestione degli stati di allerta alimentari (RASFF) con nuove funzionalità per la gestione degli stati di allerta sui prodotti non alimentari (RAPEX).;
- adozione della scheda di intervento in edilizia e della scheda di vigilanza sulle macchine in agricoltura.

Indicatori di risultato

- Entro il 31/12/2013, per la prevenzione negli **ambienti di vita**:
 - pubblicazione dell'"Atlante del rischio per la sicurezza alimentare derivante da contaminazione ambientale"
<http://www.regione.piemonte.it/sanita/cms/documentazione/category/133-2013.html?download=2500%3Aatlante-del-rischio-per-la-sicurezza-alimentare-derivante-da-contaminazione-ambientale&start=120>;

- Entro il 31/12/2013, per quanto riguarda la prevenzione negli **ambienti di lavoro**:
 - entro il primo semestre 2014, per quanto riguarda la prevenzione negli **ambienti di lavoro**:
- adozione del piano di prevenzione in edilizia in almeno 80% delle ASL,
- adozione del piano di prevenzione in agricoltura in almeno 80% delle ASL

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore “Prevenzione e Veterinaria” della Direzione Regionale Sanità.

Programma 12: Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare

Il programma, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- riorganizzazione e riqualificazione del “nodo” regionale;
- coerenza delle linee di attività programmate a livello regionale con quelle riportate nel Piano Nazionale Integrato 2011-2014;
- definizione di un piano regionale integrato dei controlli ufficiali, o il suo eventuale aggiornamento con tutte le linee di attività previste dalla pianificazione nazionale;
- miglioramento della rete dei laboratori, con ampliamento del bacino di metodiche accreditate a supporto delle attività regionali di controllo ufficiale, riducendo l’aggravio sui soggetti extraregionali;
- assegnazione di obiettivi ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali, con ribaltamento a cascata su tutta la struttura operativa;
- adozione e attuazione di un sistema di audit sulle Autorità Competenti, nonché implementazione di piano di formazione per le stesse, che investa tutti gli attori del controllo ufficiale, sul pacchetto igiene.

Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare: valorizzazione manovre (€mIn)			
	2013	2014	2015
Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare	-	-	-
Riorganizzazione e riqualificazione del “nodo” regionale	-	-	-
Coerenza delle linee di attività programmate a livello regionale con quelle riportate nel Piano Nazionale Integrato 2011-2014	-	-	-
Definizione di un piano regionale integrato dei controlli ufficiali, o il suo eventuale aggiornamento con tutte le linee di attività previste dalla pianificazione nazionale	-	-	-
Miglioramento della rete dei laboratori, con ampliamento del bacino di metodiche accreditate a supporto delle attività regionali di controllo ufficiale, riducendo l’aggravio sui soggetti extraregionali	-	-	-
Assegnazione di obiettivi ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali, con ribaltamento a cascata su tutta la struttura operativa	-	-	-
Adozione e attuazione di un sistema di audit sulle Autorità Competenti, nonché implementazione di piano di formazione per le stesse, che investa tutti gli attori del controllo ufficiale, sul pacchetto igiene	-	-	-

Tabella 34 – Sintesi manovre

Intervento 12.1: Riorganizzazione e riqualificazione del “nodo” regionale.

La configurazione del nodo regionale proposta nel 2003 dal Ministero della salute prevedeva, oltre alla messa a disposizione di servizi web per la cooperazione applicativa tra sistemi differenti, anche la realizzazione delle interfacce applicative come replica di quelle realizzate a livello centrale per la BDN, il tutto installato e configurato su HW messo a disposizione della Regione Piemonte. Se da un lato questa soluzione ha permesso di ottenere notevoli risultati e vantaggi in termini di organizzazione finalizzata alla raccolta dei dati, dall’altro l’evoluzione delle ulteriori anagrafi zootecniche hanno reso via via più pesante la gestione del nodo BDR, causando talvolta ritardi di allineamenti tra BDN e BDR nel rilascio degli aggiornamenti software. Alla luce delle nuove possibilità ed infrastrutture tecnologiche oggi disponibili la Regione Piemonte ha proposto al Ministero della Salute di superare la soluzione tecnologica adottata a suo tempo con una nuova soluzione più leggera, flessibile ed efficace.

La nuova soluzione di cooperazione applicativa proposta, che per brevità potremmo definire “Nuova BDR”, consiste essenzialmente in:

- utilizzo da parte dell’applicativo regionale per la gestione dei dati sanitari delle interfacce per la cooperazione applicativa esposte dalla BDN;

- replica periodica a cadenza giornaliera delle informazioni su un Data Base residente presso la Regione Piemonte dei di pertinenza.

Questa soluzione, concordata con il Ministero della Salute nel 2012, permette da una parte di garantire l'autonomia gestionale dei dati sanitari e dall'altra permette agevolmente di assolvere ai previsti debiti informativi, ottimizzando le risorse con la replica dei dati strettamente necessari per garantire la funzionalità dei sistemi informatici regionali e nazionali. La soluzione "Nuova BDR" è stata concordata con i tecnici del CSN ed è disponibile un documento tecnico di dettaglio. Il cronoprogramma prevede una sperimentazione a partire dal mese di giugno 2013 con l'obiettivo di portare a regime il nuovo sistema entro la fine dell'anno in corso. I costi di sviluppo dei nuovi moduli relativi all'interoperatività dei sistemi sono messi a carico del CSN poiché compensati ampiamente dalla minor spesa legata agli obblighi di gestione del nodo regionale "pesante".

Risultati programmati

- Rispetto dei tempi e delle modalità di rendicontazione delle attività previste nei LEA;
- audit favorevoli dell'FVO e del Ministero della Salute su aree che comportano l'accesso a banche dati regionali e nazionali.

Indicatori di risultato

- Le nuove modalità di accesso alla Banca Dati Nazionale saranno sperimentate a partire dal mese di giugno 2013 con l'obiettivo di portare a regime il nuovo sistema, entro il 31/12/2013.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore "Prevenzione e Veterinaria" della Direzione Regionale Sanità.

Intervento 12.2: Coerenza delle linee di attività programmate a livello regionale con quelle riportate nel Piano Nazionale Integrato 2011-2014.

La programmazione delle attività di interesse veterinario e di sicurezza alimentare è coerente con gli indirizzi del Piano Nazionale Integrato 2011-2014. Tutti i programmi di attività riconducibili all'area della sicurezza alimentare e veterinaria (dalla produzione primaria al consumo, compresi i programmi di sanità animale, il benessere animale, l'alimentazione animale, la farmacovigilanza veterinaria e le azioni di contrasto alle frodi alimentari) sono stati ricompresi nel Piano Regionale Integrato di Sicurezza Alimentare (PRISA) con un periodo di programmazione che coincide con quello del PNI. La Regione Piemonte, che rappresenta tutte le Regioni nel gruppo di coordinamento nazionale per il PNI, inserisce regolarmente le informazioni previste nella griglia predisposta dal Ministero della Salute per la redazione della relazione annuale e, su stimolo del Ministero della Salute, contribuisce ad arricchire la sezione dei progetti innovativi agguintivi del PNI.

Risultati programmati

- Valutazioni positive dell'FVO e del Ministero della Salute sull'Autorità Competente regionale e sulle ASL sottoposte ad audit.

Indicatori di risultato

- Rispetto delle scadenze previste nella griglia LEA e caricamento dei flussi informativi su NSIS, entro il 31/12/2013;
- Da questi flussi discende la redazione della relazione nazionale annuale nei tempi indicati dal PNI 2011-2014.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore "Prevenzione e Veterinaria" della Direzione Regionale Sanità.

Intervento 12.3: Definizione di un piano regionale integrato dei controlli ufficiali, o il suo eventuale aggiornamento con tutte le linee di attività previste dalla pianificazione nazionale.

Con deliberazione n. 14-915 del 03/11/2010, pubblicata sul BURP n. 46 del 18/11/10, "Piano Regionale Integrato Sicurezza Alimentare. Orientamenti ed obiettivi per il periodo 2011-2014" la Giunta Regionale ha definito gli orientamenti per il quadriennio 2011-2014, sulla base dei quali indirizzare, programmare e verificare, in attuazione delle indicazioni comunitarie e nazionali, le attività di sicurezza alimentare. Il Piano (PRISA) è perfettamente allineato con il Piano Nazionale Integrato di Sicurezza Alimentare che fornisce gli obiettivi strategici per il quadriennio 2011-2014, approvato con intesa Stato regioni del 16/12/2010. Con apposite determinazioni dirigenziali si provvede, ogni anno, ad aggiornare le indicazioni operative sulla base dei risultati conseguiti nell'anno precedente e delle

necessità di aggiornamento a nuove disposizioni nazionali o comunitarie. L'integrazione delle attività svolte dai diversi Servizi del Dipartimento di Prevenzione delle ASL ha avuto uno sviluppo progressivo sia sotto il profilo della progettazione degli interventi (criteri operativi, riduzione delle sovrapposizioni nei settori di interesse comune, miglioramento della comunicazione interna, gestione del nodo allerta ecc.) sia sotto il profilo della rimodulazione degli interventi di controllo sulla base dell'analisi del rischio.

Risultati programmati

- Valutazioni positive dell'FVO e del Ministero della Salute sull'Autorità Competente regionale e sulle ASL sottoposte ad audit.

Indicatori di risultato

- Rispetto delle scadenze previste nella griglia LEA, entro il 31/12/2013.
- redazione della relazione nazionale annuale nei tempi indicati da PNI 2011 - 2014

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore "Prevenzione e Veterinaria" della Direzione Regionale Sanità.

Intervento 12.4: Miglioramento della rete dei laboratori, con ampliamento del bacino di metodiche accreditate a supporto delle attività regionali di controllo ufficiale, riducendo l'aggravio sui soggetti extraregionali.

In Piemonte, i controlli ufficiali per la veterinaria e la sicurezza alimentare sono svolti dai laboratori dell'Istituto Zooprofilattico per il Piemonte, la Liguria e la Valle d'Aosta e dai laboratori dell'Agenzia Regionale per l'Ambiente (ARPA). Tutti i campioni prelevati dai Servizi Medici e Veterinari delle ASL vengono inviati direttamente ai laboratori accreditati dell'IZS o dell'ARPA in base alla matrice prelevata ed alla determinazione richiesta. I laboratori ufficiali, che collaborano alla definizione del Piano Regionale Integrato di Sicurezza Alimentare, provvedono all'accreditamento delle singole prove in base alle intese contenute nei programmi di attività annuali. Eventuali controlli straordinari legati ad emergenze sanitarie che possono comportare la necessità di ricorrere a determinazioni non previste dal PRISA e non accreditate dai laboratori regionali non hanno costi aggiuntivi per le ASL né per la Regione Piemonte in quanto compresi nel finanziamento delle attività di analisi relative alla sicurezza alimentare richieste dall'Autorità Competente per motivi di urgenza e necessità.

Risultati programmati

- Miglioramento della rete dei laboratori per i controlli per la veterinaria e la sicurezza alimentare.

Indicatori di risultato

- Riduzione dell'aggravio sui soggetti extra-regionali, entro il 31/12/2014.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore "Prevenzione e Veterinaria" della Direzione Regionale Sanità.

Intervento 12.5: Assegnazione di obiettivi ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali, con ribaltamento a cascata su tutta la struttura operativa.

L'applicazione del PRISA nelle ASL è un obiettivo dei direttori generali. Ogni ASL ha l'obbligo di predisporre il PAISA (Piano Aziendale Integrato di Sicurezza Alimentare), di applicarlo e di rendicontare annualmente l'attività svolta.

Risultati programmati

- Raggiungimento degli obiettivi del Piano e rispetto dei tempi di rendicontazione dei LEA.

Indicatori di risultato

- Rendicontazione delle attività di vigilanza e controllo dell'anno precedente ed adozione del Piano Aziendale Integrato di Sicurezza Alimentare (PAISA), entro il 31/12/2013.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore "Prevenzione e Veterinaria" della Direzione Regionale Sanità.

Intervento 12.6: Adozione e attuazione di un sistema di audit sulle Autorità Competenti, nonché implementazione di piano di formazione per le stesse, che investa tutti gli attori del controllo ufficiale, sul pacchetto igiene.

La formazione del personale ispettivo dei Servizi del dipartimento di prevenzione che svolge attività di controllo ufficiale rivolte alla sicurezza degli alimenti e la progettazione del sistema degli audit nella Regione Piemonte ha come base i seguenti atti amministrativi:

- Deliberazione della Giunta Regionale 4/05/2009, n. 8-11333 - Audit regionali intesi a verificare il raggiungimento degli obiettivi di salute stabiliti dal regolamento ce/882/2004 in materia di sicurezza degli alimenti e dei mangimi;
- Determinazione Dirigenziale n. 395 del 21/07/2009 - D.G.R. n. 8-11264 del 22.06.2009 - Obiettivo 2 "Finanziamento progetti legati ad obiettivi specifici regionali proposti dalla Direzione Sanità, dai Settori regionali e dall'ARESS";
- Deliberazione della Giunta Regionale 03/11/2010, n. 14-915 - Piano Regionale Integrato Sicurezza Alimentare. Orientamenti ed obiettivi per il periodo 2011-2014;
- Deliberazione della Giunta Regionale 17/05/2011, n. 25-2024 - Individuazione delle funzioni del coordinamento regionale sulla sicurezza alimentare di cui alla D.G.R. n. 14-915 del 03.11.2010 ai fini dell'integrazione tra Servizi Veterinari e medici delle ASL in ambito di sicurezza alimentare. Istituzione "Gruppo di coordinamento regionale sulla sicurezza alimentare";
- Deliberazione della Giunta Regionale 19/12/2011, n. 26-3144 - Approvazione linee di indirizzo per l'effettuazione degli Audit regionali sperimentali per l'anno 2012, intesi a verificare il raggiungimento degli obiettivi stabiliti dal regolamento CE/882/2004 in materia di sicurezza alimentare e dei mangimi;
- Determinazione Direzione Sanità 23/12/2011 n. 1020 - Approvazione delle procedure e della modulistica a supporto delle linee d'indirizzo per la verifica dei controlli ufficiali in materia di sicurezza alimentare, in conformità ed attuazione delle disposizioni di cui alle DGR n. 8-11333 del 04/05/2009 e n. 26-3144/2011 del 19/12/2011;
- Determinazione Dirigenziale n. 291 del 24/04/2012 - Piano Regionale Integrato Sicurezza Alimentare (PRISA) 2012 e adempimenti delle Aziende Sanitarie Locali;

La Regione Piemonte ha finora rendicontato nei tempi previsti e secondo le modalità definite dal Ministero della Salute tutti i LEA raggiungendo per tutti i LEA gli obiettivi previsti.

Risultati programmati

- Armonizzazione delle organizzazioni incaricate dei controlli di sicurezza alimentare e rafforzamento delle competenze e dell'esperienza degli auditor designati dalla Regione Piemonte;
- coerenza delle valutazioni espresse dagli auditor regionali con le valutazioni espresse da auditor comunitari, ministeriali e di Paesi Terzi (in industrie alimentari che esportano).

Indicatori di risultato

- Entro il 31/12/2013, il PRISA prevede 6 audit sull'autorità competente (ASL):
 - 2 sull'attuazione del regolamento 882/94 (produzione primaria) e sul controllo dei fitofarmaci;
 - 2 sull'organizzazione delle attività di controllo sulla commercializzazione degli alimenti e sui materiali a contatto con gli alimenti;
 - 2 sull'attuazione delle misure relative al benessere degli animali allevati per la produzione di alimenti.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore "Prevenzione e Veterinaria" della Direzione Regionale Sanità.

Programma 13: Reti assistenziali per intensità di cure

Il programma, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- individuazione dei presidi secondo il modello *Hub & Spoke* secondo la logica dell'intensità delle cure (es. rete trauma, oncologia, ictus, trapianti); relativa individuazione dei Centri di riferimento;
- definizione dei percorsi di cura, nonché dei percorsi diagnostico terapeutici relativi ad alcune aree di particolare interesse, in aggiunta all'area oncologica e cardiovascolare, che prevedano la integrazione ospedale/territorio.

Reti assistenziali per intensità di cure: valorizzazione manovre (€/mIn)			
	2013	2014	2015
Reti assistenziali per intensità di cure	-	-	-
Individuazione dei presidi secondo il modello Hub & Spoke secondo la logica dell'intensità delle cure	-	-	-
<i>Rete per il trattamento delle patologie cardiovascolari acute</i>	-	-	-
<i>Rete per il trattamento dell'ictus</i>	-	-	-
<i>Rete per il trattamento dei pazienti politraumatizzati</i>	-	-	-
<i>Rete oncologica</i>	-	-	-
<i>Rete regionale di donazione e di trapianto di organi, tessuti e cellule</i>	-	-	-
<i>Rete regionale di Allergologia</i>	-	-	-
Definizione dei percorsi di cura e dei percorsi diagnostico terapeutici relativi alle principali patologie croniche	-	-	-
<i>PDTA - Oncologia</i>	-	-	-
<i>PDTA - Cardiovascolare</i>	-	-	-
<i>PDTA - Ambulatoriale Diabete Mellito</i>	-	-	-

Tabella 35 – Sintesi manovre

Intervento 13.1: Individuazione dei presidi secondo il modello Hub & Spoke secondo la logica dell'intensità delle cure (es. rete trauma, oncologia, ictus, trapianti); relativa individuazione dei Centri di riferimento.

Azione 13.1.1: Rete per il trattamento delle patologie cardiovascolari acute

Nella Regione Piemonte il numero complessivo degli Infarti Miocardici (STEMI) si aggira tra i 5.200 e 5.500 per anno SDO, dati osservati più elevati dell' attesa media di STEMI da ripercorrere, che si aggira sui 3.000 circa). I pazienti ripercorsi, quasi tutti mediante PPCI, angioplastica primaria, sono cresciuti negli fino a raggiungere circa il 55%. La mortalità ospedaliera dei pazienti ripercorsi è variabile dal 4,6 al 5,8 %, con distinzione tra i due sessi: le donne hanno mortalità 7,1 % e gli uomini hanno il 4,4%. La mortalità ospedaliera totale di tutti i pazienti con STEMI è invece circa il 13 % e include i non ripercorsi e i ripercorsi. Il numero delle angioplastiche primarie (PPCI) ha raggiunto le 2.700 unità per anno.

La rete regionale per la terapia dello STEMI è un sistema organizzativo integrato tra 118 e le cardiologie della Regione con la collaborazione dei DEA, per permettere la più rapida diagnosi e la più efficace terapia ripercorsiva per tutti i pazienti che vivano in qualsiasi area della Regione.

I cardini del sistema organizzativo sono i seguenti:

- favorire la chiamata del 118 da parte del paziente;
- il sistema del 118, possibilmente con medico, si reca dal paziente;
- pronta effettuazione dell'ECG, anamnesi e valutazione clinica;
- trasmissione dell'ECG sospetto per STEMI alla centrale operativa 118 competente per territorio che, dopo una prima valutazione, inoltra l'ECG ed i dati del paziente all'UTIC di competenza territoriale;

- ricezione e risposta entro cinque minuti dall'UTIC (Risposta SI/NO) sulla diagnosi di STEMI e sull'approccio terapeutico adeguato per il paziente in rapporto al tempo di insorgenza ed alla necessità di sottoporre o meno il paziente ad angioplastica primaria;
- con risposta affermativa, la centrale del 118 competente si attiva per ospedalizzare il paziente nel centro di Riferimento più vicino. In caso contrario il paziente viene ospedalizzato al DEA più vicino dotato di UTIC;
- durante il percorso in ambulanza il paziente viene sottoposto alla prima terapia e a trombolisi, se indicata dal protocollo regionale, in accordo con il cardiologo repertante;
- collegamento in rete dei centri cardiologici a differente complessità (UTIC – Emodinamica – Cardiochirurgia);
- dal 1/03/2013 è stato istituito il registro permanente FAST STEMI quale osservatorio regionale sul percorso dei pazienti con infarto miocardico acuto e per la valutazione di efficacia ed efficienza della rete per il trattamento delle patologie cardiovascolari acute.

La D.G.R. n. 13 – 1826 del 07/04/2011, attuativa del Piano di Rientro 2010-2012, ha definito:

- il fabbisogno di procedure PCI per la popolazione piemontese;
- i requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici dei laboratori di Emodinamica;
- gli standard di attività;
- gli indicatori di *outcome* attesi;
- l'utilizzo del registro SAE (sistema per la rilevazione dell'attività dei centri di emodinamica).

Successivamente, la D.G.R. n. 26 – 5149 del 28/12/2012 ha adottato i primi provvedimenti di programmazione della rete dei laboratori di emodinamica, articolandoli secondo il modello *Hub & Spoke*, confermati dalla D.G.R. n. 6 – 5519 del 14/03/2013 relativa alla revisione della rete ospedaliera piemontese. Sostanzialmente, è stata definita la tempistica della disattivazione di 5 laboratori, il trasferimento di un laboratorio in altro presidio della stessa ASR e l'unificazione di due laboratori dello stesso presidio ospedaliero.

Il provvedimento deliberativo di cui trattasi, con riguardo agli interventi disposti in merito alla revisione della rete di emodinamica, è stato oggetto di impugnazione con istanza di sospensiva innanzi al TAR Piemonte. La sospensiva, dapprima accolta dal TAR Piemonte, è stata successivamente respinta nel giudizio innanzi al Consiglio di Stato e pertanto il provvedimento, con riguardo agli interventi di riorganizzazione della rete di emodinamica ivi previsti, ha riacquisito la propria efficacia in attesa delle ulteriori decisioni dell'autorità giudiziaria.

Tuttavia, utilizzando come standard il rapporto di un laboratorio ogni 300.000 – 600.000 abitanti, il numero di laboratori, anche dopo l'attuazione delle disposizioni delle citate DD.G.R., rimane elevato: a fronte di un fabbisogno di laboratori pari a 10 - 11, ne rimarrebbero attivi ancora 18.

Si tratta, quindi, di affrontare il tema in maniera complessiva, tenendo conto, in toto, di quanto definito dalla citata D.G.R. n. 13 – 1826 del 07/04/2011. A tal fine è stato costituito un gruppo di lavoro formato dai Responsabili regionali del GISE (Associazione Italiana di Cardiologia Invasiva) di Lombardia, Emilia-Romagna, Veneto, supportato dagli uffici della Direzione Sanità, con il compito di redigere un report relativo all'analisi della rete dei Laboratori di Emodinamica esistente, proponendone la più efficace riorganizzazione.

Il gruppo di lavoro ha trasmesso la relazione richiesta, individuando alcune criticità in merito alla ridefinizione della rete di cui alla citata D.G.R. n. 26-5149 del 28/12/2012, con particolare riferimento ai laboratori dell'ospedale Santa Croce di Moncalieri (TO) e dell'azienda ospedaliero-universitaria San Luigi Gonzaga di Orbassano (TO), evidenziando, altresì, la difficoltà di garantire il soddisfacimento del fabbisogno previsto, da parte dei laboratori dell'ospedale di Rivoli (TO) e del Presidio Molinette dell'azienda ospedaliera Città della Salute e della Scienza di Torino, senza un significativo potenziamento degli stessi, attraverso interventi strutturali e incremento delle dotazioni organiche, atteso che permangono in funzione le Strutture Organizzative di Cardiologia degli ospedali di Moncalieri e dell'azienda ospedaliero-universitaria San Luigi di Orbassano, entrambe dotate di UTIC e di laboratorio di elettrofisiologia.

Il potenziamento dei laboratori dell'ospedale di Rivoli (TO) e del Presidio Molinette dell'azienda ospedaliera Città della Salute e della Scienza di Torino, finalizzato, come detto, al soddisfacimento del fabbisogno previsto, non può essere attuato nel rispetto dei tempi previsti dalla D.G.R. n. 6-5519 del 14/03/2013 per la disattivazione dei laboratori dell'ospedale Santa Croce di Moncalieri (TO) e dell'azienda ospedaliero-universitaria San Luigi Gonzaga di Orbassano (TO), stante il quadro economico-finanziario che attualmente caratterizza la Sanità piemontese: i costi da sostenere per il

loro potenziamento, sia in termini di spesa corrente, sia in termini di spesa in conto capitale, rischiano di essere superiori alle economie derivanti dalla disattivazione dei due laboratori.

Pertanto, è necessario rivedere quanto definito dalle DD.G.R. n. 26-5149 del 28/12/2012 e n. 6-5519 del 14/03/2013, in tema di rete dei centri di emodinamica, mantenendo immutati gli obiettivi previsti dalla D.G.R. n. 13-1826 del 07/04/2011, attuativa del Piano di rientro 2010-2012, ovvero quello di adeguare la rete stessa al fabbisogno di procedure PCI per la popolazione piemontese, ai requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici dei laboratori di emodinamica, agli standard di attività, agli indicatori di *outcome* attesi, nonché all'utilizzo del registro SAE (sistema per la rilevazione dell'attività dei centri di emodinamica). Di seguito si riporta il percorso metodologico in base al quale viene effettuata la rideterminazione del fabbisogno dei laboratori di emodinamica. In Piemonte sono attualmente operativi 22 laboratori di emodinamica, escludendo quello dell'Ospedale Regina Margherita di Torino, dedicato alla popolazione in età pediatrica, pari a circa uno ogni 214.000 abitanti pesati. Il confronto con altre Regioni del Paese è rappresentato nella tabella seguente:

REGIONE	LABORATORI EMODINAMICA	RAPPORTO LABORATORI/POPOLAZIONE PESATA
PIEMONTE	22	1: 214.000 abitanti pesati
LOMBARDIA	51	1: 193.000 abitanti pesati
VENETO	21	1: 233.000 abitanti pesati
EMILIA - ROMAGNA	16	1: 290.000 abitanti pesati
LIGURIA	10	1: 183.000 abitanti pesati
MEDIA	120	1: 216.000 abitanti pesati

E' evidente come il numero di laboratori di emodinamica, attualmente operativi in Piemonte, in rapporto alla popolazione pesata per composizione demografica (secondo i pesi definiti dalla Conferenza Stato – Regioni per il riparto del Fondo Sanitario Nazionale riferito al livello assistenziale "ospedaliera"), sia allineato con il dato medio delle Regioni considerate. La necessità di ridurre il numero, così come previsto dalle DD.G.R. n. 13 –1826 del 7.4.2011 e n. 26-5149 del 28.12.2012, attuative del Piano di Rientro 2010-2012, deriva dal rispetto dei parametri e del dimensionamento previsto in base ai bacini di utenza, così come definiti dalla DGR n. 17-1830 del 7.04.2011 e sovrapponibili a quelli della Bozza di regolamento (elaborata dal Ministero della Salute) recante "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, in attuazione dell'art. 1, c. 169, della L. 30.12.2004, n. 311 e dell'art. 15. c. 13, lettera c) del Decreto Legge 6 luglio 2012 n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135". In particolare, sia la D.G.R. n. 13 –1826 del 7.4.2011, sia la Bozza di regolamento citata, prevedono, per i laboratori di emodinamica, un bacino di utenza ottimale compreso tra un minimo di 300.000 abitanti ed un massimo di 600.000 abitanti. I Responsabili regionali GISE – Società Italiana di Cardiologia Interventistica della Lombardia, del Veneto e dell'Emilia – Romagna, hanno formulato valutazioni tecniche in merito alle citate DD.G.R. in relazione ai dati di attività dei laboratori piemontesi ed alle esperienze di riorganizzazione effettuate nelle rispettive Regioni. Nel corso degli incontri, sono stati discussi i contenuti delle DD.G.R. n. 13 –1826 del 7.4.2011 e n. 26-5149 del 28.12.2012, sul cui impianto complessivo è stata espressa condivisione.

Tuttavia, i Responsabili GISE hanno ritenuto di concentrare la propria attenzione su due aspetti specifici: il laboratorio di emodinamica dell'Ospedale di Moncalieri e quello dell'Azienda Ospedaliero Universitaria San Luigi di Orbassano, per i quali hanno elaborato proprie considerazioni.

Appare necessario, in premessa, considerare i dati di attività degli anni 2011 e 2012, utilizzando come criterio guida la soglia delle 400 procedure cardiologiche invasive annue (PCI), considerata, dal GISE stesso, ottimale sia dal punto di vista qualitativo, sia sotto il profilo dell'economicità, ancorché la Regione Lombardia abbia individuato in 250/anno la soglia minima per singolo laboratorio, così come risulta dalla letteratura scientifica di settore.

La situazione dei laboratori di emodinamica piemontesi è schematizzata nella tabella seguente:

LABORATORIO DI EMODINAMICA	2011 - NUMERO DI ANGIOPLASTICHE CORONARICHE (PCI)	2012 - NUMERO DI ANGIOPLASTICHE CORONARICHE (PCI)
Ospedale Mauriziano di Torino	923	870
Ospedale di Rivoli	910	937
Azienda Ospedaliera di Alessandria	899	991
Ospedale S. Giovanni Bosco Torino	859	883
Ospedale Maria Vittoria Torino	785	804
Ospedale di Moncalieri	772	770
AOU Maggiore di Novara "A"	711	849
Ospedale Molinette di Torino "A"	682	641
Ospedale di Ciriè	646	684
Villa Maria Pia di Torino	555	552
Cellini di Torino	545	483
AOU S. Luigi di Orbassano	532	648
Ospedale Molinette di Torino "B"	511	520
AO S. Croce e Carle di Cuneo	482	452
Ospedale di Biella	459	449
Ospedale di Savigliano	454	472
AOU Maggiore di Novara "B"	401	312
Ospedale di Asti	383	331
Ospedale di Vercelli	364	462
Città di Alessandria	251	254
S. Gaudenzio di Novara	177	181
Ospedale di Alba	153	143
TOTALE	12.454	12.688

Il principale dato che emerge da tale analisi è che il numero di angioplastiche coronariche (PCI), effettuato dall'attuale rete regionale, risulta assolutamente il linea con il fabbisogno annuale della popolazione piemontese pesata, definito dalla D.G.R. n. 13 -1826 del 7.4.2011 in 2.350/2.650 angioplastiche coronariche (PCI) per milione di abitanti. In termini assoluti, tale fabbisogno corrisponde a 11.510/12.980 angioplastiche coronariche (PCI) annue. Nel 2011 il numero di angioplastiche coronariche (PCI) è stato di 12.454, pari a 2.542 per milione di abitanti pesati, mentre, nel 2012, è stato di 12.688, pari a 2.590 per milione di abitanti pesati. Alla luce di tali dati ed in considerazione, sia della localizzazione dei laboratori nell'ambito del territorio piemontese, in relazione alla sua geomorfologia ed ai tempi di percorrenza, sia della necessità di continuare a garantire il soddisfacimento del fabbisogno di PCI della popolazione piemontese, l'ipotesi di revisione della rete, finalizzata a garantire, da un lato efficacia ed efficienza della rete, dall'altro il rispetto di quanto previsto dalla Bozza di regolamento recante "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, in attuazione dell'art. 1, c. 169, della L. 30.12.2004, n. 311 e dell'art. 15, c. 13, lettera c) del Decreto Legge 6 luglio 2012 n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135", viene di seguito schematizzata.

Tale ipotesi introduce un principio di carattere organizzativo che consiste nella realizzazione di alcuni Centri di emodinamica articolati su due laboratori, ubicati all'interno di presidi ospedalieri tra loro geograficamente vicini. In questi casi, la gestione del Centro è affidata ad un Responsabile unico ed il personale costituisce una equipe unica, attraverso l'integrazione funzionale degli organici dei due laboratori costituenti il Centro, il cui funzionamento è disciplinato dagli atti aziendali, proposti dalle AA.SS.RR. interessate ed approvati dalla Giunta Regionale. In particolare, uno dei due laboratori afferenti al Centro unico è dedicato prevalentemente alle urgenze-emergenze e l'altro esclusivamente

all'attività programmata in elezione. E' questo il caso dei laboratori del Presidio Molinette dell'azienda ospedaliera Città della Salute e della Scienza di Torino (emergenza) e dell'Ospedale Santa Croce di Moncalieri (elezione), di quelli degli Ospedali di Rivoli (emergenza) e dell'azienda ospedaliero-universitaria San Luigi di Orbassano (elezione), nonché dei laboratori degli Ospedali di Ciriè (emergenza) e di Ivrea (elezione), entrambi afferenti all'ASL TO 4. Ovviamente, il 118 avrà come punto di riferimento esclusivamente l'Ospedale sede del laboratorio per l'emergenza-urgenza.

LABORATORIO DI EMODINAMICA	NUMERO ANNUO DI ANGIOPLASTICHE CORONARICHE (PCI) ATTESO
Ospedale Mauriziano di Torino	1.353
Centro Ospedali Rivoli – S. Luigi di Orbassano	1.585
Azienda Ospedaliera di Alessandria	1.245
Ospedale S. Giovanni Bosco Torino	883
Ospedale Maria Vittoria Torino	804
Centro Ospedali Molinette - Moncalieri	1.931
AOU Maggiore di Novara	849
Centro Ospedali Ciriè - Ivrea	684
Villa Maria Pia di Torino	552
AO S. Croce e Carle di Cuneo	452
Ospedale di Verduno	615
Ospedale di Biella	449
Ospedale di Asti	331
Ospedale di Vercelli	462
Ospedale di Domodossola	312
S. Gaudenzio di Novara (Cardiochirurgia)	181
TOTALE	12.688

In tal modo, il numero complessivo di laboratori, tre dei quali Centri articolati su due sedi vicine, escludendo quello dell'Ospedale Regina Margherita di Torino, dedicato alla popolazione in età pediatrica, scende dagli attuali 22 ai programmati 16, pari a uno ogni 300.000 abitanti pesati, attraverso la disattivazione, entro il 2014, dei laboratori delle Case di Cura Cellini di Torino (dove non viene svolta attività cardiocirurgica) e Città di Alessandria, dei laboratori degli Ospedali di Savigliano e di Alba (una volta realizzato il nuovo Ospedale di Verduno, entro il 2015) e, entro il 2014, attraverso l'accorpamento tra loro, sia dei due laboratori attualmente operativi presso l'Ospedale Molinette di Torino, sia dei due laboratori attualmente operativi presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Novara. La nuova configurazione prevista a regime viene rappresentata dalla tabella seguente in cui i laboratori vengono articolati per area sovra zonale.

AREA SOVRA ZONALE	CENTRI/LABORATORI DI EMODINAMICA	CENTRI/LABORATORI PER POPOLAZIONE PESATA
TORINO SUD EST	Centro Ospedali Molinette – Moncalieri	
TORINO NORD	Ospedale S. Giovanni Bosco Torino Ospedale Maria Vittoria Torino Centro Ospedali Ciriè – Ivrea Villa Maria Pia di Torino	
TORINO SUD OVEST	Ospedale Mauriziano di Torino Centro Ospedali Rivoli – S. Luigi di Orbassano	
TORINO E PROVINCIA		1:329.000 abitanti
PIEMONTE NORD EST	AOU Maggiore di Novara Ospedale di Biella Ospedale di Vercelli Ospedale di Domodossola S. Gaudenzio di Novara	1:180.000 abitanti
PIEMONTE SUD OVEST	AO S. Croce e Carle di Cuneo Ospedale di Verduno	1:296.000 abitanti
PIEMONTE SUD EST	Azienda Ospedaliera di Alessandria Ospedale di Asti	1:331.000 abitanti
REGIONE		1:294.000 abitanti

La rete regionale Hub & Spoke dei servizi cardiologici comprende anche i centri di cardiocirurgia. Nella riorganizzazione prevista dalla DGR 26 –5149 del 28.12.2012 si è proceduto a definire la rete integrata dei servizi applicata alle patologie cardiologiche, resa operativa attraverso l'identificazione dei "bacini di utenza" e contestualizzata in ambiti territoriali definiti (aree sovrazonali).

La rete è pertanto costituita dalle UTIC, strutture di base con la maggiore diffusione territoriale (bacino di utenza: da 150.000 a 300.000 ab.), la funzione dell'UTIC è quella di tenere le fila del percorso del paziente che è prevalentemente clinico e non strumentale e che parte dalla fase preospedaliera (anticipo della diagnosi di infarto prima dell'arrivo in ospedale, definizione da parte dell'UTIC di riferimento del trattamento del paziente e invio alla struttura più adeguata). Il livello HUB della rete è rappresentato dai laboratori di emodinamica, centralizzati e collegati ad unità di cardiocirurgia (presente in sede o raggiungibile efficacemente), le prestazioni cardiocirurgiche si pongono fra le prestazioni a più elevati standard assistenziali e a maggior assorbimento di risorse e all'interno della rete hanno come obiettivo la presa in carico del paziente cardiopatico che necessita di trattamento chirurgico.

Considerato il fabbisogno di interventi di cardiocirurgia per unità di popolazione e i volumi di attività che devono essere garantiti il bacino di utenza in questo caso varia da un minimo di 600.000 ad un massimo di 1.200.000 ab.; i laboratori di emodinamica presenti nelle aziende sede di Cardiocirurgia rappresentano i Centri Terziari della rete in quanto si occupano del trattamento delle cardiopatie più complesse in cui è previsto un lavoro in team fra emodinamisti e cardiocirurghi.

La rete regionale di cardiocirurgia comprende 5 strutture pubbliche: Molinette – Mauriziano - AO Cuneo – AO Alessandria – AOU Novara e 3 centri privati accreditati Maria Pia Hospital – S. Gaudenzio – Città di Alessandria.

Trattandosi di attività di alta specialità, la stessa è regolamentata fin dal 2000 da protocolli d'intesa che definiscono in primo luogo il fabbisogno regionale di prestazioni e la conseguente scelta programmatica di non aumentare l'offerta se il fabbisogno risulta soddisfatto dalle strutture già operative nella rete.

In effetti, in questi anni il fabbisogno regionale di circa 4.000 interventi si è mantenuto costante, o in live riduzione, in quanto l'aumento di prestazioni - a causa del progressivo invecchiamento della popolazione - è compensato dalla riduzione delle stesse per parte dello spostamento delle indicazioni sulle prestazioni di cardiologia interventistica.

Tale scelta programmatica ha consentito di governare l'offerta, non accreditando nuovi centri convenzionati e non attivando nuova attività nei centri pubblici.

Il protocollo definisce, inoltre, i requisiti strutturali ed organizzativi che i Centri della rete pubblici e privati devono garantire, uniformi modalità di audit, verifiche di qualità e protocolli clinici comuni.

Dal 2008 è istituita la Commissione Regionale per la Qualità delle Cure in Cardiocirurgia (D.D. n. 71 del 18.2.2008) al fine di avviare attività di valutazione di esito e di appropriatezza e per sviluppare un sistema di governo clinico con specifica attenzione alla qualità delle prestazioni erogate.

Nell'ambito delle attività espletate sono stati condotti audit su campioni di cartelle cliniche relative agli interventi effettuati negli 8 centri a partire dall'anno 2008.

L'obiettivo degli audit è quello di verificare il grado di appropriatezza delle indicazioni cliniche di utilizzo delle procedure analizzate oltre che della completezza della documentazione clinica e della sua corrispondenza con quanto riportato nella relativa scheda di dimissione ospedaliera, in particolare con riferimento alle modalità di valutazione del rischio operatorio: punteggio EuroSCORE (*dal 2005, nella nostra regione è stato infatti introdotto nella scheda di dimissione ospedaliera il campo obbligatorio relativo all'indice EuroSCORE (European Sistem For Cardiac Operative Risk Evaluation)*).

Dall'analisi dei dati non sono stati rilevati significativi problemi riguardo alla appropriatezza delle indicazioni cliniche di utilizzo delle procedure analizzate, è necessario, invece, migliorare la qualità della documentazione clinica, in particolare rispetto al grado di accuratezza del calcolo del punteggio di EuroSCORE e promuovere una maggiore omogeneità, attraverso indicazioni condivise, del comportamento clinico dei professionisti a livello regionale.

Al fine di procedere con un monitoraggio sistematico di valutazione della qualità e appropriatezza dell'assistenza si avvierà un database regionale dell'attività che coinvolga e impegni tutti i centri di cardiocirurgia.

L'avvio comporterà un periodo di sperimentazione con utilizzo per la raccolta dati del database della Società Italiana di Cardiocirurgia (SICCH), la scelta delle informazioni cliniche da rilevare sarà condivisa con i professionisti delle 8 strutture cardiocirurgiche regionali e saranno comunque selezionate dal tracciato specifico della raccolta dati SICCH già da tempo utilizzata da alcuni dei centri cardiocirurgici.

L'inserimento dei dati sarà vincolante per tutti i centri di cardiocirurgia e la Regione provvederà ad effettuare controlli di qualità e di completezza dei dati.

Il monitoraggio sistematico dell'attività dei centri con il supporto della Commissione Cardiocirurgica Regionale sarà finalizzato alla valutazione degli aspetti clinici, della complessità della casistica e degli interventi effettuati e alla rilevazione degli esiti post operatori, ovvero della mortalità intra-ricovero e a 30 giorni dall'intervento.

Le informazioni dovranno quindi comprendere almeno i seguenti fattori di rischio pre-operatorio

- Stato cardiaco pre-operatorio
- Terapia medica pre-operatoria
- Dati emodinamici pre-operatori
- Dati operatori
- Altre procedure cardiache
- Dati post operatori
- Complicanze post-chirurgiche
- Mortalità a 30 giorni dall'intervento

Di seguito vengono indicati alcuni degli indicatori attualmente monitorati utilizzando i flussi amministrativi correnti:

- Volumi di attività di cardiocirurgia
- Distribuzione per EUROscore
- Mobilità passiva e intra-regionale
- Tasso di ospedalizzazione per tutti gli interventi di cardiocirurgia, standardizzato per età e sesso X 100.000 ab.
- Tasso di ospedalizzazione per intervento di bypass aorto-coronarico isolato standardizzato per età e sesso X 100.000 ab.
- Tasso di ospedalizzazione per intervento di Valvole isolate standardizzato per età e sesso X 100.000 ab.
- Tasso di ospedalizzazione per intervento di Bypass + Valvole standardizzato per età e sesso X 100.000 ab.

- Tasso di ospedalizzazione per intervento su AORTA Toracica standardizzato per età e sesso X 100.000 ab.
- Tasso di riospedalizzazione entro 180 gg. Stratificato per patologia
- Mortalità intra-ospedaliera osservata e attesa

PERCORSI PAZIENTI CARDIOCHIRURGICI

Con il supporto della Commissione Cardiochirurgica integrata da cardiologi interventisti sono stati definiti con DGR 16 – 11109 del 30.3.2009 i criteri di indirizzo per l'impianto delle TAVI definendo gli ambiti clinici di applicazione, i requisiti e le caratteristiche dei centri dove effettuare tali prestazioni.

Il monitoraggio dell'utilizzo di tali procedure è stato effettuato in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità attraverso la partecipazione allo studio nazionale OBSERVANT.

Attualmente è in corso una rilevazione sui costi delle procedure e sulla qualità di vita dei pazienti nell'ambito di una ricerca sanitaria finalizzata in collaborazione con la Regione Emilia Romagna.

E' stato definito il percorso per il trattamento delle sindromi aortiche acute con l'obiettivo principale di ridurre il ritardo evitabile tra il contatto con il malato ed il trattamento più adeguato.

La rete dei centri garantisce per tale tipologia di pazienti l'assegnazione in tempi rapidi presso la cardiocirurgia di riferimento o nel caso di indisponibilità presso la cardiocirurgia delle Molinette, con condivisione delle indicazioni al trattamento adeguato.

E' stata istituita a partire dal Luglio 2008 la rete piemontese dello scompenso cardiaco acuto severo con l'obiettivo di garantire una maggiore probabilità di sopravvivenza a pazienti con gravi patologie cardiache.

Al Network partecipano, su vari livelli, tutte le strutture sanitarie (cardiocirurgie, cardiologie, mmg), in modo da rendere più rapido ed agevole l'iter diagnostico, l'iter terapeutico e il reinserimento del paziente con assistenza meccanica nel tessuto sociale.

Lo schema di organizzazione territoriale del Network è composto da due fondamentali momenti:

- Il *primary VAD screening* che ha come obiettivo quello di stabilizzare il quadro clinico in caso di scompenso cardiaco acuto refrattario ad ogni terapia medica. Questo consente di poter trasferire il paziente in un centro di riferimento in attesa di decidere l'opzione terapeutica chirurgica più adeguata (*bridge to decision*).

- Il *secondary VAD screening* che conduce il paziente ad una terapia chirurgica a lungo termine definitiva o come ponte al trapianto cardiaco (*bridge to transplantation, destination therapy*).

La presenza del protocollo condiviso e l'individuazione di un Centro di Riferimento Regionale VAD (Cardiocirurgia A.O. Città della Salute e della Scienza di Torino) permette una raccolta dati sistematica dei pazienti inviati al Centro di Riferimento.

Al fine di incrementare la percentuale di pazienti STEMI trattati entro i 90 –120 minuti è stata avviata la rete interospedaliera per l'emergenza coronarica che prevede attraverso il lavoro interdisciplinare di cardiologi ospedalieri, operatori del 118 e Pronto Soccorso regionali, la possibilità di anticipare i tempi della diagnosi di infarto miocardico acuto e fornire al paziente il trattamento più appropriato.

Per la valutazione di efficacia ed efficienza della rete con D.D. n. 60 del 18.1.2013 è stato attivato il registro permanente FAST STEMI e l'osservatorio regionale.

La metodologia e gli strumenti utilizzati nell'analisi della funzionalità della rete sono riconducibili al minimal data set definito dalla Commissione Tecnica Regionale utile sia a descrivere il percorso del paziente con infarto miocardico acuto, sia a scopi statistico – epidemiologici. La base dati è implementata dal registro 118 e dalla immissione diretta di alcune informazioni da parte di tutte le UTIC piemontesi è inoltre collegata con le altre basi dati presenti in Regione, in particolare SDO ed AURA

Al fine di ottimizzare il funzionamento della rete STEMI e più in generale delle reti tempo dipendenti è necessario affidare il trasporto secondario urgente al servizio 118 considerandolo alla stregua del trasporto primario. Nello specifico con D. D. 525 del 3.7.2013 è stato stabilito che i trasporti secondari interospedalieri, attualmente organizzati direttamente dalle singole ASR verranno affidati al Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale 118 competente per territorio. L'attivazione non è immediata in quanto è necessario completare l'analisi dei mezzi convenzionati a diverso titolo con le ASR al fine di non duplicare i costi.

Il registro FAST STEMI raccoglie i dati sulla tempistica del trasporto secondario, l'indicatore D (door to ballon) e i relativi tempi sono estraibili dal tempo E che rappresenta il tempo ischemia-

riperfusion e la cui riduzione è fondamentale per l'efficacia della rivascolarizzazione con PTCA 1° e per la prognosi dei pazienti colpiti da STEMI.

Relativamente ai trasporti di rientro da HUB a SPOKE è stata individuata la tipologia dei pazienti che possono essere ritrasferiti al centro SPOKE è stato inoltre definito un apposito monitoraggio nelle ASR sull'effettuazione del servizio che permetterà di valutare anche le modalità di organizzazione, individuare eventuali criticità per eventualmente andare a definire criteri organizzativi di base omogenei

Risultati programmati

- Istituzione osservatorio regionale sul percorso per pazienti con STEMI e valutazione di efficacia ed efficienza della rete. Analisi e gestione dei dati da parte del gruppo tecnico regionale;
- riduzione ritardo evitabile nei trasferimenti secondari urgenti da ospedale *Spoke* a ospedale *Hub* e regolamentazione rientro dei pazienti da ospedale *Hub* a *Spoke*;
- controlli di qualità e appropriatezza dei laboratori di emodinamica mediante l'analisi dei dati che il Settore competente avrà a disposizione tramite il sistema SAE (Sistema per la rilevazione dell'attività dei Centri di Emodinamica).

Indicatori di risultato

- Report semestrale registro FAST STEMI (integrato con il sistema informatico regionale) su indicatori di processo (accessi - percorsi – tempi e trattamenti) e indicatori di *outcome* della rete per le patologie cardiovascolari acute, entro il 31/12/2013;
- adozione provvedimento di approvazione protocollo multidisciplinare sui trasferimenti secondari urgenti e di rientro dei pazienti tra centri *Hub* e *Spoke* della rete per le patologie cardiovascolari acute, entro il 30/06/2014;
- adozione di uno specifico provvedimento che disciplini l'inserimento, l'acquisizione e il controllo dei dati raccolti tramite il sistema SAE, entro il 31/12/2014.
- Riduzione del 50% del ritardo evitabile nei trasferimenti secondari urgenti da ospedale *Spoke* a ospedale *Hub* per pazienti con STEMI, entro il 31/12/2015.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore "Organizzazione dei Servizi Ospedalieri e Territoriali" della Direzione Regionale Sanità.

Azione 13.1.2: Rete per il trattamento dell'ictus

L'osservatorio epidemiologico del Piemonte ha messo in evidenza, in anni recenti, l'esistenza di un tasso di mortalità per ictus più elevato, in Piemonte, sia rispetto ai dati nazionali, sia rispetto ai dati del Nord Ovest. Si evidenziano particolarmente elevati i dati relativi al VCO, all'astigiano, al vercellese e alle aree montane. L'epidemiologia dell'ictus e del TIA, rilevata, sia pure in misura incompleta, tramite le schede di dimissione ospedaliera, riporta 15.000-16.000 ricoveri/anno. Le classi di età rispecchiano l'andamento degli altri paesi occidentali, con un tasso che raddoppia ogni circa 10 anni (il 35% degli ictus in Piemonte si verifica in persone tra gli 80 e i 90 anni). Le ischemie rappresentano l'82 % dei ricoveri per ictus, le emorragie il restante 18 %. Queste ultime hanno più elevata mortalità (33%). I ricoveri, quasi esclusivamente in neurochirurgia, per emorragia subaracnoidea, sono circa 200 all'anno, con mortalità ospedaliera del 23%. Il reparto in cui preferenzialmente sono ricoverati i casi di ictus è la neurologia in misura crescente col passare degli anni: nell'anno 2000 il 45 % degli ictus era ricoverato in neurologia, il 42 % in medicina, il 13 % in altri reparti; nel 2010 i rapporti sono radicalmente cambiati: 70% in neurologia, 25% in medicina, 5% in altri reparti. La dimissione avviene al domicilio nel 55% dei casi di ictus e nell'82% dei TIA; l'invio in strutture riabilitative avviene per il 12 % degli ictus e il 3% dei TIA. Tutte le misure note per contrastare questa patologia sono messe in opera sull'intero territorio regionale. La rete per l'ictus si avvale di PDTA con integrazione ospedale territorio. Molto importanti sono le misure di prevenzione primaria, affidate soprattutto alla medicina di base, per ridurre i fattori di rischio e le misure di prevenzione secondaria affidate principalmente ai neurologici ospedalieri e ambulatoriali, tramite controlli programmati dei pazienti presso ambulatori dedicati. I centri ictus hanno istituito misure d'informazione sulla prevenzione e sull'importanza di un precoce accesso ospedaliero ai primi sintomi d'ictus. Per il trattamento in fase acuta si sono dimostrati efficaci il ricovero in centri ictus e la trombolisi entro tre ore dall'esordio dei sintomi, che riducono la mortalità ed il deficit residuo (l'ictus è attualmente la prima causa di invalidità permanente). In Piemonte, attualmente, il ricovero in "Stroke unit" può essere praticato in tutti i casi di ictus, la trombolisi può essere applicata solo in una percentuale limitata di casi, essendo esclusi i casi

di emorragia, le persone ultraottantenni, i casi oltre le 3 ore dall'esordio e numerose altre situazioni. Attualmente in Piemonte vengono trattati circa il 3 % di tutti i casi di ictus (nel 2005 soltanto lo 0,3 %). E' un valore in linea con quello delle regioni italiane più avanzate in questo settore, ma questa percentuale deve ancora crescere, in quanto lontana ancora da quella dei paesi nordici e anglosassoni dove si arriva a punte del 10-15%. Per ottenere questi risultati è necessario un forte processo organizzativo, individuato e descritto dalla D.G.R. n. 19 – 1832 del 07/04/2011, attuativa del Piano di Rientro 2010-2012, che ha definito la distribuzione territoriale e funzionale dei centri ospedalieri per l'ictus in Piemonte, secondo il modello *Hub & Spoke*. Il provvedimento ha identificato ventun sedi ospedaliere in cui sviluppare le Stroke Unit di base (SU). Si tratta di centri che praticano comunemente la trombolisi sistemica, dotati di reparto di neurologia, nonché dei necessari requisiti radiologici, di laboratorio e di trattamento dell'emergenza, che ricoverino almeno 200 ictus/anno. Il 118 garantisce l'ospedalizzazione dei pazienti trombolisabili presso questi centri. I pazienti che si recano con mezzi propri in ospedali privi di centro ictus o che per qualsiasi motivo siano ricoverati al di fuori del centro ictus pur in ospedali dotati di tale presidio vengono valutati in urgenza dal personale medico della SU o direttamente o con l'utilizzo della telemedicina e dello "Stroke team".

Occorre stabilire un percorso per la trombolisi endovenosa, che può essere praticata nella sede della SU ma in casi particolari può essere praticata anche in una sede esterna, purché sia garantito lo stretto controllo da parte del neurologo oltre che la prevista diagnostica radiologica, clinica e di laboratorio e il monitoraggio successivo, nei tempi e nei modi codificati dai protocolli convalidati e concordati con la SU di riferimento;

Occorre inoltre definire:

- **Organizzazione Centri.** I centri ictus, circa 1 ogni 200.000 abitanti, sono inseriti nei reparti di neurologia, mediamente dotati di 20 letti di degenza. In base agli attuali numeri di eventi ictali, alla degenza media e altri dati storici, è necessario dedicare 13-14 letti all'ictus e 6-7 letti alla restante patologia neurologica. All'interno dei 20 letti deve essere individuato un nucleo di circa 4 letti a maggiore intensità assistenziale per ricoverare gli ictus nelle prime giornate di degenza, subito dopo la trombolisi e nelle fasi di maggiore instabilità. Negli stessi letti possono occasionalmente essere ricoverati anche quei pazienti, rari ma molto impegnativi, affetti da patologia neurologica scompensata, diversa dall'ictus, impropri per un ricovero in rianimazione, ma con necessità di monitoraggio continuo neurologico e/o strumentale (per esempio miastenici, S. di Guillain Barré, stato di male epilettico, traumi cranici contusivi, pazienti agitati e confusi, ecc). Questo nucleo neurologico a maggiore intensità può essere fisicamente collocato all'interno del reparto di neurologia o in contiguità con altri gruppi di letti a carattere semintensivo.
- **Organizzazione Personale.** In alcune sedi in cui la delibera regionale sopra citata prevede la costituzione di un centro ictus, deve essere anche completata la dotazione di letti di degenza e/o di personale medico (in particolare negli ospedali di Moncalieri e Rivoli). Ora soltanto tre sedi di SU della nostra Regione dispongono di un numero sufficiente di neurologi per coprire una guardia h24. Trattandosi di un'organizzazione in rete e in considerazione della prevista aggregazione funzionale di ospedali, occorre concentrare in alcune sedi una guardia attiva col contributo di personale da parte di più ospedali, e con l'invio di pazienti dalle sedi adiacenti almeno nelle ore di minore afflusso. In tale ottica potrebbe anche essere istituita una pronta disponibilità sovra-ospedaliera per alcune diagnostiche molto importanti nell'emergenza (angioTAC, neurosonologia).
- **Trattamenti di II livello.** Un numero limitato di pazienti con ictus ha necessità di trattamenti cosiddetti di II livello, da parte del neuroradiologo interventista, del neurochirurgo o del chirurgo vascolare. Tra le ventuno SU "di base" sono quindi individuate cinque SU "complesse" e tra queste una, quella Molinette-CTO, con caratteristiche di coordinamento delle altre. Le altre sedi di II livello fanno capo agli ospedali di Alessandria, Cuneo, Novara, al San Giovanni Bosco. Per quanto attiene alla neuroradiologia si tratta d'interventi, in emergenza, di trombolisi intrarteriosa, meccanica o farmacologica, con o senza stenting, oppure di interventi, in urgenza, per il trattamento endovascolare di aneurismi e di altre malformazioni vascolari. L'attuale criticità organizzativa deriva dalla gravità di tali patologie, dalla complessità degli interventi, dal numero limitato di operatori in grado di eseguire le procedure, dalla necessità di coprire h24 l'intero territorio regionale, dalla urgenza clinica e dalla difficoltà nei trasporti secondari. Attualmente il servizio è assicurato dalla neuroradiologia delle Molinette, ma in misura non codificata e continua. Resta valida l'indicazione a costruire progressivamente, in tutte le sedi in cui vi è una neurochirurgia anche una neuroradiologia. Attualmente il numero limitato degli operatori preparati allo scopo, costringe a concentrare in una singola sede (Molinette), a valenza regionale, gli interventi in emergenza, attivando una reperibilità h24, eventualmente con l'impiego di personale preparato di altre sedi. Quest'ultima provvede a stabilire un protocollo operativo interospedaliero

(modalità di chiamata, trasmissione di immagini, trasporto secondario, embricatura fra trattamento endovenoso e trattamento intrarterioso) e intraospedaliero (accettazione del paziente, assistenza anestesiológica, osservazione post-intervento). E' indispensabile, infine, il pieno utilizzo della rete di trasmissioni d'immagini TEMPORE, piattaforma web che permette di ampliare il teleconsulto su multi-specialità, rendendolo fruibile anche all'esterno delle strutture ospedaliere.

- Monitoraggio applicazione D.G.R. 19-1832 del 7-4-2011

Percorso ospedaliero: è necessario proseguire l'implementazione dei servizi per la funzionalità a regime dei Centri Ictus (Stroke Unit) non aumentando la dotazione di letti di degenza e di personale medico bensì ricercando sinergie fra ospedali adiacenti per la trombolisi sistemica, per la diagnostica in emergenza (neurosonologia, ecocardiografia, angioTAC), per la guardia neurologica h24 e per il ricovero in ambiente monitorizzato e a elevata assistenza specialistica.

Percorso preospedaliero: occorre ottimizzare le sinergie tra i DEA e il 118 al fine di inviare il paziente con ictus acuto nella struttura ospedaliera più idonea a garantire le terapie di fase acuta, con particolare riferimento alla trombolisi endovenosa.

Fase post-ospedaliera: facilitare il trasferimento nelle strutture riabilitative o di lungodegenza al fine di:

- a) garantire una precoce dimissione dalle Stroke Unit riducendo parimenti la degenza ospedaliera;
- b) proseguire il trattamento riabilitativo nel setting più adeguato al paziente.

Il raggiungimento di tali obiettivi prevede il diretto coinvolgimento del Gruppo di Lavoro sul percorso ictus costituito con D.D. 510 DEL 1.7.2013

Ai fini del monitoraggio sono stati individuati specifici indicatori di performance per ogni fase del percorso:

- riduzione dei tempi tra arrivo in P.S. e inizio trombolisi
- ricovero in Stroke Unit dell'80% degli ictus
- aumento del numero di trombolisi endovenose
- predisposizione attività di audit presso le ASR su: multidisciplinarietà dell'approccio – precocità avvio dell'intervento riabilitativo – prevenzione delle complicanze maggiori – organizzazione riunioni periodiche per la gestione dei casi - formazione e aggiornamento continuo del personale.

Infine con riferimento alla trasmissione di dati ed immagini raccordata ai trasferimenti secondari urgenti è stata avviata a regime l'evoluzione del sistema TEMPORE su piattaforma web e l'integrazione con il sistema IMMAGINI IN RETE. A tal fine la lettura delle angio-TC viene effettuata dai neuroradiologi presenti nei centri HUB con trasferimento telematico delle immagini per un tempestivo invio dei pazienti con indicazione a trombolisi intrarteriosa nel centro di riferimento di 2° livello.

Risultati programmati

- Garanzia della piena operatività:
 - del "protocollo ST" del 118 in rapporto alle sedi di SU;
 - del protocollo operativo per il percorso interno all'ospedale dei pazienti con ictus;
 - del protocollo operativo per i pazienti ricoverati in ospedali di competenza territoriale;
- definizione di un percorso per la trombolisi endovenosa;
- formazione personale sanitario sulla trombolisi endovenosa nell'ischemia cerebrale acuta;
- individuazione tramite protocolli interaziendali delle sedi sovrazionali per guardia neurologica h24 e disponibilità diagnostica più complessa;
- ottimizzazione della rete di collegamento tra Centri Ictus di 1° e 2° livello con l'elaborazione di percorsi condivisi come previsto dalla DGR 19-1832 del 7.4.2011 e conseguente messa in rete delle neuro immagini;
- istituzione registro ictus, entro 31/12/2015.

Indicatori di risultato

- Organizzazione di almeno un evento formativo regionale sull'approccio diagnostico – terapeutico al paziente con stroke in fase acuta, entro il 30/09/2013;

- adozione provvedimento di aggiornamento protocollo preospedaliero e intraospedaliero recepito con DGR 44-2861 del 15/05/2006, entro il 31/03/2014;
- adozione provvedimento che uniformizzi il percorso per la trombolisi endovenosa, entro il 31/03/2014;
- adozione provvedimento individuazione sedi per attività sovraospedaliere in rete (guardia neurologica h24 – pronta disponibilità diagnostica angio -TAC), entro il 31/12/2014;
- adozione provvedimento di costituzione gruppo di lavoro multidisciplinare su rete di collegamento centri di 1° e 2° livello, entro il 31/07/2013;
- definizione di un minimal data set necessario alla creazione di un registro ictus integrato con la rete informatica regionale, entro il 30/06/2014.
- Entro il 31/12/2015: utilizzo al 100% della rete di trasmissioni d'immagini TEMPORE. Istituzione del Registro Ictus.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore Organizzazione dei Servizi Sanitari ospedalieri e territoriali

Azione 13.1.3: Rete per il trattamento dei pazienti politraumatizzati

Nell'ultimo anno, in Piemonte, sono stati trattati nei Pronto Soccorso ospedalieri circa 103.000 pazienti con trauma (18.000 codici gialli e 4.500 codici rossi), dei quali circa 83.000 trasportati dal 118. Di questi, 80.098 sono stati traumi pediatrici (0-14 anni), dei quali 2.536 erano codici gialli e 60 codici rossi.

Con la D.G.R. n. 19 – 2664 del 03/10/2011, attuativa del Piano di Rientro 2010-2012, sono stati definiti i percorsi clinico-organizzativi del paziente politraumatizzato, nonché la rete dei presidi ospedalieri per i traumi, articolata per differenti livelli di complessità, secondo il modello *Hub & Spoke*. L'asse portante della rete individuata dalla D.G.R. è costituito dal sistema integrato per l'assistenza al trauma – SIAT. Tale sistema è costituito dalla rete del 118 e da una rete di strutture ospedaliere tra loro funzionalmente connesse e classificate sulla base delle risorse e delle competenze disponibili in: Centri traumi di alta specializzazione (CTS), individuato presso il CTO di Torino, Centri traumi di zona (CTZ), individuati nei DEA di II livello (centri *Hub*) dell'Ospedale Regina Margherita di Torino (anche CTS pediatrico), dell'ospedale San Giovanni Bosco e Maria Vittoria di Torino, del San Luigi di Orbassano – Mauriziano di Torino e degli Ospedali di Novara, Cuneo, Alessandria. Presidi di pronto soccorso per traumi (PST) individuati in tutti i DEA di I livello (*Spoke*).

E' stato individuato il CTS regionale (Centro Traumi di Alta Specializzazione) nell'Ospedale CTO di Torino in quanto dotato, oltre che di un Team dedicato del Dipartimento di Emergenza per la gestione del trauma maggiore, che coordina le risorse necessarie ad identificare e trattare 24 ore su 24 in modo definitivo qualsiasi tipo di lesione mono o poli-distrettuale, di specialità quali neurochirurgia, chirurgia maxillo-facciale, chirurgia plastica, unità spinale unipolare, centro grandi ustionati.

Tale classificazione si basa sul modello di rete integrata "*Hub & Spoke*", modello che prevede la concentrazione della casistica più complessa o che richiede sistemi organizzativi più complessi, in un numero limitato di centri CTZ (*Hub*) che sono fortemente integrati, attraverso connessioni funzionali tra di loro e con il Centro Traumi ad Alta Specializzazione (CTS) nonché con i centri periferici PST (*Spoke* o PS) i quali assicurano l'assistenza per i restanti casi.

La modulazione dell'assistenza secondo livelli di complessità, con centralizzazione dei casi più complessi in poche sedi, favorisce l'efficienza del sistema e presuppone l'esistenza di un percorso clinico assistenziale nell'emergenza (Pcae) per il paziente con trauma grave che consenta un riconoscimento tempestivo a partire dal momento stesso dell'evento che lo ha provocato. Per garantire la massima ricettività possibile da parte del CTZ, devono essere previsti protocolli concordati per la precoce presa in carico da parte del PST dei pazienti che hanno risolto presso il CTZ la fase acuta e non richiedono più trattamento specialistico.

Risulta necessario inoltre ricordare che il modello così configurato deve assicurare anche l'integrazione con le Strutture di riabilitazione in modo da garantire con tempestività sia la precoce riabilitazione del soggetto gravemente traumatizzato nella fase del ricovero in acuzie che la successiva presa in carico, in rapporto alla situazione clinica del paziente, da parte delle strutture che operano nella fase post-acuta (Unità spinali, U.O. Medicina riabilitativa).

Risultati programmati

- Coordinare e monitorare l'efficacia della rete per i politraumatizzati, garantendo l'integrazione tra la fase ospedaliera e quella territoriale.

Indicatori di risultato

- Aggiornamento delle Linee guida per la riabilitazione precoce e per la presa in carico del paziente nella fase post acuta, entro il 30/06/2014.
- Avvio del percorso per la riabilitazione precoce e per la presa in carico del paziente nella fase post acuta in almeno 3 ASR, entro il 31/12/2014.
- Incremento di almeno il 20%, rispetto al 2013, di pazienti politraumatizzati presi in carico dai servizi territoriali nella fase post acuta, entro il 31/12/2015.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore “Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali” della Direzione Regionale Sanità.

Azione 13.1.4: Rete oncologica

Ogni anno, in Piemonte, si stima un'incidenza di circa 30.000 casi all'anno e si osservano circa 13.500 decessi (57,6% tra gli uomini e 43,4% tra le donne) per tumori maligni, pari al 28,9% del totale. Nell'anno 2009, i ricoveri di cittadini piemontesi con diagnosi principale per tumori maligni risultano 28.857 per gli uomini e 22.729 per le donne. I tassi di mortalità standardizzati risultano in leggero declino, registrando, nel periodo 1990-2008, una diminuzione del 12,9% negli uomini (da 425,5 per 100.000 a 370,8) e del 12,4% nelle donne (da 230,2 a 201,7), con un riduzione meno sensibile rispetto a quella nazionale (- 17,8% negli uomini e -13,1% nelle donne). I tassi di mortalità nel 2008 risultano leggermente superiori rispetto alla media italiana (370,8 per mille contro 361,0 negli uomini e 201,7 contro 194,1 nelle donne) ma inferiori alla media del Nord-Ovest (388,1 negli uomini e 208,3 nelle donne). I dati del Registro Tumori Piemonte (RTP) evidenziano un fenomeno comune ad altre aree italiane: la riduzione della mortalità negli ultimi anni si affianca ad un aumento dell'incidenza: aumentano i tumori riconosciuti, ma diminuiscono i decessi. Le ragioni di questo fenomeno sono molteplici e includono il miglioramento delle tecniche diagnostiche, l'attivazione dei programmi di screening, il miglioramento delle terapie e del trattamento oncologico, ma probabilmente anche, per alcuni tumori, l'aumentata esposizione a fattori di rischio. All'interno del Piemonte il rischio di morte si distribuisce in maniera eterogenea, soprattutto negli uomini. Per gli uomini, il Piemonte settentrionale e orientale, unitamente all'arco alpino della provincia di Torino si presentano con un rischio più elevato (probabilmente per una differente esposizione a stili di vita a rischio, come il fumo di sigaretta). Il Piemonte meridionale e la pianura della provincia di Torino (città di Torino inclusa) si presentano invece come aree a basso rischio. Tra le donne, invece, la variabilità fra differenti zone geografiche è meno marcata. Nel complesso, tra gli uomini, la mortalità dei residenti in comuni montani è superiore a quella dei residenti in comuni di pianura di circa l'8%, mentre questa differenza non si osserva nelle donne. La distribuzione geografica dei ricoveri ospedalieri si sovrappone in parte a quella osservata per la mortalità. Tra gli uomini, l'intero Piemonte orientale e la città di Torino presentano un maggior rischio di ricovero, mentre il cuneese si conferma un'area a basso rischio. Tra le donne, a differenza della mortalità, si evidenzia una certa variabilità nel ricovero ospedaliero, con una distribuzione simile a quella degli uomini. Le stime di incidenza confermano queste immagini: le aree a incidenza più elevata sono quelle urbane e del nord del Piemonte. I tumori più frequenti, in termini di incidenza, di mortalità e di ricorso al ricovero ospedaliero sono quello del polmone negli uomini (27,7% dei decessi per tumore e 10,3% dei ricoveri per tumori) e della mammella nelle donne (18,3% dei decessi e 19,9% dei ricoveri).

La rete oncologica piemontese, nata come progetto sperimentale nel 2000 (D.G.R. n. 50 – 1391 del 20/11/2000), inizia ad essere organizzata con la D.G.R. n. 48 – 9824 del 30/06/2003 “Approvazione del progetto organizzativo della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta e dei nuovi Regolamenti del Polo Oncologico e della Rete Oncologica”. Successivamente, con le DD.G.R. n. 26 – 10193 del 01/08/2003 “Approvazione linee guida metodologico-organizzative del Centro Accoglienza e Servizi e del Gruppo Interdisciplinare Cure”, n. 33 – 5529 del 19/03/2007 “Parziale modifica dell'Allegato A, parte integrante della DGR n. 48 - 9824 del 30.06.2003. Approvazione della nuova sede di Polo Oncologico del VCO ed, in via sperimentale, del Polo Oncologico di Torino” e n. 21 – 11511 del 03/06/2009 “Approvazione della bozza di nuova convenzione tra la Regione Piemonte e la Regione Autonoma Valle d'Aosta. Approvazione del nuovo assetto organizzativo della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta, dei relativi Regolamenti del Polo Oncologico e della Rete Oncologica. Modifica della D.G.R. n. 48-9824 del 30.06.2003 e della D.G.R. n. 33-5539 del 19.03.2007” il suo assetto organizzativo e la sua articolazione vengono modificati. La rete oncologica piemontese diventa Dipartimento funzionale interaziendale ed interregionale con la D.G.R. n. 1-358 del 20/07/2010 “Approvazione della proposta di bozza di convenzione tra la Regione Piemonte e la Regione Autonoma Valle d'Aosta per istituzione del Dipartimento funzionale interaziendale ed

interregionale denominato "Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta", a parziale modifica della D.G.R. n. 21-11511 del 03.06.2009", recentemente rivisitato con la D.G.R. n. 40-3228 del 30/12/2011 "Approvazione dello schema di convenzione tra la Regione Piemonte e la Regione autonoma Valle d'Aosta, per il prosieguo delle attività del dipartimento funzionale interaziendale ed interregionale, denominato "Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta", istituito con DGR n.1-358 del 20/07/2010". La messa a regime del Dipartimento in parola è stata approvata con D.G.R. n. 31-4960 del 28.11.2012. Il Piano di Attività del Dipartimento, per l'anno 2013, è stato approvato con D.G.R. n. 34-5663 del 16.04.2013.

Gli attuali Centri di riferimento della Rete sono rappresentati dall'azienda ospedaliera Città della Salute e della Scienza di Torino, dall'Istituto di Ricovero e Cura a carattere Scientifico F.P.O. di Candiolo (Centro di Riferimento regionale per l'Oncologia, individuato con la DGR n. 7 – 6020 del 28 giugno 2013, avente ad oggetto "Conferma del ruolo dell'IRCCS di Candiolo quale centro di riferimento del Dipartimento funzionale, interaziendale e interregionale denominato "Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta" e sua individuazione quale presidio del programma regionale di screening oncologici "Prevenzione Serena" e della Rete regionale di Cure Palliative"), dall'azienda ospedaliero-universitaria San Luigi Gonzaga di Orbassano, dall'azienda ospedaliero-universitaria Maggiore della Carità di Novara, dall'azienda ospedaliera Santa Croce e Carle di Cuneo e dall'azienda ospedaliera SS. Antonio e Biagio di Alessandria. Nel contesto della rete oncologica, viene trattata, più nello specifico, la rete di Oncologia e Oncoematologia Pediatrica.

La rete regionale di Oncologia e Oncoematologia Pediatrica

Nell'ambito della riorganizzazione dei percorsi oncologici, al fine di garantire appropriatezza di trattamento e razionalizzazione delle risorse, con D.G.R. n. 41-5670 del 16.04.2013 è stato approvato lo schema di convenzione tra la Regione Piemonte e la Regione Autonoma Valle d'Aosta per la riorganizzazione ed il prosieguo delle attività della Rete interregionale di Oncologia e Oncoematologia Pediatrica, istituita con D.G.R. n. 25-13679 del 29.03.2010 (la Rete di oncologia e oncoematologia pediatrica regionale era già stata formalizzata con D.G.R. n. 30-14272 del 06.12.2004).

Al fine di perseguire il miglioramento dell'offerta assistenziale per i bambini e gli adolescenti affetti da tumore, si è confermata l'esistenza del Centro di riferimento interregionale presso l'Ao Città della Salute e della Scienza di Torino (Ospedale Infantile Regina Margherita), identificandolo quale "Centro Hub" e la contestuale esistenza di 9 "Centri Spoke" – già Unità Satelliti, aggiornate ed integrate – i cui compiti sono stati differenziati in base all'offerta assistenziale disponibile, tra Centri di primo e di secondo livello, ove i centri di secondo livello svolgono funzioni più complesse dei centri di primo livello.

La Rete di Oncologia e Oncoematologia Pediatrica, svolge i seguenti compiti:

Coordinamento delle attività assistenziali

- prendere in carico i nuovi pazienti per la diagnosi, la stadiazione, la registrazione, la definizione del piano di trattamento che sarà attuato, in rapporto alla complessità, presso il Centro Hub o mediante collaborazione con i Centri Spoke di primo, o di secondo livello;
- adottare protocolli diagnostici e terapeutici comuni seguendo i criteri della buona pratica clinica;
- assicurare l'assistenza infermieristica ai pazienti oncoematologici attraverso il coordinamento e la formazione di competenze cognitive e relazionali specifiche;
- assicurare l'assistenza psicologica attraverso la rete psiconcologica pediatrica, coordinata dal Centro Hub che attiva il PDTA specifico in collaborazione con i Centri Spoke di primo e secondo livello;
- assicurare la terapia del dolore e delle cure palliative negli ambiti territoriali ed ospedalieri specifici, tramite coordinamento del Centro Hub, anche attraverso supporto telefonico h24 di consulenza medica e infermieristica;
- promuovere un approccio multidisciplinare attraverso il coinvolgimento di altri specialisti;
- identificare opportune risorse e consulenze territoriali, per interventi riabilitativi fisici, psicologici e sociali, come parte del trattamento globale;
- collaborare con le associazioni di volontariato per migliorare l'assistenza dei pazienti e delle loro famiglie;
- promuovere le attività di donazione di cellule staminali midollari, cordonali o periferiche ed il trapianto di cellule staminali emopoietiche in ambito pediatrico;

- coinvolgere i servizi territoriali nella gestione domiciliare del paziente emato-oncologico e nella sorveglianza degli effetti tardivi del trattamento e della malattia, promuovendo e tutelando l'inserimento scolastico e sociale, l'idoneità sportiva, l'avvio all'attività lavorativa;
- favorire il passaggio della sorveglianza clinica del paziente trattato in età pediatrica o adolescenziale alla medicina di base e ai servizi specialistici dell'adulto per mantenere il monitoraggio delle conseguenze tardive legate alle cure anche oltre l'età pediatrica.

Coordinamento delle attività scientifiche

- Partecipare alla pianificazione e programmazione di studi collaborativi epidemiologici, biologici, psicologici e di verifiche cliniche comparative a livello nazionale ed internazionale;
- organizzare specifici corsi, stage, seminari per la formazione e l'aggiornamento del personale del centro e del territorio.

Inoltre, la Rete di Oncologia e Oncoematologia Pediatrica promuove l'assistenza sanitaria di base e specialistica attraverso la collaborazione con il pediatra di libera scelta, nell'ambito della specifica attività clinica prevista dagli accordi collettivi nazionali e regionali, l'interazione con le strutture oncoematologiche pediatriche del territorio e dei presidi ospedalieri che, a vario titolo, sono coinvolti nell'assistenza in oncoematologia pediatrica, svolgendo compiti di:

- attività clinica finalizzata alla diagnosi precoce ed alla collaborazione con i medici dei presidi ospedalieri nel corso della stadiazione e delle fasi della terapia e del *follow up*;
- assistenza domiciliare qualora prevista nei presidi socio-sanitari delle AASSLL;
- attività clinica finalizzata al monitoraggio dei danni iatrogeni a distanza, in collaborazione con i medici dei presidi ospedalieri.
- attività clinici finalizzata al monitoraggio ed alla diagnosi nei gruppi di soggetti a rischio.

Per quanto riguarda, in particolare, il ruolo dei Pediatri di Libera Scelta, figure centrali nei percorsi assistenziali di Rete, la Rete di Oncologia e Oncoematologia pediatrica svolge una funzione di collaborazione e formazione periodica nei confronti dei PLS, volta ad una maggiore condivisione con gli stessi dell'attività della Rete e del percorso diagnostico-terapeutico del paziente pediatrico affetto da patologia neoplastica.

Tale collaborazione si concretizza nello svolgimento di incontri periodici sul territorio regionale, tra i PLS operanti in Piemonte ed i medici del Centro Hub e dei Centri Spoke della Rete, in cui si discutono i casi clinici e si organizzano i percorsi assistenziali comuni.

Risultati programmati

- Entro dicembre 2013:
 - Individuazione dei criteri e dei requisiti per l'identificazione dei centri *Hub* e dei centri *Spoke* della Rete e avvio della concentrazione dell'offerta assistenziale in base all'individuazione di tre modelli di percorsi diagnostico- terapeutico-assistenziali per le varie tipologie di tumore;
- Entro giugno 2014:
 - formalizzazione dei percorsi di cura per le diverse neoplasie con l'identificazione dei centri *Hub & Spoke*;
 - implementazione dei percorsi di concentrazione della razionalizzazione dell'offerta assistenziale in base all'individuazione dei centri *Hub & Spoke*;
 - completamento del progetto di informatizzazione, attraverso la scheda sintetica oncologica.
- Entro dicembre 2014:
 - istituzione, per ciascun ambito territoriale interaziendale, di un dipartimento oncologico unico;

Indicatori di risultato

- Delibere di Giunta regionale per l'individuazione dei criteri e dei requisiti per l'identificazione dei Centri *Hub & Spoke* della Rete, per alcune tipologie di tumore entro il 31/12/2013;

- Deliberazione di Giunta regionale per l'individuazione dei criteri e dei requisiti per l'identificazione dei Centri *Hub & Spoke* della Rete per tutte le tipologie di tumore non ancora indicate, entro il 31/03/2014;
- Determinazione del Direttore per la formalizzazione dei protocolli per il percorso di *follow up* sulla tossicità tardiva nei pazienti affetti da patologia oncologica in età pediatrica, entro il 31/03/2014.
- Determinazioni del Direttore della Direzione Sanità per l'indicazione dei PDTA delle varie patologie tumorali e per l'identificazione degli indicatori di struttura, di processo, di esito, di efficienza, di valutazione delle attività di ricerca e di formazione e per l'individuazione di criteri di *benchmarking* con cui valutare le soluzioni adottate dai diversi centri, entro il 31/10/2014;
- audit sul gradimento della popolazione (a cura del Dipartimento della Rete Oncologica), entro il 31/12/2014;
- report sulla misurazione dell'*outcome* degli interventi chirurgici delle strutture identificate per concentrare le prestazioni ad elevata complessità, entro il 31/12/2014;
- Deliberazione di Giunta regionale per l'individuazione dei Centri *Hub & Spoke* della Rete entro il 31/12/2014;
- Concentrazione almeno del 60% della casistica chirurgica oncologica negli ospedali hub della rete oncologica regionale, entro il 31/12/2013, del 70% entro il 31/12/2014 e dell'80% entro il 31/12/2015..

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore "Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali" della Direzione Regionale Sanità.

Azione 13.1.5: La rete regionale di donazione e di trapianto di organi, tessuti e cellule

La legge 91/99 recante disposizioni in materia di trapianti di organi e tessuti, prevede che le Regioni istituiscano un centro regionale per i trapianti, ovvero, in convenzione tra esse un centro interregionale. L'attività svolta dall'Assessorato alla Sanità in materia di prelievo e trapianti di organi e tessuti in attuazione della L 91/99 si è sviluppata nel corso degli anni ed ha affrontato diversi aspetti. Il sistema, ai sensi della legge 91/99, è coordinato dal Centro Regionale Trapianti del Piemonte e della Valle d'Aosta (CRT), che è articolato in due principali funzioni: il Centro Regionale di Riferimento per i Trapianti (CRR) ed il Coordinamento Regionale donazioni e Prelievi (CRP). La Regione ha istituito nel corso degli anni ed ha attive sei banche di tessuto e possiede centri autorizzati per ogni tipologia di trapianto di organi. L'articolazione della rete di donazione e trapianto si è sviluppata oltre che nei centri di trapianto d'organo e di banca dei tessuti, in tutti i presidi ospedalieri regionali che sono sede di donazione e di innesto di cornea. Sono, altresì, attive la rete dei laboratori di tipizzazione e dei centri di reclutamento collocati presso ogni servizio trasfusionale per lo sviluppo del registro dei donatori di midollo osseo, la rete dei referenti dei centri di nefrologia e dialisi per il programma di trapianto renale, la rete dei centri di raccolta del sangue di cordone, e, ancora, la rete degli psicologi clinici dei trapianti dei presidi sede di donazione e di attività di dialisi.

In particolare, la Regione ha avviato:

- la costituzione del Centro Regionale di Riferimento per i Trapianti (di seguito CRRT) di organi e tessuti avvenuta nel 1981, modificata nel 2000 in base alle indicazioni contenute nella Legge 91/99 ed, infine, ridefinita nei compiti nel corso del 2003 con la costituzione del Coordinamento Donazioni e Prelievi (di seguito CRP), che insieme costituiscono il Centro Regionale trapianti (CRT)
- l'attivazione dei centri trapianto ed il monitoraggio della loro attività e delle liste di attesa;
- l'attivazione delle banche dei tessuti (cornea, osso, cute, sangue placentare, membrane amniotiche, valvole cardiache, segmenti vascolari);
- la promozione dell'attività di tipizzazione del midollo osseo;
- la promozione dell'informazione ai cittadini ed agli operatori sanitari attraverso una specifica campagna (il cuore impacchettato) che viene riproposta dal 2000 e la lettera ai diciottenni;
- la promozione della formazione degli operatori sanitari attraverso l'organizzazione di corsi regionali di formazione specifica o la partecipazione a corsi nazionali;

- la costituzione del Comitato InterRegionale Trapianti organo consultivo in materia avvenuta nel 2000 e rinnovato periodicamente;
- il potenziamento delle attività di prelievo avvenuto a partire dal 1997, sia attraverso specifiche delibere che introducono nuove tariffe per valorizzare le attività di prelievo, che attraverso l'istituzione delle funzioni di coordinamento locale (avvenuta nel 2000);
- la convenzione tra la regione Piemonte e la regione Valle d'Aosta per la realizzazione di un Centro interregionale per i trapianti di organi e tessuti (di cui alla DGR 96 – 10262 del 1.8.2003).

Il Centro Regionale di Riferimento per i Trapianti ed il Coordinamento Donazioni e Prelievi sono incardinati nell'attuale AO Città della Salute e della Scienza.

L'attività 2012 dei due Centri piemontesi è descritta come segue:

ASR	Programma trapianto	N°trapianti anno 2012
AO Città della Salute e della Scienza	Rene (e combinato)	110
	Rene pediatrico	7
	Fegato (e combinato)	128
	Cuore	9
	Cuore pediatrico	1
	Polmone	19
	Pancreas	0
AOU Novara	Rene	57

Risultati programmati

- Incremento della donazione di organi e tessuti da donatore deceduto: i donatori segnalati possono raggiungere il valore descritto dalla letteratura di 60 pmp e le opposizioni possono scendere al di sotto del 20 % (limite fisiologico descritto dalla letteratura);
- consolidamento delle attività regionali in materia, attraverso:
 - l'implementazione della rete informativa dei prelievi e trapianti di organi e tessuti e cellule al fine di adeguarla alle attuali necessità di sviluppo;
 - il sostegno alle attività di trapianto soprattutto quelle con maggior volume di attività;
 - il rafforzamento della rete dei coordinatori aziendali per potenziare il prelievo di organi, tessuti e cellule;
 - il mantenimento del sistema di autorizzazioni regionali dei centri che effettuano trapianti di organi;
 - l'implementazione del registro regionale dei donatori di cellule staminali emopoietiche (midollo osseo);
 - il consolidamento del progetto Marea e del trapianto di rene da vivente anche attraverso l'individuazione di una specifica tariffa di prelievo;
 - il consolidamento delle attività di formazione locale, regionale ed extraregionale;
 - il consolidamento delle attività del servizio di psicologia dei trapianti in quanto la donazione ed il trapianto di organi, tessuti e cellule richiede grande attenzione anche ai risvolti psicologici che da essi derivano;
- sviluppo di attività di donazione e trapianto:
 - applicazione del programma di trapianto rene-pancreas per i pazienti diabetici e del programma di trapianto di rene per i pazienti in insufficienza renale cronica che ne presentano l'indicazione e preferibilmente prima dell'inizio della terapia dialitica;
- promozione della partecipazione dei cittadini e delle associazioni di volontariato alle diverse attività del sistema trapianti regionale;
- promozione dell'informazione ai cittadini attraverso le reti per l'insufficienza d'organo, le carte dei servizi, le campagne informative e di sensibilizzazione della popolazione.

Indicatori di risultato

- Incremento della donazione di organi e tessuti da donatore deceduto, entro il 31/12/2014;
- implementazione della rete informativa dei prelievi e trapianti di organi e tessuti e cellule, entro il 31/12/2013;
- implementazione del registro regionale dei donatori di cellule staminali emopoietiche (midollo osseo), entro il 30/06/2014;
- consolidamento del progetto Marea e del trapianto di rene da vivente anche attraverso l'individuazione di una specifica tariffa di prelievo entro il 30/04/2014;
- implementazione delle attività di formazione locale, entro il 31/12/2014;
- Applicazione del programma di trapianto rene-pancreas e del programma di trapianto di rene, entro il 31/12/2014;

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore "Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali" della Direzione Regionale Sanità.

Obiettivi ed indicatori della rete donazione e trapianto 2013-2014		
Progetto	Obiettivi	Indicatori di risultato al giugno 2014
Rete di insufficienza d'organo	Estensione del progetto Ma.Re.A. a tutti i centri di nefrologia e dialisi della Regione Tracciatura sul sistema informativo regionale trapianti dei pazienti con malattia renale avanzata Ridefinizione/aggiornamento rete regionale scompenso cardiaco acuto/severo Definizione rete regionale sull'insufficienza epatica acuta/severa	>80% dei centri partecipano DGR quadro sulla insufficienza renale cronica DGR quadro sul progetto Stesura di un progetto di fattibilità
Trapianto rene da vivente	Incentivazione alla donazione da vivente tramite formazione ed informazione degli operatori coinvolti	Produzione di un videodocumentario sulla donazione da vivente
Trapianto di Organi solidi	Autorizzazione dei centri di trapianto	Provvedimenti di autorizzazione
Medicina rigenerativa	Nell'ambito della medicina rigenerativa, riorganizzazione dei poli di terapie cellulari insediate presso l'AO Città della Salute e della Scienza	Stesura di un progetto di fattibilità
Banche di Tessuto	Integrazione e razionalizzazione delle Banche di Tessuto insediate presso l'AO Città della Salute e della Scienza	Stesura di un progetto di fattibilità
Trapianto Cornea	Accreditamento dei centri di innesto di cornea	Provvedimento regionale che definisca il percorso di accreditamento
Registro regionale dei donatori di midollo osseo	Riqualificazione delle caratteristiche genetiche del registro	>10% dei donatori tipizzati per HLA in alta risoluzione
Centri di trapianto di cellule staminali emopoietiche (CSE)	Accreditamento dei centri di trapianto di CSE in accordo con l'Authority internazionale JACIE	>80% dei centri accreditati al JACIE
Donazione di organi e tessuti da donatore cadavere	Aumento della segnalazione di potenziali donatori Contenimento delle opposizioni Partecipazione dei centri di rianimazione al programma di	> 55 donatori p.m.p. segnalati ogni anno Contenimento delle opposizioni < Partecipazione di più dell'80% dei
Psicologia medica dei trapianti	Consolidamento della rete regionale di psicologia medica dei trapianti	> 60% dei centri di nefrologia e dialisi definiscono un referente
Centro Regionale Trapianti	Accreditamento all'Authority internazionale per l'immunogenetica (EFI)	Acquisizione dell'accREDITAMENTO

Tabella 36 – Obiettivi e indicatori della rete donazione e trapianto 2013-2014

Azione 13.1.6: Rete regionale di Allergologia

La Rete Regionale di Allergologia (RRA), il sistema informativo specifico e l'Osservatorio Regionale per le Gravi Reazioni Allergiche, istituiti con DGR 34 – 29524 marzo 2000, sono oggi una realtà diffusa in tutto il territorio piemontese che fornisce agli utenti una serie di prestazioni clinico assistenziali di base e complesse. In questi anni, la rete ha fornito, a quella larga parte di popolazione generale (dal 25 al 30%) affetta da patologie allergiche, un'assistenza, rispetto al passato, più capillare, anche se non ancora ottimale.

La Rete Regionale di Allergologia è diventata, inoltre, un importante strumento di appropriatezza con contestuale controllo e contenimento della spesa per patologie che, tradizionalmente, proprio a causa dell'altissima diffusione, inducono costi diretti e indiretti tra i più alti dopo le malattie cardiovascolari e oncologiche.

Negli ultimi anni, utilizzando la rete di allergologia, la Regione Piemonte ha potuto assumere decisioni organizzativo-gestionali che hanno riguardato soprattutto le prescrizioni terapeutiche di immunoterapia specifica (DGR n. 17-2579 del 13-09-2011 Razionalizzazione ed appropriatezza prescrittiva delle immunoterapie iposensibilizzanti erogate dal SSR) e la razionalizzazione delle prescrizioni di procedure diagnostiche in vitro/di laboratorio che tradizionalmente inducono una spesa regionale annua di vari milioni di euro (D.G.R. n. 16-1829 del 7.04.2011 - ALLEGATO A). Inoltre, con la DGR n° 27 -13681 del 18/10/2004 "Fornitura a carico del SSR dell'adrenalina autoiniezzabile per soggetti allergici a particolare rischio di anafilassi" è stata affidata alla Rete di Allergologia la gestione extra ospedaliera delle forme più gravi di allergia con la prescrizione e distribuzione del farmaco "adrenalina autoiniezzabile Con la DGR n° 3-7975 del 7/01/2008 "Azioni per l'appropriatezza delle prescrizioni a carico del Servizio sanitario regionale di vaccinoterapia antiallergica e degli immunomodulatori biologici per la cura delle allergopatie" è stata predisposta la prescrizione dell'immunoterapia specifica, e dei farmaci biologici specificamente dedicati, solo tramite Piano Terapeutico della Rete di Allergologia al fine di poterne monitorare l'andamento e valutarne l'appropriatezza.

Dal punto di vista organizzativo, la rete è organizzata sul modello *Hub & Spoke*: ogni area sovrazonale è articolata in modo integrato al fine di fornire sia le prestazioni di base in ogni ASR, che quelle complesse negli ospedali che effettuano le Prestazioni Allergologiche ad Elevata Complessità (PAEC), svolte in *day hospital* e/o in regime di ricovero (DGR N. 34 - 13138 del 26/07/2004 "Approvazione Linee Guida per l'effettuazione di Prestazioni Allergologiche di Elevata Complessità (PAEC) in *Day Hospital*/Ricovero Ordinario"). Infine presso la Città della Salute ha sede l'Osservatorio Regionale per le gravi reazioni allergiche, parte integrante della Rete di Allergologia, incaricato delle rilevazioni epidemiologiche relative alle patologie più gravi e dell'organizzazione dell'assistenza successiva all'evento acuto. L'Osservatorio è collegato al sistema dell'emergenza territoriale/118 per intercettare in tempo reale i gravi allergici con reazioni anafilattiche

Attraverso il sistema informativo della rete regionale di allergologia è possibile monitorare l'attività delle diverse sedi, l'articolazione delle prestazioni offerte, le prescrizioni farmacologiche.

Risultati programmati

- Attuazione della DGR n. 52-4255 del 30/07/2012 "Precisazioni ed integrazioni alla DGR 22-10727 del 09/02/2009 "Organizzazione della Rete Regionale di Allergologia: Coordinamento di Area Funzionale Sovrazonale e Coordinamento Regionale" con realizzazione del coordinamento di area.

Indicatori di risultato

- Realizzazione del coordinamento di area sovrazonale attraverso provvedimenti inter-aziendali di sviluppo dei percorsi protetti, entro il 30/06/2014.
- 2015: Report di monitoraggio sul coordinamento sovrazonale

Responsabile del procedimento

- Dirigente responsabile del Settore "Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali" della Direzione Regionale Sanità.

Intervento 13.2: Definizione dei percorsi di cura, nonché dei percorsi diagnostico terapeutici relativi ad alcune aree di particolare interesse, in aggiunta all'area oncologica e cardiovascolare, che prevedano la integrazione ospedale/territorio.

Con D.G.R. n. 44-1615 del 28/02/2011 la Giunta Regionale ha adottato l'Addendum al Piano di rientro con il quale sono delineati gli obiettivi di intervento nelle diverse macro-aree sanitarie e socio-sanitarie per il periodo 2010-2012.

Tra le varie manovre previste nel programma attuativo per la realizzazione degli obiettivi stessi, il provvedimento individua anche quelle relative alla rimodulazione delle reti assistenziali ospedaliera, emergenza, territoriale, laboratorio analisi e radiodiagnostica.

In particolare per quanto concerne **la rete territoriale** (punto 1.4) tra gli obiettivi individuati è stato indicato anche quello relativo al "**Miglioramento dell'appropriatezza e presa in carico territoriale**" – punto 1.4.1 - , che prevede che la Regione individui una serie di azioni per il miglioramento della

cura dell'assistito, con particolare attenzione alla corretta gestione dell'assistenza alla persona erogata nella "Catena di cura".

Con D.G.R. n. 27-3628 del 28/03/2012 è stato individuato un percorso integrato di continuità di cura ospedale-territorio all'interno della rete dei servizi per interventi di tipo sanitario e socio-assistenziale, che assicuri concretamente una continuità assistenziale in grado di operare nell'ambito di un'integrazione reale tra ospedale, professionisti presenti sul territorio, strutture territoriali.

Il modello proposto è stato formulato sulla base di questi presupposti e vede tra i suoi punti qualificanti l'istituzione e l'attivazione di:

- Nucleo Distrettuale di continuità delle cure. Tale Nucleo ha il compito di prendere in carico tutti i pazienti del Distretto per la realizzazione dei percorsi integrati di cura, di monitorarne la realizzazione attraverso modalità che permettano di conoscere in tempo reale le varie fasi del processo;
- Nucleo Ospedaliero di continuità delle cure presso ciascun presidio ospedaliero in grado di colloquiare con la centrale operativa del 118 da un lato e con il Nucleo Distrettuale di continuità assistenziale dall'altro e si basa sul ruolo forte del Distretto che ha la funzione di coordinamento della rete dei servizi territoriali, e costituisce punto di riferimento per il cittadino e luogo "naturale" di integrazione socio-sanitaria, in coerenza con gli indirizzi di programmazione regionale.

Il conseguimento della migliore integrazione dei servizi sanitari con i sociali, nonché la migliore gestione delle informazioni, rappresentano strategie adeguate per poter razionalizzare l'uso di risorse, ridurre gli sprechi, eliminare le inefficienze, continuando a garantire il livello essenziale di assistenza. È basilare, quindi, il miglioramento e la concreta realizzazione dell'integrazione ospedale/territorio, nonché delle pratiche e degli strumenti per la valutazione "precoce" del paziente, in una prospettiva multidimensionale che consideri tutti gli aspetti che possono influire sull'esito del percorso assistenziale.

Tuttavia, a distanza di un anno dall'adozione del citato provvedimento, appaiono evidenti alcune criticità in ordine alla costituzione di due differenti Nuclei di continuità delle cure (uno distrettuale, l'altro ospedaliero), all'organizzazione della loro attività, nonché alla difficoltà di interazione tra la componente sanitaria e quella socio-assistenziale.

Le ASR hanno predisposto le singole proposte organizzative per l'attuazione di quanto previsto dalla D.G.R. n. 27-3628 del 28/03/2012, ma poche ne hanno dato operatività concreta. Al fine di superare tali criticità, è necessario:

- adottare un provvedimento che preveda la costituzione di un Nucleo unico di continuità delle cure ospedale-territorio e ne definisca chiaramente l'assetto organizzativo, entro il 31/12/2013;
- adottare un provvedimento che definisca le priorità nell'aggiornamento dei PDTA, entro il 31/12/2013;
- creazione di un Software in grado di segnalare, in tempo reale, il flusso di pazienti ricoverati, che contenga degli algoritmi per la selezione di pazienti critici, che gestisca il *work-flow* di questi pazienti e la pianificazione degli interventi.

Percorsi diagnostici terapeutici

Le ASR piemontesi dispongono di numerosi PDTA elaborati nel corso degli anni, in particolare dall'Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari:

- PDTA dell'anziano con frattura di femore;
- [PDTA epilessia](#);
- [PDTA malattia renale cronica avanzata e dialisi domiciliare](#);
- [PDTA malattie tiroidee](#);
- [PDTA dolore addominale e malattie infiammatorie croniche intestinali](#);
- [PDTA epatopatie croniche](#);
- [PDTA malattia di Parkinson](#);
- [PDTA pancreatite acuta](#);
- [PDTA Psicologia Oncologica](#);
- [PDTA Psicologia dell'Età Evolutiva](#);
- [PDTA Minori a rischio psico-evolutivo nelle ASR piemontesi. Report finale](#);
- [PDTA Arteriopatia Obliterante Cronica Periferica](#);

- [PDTA Ictus](#);
- [PDTA Malattia Celiaca](#);
- [PDTA Broncopneumopatia cronica ostruttiva](#);
- [PDTA Scompenso Cardiaco](#).

Relativamente alla rete delle malattie rare sono stati adottati con DGR: il Percorso di continuit  assistenziale dei soggetti affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica; il "Percorso di continuit  assistenziale dei soggetti affetti da siringomielia-siringobulbia e da sindrome di Chiari". Mentre, con la DGR 36-5284 del 29.01.2013 si   definita la costituzione di gruppi di lavoro interdisciplinari e interprofessionali finalizzati alla stesura dei PDTA per le malattie rare.

L'obiettivo   quello di aggiornare i PDTA e approvarli con atti della Giunta regionale, progressivamente entro dicembre 2014, attraverso la costituzione, entro dicembre 2013, di appositi Gruppi di lavoro interdisciplinari e interprofessionali.

In particolare, la Regione ha formalizzato, con apposite DGR, PDTA in campo oncologico, cardiovascolare, diabetologico e riabilitativo ambulatoriale che sono in fase di attuazione da parte delle ASR

Azione 13.2.1: PDTA - Oncologia

Con D.G.R. n. 1-358 del 20.07.2010   stata approvata la proposta di bozza di convenzione tra la Regione Piemonte e la Regione Autonoma Valle d'Aosta per l'istituzione del Dipartimento funzionale interaziendale ed interregionale denominato "Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta", la cui messa a regime   stata disposta con D.G.R. n. 31-4960 del 28.11.2012.

La nuova articolazione della Rete Oncologica in Dipartimento funzionale interregionale ed interaziendale si propone, in particolare, di garantire:

- il superamento delle disomogeneit  territoriali nell'erogazione dei servizi sanitari offerti ai pazienti;
- il raggiungimento di standard di trattamento sempre pi  elevati;
- la crescente semplificazione delle fasi di accesso ai servizi e dei percorsi di diagnosi e cura erogati ai pazienti;
- il graduale avvicinamento dell'offerta dei servizi sanitari al contesto di vita della persona bisognosa di cura.

Il percorso sinora svolto negli anni precedenti ha evidenziato le rilevanti potenzialit  delle risorse presenti nell'ambito della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta e, per contro, ha messo in luce la sempre maggiore complessit  della gestione che tale organizzazione comporta, in un contesto di continua necessit  di riduzione dei costi – quale   quello attuale – di un pi  strutturato modello organizzativo, al fine di ottenere maggiori efficienza ed efficacia di azione.

Tale modello   stato, appunto, individuato nel Dipartimento funzionale interaziendale ed interregionale della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta, approvato con D.G.R. n. 1-358 del 20.07.2010.

Al Dipartimento competono la gestione ed il coordinamento delle attivit  di Rete Oncologica, gi  formalizzate nell'Allegato C della citata D.G.R. n. 21-11511 del 03.06.2009 ed in particolare, relative ai seguenti ambiti:

- strumenti operativi per l'attuazione delle indicazioni della programmazione sanitaria dell'Assessorato Tutela della Salute e Sanit , Edilizia Sanitaria, Politiche Sociali e Politiche per la Famiglia della Regione Piemonte e dell'Assessorato Sanit , Salute e Politiche Sociali della Regione Autonoma Valle d'Aosta, che riguardano direttamente l'ambito oncologico o lo coinvolgono con importanti implicazioni organizzative (cure palliative, terapia del dolore, etc.);
- promozione e verifica della qualit  in oncologia;
- diffusione e controllo dell'applicazione delle linee guida clinico-organizzative;
- formazione continua degli operatori;
- ricerca clinica oncologica;
- percorsi di acquisizione delle nuove tecnologie;
- promozione del sistema informativo- informatico della Rete;
- funzionamento dei centri di riferimento per le cure delle singole tipologie di tumore, in ottemperanza a quanto disposto in merito dalla Giunta regionale della Regione Piemonte;

- partecipazione alla definizione di percorsi di accreditamento in ambito oncologico, con l'obiettivo di perseguire riconoscimenti di accreditamento all'eccellenza;
- rapporti di collaborazione con le associazioni di volontariato in ambito oncologico;
- promozione di progetti che favoriscano l'*empowerment* dei cittadini, dei pazienti, dei loro familiari e degli operatori, in merito alle patologie oncologiche;
- coordinamento delle iniziative di promozione della salute relative alla patologia oncologica.

Nell'ambito del secondo compito sopra individuato, "promozione e verifica della qualità in oncologia", sono da intendersi ricomprese tutte le iniziative inerenti al contenimento delle liste d'attesa per i primi esami diagnostici e per gli esami di *follow up*, con l'attuazione di percorsi assistenziali che concorrano al perseguimento del continuo miglioramento della risposta al fabbisogno.

Risultati programmati

- Adozione di PDTA in oncologia entro il 30/06/2014

Indicatori di risultato

- Adozione del provvedimento di approvazione del PDTA entro il 30/06/2014

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore "Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali" della Direzione Regionale Sanità.

Azione 13.2.2: PDTA – Cardiovascolare

La Regione Piemonte ha adottato dei provvedimenti per ottimizzare il percorso diagnostico terapeutico per i pazienti colpiti da IMA; è stata avviata una rete interospedaliera che coinvolge le strutture con reparti di cardiologia, i PS e le strutture di emergenza territoriali.

Tale organizzazione permette, dal 01/2011, di effettuare ad un paziente con un sospetto IMA da parte degli operatori dei servizi di emergenza, un elettrocardiogramma che in tempo reale viene trasmesso alla cardiologia di riferimento in modo da indirizzare il paziente all'ospedale idoneo al trattamento del caso; questa modalità operativa permette di rendere tempestivo l'intervento con le cure del caso più appropriate. Le modalità operative di questo percorso sono state codificate con nota assessorile prot. 37077 del 23/12/2010, adottata ai sensi della DGR28-769 del 5/9/2005.

Per quanto riguarda gli interventi di by-pass aortocoronarico la Regione, a partire dall'anno 2000, al fine di garantire tempi d'attesa non superiori a 30 giorni (dalla diagnosi specialistica), ha formalizzato dei protocolli d'intesa con i centri cardiocirurgici pubblici e privati accreditati con individuazione del fabbisogno regionale d'interventi ed la relativa ottimizzazione delle risorse; la definizione dei requisiti strutturali ed organizzativi dei centri, la condivisione di protocolli operativi ed il rispetto delle tempistiche previste sono parte integrante di questo protocollo (DGR n°89-6716 del 03/08/2007).

Risultati programmati

- Adozione di PDTA cardiovascolare entro il 30/06/2014

Indicatori di risultato

- Adozione del provvedimento di approvazione del PDTA entro il 30/06/2014

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore "Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali" della Direzione Regionale Sanità.

Azione 13.2.3: PDTA - Ambulatoriale Diabete Mellito

I riferimenti per la programmazione degli interventi regionali riguardo al Percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale per il Diabete Mellito sono rappresentati dai seguenti atti di indirizzo strategico:

- Il P.S.N. 2011-13 laddove si rileva che l'assistenza per il diabete mellito rappresenta uno dei principali problemi organizzativi dei Sistemi di salute internazionali e che " la sfida di una moderna cura della malattia è la gestione del Percorso Assistenziale", proponendo la "messa a punto di prototipi di clinical governance" e "la ricerca di percorsi organizzativi che diminuiscano il più possibile l'incidenza di eventi acuti o complicanze invalidanti".
- Il Piano nazionale sulla malattia diabetica, approvato nell'ambito dell'Accordo sancito tra il Governo, le Regioni e le Province autonome il 6.12.2012, che definisce gli obiettivi, le strategie e

le relative raccomandazioni per il miglioramento dell'assistenza diabetologica, mirando in particolare a:

- rendere i servizi più efficaci ed efficienti in termini di prevenzione ed assistenza, “attraverso l'individuazione e l'attuazione di strategie che perseguano la razionalizzazione dell'offerta e che utilizzino metodologie di lavoro basate soprattutto sull'appropriatezza delle prestazioni erogate”, nell'ambito di un congruo utilizzo delle risorse;
- promuovere la continuità assistenziale, favorendo l'integrazione fra gli operatori della rete assistenziale al fine di “valorizzare, partendo dalla rete specialistica diabetologica, tutti gli attori dell'assistenza primaria”.

Il P.S.S.R. 2012-2015, approvato con D.C.R. n. 167-14087 del 3.4.2012 ha disposto il riordino del S.S.R. mediante:

- la realizzazione di reti integrate di offerta, per conseguire il massimo livello possibile di efficacia sanitaria ed efficienza organizzativa;
- la specializzazione istituzionale delle strutture del sistema, la diversificazione dei centri e l'attribuzione delle competenze per livelli di complessità delle prestazioni ed intensità di cure.

Con la D.G.R. n. 61-13646 del 22.3.2010 la Regione ha impostato le basi per la definizione della rete diabetologica regionale, individuando nel contempo:

- il percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale per il diabete mellito (PDTA-DM);
- i criteri e gli indirizzi per l'articolazione dei presidi secondo la logica dell'intensità delle cure, al fine di realizzare un sistema di risposte specialistiche a rete, coordinate e correlate fra di loro;
- i criteri organizzativi e clinico-operativi per l'integrazione del percorso garantito in ambito specialistico con le prestazioni erogate dal sistema della cure primarie, nell'ambito del modello assistenziale per la Gestione integrata del diabete (GID) di cui alla D.G.R. n. 40-9920 del 27.10.2008, come modificata e integrata dalla D.G.R. n.18-2663 del 3.10.2011.

Al fine di dare attuazione alla suddetta normativa, le Aziende sanitarie locali ed ospedaliere hanno proceduto a definire, nell'ambito del Piano di Qualità dell'assistenza diabetologica (PdQ), la propria articolazione organizzativa ed operativa per garantire il percorso complessivo di presa in carico della persona con diabete mellito, in forma integrata e coordinata fra strutture/servizi ospedalieri e fra questi e i servizi territoriali.

Il Piano della Qualità è un documento programmatico ed organizzativo, finalizzato all'individuazione degli obiettivi, dei processi, delle risorse, delle modalità organizzative/operative, delle responsabilità e dei sistemi di valutazione delle attività di assistenza diabetologica in ambito aziendale e interaziendale.

Tale Piano contiene:

- la descrizione delle modalità operative adottate per assicurare i definiti Livelli Essenziali di Assistenza Diabetologica, con riferimento agli standard italiani per la cura del diabete mellito;
- l'identificazione e l'articolazione del Percorso Diagnostico Terapeutico, in ambito aziendale ed interaziendale (ASL/AO) in relazione alle diverse tipologie di diabete;
- le modalità di organizzazione dei servizi per la prevenzione e la cura delle complicanze acute e croniche del diabete.

Le linee guida attuative regionali hanno:

- previsto la formulazione del suddetto Piano con modalità integrate fra Aziende Sanitarie Locali ed Ospedaliere, al fine di consentire l'articolazione dei presidi secondo il modello *Hub & Spoke*, sulla base dell'intensità delle cure erogate.
- individuato il Centro di Accoglienza (C.A.), indirizzo e supporto al PDTA-DM, ovvero il servizio che, a livello aziendale (eventualmente con più sedi dislocate sul territorio), è deputato a garantire direttamente o indirettamente tutta la sequenza del percorso.

Il CA PDTA-DM (mediante 1 ogni 300.000 abitanti) rappresenta quindi il centro per il governo e l'indirizzo del percorso PDTA-DM complessivo, ivi comprese le prestazioni che necessitano di un'integrazione interspecialistica e può essere identificato quale “cabina di regia” che conosce sia la propria utenza (domanda/bisogno), sia la rete aziendale e regionale di offerta, facendosi garante per il paziente verso gli altri operatori.

Criticità rilevate.

Il procedimento regionale di verifica dei PdQ ha preso in esame la coerenza degli stessi:

- con gli indirizzi delineati nella suddetta normativa nazionale e in quella regionale relativa al PDTA-DM e alla GID;
- con le attuali strategie generali definite dal PSSR 2012-2015 e dai provvedimenti regionali emanati in attuazione del Piano di rientro e di riequilibrio economico-finanziario, con particolare riferimento alla D.G.R. n. 27-3628 del 28.3.2012 che, nel disciplinare il percorso di continuità assistenziale del paziente fra ospedale e territorio, pone un particolare accento sulla necessità di un sistematico coordinamento/interrelazione fra i servizi specialistici ambulatoriali ed ospedalieri e la medicina di territorio per fornire una risposta globale e continuativa rispetto ai bisogni dei pazienti, con particolare riferimento alle patologie croniche come il diabete;
- con i più recenti principi e criteri sull'organizzazione delle A.S.R. contenuti nella D.G.R. n.21-5144 del 28.12.2012, come modificata ed integrata con la D.G.R. n. 16-6418 del 30.9.2013, riguardo alla necessaria cooperazione interaziendale per la realizzazione di reti ospedaliere integrate di offerta a fronte di PDTA predefiniti per tipologie bisogno.

Da tale verifica sono emerse alcune criticità che richiedono un ulteriore intervento per riorientare, nella maggior parte delle realtà aziendali, la pianificazione relativa all'articolazione del PDTA Diabete in coerenza con l'attuale contesto strategico e programmatico regionale.

Tali criticità investono prioritariamente i seguenti aspetti:

- l'articolazione del percorso, in alcune realtà aziendali e/o interaziendali, non è chiaramente delineata e in particolare non sono individuati i diversi livelli di riferimento in ordine alle fasi cliniche in cui si sviluppa il PDTA;
- per il diabete di tipo 2, l'articolazione del PDTA in ambito specialistico non è sempre correlato con il percorso previsto nell'ambito della medicina generale, attraverso il modello di gestione integrata;
- nella maggior parte delle situazioni si riscontra una sostanziale carenza della pianificazione aziendale rispetto ai principi e ai criteri previsti nella normativa regionale in materia di coordinamento interaziendale (in particolare fra Aziende Sanitarie Locali e Ospedaliere) per la definizione di reti integrate e coordinate di offerta.

Risultati programmati

Costituisce obiettivo del Programma Operativo la riarticolazione dei servizi deputati a garantire la funzionale realizzazione del percorso PDTA-Diabete in un sistema organizzativo a rete, coordinato ed integrato, mediante:

- l'individuazione dei presidi secondo la logica dell'intensità e della complessità delle cure, al fine di garantire risposte appropriate rispetto ai diversi livelli di complicità della malattia diabetica;
- l'individuazione di ambiti di riferimento regionale specializzati riguardo alle aree ritenute prioritarie per il miglioramento e l'implementazione dell'assistenza diabetologica, come individuate dal Piano nazionale sulla malattia diabetica (fra le quali: il piede diabetico, le patologie del cavo orale, il diabete in gravidanza, il diabete in età evolutiva, la gestione delle complicanze vascolari e cardio-vascolari); in particolare, riguardo alla prevenzione e cura del piede diabetico si rende necessario l'inserimento, nel percorso di cura di tutti i pazienti diabetici, di adeguati strumenti di screening e di trattamento multidisciplinare, nonché l'individuazione di un apposito centro di riferimento regionale;
- il collegamento clinico-terapeutico, supportato da procedure informatizzate, della rete diabetologica con la rete territoriale delle cure primarie.

Ai fini della realizzazione di tale obiettivo si rendono necessarie le seguenti azioni:

- revisione/integrazione dei PdQ che hanno evidenziato le suddette criticità per renderli coerenti con il vigente quadro normativo regionale. Tale azione si svolge contestualmente al processo correlato alla revisione organizzativa aziendale, in corso di definizione ai sensi della sopra richiamata D.G.R. n. 21-5144/2012 e secondo quanto stabilito dalla D.G.R. n. 6-5519 del 14.3.2013 avente ad oggetto "Programmazione sanitaria regionale. Interventi di revisione della rete ospedaliera piemontese in applicazione del P.S.S.R. 2012-2015";
- contestuale avvio, in forma sperimentale, del PDTA-DM nelle realtà la cui organizzazione e pianificazione interaziendale, definita congiuntamente fra ASL e AO ubicate sul territorio, risulti coerente con l'obiettivo perseguito e con i principi sopra richiamati;

- monitoraggio del percorso avviato attraverso i relativi flussi regionali e verifica delle revisioni/integrazioni dei PdQ aziendali;
- intervento regionale per il consolidamento a regime del PDTA-DM garantito da parte della rete diabetologica coordinata ed integrata sul territorio regionale.

Indicatori di risultato

Le azioni finalizzate al raggiungimento del risultato programmato si sviluppano attraverso i seguenti interventi regionali:

- provvedimento regionale per l'avvio, in forma sperimentale, del PDTA-DM di cui alla D.G.R. n. 61-13646/2010, nelle realtà in cui l'organizzazione e la pianificazione interaziendale sia coerente con l'obiettivo perseguito, e con i risultati programmati, entro il 31.03.2014 e comunque contestualmente al processo di revisione dell'organizzazione aziendale posto in tessere negli atti aziendali adottati ai sensi delle sopra citate deliberazioni regionali;;
- monitoraggio del percorso avviato attraverso i relativi flussi regionali e verifica delle revisioni/integrazioni dei PdQ aziendali, entro il 31.07.2014;
- Deliberazione regionale relativa alla rete diabetologica (centri *Hub* e *spoke*), entro il 30.06.2015; provvedimento regionale per il consolidamento a regime del PDTA-DM, articolando nella rete, coordinata con quelle delle cure primarie, tutte le attività specialistiche per la prevenzione, la diagnosi e la terapia del diabete, entro il 31/03/2015;
- monitoraggio relativo all'attivazione della rete diabetologica ed al completo sviluppo del PDTA-DM, entro il 31.12.2015..

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore "Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali" della Direzione Regionale Sanità.

Programma 14: Riequilibrio Ospedale-Territorio

Il presente programma, così come predisposto dalle linee di indirizzo ministeriali, si articola in tre macro aree:

- Rete ospedaliera e riconversioni;
- Cure palliative e terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico;
- Assistenza primaria;
- Assistenza territoriale.

ADEMPIMENTI LEA 2010-2011. ANNO 2010: LA REGIONE PIEMONTE E' STATA CONSIDERATA ADEMPIENTE PER IL PUNTO H) LISTE D'ATTESA, CON IMPEGNO A TRASMETTERE LE MOTIVAZIONI CIRCA LA NON PIENA VALORIZZAZIONE DEI CAMPI PER QUANTO RIGUARDA IL MONITORAGGIO EX POST. ANNO 2011: LA REGIONE PIEMONTE E' STATA CONSIDERATA INADEMPIENTE PER IL PUNTO F) STANDARD POSTI LETTO OSPEDALIERI E PER IL PUNTO AAB) ACQUISIZIONE DATI RELATIVI ALL'ASSISTENZA PER SALUTE MENTALE NSIS – SISM.

Intervento 14.1: Rete ospedaliera e riconversioni

Tale intervento, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- ridefinizione della rete ospedaliera acuti e post-acuti, con individuazione analitica del numero dei posti letto suddivisi per struttura, disciplina, DH e ordinari, unità operative (nel rispetto delle indicazioni degli standard nazionali e dell'emanando regolamento);
- riconversione delle strutture ospedaliere di piccole dimensioni o con ridotta attività, con contestuale individuazione delle forme di assistenza che saranno attivate nelle strutture riconvertite, con precisa indicazione della tempistica del graduale trasferimento delle funzioni e delle risorse;
- emanazione, o aggiornamento, delle linee guida regionali per l'adozione degli atti aziendali, che contengano specifiche indicazioni relativamente a: razionalizzazione delle strutture operative semplici e complesse, istituzione di particolari funzioni di coordinamento con il territorio, dipartimentalizzazione, etc.

Rete ospedaliera e riconversioni: valorizzazione manovre (€mln)			
	2013	2014	2015
Rete ospedaliera e riconversioni	-1,6	-6,0	-6,0
Rete ospedaliera e riconversioni	-1,6	-6,0	-6,0
<i>Ridefinizione della rete ospedaliera acuti e post acuti</i>	0,0	0,0	0,0
<i>Riconversione delle strutture ospedaliere di piccole dimensioni o con ridotta attività</i>	-1,6	-6,0	-6,0
<i>Emanazione o aggiornamento delle linee guida regionali per l'adozione degli atti aziendali</i>	-	-	-

Tabella 37 – Sintesi manovre

Azione 14.1.1: Ridefinizione della rete ospedaliera acuti e post-acuti

La D.G.R. n. 6-5519 del 14/03/2013 ha ridefinito la rete ospedaliera per acuti e per post-acuti, comprensiva del cronoprogramma della sua attuazione, nel pieno rispetto degli standard nazionali e dell'emanando Regolamento recante: "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, in attuazione dell'articolo 1, comma 169, della legge 30/12/2004, n. 311" e dell'articolo 15, comma 13, lettera c), del decreto-legge 06/07/2012, n. 95 convertito, con modificazioni dalla legge 07/08/2012, n. 135.

In particolare:

- è definito il numero di posti letto corrispondente ai ricoveri appropriati (utilizzando tassi di occupazione del 75% per le discipline chirurgiche e dell'85% per quelle mediche, applicando la degenza media nazionale, attribuendo ai ricoveri in day hospital una corretta durata media del

ciclo – desunta dalle pubblicazioni del Ministero, relative agli indicatori, e riportata in Tabella 2 bis). Complessivamente, il fabbisogno di posti letto per acuti è pari a n. 13.509, corrispondente a 2,87 per 1.000 abitanti pesati. La quota di posti letto rimanente per raggiungere lo standard di 3 per 1.000 abitanti pesati, pari a 619, non viene assegnata ai singoli presidi ospedalieri ma costituisce una sorta di “riserva” da utilizzare, previa disposizione regionale, per quelle situazioni che dovessero dimostrare oggettive criticità nel percorso di attuazione della regolamentazione. Il fabbisogno di posti letto per post-acuti è pari a n. 3.297, corrispondente a 0,7 per 1.000 abitanti pesati. Il Piano di Indirizzo nazionale per la Riabilitazione, recepito dalla Regione Piemonte con D.G.R. n. 42-4752 del 15/10/2012, prevede, oltre alla riabilitazione intensiva (3 ore di intervento riabilitativo al giorno), anche la riabilitazione estensiva in ambito ospedaliero caratterizzata da un intervento riabilitativo di almeno 1 ora al giorno, effettuato in presenza di specifico Progetto Riabilitativo Individuale. L’articolazione dei posti letto è effettuata per ciascuna delle sei aree sovra zonali in cui è suddivisa la rete regionale e per singola disciplina, mentre quella per singolo presidio è contenuta nella DD n. 532 del 4 luglio 2013, successivamente modificata, per mero errore materiale, dalla DD n. 651 del 29 agosto 2013. Fermo restando il quadro di insieme del numero di posti letto complessivo per acuti e quello per post acuti definito dalla D.G.R. n. 6-5519 del 14/03/2013, l’articolazione degli stessi per ciascun presidio ospedaliero della rete regionale, così come risulta dalla Determinazione Dirigenziale, è da considerarsi provvisorio, nelle more della sottoscrizione degli accordi contrattuali con gli erogatori privati e con gli Istituti Classificati per il biennio 2014-2015, programmata entro il 31 dicembre 2013, che potrà determinare modificazioni al numero di posti letto attribuito alle singole strutture coerentemente con i volumi e la tipologia di prestazioni di ricovero ed ambulatoriali oggetto degli accordi stessi.

La riduzione dei posti letto (dagli attuali 18.301 ai previsti 16.804 complessivi) è articolata per soggetti erogatori, dimostrando sia che la riduzione avviene per disattivazione di strutture organizzative in toto, sia che per più del 50% è a carico di ospedali pubblici. In particolare, per quanto concerne gli ospedali a gestione diretta, la riduzione dei posti letto deriva per circa l'80% dalla chiusura di 10 presidi ospedalieri, e per la restante quota in parte dalla disattivazione/trasformazione in strutture semplici, ovvero semplici a valenza dipartimentale, di strutture organizzative complesse all’interno degli altri presidi ospedalieri, in parte dalla maggiore efficienza (tasso di occupazione e degenza media) delle strutture organizzative di ricovero;

- Viene definito il fabbisogno di strutture organizzative, basato sull’articolazione territoriale delle discipline in base a bacini di utenza ritenuti ottimali desunti dalla bozza del Regolamento previsto dall’articolo 15, comma 13, lettera c), del decreto-legge 06/07/2012, n. 95 convertito, con modificazioni dalla legge 07/08/2012, n. 135, che, in larga parte corrispondono a quelli individuati dalla D.G.R. n. 17-1830 del 07/04/2011 “Attuazione del Piano di Rientro. Criteri regionali per l’individuazione delle Strutture e delle dotazioni dei relativi posti letto nell’ambito della rete ospedaliera”.

La citata D.G.R. contiene alcune considerazioni che stanno alla base del processo di riordino della rete ospedaliera. In particolare, il fatto che il rispetto dei criteri di appropriatezza libera presso gli ospedali della rete una capacità produttiva che può essere utilizzata per ristrutturare la rete ospedaliera stessa. Il numero di ricoveri appropriati degli ospedali destinati a costituire la rete ospedaliera futura si riduce complessivamente rispetto alla situazione esistente. Pertanto, permane la capacità di assorbire la quota di ricoveri appropriati derivante dalla riconversione dei presidi ospedalieri minori. La revisione della 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 minori per l’attività territoriale. Inoltre, la riduzione dei ricoveri a seguito del ricalcolo sopradescritto comporta la possibilità di una ridistribuzione delle discipline. Sempre la citata D.G.R. afferma che alcune discipline sono rare in quanto riguardano malattie che per diffusione sono poco presenti sul territorio. La necessità di offrire una buona qualità di prestazioni porta ad una concentrazione in poche sedi sul territorio con un grande bacino d’utenza per ciascuna struttura organizzativa. Altre discipline sono di media diffusione e presenti presso una o più strutture “cardine” nell’ambito di ciascuna area sovra zonale. Le discipline ad alta ed altissima diffusione sono quelle che rappresentano l’offerta base di ogni presidio ospedaliero pubblico. La citata D.G.R. indica, per ciascuna disciplina, in base all’intervallo di bacino di utenza (individuato dalla bozza del Regolamento previsto dall’articolo 15, comma 13, lettera c), del decreto-legge 06/07/2012, n. 95 convertito, con modificazioni dalla legge 07/08/2012, n. 135), necessario per attivare una struttura complessa di degenza oppure un servizio diagnostico o di supporto, la situazione prevista a regime relativamente alle Strutture Complesse presenti negli ospedali pubblici di ciascuna area sovra zonale. La D.G.R. n. 6-5519 del 14/03/2013 indica la riduzione totale delle Strutture Complesse derivante dalla revisione

della rete ospedaliera, il cui numero residuo (pari a 716), rapportato al numero di posti letto degli ospedali pubblici a regime (pari a 12.497) è equivalente ad una Struttura Complessa ogni 17,5 posti letto. Le economie derivanti dalla riduzione del numero di Strutture Complesse (dalle attuali 882 alle previste 716) sono ricomprese nel P.O. 10, relativo al personale, mentre, per quanto riguarda il dettaglio del crono programma della loro disattivazione, atteso che costituisce specifico obiettivo del P.O. 2013-2015 la riconduzione delle Strutture Complesse e delle Strutture Semplici agli standard approvati, dal "Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza ed efficacia nell'utilizzo delle risorse", in data 26.03.2012, entro il 31/12/2014, si rinvia all'approvazione degli atti aziendali proposti da ciascuna ASR. La DD n. 532 del 4 luglio 2013 individua il numero di Strutture Semplici, pari a 639, corrispondenti ad un rapporto tra SOC e SOS di 0,9 (significativamente inferiore allo standard 1,31). Inoltre, la stessa DD, pur rimanendo invariato il numero totale di Strutture Complesse rispetto a quello previsto dalla D.G.R. n. 6-5519 del 14/03/2013, apporta lievi modifiche relativamente alla loro distribuzione nelle sei aree sovra zonali (+ 4 nell'area sovra zonale Torino Ovest, - 2 nell'area sovra zonale Piemonte Nord Est e - 2 nell'area sovra zonale Piemonte Sud Ovest), in considerazione della presenza della Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza nei soli Presidi Ospedalieri sede di DEA (la D.G.R. n. 6-5519 del 14/03/2013 individua il numero di tali SC in uno con quelle di Medicina Generale). Nell'ambito di tali parametri (dotazione di posti letto e strutture complesse per ciascuna disciplina), viene definito il "profilo" di ogni singolo ospedale in coerenza con il ruolo di ciascuno nell'ambito del sistema di emergenza. Per completare la rete della singola patologia/disciplina, le ASR possono individuare reparti ospedalieri, costituiti in strutture semplici, anche a valenza dipartimentale, in sede di definizione degli atti aziendali. Successivamente, sulla base del grado di copertura del fabbisogno da parte della rete degli ospedali a gestione diretta, saranno definiti gli accordi contrattuali con gli erogatori classificati e privati accreditati per integrare l'offerta con la finalità di soddisfare il fabbisogno definito.

Da sottolineare il fatto che, con la D.G.R. n. 6-5519 del 14/03/2013, sia stata rivista la rete delle neonatologie e dei punti nascita: attualmente esistono in Piemonte 32 punti nascita e 7 Neonatologie con Terapia Intensiva Neonatale in ospedali con punto nascita di III livello. Si riscontrano principalmente due tipi di criticità:

- posti di TIN insufficienti soprattutto per l'aumento negli ultimi dieci anni dei neonati estremamente critici a causa di aumento dell'età materna, fecondazione assistita, immigrazione, miglioramento delle cure ostetriche e neonatologiche con conseguente aumento della sopravvivenza di tali neonati;
- difficoltà ad assicurare un'adeguata assistenza neonatale per la parcellizzazione dei centri nascita di piccole dimensioni tali da non consentire in ciascuno un adeguato numero di Neonatologi per coprire le 24 ore.

A regime i punti nascita saranno 24, 7 dei quali *Hub*. L'obiettivo fondamentale è quello di garantire a ogni neonato, in qualsiasi centro nascita, ai vari livelli assistenziali, un'assistenza appropriata e sicura, uniforme su tutto il territorio regionale. In conformità con il recente documento della Conferenza Stato-Regioni concernente "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo", si prevede la realizzazione di una rete delle neonatologie tale da garantire una dimensione adeguata dei punti nascita tramite l'accorpamento graduale dei centri di piccole dimensioni in modo da costituire, a regime, solamente centri con almeno 1.000 nati l'anno. La possibilità di punti nascita con numerosità inferiore (e comunque non inferiore a 500 parti/anno) viene prevista solo sulla base di motivate valutazioni per aree geografiche particolarmente disagiate con rilevanti difficoltà di attivazione del STAM. Per attuare le azioni proposte si prevede il raggruppamento dei punti nascita, attualmente di I e II livello, in Unità pediatriche/neonatologiche di I livello all'interno di un ospedale sede di DEA di I livello (Unità che assistono neonati sani e nati con patologie che non richiedano ricovero in TIN), lasciando la situazione attuale delle TIN di III livello. Queste ultime vengono denominate Unità neonatologiche di II Livello-TIN (Unità che assistono neonati fisiologici e neonati patologici, ivi inclusi quelli bisognosi di terapia intensiva) all'interno di un ospedale sede di DEA di II livello, potenziandone le capacità recettive secondo le attuali necessità. Si prevede, inoltre, l'abbinamento, per pari complessità di attività, delle Strutture organizzative ostetrico-ginecologiche con quelle neonatologiche riconducendo a due i precedenti tre livelli assistenziali. Secondo quanto previsto dal documento della Conferenza unificata Stato Regioni, le Strutture organizzative di ostetricia di I livello assistono gravidanze e parti in età gestazionale superiore o uguale a 34 settimane, in situazioni che non richiedono presuntivamente interventi di livello tecnologico e assistenziale elevato, tipiche del II livello, per la madre e per il feto. Le Strutture organizzative di

ostetricia di I livello sono abilitate a trattenere o a ricevere in back-transport neonati di età gestazionale superiore o uguale a 32-34 settimane se trattasi di neonati sani e clinicamente stabili ed in accordo con la struttura di II livello, Si tratta di situazioni che non richiedono presuntivamente interventi di livello tecnologico e assistenziale elevato, tipiche del II livello, per la madre e per il feto. Le Strutture organizzative di ostetricia di I livello sono funzionalmente collegate con le Unità di ostetricia di II livello secondo il modello centri di riferimento e cardine e garantendo il trasferimento mediante lo STAM a Unità di II livello delle gravide per le quali si preveda la necessità di TIN, salvo le situazioni di emergenza nelle quali ciò non sia possibile e per le quali deve essere attivato con tempestività lo STEN (Servizio Trasporto Emergenza Neonatale). La tabella sottostante sintetizza la situazione a regime, dopo la disattivazione di 8 punti nascita Cuorgnè, Carmagnola, Susa, Borgosesia, Domodossola, Bra, Tortona, Acqui Terme, ai sensi dell' Accordo Stato-Regioni " Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo". Per quanto riguarda il punto nascita di Susa occorre accertare la garanzia di una assistenza sanitaria adeguata mediante la STAM, alla luce della notevole distanza tra l'ultimo Comune della Valle ed il più vicino punto nascita (circa 80 Km.) e verificare l'impatto dell'avvio dei lavori relativi al TAV in termini di afflusso di utenza.

AREA SOVRAZIONALE	PUNTO NASCITA	N. PARTI/ANNO	LIVELLO
1 - Torino Sud Est	Città della Salute	8.109	Secondo-TIN
	Moncalieri	1.949	Secondo-TIN
	Chieri	739	Primo
2 - Torino Nord	Maria Vittoria	1.740	Secondo-TIN
	Chivasso	1.180	Primo
	Ciriè	1.000	Primo
	Ivrea	1.122	Primo
3 - Torino Ovest	Mauriziano	1.260	Secondo
	Martini	1.040	Primo
	Rivoli	1.659	Primo
	Pinerolo	1.136	Primo
4 - Piemonte Nord Est	Novara	2.089	Secondo-TIN
	Biella	1.009	Primo
	Vercelli	765	Primo
	Verbania	1.010	Primo
	Borgomanero	1.171	Primo
5 - Piemonte Sud Ovest	Cuneo	1.968	Secondo-TIN
	Savigliano	1.354	Primo
	Mondovì	584	Primo
	Alba	1.200	Primo
6 - Piemonte Sud Est	Alessandria	1.700	Secondo-TIN
	Asti	1.502	Primo
	Casale M.to	545	Primo
	Novi Ligure	1.021	Primo

Risultati programmati

- Allineamento della rete ospedaliera del Piemonte ai parametri ed agli standard previsti dalla normativa statale di riferimento (adempimento Lea punto f), prevedendo, in caso di mancata attuazione del programma da parte delle ASR, un meccanismo sostitutivo dell'Amministrazione regionale;
- realizzazione di una rete ospedaliera, articolata per differenti livelli di intensità assistenziale e nelle reti specialistiche previste, efficacemente integrata a livello di Area Sovrazonale e, complessivamente, in ambito regionale;
- garanzia di standard qualitativi e *outcome* in linea con le *best practices* nazionali.

Indicatori di risultato

- 2013: Effettuazione delle riconversioni, delle disattivazioni e delle riorganizzazioni previste dalla DGR n. 6-5519 del 14/03/2013 e dalle DD.D n. 532 del 4 luglio 2013 e n. 651 del 29 agosto 2013 nel periodo di riferimento. Conferma degli indicatori LEA (assistenza ospedaliera) relativi al tasso di ospedalizzazione ed all'appropriatezza dei ricoveri.
- 2014: Effettuazione delle riconversioni, delle disattivazioni e delle riorganizzazioni previste dalla DGR n. 6-5519 del 14/03/2013 e dalle DD.D n. 532 del 4 luglio 2013 e n. 651 del 29 agosto 2013

nel periodo di riferimento. Miglioramento degli indicatori LEA (assistenza ospedaliera) relativi al tasso di ospedalizzazione ed all'appropriatezza dei ricoveri.

- Incremento del numero di posti letto delle TIN dagli attuali 49 ai previsti 59, entro il 31/12/2014.
- Pieno adempimento LEA 2011 punto f). Ulteriore miglioramento degli indicatori LEA (assistenza ospedaliera) relativi al tasso di ospedalizzazione ed all'appropriatezza dei ricoveri. Miglioramento dell'outcome: almeno 2 indicatori in almeno 5 strutture ospedaliere rispetto ai dati PNE.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore "Pianificazione e Assetto Istituzionale del SSR" della Direzione Regionale Sanità.

Azione 14.1.2: Riconversione delle strutture ospedaliere di piccole dimensioni o con ridotta attività

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 (tendenzialmente maggiore di 120 posti letto); la riduzione di posti letto, attuata dalla D.G.R. n. 6-5519 del 14/03/2013, viene concentrata nelle strutture minori affinché la riorganizzazione si accompagni a miglioramenti dell'efficienza ed a riduzioni effettive della spesa. Tali strutture sono quelle individuate dal PSSR 2012-2015, ovvero l'ospedale Valdese di Torino, l'ospedale di Castellamonte dell'ASL TO 4, gli ospedali di Giaveno, Avigliana, Venaria, Torre Pellice, Pomaretto dell'ASL TO 3, l'ospedale di Arona dell'ASL NO, l'ospedale di Caraglio dell'ASL CN 1, l'ospedale di Valenza dell'ASL AL. Per ciascuno di tali presidi ospedalieri, la citata D.G.R. ha definito la tempistica relativa alla disattivazione e le ASR competenti per territorio hanno elaborato quella del graduale trasferimento delle funzioni e delle risorse, nonché, d'intesa con l'Assessorato regionale, l'individuazione delle forme di assistenza che saranno attivate nelle strutture riconvertite (il tutto sarà formalizzato negli atti aziendali che la Giunta regionale approverà entro il 31/03/2014).

Risultati programmati

- Riduzione del numero di posti letto della rete ospedaliera secondo gli indirizzi sopra-evidenziati con particolare attenzione ai programmi di riconversione dei piccoli ospedali con una programmazione temporale definita e correlata con le azioni connesse alla riconduzione delle attività extraospedaliere secondo le indicazioni dei capitoli specifici;
- adeguamento della rete dei punti nascita prevedendo la ricollocazione delle attività (quindi anche del personale e delle attrezzature necessarie) in relazione ai flussi dei ricoveri prevedibili nelle sedi previste a regime;
- monitoraggio dei risparmi conseguiti dalle Aziende sanitarie a seguito della disattivazione delle strutture.

Indicatori di risultato

- 2013: Disattivazione/riconversione degli Ospedali: Valdese di Torino, Maria Adelaide di Torino, San Giovanni Antica Sede di Torino, Civile di Castellamonte, Sant'Agostino di Avigliana, Ospedale di Caraglio, Mauriziano di Valenza.
- 2014: Disattivazione/riconversione degli Ospedali Civile di Giaveno, Civile di Venaria, Valdese di Torre Pellice, Valdese di Pomaretto e trasferimento, presso l'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino, dell'Ospedale Oftalmico di Torino.
- 2015: Trasferimento in sede più idonea dell'Ospedale Amedeo di Savoia di Torino con contestuale riorganizzazione e razionalizzazione delle funzioni specialistiche.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore "Pianificazione e Assetto Istituzionale del SSR" della Direzione Regionale Sanità.

Azione 14.1.3: Emanazione o aggiornamento delle linee guida regionali per l'adozione degli atti aziendali

Con la D.G.R. n. 21-5144 del 28.12.2012 la Regione Piemonte ha approvato nuovi principi e criteri per l'organizzazione delle Aziende Sanitarie regionali, disponendo l'applicazione dei parametri standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse, ex art. 12, comma 1, lettera b) Patto per la Salute 2010-2012. Si riassumono di seguito i principali ambiti di intervento oggetto del provvedimento citato. Sul versante dell'organizzazione ospedaliera sono stati formulati criteri volti a

favorire l'integrazione, la razionalizzazione e il coordinamento delle attività dei presidi ospedalieri di ciascuna Azienda Sanitaria, con l'accorpamento a fini funzionali di quelli a minore complessità. Sono state attribuite alla direzione sanitaria dei presidi ospedalieri funzioni strategiche di governance locale, al fine di armonizzare la gestione dei presidi ospedalieri compresi nella rete interaziendale. Sotto il profilo dell'articolazione organizzativa della funzione si è disposto che si possa configurare come struttura complessa esclusivamente la direzione dei presidi ospedalieri autonomi (150 PL e sede di DEA) o di un gruppo di presidi funzionalmente accorpati. Per favorire il collegamento con il territorio, in ogni presidio ospedaliero è stata individuata una funzione ospedaliera per la gestione delle dimissioni (nucleo ospedaliero di continuità delle cure), che dovrà operare in raccordo con l'omologa funzione istituita presso i distretti (nucleo distrettuale di continuità delle cure) per la presa in carico, la realizzazione dei percorsi integrati di cura e il successivo monitoraggio nelle varie fasi del processo. Sul fronte dell'organizzazione della rete territoriale, costituita dai distretti, dando attuazione all'art. 19 della l.r. 18/2007, si è disposto che le A.S.L. articolino il proprio territorio in distretti comprendenti, ciascuno, una popolazione non inferiore a 70.000 abitanti, (fatte salve eventuali eccezioni per le zone a scarsa densità abitativa o con particolari caratteristiche territoriali). La revisione distrettuale si pone l'obiettivo di migliorare l'efficienza organizzativa, superando la parcellizzazione rappresentata da un numero di distretti di dimensione limitata, al fine di agevolare il corretto svolgimento della funzione di *governance* e l'espletamento delle attività e dei servizi territoriali prescritti dall'art. 3-quinquies del D. lgs. n. 502/1992 s.m.i.; inoltre, per assicurare lo svolgimento delle prestazioni dell'area dell'integrazione socio-sanitaria in conformità alle esigenze di razionalizzazione organizzativa e contenimento della spesa, si è stabilito che l'ambito territoriale del distretto debba garantire l'effettiva fruibilità dei servizi in raccordo con il soggetto gestore dei servizi socio-assistenziali.

Parallelamente a quanto previsto per la Direzione sanitaria dei presidi ospedalieri, sotto il profilo dell'articolazione organizzativa della funzione si è previsto che i Distretti con bacino d'utenza non inferiore a 70.000 abitanti siano configurabili come struttura complessa, mentre ove abbiano un bacino d'utenza minore debbano essere previsti come struttura semplice.

Le nuove linee guida hanno dato ulteriore impulso al processo di dipartimentalizzazione, individuando l'organizzazione dipartimentale come modello ordinario di gestione operativa delle attività aziendali, da realizzarsi evitando la frammentazione o la duplicazione di funzioni e contemperando le esigenze connesse a peculiarità organizzative e territoriali delle singole Aziende con quelle di coordinamento ed integrazione delle attività a livello sovrazonale. Ed a tale proposito, per favorire la razionalizzazione del sistema di offerta e la riduzione della spesa, l'atto di indirizzo regionale ha previsto la possibilità di costituire dipartimenti interaziendali o di fare ricorso a forme di coordinamento tra dipartimenti aziendali per orientare, per intensità di cure, attività omogenee o di strutture omologhe a diversa complessità, operanti nell'area sovrazonale, senza creare strutture organizzative sovraordinate rispetto ai dipartimenti aziendali e senza oneri aggiuntivi. Con riferimento all'organizzazione dipartimentale dell'area ospedaliera si è poi stabilito che l'individuazione delle strutture dipartimentali debba essere orientata al modello di organizzazione per intensità e gradualità delle cure, per favorire il progressivo superamento dell'articolazione per reparti differenziati secondo la disciplina specialistica e realizzare la reale integrazione dell'attività dei professionisti nella rete di assistenza, la collaborazione multidisciplinare e lo sviluppo dei percorsi di cura a livello inter-ospedaliero. Con riferimento all'organizzazione dipartimentale dell'area territoriale si è stabilito che, oltre alle aggregazioni dipartimentali previste dalla normativa nazionale, possa essere previsto l'assetto dipartimentale anche per le altre strutture sanitarie territoriali, incentivando l'aggregazione delle aree di attività sanitaria a forte integrazione in un unico ambito dipartimentale (es. Dipartimento di Salute Mentale e Patologia delle Dipendenze). Sul versante delle azioni volte alla razionalizzazione delle strutture operative le linee guida regionali hanno definito, per la costituzione delle strutture complesse e semplici, criteri ancorati alla sussistenza di elementi oggettivi che le giustifichino quali: bacino di utenza e posti letto, volumi di produzione, complessità della casistica trattata, risorse economiche gestite, rilevanza e complessità delle tecnologie utilizzate, contingente di personale assegnato, organizzazione autonoma. Con particolare riferimento all'organizzazione delle funzioni amministrative e di supporto si è previsto inoltre che la costituzione di strutture complesse debba essere strettamente connessa al compimento di atti di gestione aventi rilevanza esterna, alla gestione di procedimenti amministrativi complessi che richiedono, eventualmente, l'integrazione dell'attività di diverse strutture, alla necessità di accentrare in un'unica struttura organizzativa attività specialistiche o particolarmente complesse richiedenti elevata professionalità. Ancora ai fini della razionalizzazione del sistema di offerta e della riduzione della spesa il provvedimento di indirizzo regionale favorisce la collaborazione tra Aziende Sanitarie per la gestione coordinata di servizi sotto la direzione di un'unica struttura complessa incardinata in una di esse. Per l'affidamento dell'incarico di direzione delle

strutture complesse, comprese quelle amministrative e di supporto, ferma restando l'applicazione delle specifiche disposizioni normative e contrattuali in materia, le direttive regionali prescrivono la definizione, da parte delle Aziende sanitarie, di criteri e procedure atte a garantire la massima trasparenza nella valutazione delle candidature dei dirigenti in possesso dei requisiti prescritti, e vietano il ricorso a contratti a tempo determinato di cui all'articolo 15-septies, D. lgs. 502/1992 s.m.i. In attuazione dell'Intesa Stato-Regioni del 3/12/2009 (Patto per la Salute 2010-2012), art. 12, comma 1, lett. b) e della legge 191/2009 (Legge finanziaria 2010), art. 2, comma 72, lett. b), con le direttive regionali in parola è stato, altresì, disposto che la definizione del contingente numerico di strutture aziendali debba essere conforme agli standard minimi per l'individuazione di strutture semplici e complesse del SSN approvati, dal "Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza ed efficacia nell'utilizzo delle risorse", in data 26.03.2012.

Le Aziende Sanitarie regionali dovranno pertanto applicare i seguenti parametri standard:

- Strutture complesse ospedaliere: 17,5 posti letto struttura complessa ospedaliera.
- Strutture Complesse Non Ospedaliere (strutture dell'area professionale, tecnica ed amministrativa e strutture sanitarie territoriali): 13.515 residenti per struttura complessa non ospedaliera.
- Strutture Semplici: 1,31 strutture semplici per struttura complessa.

Per le strutture ospedaliere l'applicazione dei parametri deve essere effettuata con riferimento ai posti letto individuati in conformità alla programmazione sanitaria regionale.

In considerazione delle possibili difficoltà di applicazione a livello di singola Azienda, e sulla base delle indicazioni ministeriali in ordine alla necessità che i richiamati parametri siano rispettati complessivamente su base regionale, la D.G.R. n. 21-5144 del 28.12.2012, ne ha prescritto l'applicazione a livello di area sovrazonale, con riguardo, cioè, al complesso delle strutture organizzative delle Aziende Sanitarie che insistono nell'area territoriale di riferimento, computando nel numero complessivo anche le strutture amministrative e di supporto delle A.O. e A.O.U. Il criterio basato sull'ambito sovrazonale dovrebbe favorire accordi e meccanismi di compensazione tra Aziende Sanitarie, consentendo, di conseguenza, a ciascuna di esse, di garantire, mediante l'ottimale articolazione organizzativa e funzionale in strutture complesse o semplici, l'adeguato esercizio di tutte le funzioni aziendali, realizzando il giusto equilibrio tra funzioni ospedaliere e territoriali e, sotto il profilo organizzativo di dette funzioni, tra strutture di tipo sanitario, professionale, tecnico e amministrativo. Al fine della valutazione della coerenza tra gli Atti Aziendali delle A.S.R. del medesimo ambito sovrazonale e del rispetto dei suddetti parametri standard, la richiamata D.G.R. n. 21-5144 ha stabilito che il procedimento regionale di verifica degli Atti Aziendali di organizzazione sia avviato contestualmente per tutte le Aziende Sanitarie che insistono nella medesima area sovrazonale.

Le strutture complesse di neuropsichiatria infantile per il tipo di attività che svolgono hanno competenza in ambito ospedaliero (in parte con attività di degenza in posti letto propri o in rete ed in parte con attività clinica ambulatoriale e di supporto ad altre degenze ed al DEA) ed in ambito territoriale in stretta connessione con le attività distrettuali per quel che concerne le attività di tutela e di integrazione socio-sanitaria. Essendo una disciplina ad alta diffusione (interessando il 10% della popolazione in età evolutiva) ed avendo competenze su vasti settori (dalla clinica alla tutela) è necessario prevedere almeno una struttura complessa per Azienda Sanitaria.

La Regione Piemonte con D.G.R. n. 16-6418 del 30.09.2013 ha provveduto, ad aggiornare i principi e criteri per la redazione degli Atti aziendali, approvati con la citata D.G.R. n. 21-5144/2012, al fine di renderli coerenti con il superamento delle Federazioni sovrazionali—di cui al DDLR n. 359 del 10.09.2013 e alla successiva l.r. 13 novembre 2013, n. 20, prevedendo altresì:

- l'indicazione della Struttura Complessa di afferenza dei Distretti qualificati come Struttura Semplice (con bacino inferiore a 70.000 abitanti);
- le caratteristiche e gli obiettivi dei gruppi di progetto e la specifica indicazione delle modalità/natura della partecipazione dei responsabili degli stessi alle riunioni del Collegio di Direzione;
- l'accorpamento delle funzioni di Direttore Sanitario e di Direttore di Presidio in caso di Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere-Universitarie e IRCCS con Presidio unico;
- la riduzione delle dotazioni organiche del personale e del numero degli incarichi di cui deve tener conto l'Atto aziendale in base all'art.15 ter, comma 1, del D.lgs. 502/92.
- il recepimento negli Atti Aziendali delle indicazioni regionali, in merito a:

- modalità e criteri per la nomina dei direttori generali delle aziende e degli enti del SSR (art.3-bis, comma 3, del Dlgs. 502/92);
- modalità per la verifica annuale e finale dei dirigenti medici e sanitari (art. 15, comma 5, del D.lgs. 502/92);
- criteri e procedure per il conferimento degli incarichi di direzione di struttura complessa (ar.15, comma 7-bis, del D.lgs. 502/92).
- A seguito della D.G.R. n. 16-6418 del 30.09.2013 tutte le AASSRR hanno provveduto ad adottare l'atto aziendale sottoponendolo al procedimento regionale di verifica . La Direzione Sanità ha tempestivamente avviato l'attività istruttoria propedeutica all'approvazione degli atti.
- Atteso il ritardo nell'adozione degli atti, indotto dal superamento per via legislativa delle Federazioni sovrazonali, e considerata la complessità del procedimento, per il quale è stato recentemente richiesto ed ottenuto il potenziamento specifico del supporto di Age.na.s. nell'ambito della convenzione di cui alla D.G.R. n. 4 – 6017 del 28 giugno 2013 , la Direzione Sanità valuta di portare a termine l'attività di verifica con l'approvazione degli atti aziendali entro il 31/03/2014.

Risultati programmati

- Razionalizzare le attività delle ASR, anche attraverso l'organizzazione dei fattori produttivi basata su criteri di efficacia e di efficienza.

Indicatori di risultato

- Verifica di coerenza con i criteri regionali e successiva approvazione degli atti aziendali, entro il 31/03/2014
- Riconduzione delle Strutture Complesse e delle Strutture Semplici agli standard approvati, dal "Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza ed efficacia nell'utilizzo delle risorse", in data 26.03.2012, entro il 31/12/2014.
- 2015: Verifica e monitoraggio dell'attuazione, da parte delle ASR, degli interventi e delle azioni previste dagli atti aziendali. Report semestrale di monitoraggio.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore "Personale dipendente del SSR e affari generali" della Direzione Regionale Sanità.

Intervento 14.2: Cure palliative e terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico

Tale intervento, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- Rete di Terapia del dolore, Rete di Cure palliative, Rete di terapia del dolore e cure palliative in età pediatrica:
 - recepimento di indicazioni nazionali su organizzazione e accreditamento, con specifica identificazione delle strutture territoriali (Hospice) e domiciliari dedicate;
 - identificazione tramite delibera dei centri *Hub*, *Spoke* e costituzione delle AFT con un MMG formato sulla tematica del dolore;
 - programmi di formazione;
 - programmi di informazione rivolti ai cittadini.

Cure palliative e terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico: valorizzazione manovre (€m ln)			
	2013	2014	2015
Cure palliative e terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico	-	-	-
Cure palliative e terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico	-	-	-
<i>Cure palliative e terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico</i>	-	-	-

Tabella 38 – Sintesi manovre

Azione 14.2.1: Cure Palliative e terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico

Con D.G.R. n. 29-4854 del 31.10.2012 sono stati disposti il recepimento e l'iniziale attuazione dell'Intesa del 25.07.2012, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della Legge 05/06/2003, n. 131, tra il

Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della Salute, di cui all'art. 5 della Legge 15/03/2010, n. 38, di definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore”.

La necessità di colmare eventuali lacune normative e sostanziali nei percorsi assistenziali per le persone a fine vita, o affette da dolore, ha richiesto una puntuale definizione di elementi distintivi strutturali quantitativi e qualitativi che potessero, senza ambiguità, individuare le caratteristiche indispensabili affinché una struttura possa essere considerata a pieno titolo idonea. La definizione di criteri imprescindibili appare condizione necessaria per un reale sviluppo della rete assistenziale, sia nelle cure palliative, sia nella terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico, pur non escludendo il diritto di ogni malato ad un programma di cure personalizzato rispetto alle esigenze ed ai bisogni precisi del paziente e della sua famiglia. In particolare, infatti, la suddetta L. 38/2012 dispone all'articolo 8 che “[...] sono definiti i requisiti minimi e le modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore domiciliari presenti in ciascuna regione, al fine di definire la rete per le cure palliative e la rete per la terapia del dolore, con particolare riferimento ad adeguati standard strutturali qualitativi e quantitativi, ad una pianta organica adeguata alle necessità di cura della popolazione residente e ad una disponibilità adeguata di figure professionali con specifiche competenza ed esperienza nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, anche con riguardo al supporto alle famiglie [...]”. Tali indicazioni riguardano sia l'assistenza ai pazienti adulti, sia quella ai pazienti in età pediatrica e adolescenziale, così come già sancito dall'Accordo in materia di cure palliative pediatriche (Atto Rep. N. 138 del 27/06/2007 della Presidenza del Consiglio dei Ministri) e dal documento tecnico sulle cure palliative pediatriche (Atto Rep. N. 113 del 20/03/2008 della Presidenza del Consiglio dei Ministri). In dettaglio, nell'Intesa in parola si legge che “[...] Le strutture sanitarie che erogano cure palliative e terapia del dolore assicurano un programma di cura individuale e personalizzato che, nel riconoscere la dignità e l'autonomia del paziente offre un'assistenza che deve rispettare standard di qualità e appropriatezza evidenziando, così come sottolineato dal legislatore, le diverse specificità dei percorsi assistenziali nelle cure palliative e nella terapia del dolore. Da questa esigenza è stato necessario costituire due reti nazionali specifiche così come definite dall'art. 2 comma 1 della legge 38/2010 " [...] volte a garantire la continuità assistenziale del malato dalla struttura ospedaliera al suo domicilio e costituite dall'insieme delle strutture sanitarie, ospedaliere e territoriali, e assistenziali, delle figure professionali e degli interventi diagnostici e terapeutici [...]”. L'ambito di riferimento delle cure palliative e della terapia del dolore in età pediatrica necessita di strutture e percorsi specifici così come stabilito dalla legge 38/2010 che tiene conto dell'Accordo tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sottoscritto in data 27/06/2007 e del documento tecnico approvato in data 20/03/2008 in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano. La definizione della rete di assistenza della terapia del dolore nell'adulto ha richiesto un particolare impegno per la mancanza di riferimenti normativi precedenti che potessero indicare la direzione verso cui rivolgersi. La definizione di requisiti minimi e delle modalità organizzative, risponde dunque all'esigenza primaria di fornire cure adeguate ai bisogni del malato e della sua famiglia per qualunque patologia evolutiva durante tutto il suo decorso, per ogni età e in ogni luogo di cura, sull'intero territorio nazionale, garantendo equità nell'accesso ai servizi e qualità delle cure nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza. [...]”. Il documento oggetto di intesa ha, appunto, l'obiettivo primario di assicurare un'omogeneità di prestazioni su tutto il territorio nazionale rispondendo a criteri di equità e accessibilità, in conformità con le indicazioni della normativa. La D.G.R. suddetta recepisce in toto la normativa nazionale, compatibilmente con quanto disposto dal Piano Sanitario Regionale 2012-2015, approvato con D.C.R. n. 167-14087 del 03.04.2012 ed, in particolare, con la riorganizzazione della Rete Ospedaliera regionale che in esso è dettagliata.

“ [...] Per Rete Locale di Cure Palliative si intende una aggregazione funzionale ed integrata delle attività di cure palliative erogate nei diversi *setting* assistenziali, in un ambito territoriale definito a livello regionale, che soddisfa contemporaneamente i seguenti requisiti:

- strutture organizzative di erogazione e coordinamento della Rete locale di Cure Palliative;
- cure Palliative per qualunque patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie o, se esse esistono, sono inadeguate o sono risultate inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita (L. 38/2010, art. 2, comma 1);
- operatività di équipe multi professionali dedicate, ai sensi dell'Art. 5 Comma 2;
- unitarietà del percorso di cure domiciliari;

- continuità delle cure;
- formazione continua per gli operatori;
- programmi di supporto psicologico all'equipe;
- misurazione della Qualità di vita;
- cura attiva e globale e salvaguardia della dignità e autonomia del malato;
- è garantita l'esistenza e l'applicazione di protocolli per il riconoscimento dei malati che si avvicinano agli ultimi giorni o ore di vita, per la valutazione dei loro bisogni specifici, per una adeguata comunicazione con il malato e la famiglia e per l'applicazione di linee guida per il controllo dei sintomi più frequenti in queste situazioni;
- supporto sociale e spirituale a malati e familiari;
- programmi di supporto al lutto;
- dilemmi etici;
- programmi di informazione alla popolazione sulle cure palliative;
- programmi di valutazione della qualità delle cure [...]”.

“ [...] Per Rete di Terapia del dolore si intende un’aggregazione funzionale ed integrata delle attività di terapia del dolore erogate nei diversi setting assistenziali, che ha l'obiettivo di migliorare la qualità della vita delle persone adulte affette da dolore indipendentemente dalla sua eziopatogenesi, riducendone il grado di disabilità e favorendone la reintegrazione nel contesto sociale e lavorativo. [...].

Centri Hub e Spoke

I nodi della rete sono le strutture declinate, come da accordo sancito dalla Conferenza Stato Regioni 16/12/2010, nelle Linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali Legge 15/03/2010 n. 38, Art. 3,:

- ambulatori dei Medici di Medicina Generale: forme di organizzazione funzionale previste dagli accordi collettivi con la Medicina Generale;
- centri *Spoke*/centri ambulatoriali di terapia del dolore;
- centri *Hub*/Centri Ospedalieri di terapia del dolore.

Si integrano nella rete tutte le attività specialistiche orientate alla diagnosi, terapia, riabilitazione di patologie dolorose specifiche.

Aggregazioni territoriali MMG

Con lo sviluppo delle aggregazioni territoriali di MMG sul territorio nazionale e l'attuazione di un programma di formazione dei MMG nell'ambito della terapia del dolore, si viene a definire un modello articolato sulla base della struttura organizzativa della medicina generale in grado di dare la prima risposta diagnostica e terapeutica ai bisogni della persona con dolore, di indirizzare, quando necessario e secondo criteri condivisi di appropriatezza, il paziente allo *Spoke*/centro ambulatoriale di terapia del dolore o all'*Hub* /Centro ospedaliero di terapia del dolore, e garantire la continuità della gestione nell'ambito di percorsi definiti nella rete.

Spoke/centro ambulatoriale di terapia del dolore

Struttura ambulatoriale. La struttura di livello *Spoke* è preposta ad effettuare interventi diagnostici e terapeutici farmacologici, strumentali, chirurgici variamente integrati, finalizzati alla riduzione del dolore e delle disabilità delle persone assistite in regime ambulatoriale. Garantisce la gestione del dolore indipendentemente dalla sua eziopatogenesi.

Hub / Centro ospedaliero di terapia del dolore

La struttura di livello *Hub* è preposta ad erogare interventi diagnostici e terapeutici ad alta complessità (farmacologici, chirurgici, psicologici variamente integrati) finalizzati alla riduzione del dolore e delle disabilità delle persone con dolore, in regime ambulatoriale, ricovero ordinario, di *day hospital* o attraverso modalità alternative previste dai vari ordinamenti regionali.

Garantisce la gestione del dolore, attraverso un approccio interdisciplinare per le patologie complesse, sia con team dedicati che con rete di consulenze.

Alla struttura *Hub* possono essere affidati i compiti di sorveglianza delle innovazioni tecnologiche e di monitoraggio dei processi di cura complessi e i registri per le procedure a permanenza.

La distribuzione sul territorio regionale degli Hub/Centro Ospedaliero di terapia del dolore e *Spoke*/centro ambulatoriale di terapia del dolore viene proporzionata al numero di abitanti, salvaguardando le aree territoriali disagiate, quindi una rete regionale può avere più di un *Hub*/Centro Ospedaliero di terapia del dolore [...]”.

La Regione Piemonte ha attuato, per prima, in Italia, le disposizioni della L. 38/2010: infatti, con D.G.R. n. 30-866 del 25.10.2010, sono state istituite la Rete Regionale di Cure Palliative e la Rete regionale di Terapia del Dolore, e con successiva DGR n. 31-1482 del 11.02.2011 sono state definite la composizione e le modalità di funzionamento della Commissione regionale di Coordinamento della Rete di Cure Palliative e della Commissione regionale di Coordinamento della Rete di Terapia del Dolore. Le due Commissioni sopra citate hanno lavorato, sin dal loro insediamento, al fine di elaborare proposte all'Assessorato alla Sanità, per la concretizzazione dei dettami della Legge nazionale ed, in particolare, dall'approvazione dell'Intesa in parola, per l'attuazione di quanto disposto da quest'ultima, compatibilmente con il contesto normativo, economico e sociale della Regione Piemonte. Inoltre, il Piano Sanitario Regionale 2012-2015, approvato con D.C.R. n. 167-14087 del 03.04.2012, ha individuato la Rete regionale di Cure Palliative e la Rete regionale di Terapia del Dolore tra i propri progetti speciali di salute, riconoscendone la rilevanza e la necessità di realizzazione. In riferimento alla Rete regionale di Cure Palliative, quindi, si è ribadito l'obbligo delle Aziende Sanitarie di ottemperare a quanto previsto dalla normativa nazionale negli specifici ambiti sopra elencati, tenuto conto di quanto disposto dal Piano Sanitario Regionale 2012-2015, approvato con D.C.R. n. 167-14087 del 03.04.2012 ed, in particolare, della riorganizzazione della Rete Ospedaliera regionale che in esso è dettagliata. Con successiva Determinazione del Direttore n. 388 del 21.05.2013, è stata approvata l'individuazione dei percorsi attuativi della Rete regionale di Cure Palliative, in attuazione della D.G.R. n. 29-4854 del 31.10.2012 di recepimento ed iniziale attuazione dell'Intesa del 25.07.2012. In particolare, la DD. 388 del 21.05.2013 stabilisce che alla realizzazione della fase iniziale di quanto disposto dall'Intesa recepita con D.G.R. n. 29-4854 del 30.10.2012, si provvederà nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e, comunque, senza nuovi, o maggiori oneri per il bilancio regionale; la fase iniziale è quantificata in 24 mesi. Inoltre, per quanto riguarda la Rete regionale di Terapia del Dolore ed in particolare l'individuazione dei centri *Hub&Spoke* di terapia del dolore per adulti sono subito stati individuati tali centri, sulla base di criteri di perequazione territoriale, di bacini di utenza e di prestazioni assistenziali erogate. L'individuazione dei Centri suddetti tiene conto di quanto disposto dal Piano Sanitario Regionale 2012-2015, approvato con D.C.R. n. 167-14087 del 03.04.2012 ed, in particolare, della riorganizzazione della Rete Ospedaliera regionale che in esso è dettagliata. Per quanto riguarda le specifiche delle prestazioni erogate dai Centri *Hub&Spoke*, le loro modalità di funzionamento – nel pieno rispetto di quanto disposto dall'Intesa,– e facendo seguito alla riorganizzazione della Rete ospedaliera regionale, si è demandato ad successivo provvedimento della Direzione Sanità (Determinazione del Direttore n. 156 del 07.03.2013) l'indicazione di dettaglio delle stesse, con la contestuale individuazione di *Spoke* di primo e di secondo livello, tenendo conto del fabbisogno e dell'offerta assistenziale, nelle singole realtà territoriali. In riferimento alla dotazione di personale medico ed infermieristico assegnato ai centri Hub ed ai centri Spoke, si è ritenuto, nel provvedimento sopra citato, di indicare un numero iniziale di risorse di personale specificamente dedicato, che tenesse conto dell'attuale contesto di regolamentazione della limitazione della dotazione di personale nelle Aziende sanitarie regionali e, contestualmente, consentisse un corretto start up delle attività formalizzate di terapia del dolore, in base alla normativa vigente.

Per quanto riguarda, infine, la Rete Pediatrica di Cure Palliative e di Terapia del Dolore, stanti le peculiarità dei percorsi assistenziali dedicati ai pazienti pediatrici, si è demandato a successivo provvedimento deliberativo – attualmente in elaborazione - l'individuazione dei Centri di Riferimento sul territorio regionale e la definizione della Rete stessa, indicata nell'Intesa in parola come “un'aggregazione funzionale ed integrata delle attività di Terapia del Dolore e Cure Palliative rivolte al minore, erogate nei diversi *setting* assistenziali, in un ambito territoriale ed ospedaliero definito a livello regionale [...]”. Tutto questo, tenuto conto di quanto già specificamente disposto in materia, in particolare dalla D.G.R. n. 20-13204 del 08.02.2010, inerente a “Rete delle cure palliative pediatriche: consolidamento della rete ed istituzione degli hospice”.

Tariffe

Per quanto riguarda la tariffazione delle prestazioni di cure palliative, in Piemonte sono vigenti come di seguito dettagliato:

Tariffazione giornaliera Hospice: €258,23

(D.G.R. n. 16-3259 del 18.06.2001, "Revisione della tariffazione giornaliera a carico del Servizio Sanitario Regionale delle prestazioni di ricovero del Centro di Cure Palliative -Hospice- e determinazione tariffe in euro dei Servizi Sanitari residenziali extraospedalieri. Modifica alla D.G.R. n. 35-29525 del 01.03.2000").

Tariffazione giornata effettiva di assistenza: €70,00

(D.G.R. n. 55-13238 del 03.08.2004, "Ulteriori modifiche ed integrazioni della D.G.R. n.41-5952 del 07.05.2002, della D.G.R. n. 15-7336 del 14.10.2002 e della D.G.R. n. 62-9692 del 16.06.2003, inerenti rispettivamente le linee guida regionali del Servizio Cure Domiciliari, le linee guida per l'applicazione delle cure palliative e le disposizioni per l'attribuzione di un peso ai casi di Cure Domiciliari correlato al consumo di risorse impiegate").

Le prestazioni di terapia del dolore, sono tariffate secondo quanto disposto dai nomenclatori tariffari nazionale e regionale.

La Regione Piemonte partecipa al "Tavolo misto Stato-Regioni per l'individuazione delle tariffe nell'ambito delle reti di cure palliative e di terapia del dolore rivolte al paziente adulto e pediatrico", insediatosi il 13.06.2013 (Decreto del Dipartimento della programmazione e dell'ordinamento del servizio sanitario nazionale – direzione Generale della Programmazione Sanitaria del 15.03.2013).

La Rete degli hospice

La programmazione di apertura di hospice sul territorio regionale, è – ad oggi - così dettagliata:

CENTRO	ASL di appartenenza	POSTI LETTO
<input type="checkbox"/> Centro di Cure Palliative (c.c.p.) ASL 1 P.O. Valletta	ASL TO1	10
<input type="checkbox"/> Fondazione Faro Presso Ospedale San Vito (due moduli hospice, rispettivamente da 14 e da 20 pl)	AO Città della Salute di Torino (già AOU San Giovanni Battista) (gestione indiretta tramite onlus)	34
P.O. Martini	ASL TO1	8
P.O. Birago di Vische	ASL TO2	8
C.c.p. di Villar Perosa	ASL TO3	8
C.c.p. Ciriè	ASL TO4	10
<input type="checkbox"/> Ospedale ex Mauriziano di Lanzo	ASL TO4	10
<input type="checkbox"/> C.c.p. R.S.A. di Foglizzo	ASL TO4	10
<input type="checkbox"/> C.c.p. di Villa Scolopis Salerano	ASL TO4 (gestione indiretta tramite onlus)	8
<input type="checkbox"/> C.c.p. Ospedale di Gattinara	ASL VC	10
<input type="checkbox"/> C.c.p. Lega Italiana Tumori Orsa Maggiore di Biella	ASL BI (gestione indiretta tramite onlus)	10
<input type="checkbox"/> C.C.P. San Rocco-Galliate	AOU Maggiore della Carità di Novara	10
<input type="checkbox"/> C.c.p. Ex Ospedale San Rocco Verbano-Cusio-Ossola	ASL VCO	20
<input type="checkbox"/> C.c.p. R.S.A. di Busca	ASL CN1	11
C.c.p. Ospedale di Bra	ASL CN2	8
<input type="checkbox"/> C.c.p. ex ECA Alessandria	ASL AL	16
<input type="checkbox"/> C.c.p. Ospedale di Casale	ASL AL	8
<input type="checkbox"/> C.C.P. San Luigi Orbassano	AOU S. Luigi di Orbassano (gestione indiretta tramite onlus)	10
TOTALE POSTI LETTO		209

Gli hospice evidenziati (*) sono quelli attualmente autorizzati.

Sulla base degli ultimi dati di mortalità per cancro a disposizione (Dati Istat – anno 2010), il fabbisogno di posti letto hospice in Piemonte ammonta a circa 262 posti letto (deceduti per cancro in Piemonte nell'anno 2010: 14.691 persone).

Risultati programmati

- Elaborazione e avvio di programmi formativi rivolti agli operatori per entrambe le Reti;
- avvio della Campagna di Comunicazione istituzionale promossa dal Ministero;
- individuazione di dettaglio dei percorsi attuativi previsti dalla normativa nazionale, in particolare per quanto riguarda il soddisfacimento dei requisiti dei centri erogatori di cure palliative e la piena attuazione degli obiettivi di risposta al fabbisogno di salute previsti;
- definizione di un sistema tariffario di riferimento in base alle risultanze del Tavolo previsto dall'Intesa Stato-Regioni del 25 luglio 2012;
- avvio della fase di concentrazione e razionalizzazione dell'offerta assistenziale per quanto riguarda le prestazioni di cure palliative, con particolare riferimento alla puntuale definizione del fabbisogno di posti letto in Hospice (in base al parametro di 1 posto letto ogni 56 deceduti di tumore) suddiviso per aree territoriali sovrazonali), partendo dalla situazione attuale che mostra ancora carenze;
- definizione della Rete di Cure Palliative e di Terapia del Dolore rivolta ai pazienti in età pediatrica.
- completamento dei programmi formativi rivolti agli operatori per entrambe le Reti;
- elaborazione dei PDTA per i percorsi di terapia antalgica per alcune tipologie di dolore (es. oncologico, Low Back Pain);
- rinnovo della Campagna di Comunicazione;
- piena attuazione della Rete di Cure Palliative e di Terapia del Dolore rivolta ai pazienti in età pediatrica.

Indicatori di risultato

- Report sui programmi formativi rivolti agli operatori per entrambe le Reti e verifica del numero degli operatori formati sul totale degli operatori dedicati, entro il 31/03/2014;
- Determinazione del Direttore della Direzione Sanità per l'individuazione di dettaglio dei percorsi attuativi della normativa nazionale, in particolare per quanto riguarda il soddisfacimento dei requisiti dei centri erogatori di cure palliative e la piena attuazione degli obiettivi di risposta al fabbisogno di salute previsti, con specifico documento dedicato alla rete degli Hospice, entro il 31/03/2014;
- Deliberazione di Giunta regionale per la formalizzazione della Rete di Cure Palliative e di Terapia del Dolore rivolta ai pazienti in età pediatrica, entro il 31/12/2013;
- Determinazione del Direttore della Direzione Sanità per la formalizzazione dei percorsi di collaborazione e di collegamento funzionale con i MMG formati sulla tematica dolore, entro il 30/06/2014;
- Determinazione del Direttore della Direzione Sanità per la puntuale definizione del fabbisogno di posti letto in Hospice (in base al parametro di 1 posto letto ogni 56 deceduti di tumore) suddiviso per aree territoriali sovra zonali), con la programmazione dell'attivazione degli ulteriori posti letto necessari alla copertura del fabbisogno, entro il 30/06/2014;
- Report sull'attività della Rete di Terapia del Dolore, con eventuale revisione dell'attuale assetto e dei percorsi gestionali ed organizzativi – da formalizzarsi rispettivamente con deliberazione di Giunta regionale e con determinazione del Direttore della Direzione Sanità - in particolare per quanto riguarda la dotazione di personale dei Centri e l'attribuzione delle funzioni e dei compiti assistenziali specifici, entro il 30/06/2014;
- Determinazione del Direttore della Direzione Sanità per la formalizzazione dei PDTA per i percorsi di terapia antalgica per alcune tipologie di dolore (es. oncologico, *Low Back Pain*), entro il 31/12/2014;
- Report periodici di verifica dell'effettiva operatività delle Reti, tramite questionari da compilarsi a cura delle ASR, a partire da Giugno 2015.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore "Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali" della Direzione Regionale Sanità.

Intervento 14.3: Assistenza primaria

Tale intervento, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- riorganizzazione dell'assistenza primaria secondo le indicazioni della legge 189/2012:
 - unità di cure primarie e studi multi professionali;
 - presidi residenziali di assistenza primaria (cd. Ospedali di comunità);
- accordi con MMG/PLS: individuazione o rimodulazione delle forme di associazionismo;
- assistenza specialistica ambulatoriale (riorganizzazione dei laboratori con previsione di forme di accorpamento);
- piano regionale di contenimento dei tempi d'attesa, sulla base della normativa vigente, che preveda il monitoraggio dei relativi flussi informativi, anche attraverso il Sistema Tessera Sanitaria.

Assistenza primaria: valorizzazione manovre (€mln)			
	2013	2014	2015
Assistenza primaria	12,7	18,3	19,6
Assistenza primaria	12,7	18,3	19,6
<i>Unità di cure primarie e studi multiprofessionali e Accordi con MMG/PLS: individuazione o rimodulazione delle forme di associazionismo</i>	-	-	-
<i>Il Centro di Assistenza Primaria (CAP)</i>	-0,6	-1,2	-2,4
<i>Presidi residenziali di assistenza primaria</i>	8,3	12,0	12,0
<i>Assistenza specialistica ambulatoriale (riorganizzazione dei laboratori con previsione di forme di accorpamento).</i>	5,0	7,5	10,0
<i>Piano Regionale di contenimento delle liste di attesa</i>	-	-	-

Tabella 39 – Sintesi manovre

Il PSSR 2012-2015 individua gli obiettivi generali di salute e di benessere da assumere per la programmazione locale, le strategie di sviluppo e le linee di governo dei servizi. Il PSSR si inserisce in un complesso quadro clinico istituzionale e normativo che contiene al suo intento anche vincoli di programmazione economico-finanziaria nel rispetto della garanzia dei livelli essenziali di assistenza, in coerenza con i principi che hanno ispirato la definizione degli obiettivi e delle azioni di cui all'Accordo e allegato Piano di rientro di riqualificazione e riorganizzazione e di individuazione degli interventi per il conseguimento dell'equilibrio economico sottoscritto con il Ministero della Salute ed il Ministero dell'Economia e delle Finanze e di cui alla D.G..R. n. 1-415 del 2/08/2010. In attuazione di quest'ultimo provvedimento la Regione ha presentato un programma attuativo che si pone come obiettivo generale l'esplicitazione dei percorsi di riorganizzazione del SSR in Regione Piemonte la cui realizzazione passa in particolare attraverso azioni per il completo perseguimento dei LEA in modo omogeneo sul territorio regionale che contemplano l'utilizzo appropriato ed efficiente dei servizi e delle prestazioni, il riordino delle risposte assistenziali ponendo particolare attenzione al riequilibrio tra i macro livelli assistenziali, lo sviluppo dell'assistenza collettiva e distrettuale ed il contenimento dell'assistenza ospedaliera. In questo ambito il Piano dell'assistenza territoriale individuato è coerente con un modello di medicina del territorio (a cui concorrono tutti i professionisti/le strutture del sanitario e del socio-sanitario) caratterizzato da modalità assistenziali in grado di garantire risposte integrate ai problemi di salute acuti e cronici, che costituiscono il fabbisogno cui deve rispondere il territorio. In questo contesto il Distretto deve essere soggetto di governo dei processi organizzativi di cura territoriale rispondenti a percorsi assistenziali appropriati alla domanda di assistenza sanitaria e socio sanitaria della popolazione. La necessità di integrare professionalità, settori ed istituzioni diverse (sanità ed assistenza) nasce dall'esigenza di affrontare i problemi posti dalle nuove condizioni demografiche, che si coniugano all'aumento ed allo sviluppo delle malattie croniche degenerative, associate prevalentemente alla condizione anziana, ma ben presenti anche tra gli adulti ed i giovani. Fra le linee di azione prioritarie a fondamento di tale processo, individuate nell'ambito del vigente quadro normativo e programmatico nazionale e regionale, emergono la valorizzazione ed il consolidamento del distretto sanitario, individuato quale articolazione aziendale per il governo della rete dei servizi sanitari e socio-sanitari e per l'erogazione dei servizi di assistenza primaria. I distretti organizzano i servizi di assistenza primaria, ambulatoriale, domiciliare, semi-residenziale e residenziale; provvedono al sostegno alle famiglie, agli anziani, ai soggetti con malattie croniche e gestiscono le attività sanitarie, socio-sanitarie e sociali, eventualmente loro delegate dai Comuni, ai

sensi della L.R. 1/2004. A questo guarda la recente modifica dell'art. 2 della L.R. 18/2007 e s.m.i. (Norme per la programmazione socio-sanitaria ed il riassetto del servizio sanitario regionale) che introduce l'obbligatorietà della coincidenza territoriale tra distretto ed ambito della gestione dei servizi sociali, al fine di garantire in maniera ottimale la programmazione e lo svolgimento delle prestazioni dell'area dell'integrazione socio-sanitaria. Infatti, vi sono alcuni snodi dell'organizzazione assistenziale che devono essere particolarmente presidiati da modalità di lavoro integrato, quali i passaggi tra aree assistenziali diverse dove la mancata continuità fa precipitare le condizioni di cura. A tal fine, con D.G.R. n. 27-3628 del 28 marzo 2012, è stato definito il modello organizzativo per garantire all'utente un percorso integrato ospedale-territorio all'interno della rete dei servizi per interventi di tipo sanitario e socio-assistenziale. Il modello organizzativo individuato si propone l'obiettivo di assicurare concretamente una continuità assistenziale in grado di operare nell'ambito di un'integrazione reale tra ospedale, professionisti presenti sul territorio, strutture territoriali. Peraltro, una appropriata gestione del rapporto ospedale-territorio permette anche di migliorare il grado di appropriatezza dell'attività di ricovero. La traduzione operativa dell'assistenza territoriale è rappresentata da risposte organizzative articolate per bisogni assistenziali all'interno di programmi di intervento che si snodano attraverso offerte domiciliari, territoriali, residenziali. Le risposte organizzative ai bisogni sanitari e socio-assistenziali da assicurare in ambito extra ospedaliero interessano gli interventi per cure palliative e terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico (punto 14.2), Assistenza Primaria- (14.3)- CAP, attività extraospedaliera di continuità assistenziale a valenza sanitaria e specialistica ambulatoriale -, assistenza territoriale (14.4) - disabili, anziani, assistenza domiciliare integrata, pazienti psichiatrici, soggetti tossicodipendenti, minori con problematiche di salute-.

Azione 14.3.1: Unità di cure primarie e studi multiprofessionali e Accordi con MMG/PLS: individuazione o rimodulazione delle forme di associazionismo

Il nuovo PSSR 2012-2015, adottato con D.C.R. n. 167-14087 del 3.4.2012, individua una serie di obiettivi rivolti al rafforzamento delle attività sanitarie territoriali per migliorare la qualità e l'appropriatezza dell'assistenza, nel rispetto della restrizione economica attuale. Le principali linee direttrici definite dalla programmazione regionale contenuta nel Piano e nei provvedimenti regionali emanati in attuazione dell'Addendum al Programma Attuativo del Piano di Rientro, riguardo alla riorganizzazione dell'assistenza primaria sul territorio regionale sono le seguenti:

- riordino delle Cure primarie, comprendenti la medicina generale intesa in tutti le sue funzioni, la pediatria di territorio e la specialistica ambulatoriale, mediante lo sviluppo dei modelli di associazionismo e di integrazione mono e multiprofessionale previsti dal vigente contratto nazionale (con il distretto che svolge un ruolo di governo e di coordinamento territoriale, oltre che sede di riferimento);
- potenziamento della rete territoriale attraverso la realizzazione dei Centri di Assistenza Primaria (CAP), strutture polifunzionali distrettuali prioritariamente destinate all'assistenza continuativa, nell'arco dell'intera giornata, alle cronicità e alla risoluzione di problematiche socio-sanitarie post-acute;
- coordinamento tra strutture ospedaliere e rete territoriale con l'obiettivo di semplificare e di "accompagnare" l'intero percorso di cura del paziente, perseguendo quell'integrazione ospedale-territorio finalizzata anche a risolvere il sempre più pressante problema dell'improprio sovraffollamento delle strutture ospedaliere.

Gli obiettivi previsti dall'Addendum (D.G.R. n. 44-1615 del 28.2.2011, punto 1.4.2) sono qui di seguito riportati:

- aggiornamento dell'organizzazione della medicina generale, attraverso l'implementazione del modello fondato sulle forme associative e finalizzato a garantire un maggiore accessibilità, qualità delle cure e continuità assistenziale;
- riorganizzazione dell'assistenza specialistica, attraverso l'attiva partecipazione alle forme organizzative complesse di assistenza primaria e la condivisione dei percorsi clinico-assistenziali con la componente ospedaliera.

La normativa regionale vigente riguardo alla riorganizzazione delle cure primarie sul territorio è rappresentata dai seguenti provvedimenti:

- D.G.R. n. 28-2960 del 24.4.2006, con la quale è stato recepito l'Accordo integrativo regionale (A.I.R.) per la medicina generale;

- D.G.R. n. 26-3627 del 28.3.2012, con la quale sono state definite le linee guida regionali per la sperimentazione dei Centri di Assistenza Primaria (CAP).

Al fine di garantire un omogeneo sviluppo, sul piano gestionale, degli interventi realizzativi di CAP sul territorio regionale, occorre procedere contestualmente all'aggiornamento dell'Accordo Integrativo Regionale (A.I.R.) al fine di renderlo coerente con il vigente Accordo collettivo nazionale (A.C.N. 2009 e s.m.i.), con l'art. 1 della L. n. 189 dell'8.11.2012 (conversione del D.L. n.158/2012 recante "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute"), oltre che con la sopra citata normativa regionale.

Quanto sopra anche considerato che la L. n. 135 del 7.8.2012, all'art. 15, comma 13, punto c), prevede che le Regioni disciplinino la riduzione dello standard dei p.l. ospedalieri accreditati "nel rispetto della riorganizzazione dei servizi distrettuali e delle cure primarie finalizzate all'assistenza 24 ore su 24 sul territorio adeguandoli agli standard europei". Al riguardo occorre anche far riferimento all'Accordo Stato-Regioni del 7.2.2013 avente ad oggetto "Linee d'indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale" ed ai relativi principi, criteri e indirizzi contenuti nell'Allegato A.

Per quanto attiene all'impatto economico connesso alla contrattazione integrativa regionale, occorre far riferimento alla seguente normativa nazionale:

- l'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) 29.7.2009, laddove in relazione alle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) ex art. 26 ter, quali forme organizzative multiprofessionali dei medici convenzionati finalizzate ad assicurare la continuità dell'assistenza h 24, si stabilisce che "per l'attivazione e il funzionamento delle singole unità complesse di cure primarie, gli stessi accordi, nella valutazione delle risorse necessarie a ciascuna, riallocano gli incentivi e le indennità, fino ad allora di competenza dei medici che ne entrano a far parte, riferiti all'associazionismo, all'impiego di collaboratori di studio, agli infermieri professionali ed agli strumenti informatici in un quadro di tutela dei diritti previdenziali e di equità di trattamento tra tutti i partecipanti all'UCCP, con la salvaguardia del valore economico del trattamento individuale e ferma restando la specificità di area. Nell'ambito degli stessi accordi la dotazione strutturale, strumentale e di personale può essere prevista attraverso l'erogazione in forma diretta da parte dell'azienda o in forma indiretta tramite il finanziamento del medico";
- la L. n.135/2012, art. 15, comma 25, in base a cui le disposizioni relative alle limitazioni della crescita dei trattamenti economici anche accessori del personale delle P.A. (fino a tutto il 2014) si applicano anche al personale convenzionato con il SSR.

La L. 189/2012, art. 1, comma 6 che stabilisce che:

- entro sei mesi dall'entrata in vigore della legge stessa, si procederà all'adeguamento degli accordi collettivi nazionali relativi alla disciplina dei rapporti con i MMG, i PDLS e gli specialisti ambulatoriali, rispetto ai contenuti innovativi sulla riqualificazione dell'assistenza primaria introdotti dalla legge stessa;
- i suddetti adeguamenti contrattuali verranno definiti "nel limite dei livelli remunerativi fissati dai medesimi vigenti accordi collettivi nazionali e nel rispetto dell'art.15, comma 25 della L. n. 135/2012".

La legge stabilisce inoltre che "entro i successivi novanta giorni, senza ulteriori oneri per la finanza pubblica, sono stipulati i relativi accordi regionali attuativi".

Nel corso dell'anno 2012 si riscontra la seguente articolazione delle forme associative previste dai vigenti accordi nazionali e regionali per la medicina generale e pediatria di territorio:

- MMG
 - il 22,4% del totale dei MMG convenzionati con il SSR (n. 3222 al 30.6.2012) opera in associazione semplice, a favore del 22,8% del totale degli assistiti in ambito regionale (con una riduzione, di questi ultimi, di circa il 2% rispetto al 31.12.2011);
 - il 30,2% opera in Medicine di Gruppo, a favore del 32% del totale degli assistiti (dato stabile rispetto al 31.12.2011);
 - il 32,7% opera in Medicina Rete, a favore del 29% del totale degli assistiti (con un incremento, di questi ultimi, di circa lo 0,7% rispetto al 31.12.2011).

■ PDLS

- il 50,11% del totale dei PDLS convenzionati con il SSR (n. 435 al 31.12.2012) opera in associazione semplice, a favore del 48,89% del totale degli assistiti in ambito regionale (dato in lieve flessione rispetto al 31.12.2011);
- il 16,5% opera in Pediatria di Gruppo, a favore del 17,66% del totale degli assistiti (lieve incremento di questi ultimi rispetto al 31.12.2011 in quanto la percentuale registrata in tale data era pari al 16,68 %);
- il 2,3% opera in Pediatria in Rete, a favore del 2,7% del totale degli assistiti (con decremento di circa 1 punto % rispetto al 31.12.2011).

La tendenza alla contrazione dell'associazionismo semplice, che si manifesta a partire dal 2009, evidenzia la necessità di definire un percorso di superamento di tale forma associativa, analogamente ad altri istituti contrattuali che ad oggi possono considerarsi ormai consolidati e/o non più attuali, con riallocazione delle relative risorse in funzione di altri obiettivi definiti come prioritari nell'ambito della programmazione e riorganizzazione dell'assistenza primaria sul territorio regionale. Anche il ruolo e la connotazione delle equipe territoriali devono essere riconsiderati e riorientati in direzione delle nuove forme organizzative monoprofessionali definite dall'A.C.N. 2009, art.26 bis (Aggregazioni funzionali territoriali), come contesto del governo clinico e del coordinamento dell'assistenza primaria sul territorio, con attribuzione di precisi obiettivi quantificabili e misurabili a cui commisurare, solo se raggiunti, i relativi compensi incentivanti. Sul versante della Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica) sono state adottate misure correttive ai fini della revisione e riorganizzazione del servizio sul territorio regionale, attraverso l'aggiornamento degli accordi integrativi regionali senza oneri aggiuntivi, in coerenza con gli obiettivi posti dal Piano di rientro. Fra gli interventi posti in essere, in coerenza con le misure di contenimento della spesa sanitaria e di riequilibrio economico-finanziario in corso nell'ambito della programmazione regionale, figura la riorganizzazione del sistema regionale di Continuità Assistenziale, recepito con la DGR n. 32-4961 del 28.11.2012. Con questo provvedimento amministrativo, adottato in attuazione dell'Addendum al Piano di rientro e alla luce di quanto espressamente previsto dalla precedente D.G.R. n. 46-1982 del 29/04/2011, "Attuazione Piano di rientro. Decisioni in merito alla revisione del sistema di Continuità Assistenziale", sono stati individuati opportuni correttivi, unitamente ad adeguamenti organizzativi e strutturali, al fine di raggiungere i previsti obiettivi di razionalizzazione della spesa e contenimento dei costi.

Gli interventi e le misure adottate prevedono:

- la centralizzazione delle chiamate ad un numero unico verde regionale afferente alle Centrali Operative del Servizio di Continuità Assistenziale e la loro allocazione presso le centrali operative E.S.T. 118, secondo l'assetto già ridefinito dalla D.G.R. n. 3-2249 del 27/06/2011, pur mantenendo la piena autonomia organizzativo-funzionale dei rispettivi Servizi aziendali;
- la riorganizzazione delle postazioni operative di Continuità Assistenziale (ex guardia medica) esistenti sul territorio regionale.

Il Sistema stesso è stato infine riordinato, favorendo anche la sua progressiva integrazione organica con la rete territoriale di E.S.T. 118 e la rete delle cure primarie su tutto il territorio regionale.

Si precisa infine che l'istituzione di un numero verde regionale a disposizione degli assistiti per le chiamate telefoniche alle Centrali Operative del Servizio di Continuità Assistenziale, da allocare presso le Centrali operative di Emergenza Sanitaria Territoriale 118, è previsto entro il primo semestre 2014. Nello stesso periodo si prevede di terminare il monitoraggio dei necessari adeguamenti strutturali e organizzativi volti alla rimodulazione del Sistema Regionale di Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica), così come previsto dalla DGR n. 32-4961 del 28.11.2012.

Il modello previsto dal PSSR 2012-2015, punto 5.2.4, è fondato sullo sviluppo di un piano di rimodulazione e di riqualificazione delle forme associative della medicina convenzionata, coerente con le indicazioni della L. n. 189 dell'8.11.2012, con la costituzione di team multiprofessionali adeguatamente integrati, al fine di:

- acquisire il maggior numero possibile di assistiti e di garantire una risposta appropriata alle esigenze di salute dei pazienti in ogni parte del territorio regionale;
- ottimizzare l'esercizio delle competenze delle diverse professionalità, la presa in carico dei problemi della cronicità e la risposta alla continuità assistenziale, attraverso metodi di medicina d'iniziativa e nell'ambito del coordinamento distrettuale;

L'obiettivo perseguito è quello di articolare, organizzare e supportare al meglio la rete territoriale dell'assistenza primaria, facendo in modo che la stessa possa sempre più rappresentare per il

paziente il punto di riferimento per l'inquadramento clinico-terapeutico, nonché una valida alternativa all'improprio utilizzo del pronto soccorso ospedaliero.

Il modello delineato nel P.S.S.R. deve essere sviluppato, dal punto di vista organizzativo ed operativo, nell'ambito degli Accordi integrativi regionali con i medici convenzionati, che necessitano di essere aggiornati, previa valutazione delle risorse necessarie per il funzionamento delle nuove forme organizzative e ponendo in essere interventi di riallocazione delle risorse già oggi riferite all'associazionismo, così come previsto dal sopra citato A.C.N. 29.7.2009 e s.m.i., art. 26 ter, comma 2;

Ad avvenuta definizione del nuovo A.C.N., come previsto dalla sopra richiamata L. n.189/2012, sarà pertanto attivata la piattaforma negoziale finalizzata alla revisione degli Accordi regionali sottoscritti nel 2006, per adeguarli riorientando le relative risorse prioritariamente rispetto:

- ai nuovi obiettivi introdotti dal P.S.S.R. 2012-2015;
- al modello organizzativo fondato sulla continuità delle cure territoriali nell'arco dell'intera giornata delineato con la D.G.R. n. 26-3627/2012 (CAP), in coerenza con la normativa nazionale di cui alla L. n. 189/2012;
- agli istituti innovativi in materia di forme organizzative dei medici convenzionati con il SSN introdotti dal vigente A.C.N. 2009.

Riguardo all'assistenza specialistica ambulatoriale, gli interventi di realizzazione dei CAP in fase di sviluppo sul territorio definiscono:

- forme di accorpamento presso un unico spazio fisico (sede CAP e/o "antenne"periferiche) di ambulatori dislocati in sedi diverse sul territorio distrettuale (es. poliambulatori distrettuali o sub-distrettuali, ambulatori ospedalieri, ecc.);
- protocolli di raccordo e di coordinamento tra il Centro stesso e l'area specialistica ambulatoriale distrettuale ed ospedaliera al fine di garantire la continuità nell'erogazione delle relative prestazioni nell'ambito di percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA) predefiniti e condivisi per tipi di patologia.

Risultati programmati

- Sviluppo di un piano di rimodulazione e di riqualificazione delle modalità associative della medicina convenzionata, attraverso la progressiva attivazione delle forme organizzative monoprofessionali e multiprofessionali previste dalla vigente normativa nazionale (A.F.T. e U.C.C.P.); in particolare:
- riorganizzazione delle funzioni attualmente esercitate dalle equipe territoriali nell'ambito delle A.F.T. che, come previsto dall'art. 1 della L. n. 189/2012, " *condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi* " ;
- integrazione delle vigenti forme associative MMG/PDLS nell'ambito delle U.C.C.P. che, come previsto dalla stessa legge " *erogano, in coerenza con la programmazione regionale, prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici,delle altre professionalità convenzionate con il Servizio sanitario nazionale, degli infermieri, delle professionalità ostetrica, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria*".

Le funzioni e le competenze di tali forme organizzative sono interagenti e complementari con quelle esercitate dalla struttura poliambulatoriale CAP, quale ambito fisico-operativo di riferimento per le cure primarie sul territorio distrettuale o interdistrettuale (rif.. Azione 14.3.2), in quanto integrano e completano, su ogni ambito territoriale e con un approccio multidisciplinare, la filiera del percorso di presa in carico dei bisogni di salute e di continuità assistenziale che la rete delle cure primarie deve garantire nei confronti degli assistiti del SSR. ;

- Ottimizzazione della rete territoriale dell'assistenza primaria, per garantire sul territorio distrettuale una continuità dell'assistenza primaria durante la giornata, anche al fine di limitare l'improprio utilizzo del pronto soccorso ospedaliero;

Indicatori di risultato

Considerato che le azioni connesse al riordino delle forme associative delle cure primarie si sviluppano collateralmente alla realizzazione del modello regionale fondato sui Centri di Assistenza Primaria, al fine di integrarne e completarne la funzione in forma capillare e diffusa in ambito distrettuale e sub-distrettuale, è prevedibile che i tempi di completamento del percorso di riordino siano necessariamente connessi alla valutazione dell'andamento e dell'impatto della sperimentazione CAP. La realizzazione, a regime, del nuovo modello organizzativo delle cure

primarie, nell'ambito dell'aggiornamento dell'A.I.R. con i medici convenzionati, deve essere pertanto definita sulla base dei risultati conseguiti con la sperimentazione dei CAP. Tenendo conto che il termine previsto dalla L. n. 189/2012 per l'aggiornamento degli A.I.R. è di novanta giorni dall'avvenuta approvazione dei nuovi A.C.N., è prevedibile che le azioni regionali per il riordino delle cure primarie si sviluppino nel seguente arco temporale:

- avvio del tavolo regionale per il rinnovo dell'A.I.R., ad avvenuta approvazione dei nuovi A.C.N. (data ipotizzata: entro il primo trimestre 2014);
- disciplina regionale delle nuove forme associative delle cure primarie, contestualmente alla definizione a regime del modello CAP, entro il 31.12.2014;
- sviluppo del modello organizzativo delle cure primarie fondato sul CAP aziendale e sulla rete distrettuale AFT-UCCP, in almeno tre ASL, entro il 31.12.2015..

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore "Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali" della Direzione Regionale Sanità.

Azione 14.3.2 Il Centro di Assistenza Primaria (CAP)

Il Centro di Assistenza Primaria (di seguito CAP) si configura quale struttura polifunzionale e strumento gestionale del distretto destinato a rappresentare un importante riferimento per l'organizzazione delle cure primarie sul territorio, con l'obiettivo di fornire ai cittadini un'offerta più ampia ed una porta di accesso per la presa in carico sanitaria e socio-sanitaria, articolata nelle diverse fasce orarie della giornata.

La realizzazione del CAP presuppone che l'organizzazione aziendale assegni al distretto sanitario l'importante ruolo di garante istituzionale, di facilitatore della rete dei rapporti tra cure primarie, ospedale e area socio-sanitaria e di interfaccia per l'attivazione/organizzazione di tutti gli interventi correlati al percorso post dimissioni ospedaliere e/o nella fase post-acuta della patologia.

In particolare compete al distretto la "lettura" dei bisogni sanitari, socio-sanitari ed assistenziali, nonché il governo ed il coordinamento organizzativo-gestionale della medicina e dell'attività specialistica svolta sul territorio, da garantire nell'ambito dell'assistenza primaria, nonché l'ottimizzazione organizzativa delle diverse fasi connesse ai percorsi di cura, con particolare riferimento alle situazioni di cronicità. Il CAP, in questo contesto, diventa, pertanto, il fulcro dell'organizzazione delle cure primarie, rappresentando lo strumento gestionale dell'A.S.L. e del distretto per mettere a sistema le risorse presenti sul territorio (MMG/PDLS, specialisti ambulatoriali interni, servizi sanitari territoriali, continuità assistenziale, strutture/servizi dell'area socio-sanitaria). Il CAP rappresenta il luogo fisico ed organizzativo per la rimodulazione della risposta territoriale, orientata verso il passaggio da una logica organizzativa di tipo prevalentemente prestazionale verso una cultura fondata sui processi e finalizzata a garantire la presa in carico del paziente e la continuità assistenziale. Il C.A.P., quale braccio operativo del distretto per il governo clinico del territorio e per l'erogazione della risposta territoriale, è la struttura polifunzionale/snodo operativo deputata all'erogazione di un'appropriata risposta territoriale alla popolazione residente, con particolare riferimento:

- alle forme di cura/assistenza eseguibili ambulatorialmente o al domicilio (ADI), concorrendo al ricorso maggiormente appropriato alle strutture di emergenza e di secondo livello;
- alla presa in carico dei cittadini rispetto ai percorsi post dimissioni ospedaliere di soggetti con necessità assistenziali complesse e/o non stabilizzati;
- all'erogazione dei servizi socio-sanitari integrati a seguito della valutazione da parte delle unità di valutazione multidimensionale e alla proposta dei percorsi di cure domiciliari in lungo assistenza, nonché degli inserimenti in strutture semi-residenziali e residenziali.

Rappresenta inoltre il punto di erogazione delle risposte organizzative distrettuali (punto unico d'accesso, scelta / revoca medico ecc..), nell'ambito di riallocazione delle funzioni e delle sedi del Distretto.

La configurazione del CAP si inserisce nel contesto strategico della programmazione regionale finalizzata al riordino della rete territoriale, per ottimizzarne l'integrazione con il livello ospedaliero ed è pertanto orientata verso i seguenti obiettivi:

- promuovere una medicina di territorio sempre più accessibile, facilmente fruibile e visibile, considerata la funzione centrale delle cure primarie quale primo livello clinico di contatto dei cittadini con il sistema sanitario regionale; una medicina di territorio che abbia la stessa

autorevolezza dell'ospedale ed in cui il medico di famiglia diventa protagonista in una continuità assistenziale, che deve tradursi in risposte sanitarie e socio-sanitarie non solo efficienti, efficaci e appropriate ma anche e soprattutto complete, coordinate ed integrate;

- definire una modalità organizzativa di integrazione tra ospedale e territorio, quindi tra medicina specialistica e medicina di base, che devono essere interagenti e complementari, all'interno del percorso di presa in carico e continuità assistenziale delineato per ogni paziente, sulla base della valutazione del bisogno clinico-assistenziale, con un'approccio multidimensionale e in un ambito multidisciplinare.

Pertanto nel P.S.S.R. il CAP rappresenta un punto di snodo territoriale per la ricerca di un'interrelazione fra il percorso di presa in carico da parte della medicina territoriale di base ed il percorso specialistico-ospedaliero, nell'ambito di un modello di organizzazione sanitaria in cui: l'ospedale non è più il riferimento di centralità del sistema e l'unico luogo deputato ad erogare prestazioni assistenziali di elevata qualità; si allarga l'offerta delle risposte sanitarie di base nell'ambito di percorsi diagnostico-terapeutici predefiniti.

La sperimentazione regionale del CAP è stata avviata con la D.G.R. n. 26-3627 del 28.3.2012 "Approvazione linee d'indirizzo per la sperimentazione dei Centri di Assistenza Primaria (CAP). Attuazione D.G.R. n. 44-1615 del 28/02/2011 e s.m.i. La rete territoriale." Con tale provvedimento la Regione ha avviato il percorso previsto dal P.S.S.R. e dall'Addendum al Programma Attuativo di cui alla D.G.R. n. 44-1615/2011 e s.m.i., diretto al potenziamento degli aspetti organizzativo-gestionali della medicina di territorio, attraverso la realizzazione in via sperimentale del CAP, quale ambito fisico-operativo di riferimento per le cure primarie, prioritariamente destinato all'assistenza alle cronicità e a fornire idonee risposte alle problematiche socio-sanitarie post-acute.

Le linee guida regionali identificano il C.A.P. quale presidio ambulatoriale distrettuale integrato in cui vengono svolte visite mediche anche specialistiche, prestazioni infermieristiche, analisi diagnostiche di primo livello e vuole essere quindi concreto strumento:

- per il perseguimento dell'appropriatezza clinica ed organizzativa delle cure territoriali;
- per ridurre il ricorso all'ospedalizzazione impropria;
- per assicurare la continuità assistenziale sul territorio.

Pertanto nel CAP la figura del medico di medicina generale, quale garante della salute del cittadino e responsabile della continuità delle cure, si coordina con quella dei medici di Continuità Assistenziale (ex guardia medica) e dei medici specialisti ambulatoriali e ospedalieri, con il supporto di personale dedicato dell'area infermieristica, tecnico-sanitario, socio-sanitaria, amministrativa e diagnostica di base, tutti collegati in rete locale e aziendale, con l'obiettivo di garantire la continuità assistenziale 7/7 giorni la settimana. Tali linee d'indirizzo sono risultate coerenti con le disposizioni normative nazionali di cui all'art.1, del D.L. 158 del 13.9.2012, come convertito con la L. n. 189 dell'8.11.2012, laddove si prevede che le Regioni disciplinino le forme organizzative multiprofessionali delle cure primarie, nell'ambito dell'organizzazione distrettuale dei servizi e tenuto conto della peculiarità delle aree territoriali, *"privilegiando la costituzione di reti di poliambulatori territoriali dotati di strumentazione di base, aperti al pubblico per tutto l'arco della giornata, nonchè nei giorni prefestivi e festivi con idonea turnazione, che operano in coordinamento e in collegamento telematico con le strutture ospedaliere"* (art. 1, comma 1), al fine di garantire *"un'offerta integrata delle prestazioni dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, della guardia medica, della medicina dei servizi e degli specialisti ambulatoriali"* (art. 1, comma 4),.

Il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, nell'ambito di apposito parere emessi riguardo alle linee d'indirizzo regionali sul CAP ha considerato "il progetto ben inserito nell'ambito dell'obiettivo generale di ottimizzazione della rete territoriale".

Come previsto dall'Addendum al Programma Attuativo, le linee d'indirizzo regionali hanno individuato un approccio graduale rispetto alla realizzazione e alla diffusione sul territorio delle nuove strutture CAP, prevedendo un percorso sperimentale esteso a tutto il 2014, al fine di monitorarne l'andamento e verificarne l'efficacia rispetto agli obiettivi prefissati.

Fra le proposte sperimentali avanzate dalle ASL sono state ritenute prioritarie quelle:

- riguardanti la riconversione di strutture ospedaliere, come individuate nel piano di riorganizzazione regionale della rete ospedaliera (rif. P.S.S.R. 2012-2015, punto 5.3.6);
- comunque riguardanti il riutilizzo di spazi per la sede CAP resi disponibili da interventi di riconversione/riorganizzazione di altre strutture aziendali (es.poliambulatori territoriali).

In ogni caso la realizzazione del progetto deve configurarsi in un contesto in cui alla cessazione di un'attività, prioritariamente ospedaliera, corrisponde la contestuale attivazione di un'altra (CAP): pertanto non sono stati ritenuti ammissibili progetti che prevedono nuove attivazioni;

- recanti un piano d'impatto economico tale da evidenziare che le risorse necessarie per l'attuazione del progetto derivano dalle risorse liberate dalle azioni di riassetto/riorganizzazione poste in essere in ambito aziendale, con particolare riferimento alla riconversione di risorse già destinate alle forme organizzative delle cure primarie esistenti sul territorio (es. gruppi di cure primarie, case della salute, ospedali di comunità).

Premesso che il secondo semestre 2012, successivo all'emanazione delle linee guida regionali e dei relativi indirizzi attuativi di cui alla determinazione dirigenziale n. 406 del 14.6.2012 (criteri di priorità per la selezione dei progetti proposti dalle ASL e indicatori di risultato), è stato pressochè dedicato alla progettazione ed organizzazione aziendale degli interventi, nonché alla relativa verifica e valutazione regionale, solo a fine 2012 si è potuto procedere all'avvio di un primo progetto sperimentale CAP sul territorio regionale. Trattasi del progetto CAP attivato nell'ambito del processo di riconversione del presidio ospedaliero di Arona, nell'ASL di Novara, nell'area sovrazonale Piemonte Nord Est. Il Centro è stato attivato il 16.12.2012, con sede nei locali fino ad allora occupati dal Punto di Primo Intervento, le cui attività sono state riorganizzate e concentrate nell'ambito del DEA di 1° livello del vicino Ospedale di Borgomanero, identificato come ospedale cardine.

Nel corso del 2013, sono stati ammessi alla sperimentazione altri sei progetti aziendali riguardanti rispettivamente l'attivazione del CAP presso i seguenti presidi in fase di riconversione:

- ospedale di Avigliana e di Venaria, nell'A.S.L. Torino 3, area sovrazonale Torino Ovest;
- ospedale di Castellamonte, nell'A.S.L. Torino 4 area sovrazonale Torino Nord;
- ospedale di Fossano, nell'A.S.L. Cuneo 1, area sovrazonale Piemonte Sud Ovest; ospedale di Valenza, nell'A.S.L. di Alessandria, area sovrazonale Piemonte Sud Est;
- presidio polifunzionale territoriale di Santhià, nell'A.S.L. di Vercelli, area sovrazonale Piemonte Nord Est;

Il C.A.P. di Avigliana ha avviato la propria attività da settembre 2013, mentre per gli altri Centri l'avvio è previsto entro il primo semestre 2014. Ai fini dell'avvio ciascuna A.S.L. ha proceduto all'adozione dei seguenti provvedimenti necessari per garantire l'operatività e la funzionalità del CAP:

- regolamento aziendale di funzionamento del CAP;
- protocolli di collegamento ed interrelazione operativa del CAP con:
 - il sistema dell'emergenza-urgenza;
 - l'area specialistica ambulatoriale ed ospedaliera,
 - l'area socio-sanitaria;
 - protocollo per integrazione del CAP nel percorso di presa in carico e continuità assistenziale fra ospedale e territorio, come disciplinato dalla D.G.R. n. 27-3628 del 28.3.2012 ai sensi dell'Addendum, punto 1.4.1, ai fini di ottimizzare l'appropriatezza nella presa in carico territoriale.

Gli altri progetti per la sperimentazione CAP presentati dalle ASL (Asti, Cuneo 2, Torino 5), pur evidenziando una sostanziale coerenza rispetto ai requisiti organizzativi ed operativi previsti dalla normativa regionale, non sono stati ammessi alla sperimentazione in quanto:

- non realizzano una riconversione di struttura aziendale, bensì prevedono una diversa articolazione di forme associative della medicina generale già esistenti;
- non realizzano razionalizzazioni ed economie di gestione oppure non identificano la copertura finanziaria per gli interventi realizzativi di tipo strutturale e/o gestionale.

Riguardo a tale ultimo aspetto, che rappresenta peraltro il principale punto di criticità connesso all'avvio della sperimentazione CAP, si evidenziano, sia nella fase di definizione delle linee d'indirizzo a livello regionale, sia nella fase di formulazione dei progetti a livello aziendale, rilevanti difficoltà nel reperimento di soluzioni condivise con le rappresentanze dei medici riguardo alle modalità di coinvolgimento dei MMG/PDLS nell'ambito delle attività CAP, nonché del compenso loro dovuto per le eventuali prestazioni erogate in aggiunta a quelle contrattualmente previste.

La valorizzazione economica di tali prestazioni deve anche tenere conto del valore aggiunto attribuito all'attività ordinaria dei MMG/PDLS con l'operatività nel CAP, grazie:

- alla diretta interfaccia con le aree diagnostiche e specialistiche e con l' aree socio-sanitarie, ai fini di un'ottimale gestione dei principali PDTA destinati alle patologie croniche a maggior impatto sociale.
- al supporto delle prestazioni infermieristiche, tecnico-sanitarie, amministrative fornito direttamente dall'A.S.L.

Il modello di riorganizzazione delle cure primarie fondato sul CAP si sviluppa sul territorio regionale attraverso le seguenti fasi:

- completamento dell'avvio della fase sperimentale, con l'individuazione del quadro definitivo dei progetti ammessi alla sperimentazione;
- richiesta alle ASL di procedere ad una ricognizione delle strutture territoriali/ospedaliere esistenti sui rispettivi territori che potrebbe essere utilmente coinvolte in una sperimentazione CAP;
- monitoraggio regionale durante e a conclusione della fase sperimentale, attraverso gli indicatori di processo e di esito definiti dall'Addendum al Programma Attuativo ed ulteriormente dettagliati dalla sopra citata determinazione regionale n. 406/2012;
- definizione del modello organizzativo a regime, sulla base delle risultanze della sperimentazione.

A parziale rettifica di quanto stabilito nell'Addendum al Programma Attuativo, si individuano i seguenti principi per l'articolazione e la diffusione sul territorio regionale del modello CAP:

- **Tipologia modello:** deve essere diversificato ed adeguato in relazione alle caratteristiche del territorio ed ai fabbisogni della popolazione dell'area in cui si realizza.
- **Diffusione sul territorio:** il CAP, quale braccio operativo del distretto o interdistrettuale per il governo clinico del territorio e per l'erogazione coordinata delle cure primarie nell'arco dell'intera giornata, si articola a livello di ASL, con priorità per le ASL in cui esistono strutture ospedaliere da riconvertire ai sensi del P.S.S.R. 2012-2015, ma con estensione, a regime, anche alle ASL che dispongono sul proprio territorio di strutture territoriali/distrettuali/poliambulatoriali utilmente riconvertibili per l'ottimale funzionalità del nuovo modello organizzativo delle cure primarie.

Funzione regionale di governance.

La Regione garantisce il governo complessivo del processo di realizzazione del modello CAP sul territorio regionale, attraverso azioni e interventi finalizzati ad indirizzare ed a supportare la programmazione locale e a monitorarne i risultati raggiunti a fronte degli obiettivi previsti.

Tali azioni sono così articolate:

- analisi dei benefici conseguiti con il nuovo modello assistenziale, in termine di efficienza, efficacia, appropriatezza, economicità, a fronte degli investimenti effettuati;
- definizione degli strumenti necessari per garantire la funzionalità del CAP, con particolare riferimento al sistema informativo in grado di far dialogare in reti condivise tutti i soggetti coinvolti nella risposta fornita al cittadino;
- definizione del modello organizzativo a regime, con programmazione della rete CAP realizzabile sul territorio.

Rispetto allo stato di attuazione e allo sviluppo del modello regionale CAP la Regione relaziona periodicamente ai Ministeri affiancanti, nell'ambito delle procedure documentali connesse all'attuazione del Piano di Rientro e del relativo Programma Operativo.

Risultati programmati

Fermi restando gli obiettivi di carattere generale definiti dalla normativa regionale precedentemente richiamata, costituiscono obiettivi del presente programma operativo 2013-2015:

- il consolidamento del modello di erogazione delle cure primarie attraverso il CAP nell'ambito della rete dei servizi territoriali/distrettuali del sistema sanitario regionale, quale ambito strutturale e funzionale ottimale per fornire alla popolazione:
 - attivazione di almeno un CAP per ogni Azienda Sanitaria Locale;
 - individuazione e messa a disposizione delle professionalità necessarie per il funzionamento dei CAP già operativi, nonché costituzione del Nucleo di continuità delle cure a livello distrettuale o interdistrettuale;

- l'integrazione del CAP nel percorso di continuità assistenziale ospedale-territorio di cui alla D.G.R. n.27-3628 del 28.3.2012, al fine di garantire la continuità delle cure e di agevolare il passaggio fra i diversi livelli di assistenza:
 - sia fra ospedale e territorio;
 - sia nell'ambito del territorio stesso, fra le diverse aree di servizi sanitari e socio-sanitari;
 - L'erogazione in ambito CAP delle seguente tipologie di prestazioni:
 - Prestazioni sanitarie ambulatoriali riconducibili alle classi di priorità previste dalla DGR 2-2481 del 29.7.2011 (Piano regionale attuativo contenente i principi ed i criteri per l'erogazione delle prestazioni e per la gestione delle liste/tempi d'attesa), con particolare riferimento alle "prestazioni ambulatoriali relative a una malattia in fase acuta o in riacutizzazione per la quale il prescrittore valuta che la mancata esecuzione nell'arco di 72 ore possa comportare un peggioramento del quadro patologico e/o pregiudichi l'evoluzione del piano terapeutico". Per tali situazioni, in sede CAP, viene effettuata la prima valutazione ed avviato il percorso clinico;
 - Prestazioni sanitarie programmate nell'ambito di PDTA a favore di pazienti fragili affetti di patologie croniche, come diabetici, in terapia anticoagulante, affetti da scompenso, oppure che necessitano di somministrazione di cicli di terapia, esecuzione di prelievi ematici o completamento dei principali percorsi diagnostici che non richiedono il ricorso all'ospedale.

Indicatori di risultato

- Completamento dell'avvio della fase sperimentale, e attivazione di almeno 2 nuovi CAP presso i Distretti delle Aziende Sanitarie entro il 31/12/2013;
- monitoraggio semestrale della funzionalità dei CAP a partire dal 30/06/2014 ed attivazione di altri 2 5 nuovi CAP entro il 30/06/2014;
- ricognizione da parte delle ASL delle strutture territoriali/poliambulatoriali di idonee dimensioni esistenti sui rispettivi territorio e riconvertibili o riorganizzabili in CAP, nell'ambito del processo di riordino della rete territoriale avviato ai sensi dell'Addendum, entro il 30.06/2014;
- completamento della rete dei CAP (almeno 1 in ciascuna ASL) ed attivazione dei Nuclei distrettuali di continuità delle cure entro il 31/12/2015.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore "Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali" della Direzione Regionale Sanità.

Azione 14.3.3: Presidi residenziali di assistenza primaria

La DGR 28/01/2011, n. 13-1439 "Criteri di appropriatezza organizzativa, clinico-gestionale per le attività di Recupero e Rieducazione funzionale di 3', 2' e 1' livello e per le attività di lungodegenza e definizione della funzione extraospedaliera di continuità assistenziale a valenza sanitaria", attuativa del Piano di rientro 2010-2012, introduce, nello scenario delle modalità di assistenza territoriale, le strutture per la continuità assistenziale a valenza sanitaria, La D.G.R. n. 6-5519 del 14/03/2013, al fine di garantire i livelli essenziali di assistenza nel rispetto del criterio di utilizzo appropriato della rete ospedaliera, prevede lo sviluppo significativo, anche in Piemonte, della funzione di continuità assistenziale a valenza sanitaria, quale specifico intervento riorganizzativo sul livello assistenziale territoriale. Il ricorso a tale funzione deve essere conseguente all'attuazione di specifici percorsi da definire in stretta continuità con l'area ospedaliera e quella territoriale, nell'ottica della realizzazione di un "ponte" tra il settore sanitario e quello socio-assistenziale.

Nella nuova area di attività individuata, prevale la componente sanitaria di carattere assistenziale rispetto alla parte clinico-internistica, che pur è presente in modo significativo, La D.G.R. n. 6-5519 del 14/03/2013 ha approvato i criteri per la realizzazione dell'area di attività extraospedaliera di continuità assistenziale a valenza sanitaria definendo:

- la tipologia di soggetti possibili fruitori con riferimento al livello di complessità clinico-assistenziale (50% alta e 50% lieve/moderata);
- i criteri di selezione ed ammissione dei soggetti;
- le modalità di selezione ed ingresso nel setting;
- i requisiti organizzativi essenziali per espletare la funzione di cui trattasi;

- il monitoraggio sul funzionamento dell'attività;
- Il piano di formazione specifico;
- Il fabbisogno conseguente di posti letto extraospedalieri pari a n. 1.100, articolato nelle sei aree sovrazonali in cui è suddiviso funzionalmente il territorio regionale, e la tariffa giornaliera articolata in due fasce, in base al grado di complessità clinico-assistenziale, pari a € 120 (lieve/moderata), ed € 130 (alta). La tariffa giornaliera media è, in tal modo, pari € 125 al giorno.

Presidi residenziali di assistenza primaria							
Area	Torino		Piemonte		Piemonte		Totale
Sovra zonale	sud est	nord	sud ovest	nord est	sud ovest	sud est	
Popolazione	499.632	974.342	929.858	958.155	614.505	732.990	4.709.482
Posti letto	100	280	220	200	160	140	1.100

Tabella 40 – Presidi residenziali di assistenza primaria

- Tale fabbisogno di posti letto viene soddisfatto dalla riconversione dal 01/01/2014 in parte di posti letto in RSA ad alta assistenza, ed entro il 30/06/2013 in parte di posti letto di Lungodegenza e di RRF di I livello, non più contrattualizzati, nelle Case di Cura private accreditate in virtù del programma attuativo di revisione della rete ospedaliera di cui alla D.G.R. n. 6-5519 del 14/03/2013 (con contestuale interruzione dell'utilizzo, in regime di prosecuzione delle cure, di pari numero di posti letto nelle RSA ad alta assistenza, il cui onere è interamente a carico del SSR) e, in parte, dei posti letto ancora attivi come riabilitazione extraospedaliera ex articolo 26 della legge 833/78. La scelta della soluzione relativa alla tipologia di posti letto da riconvertire in continuità assistenziale, è legata alla realtà locale, in termini di disponibilità di strutture esistenti che, più facilmente di altre, hanno la possibilità di effettuare la riconversione secondo i requisiti richiesti. I posti letto delle RSA ad alta assistenza, non più utilizzati in regime di prosecuzione delle cure, con oneri interamente a carico del SSR per i primi 30 giorni, continuano ad essere resi disponibili per l'assistenza residenziale ordinaria a soggetti non autosufficienti, con oneri a carico del SSR per quanto riguarda la sola quota sanitaria, secondo quanto previsto dalla DGR n. 45-4248 del 30/07/2012 "Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale e semiresidenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti. Modifica D.G.R. n. 25-12129 del 14.09.09 e D.G.R. n. 35-9199 del 14.07.08. Revoca precedenti deliberazioni".

Risultati programmati

- Sviluppo della rete della continuità assistenziale a valenza sanitaria secondo le previsioni della D.G.R. n. 6-5519 del 14/03/2013, attuativa dell'Addendum al Piano di rientro 2010-2012, quale risposta appropriata e qualificata al fabbisogno di cure residenziali di assistenza primaria;
- garanzia dell'utilizzo appropriato delle strutture ospedaliere per le postacuzie, rimanendo nell'ambito degli standard previsti dalla vigente normativa in materia e dall'emanando Regolamento recante: "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, in attuazione dell'articolo 1, comma 169, della legge 30/12/2004, n. 311" e dell'articolo 15, comma 13, lettera c), del decreto-legge 06/07/2012, n. 95 convertito, con modificazioni dalla legge 07/08/2012, n. 135.

Indicatori di risultato

- Avvio del processo di riconversione in strutture di continuità assistenziale, dal 30/06/2013, prevedendo un regime autorizzativo transitorio;
- adozione dei provvedimenti amministrativi definitivi, entro il 31/12/2013;
- individuazione di uno specifico strumento per la rilevazione ed il monitoraggio delle attività (definizione di una scheda territoriale specifica), entro il 31/12/2013.
- Raggiungimento del tasso di occupazione dei posti letto di continuità assistenziale di almeno il 90%, entro il 31/12/2015.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore "Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali" della Direzione Regionale Sanità.

Azione 14.3.4: Assistenza specialistica ambulatoriale.

Tale area di attività necessita di un riordino organizzativo-gestionale funzionale ad una maggiore efficienza nel rispetto della garanzia degli interventi LEA appropriati.

A tal fine è stata avviata una serie di incontri con le Direzioni generali delle ASR finalizzati alla definizione ed attivazione di azioni volte a:

- migliorare il grado di appropriatezza prescrittiva
- riorganizzazione efficiente dei punti di erogazione (distribuzione territoriale, volumi erogati ed %utilizzo degli impianti)
- maggiore governo della domanda che, nel rispetto dei LEA, avvicini i consumi per abitante della Regione Piemonte agli standard nazionali (nel 2012 sono state erogate 16,42 prestazioni per abitante a fronte di uno ST nazionale di 12).

Le ASR predisporranno uno specifico piano di intervento entro il mese di gennaio 2014.

Ciò premesso in alcune aree già da tempo sono state avviati specifici interventi riguardanti sia l'appropriatezza prescrittiva, sia la riorganizzazione delle reti e precisamente nelle aree del Laboratorio Analisi, Radiologia, Recupero e Rieducazione funzionale.

Azione 14.3.4.1: Riorganizzazione dei laboratori con previsione di forme di accorpamento

La medicina di laboratorio costituisce circa il 3% della spesa sanitaria, con un tariffato in Piemonte di oltre 300 €/mln (interni ed esterni) ed ha da sempre costituito il banco di prova di sperimentazione, efficienza, consolidamento. I margini tuttora presenti sono costituiti da miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e da ulteriori consolidamenti.

I laboratori di ciascuna delle sei aree sovrazonali hanno un fatturato variabile tra 35 €/mln e 70 €/mln circa, da rivedere alla luce del nuovo Nomenclatore-Tariffario approvato con Decreto del Ministro della Salute il 18/10/2012. Sono presenti 7 o 8 laboratori per ciascuna area e la loro distribuzione riflette l'attuale distribuzione degli ospedali.

Il privato accreditato costituisce circa l'11% della produzione ambulatoriale di diagnostica di laboratorio in Piemonte (pari al 9% circa del tariffato).

La Deliberazione della Giunta Regionale 14/03/2013, n. 11-5524 "Riorganizzazione e razionalizzazione delle attività di Laboratorio di analisi. Ulteriori indicazioni alle Aziende Sanitarie Regionali. Modifiche ed integrazioni alla D.G.R. n. 19-6647 del 03.08.07 e n. 16-1829 del 07.04.2011", ha definito, quali obiettivi del processo di riorganizzazione delle attività di Laboratorio Analisi:

- riduzione del numero di ospedali, e dei laboratori, a garanzia della sostenibilità professionale e della riduzione dei costi (pochi ospedali che concentrano l'attività degli attuali numerosi presidi, accompagnati da laboratori correttamente dimensionati per numero e tipologia di diagnostiche);
- riduzione della inappropriata offerta, maggiore appropriatezza;
- de-medicalizzazione di eventi fisiologici, quali gravidanza, parto, infanzia;
- personale infermieristico e tecnico: assistenza alla persona, diagnostiche di base;
- verifica dell'esigenza del supporto alla diagnostica di laboratorio da parte dei privati accreditati, in considerazione del fatto che i laboratori analisi pubblici della rete ospedaliera sono in grado di assorbire l'attività analitica del privato accreditato.

Risultati programmati

- Ottimizzazione dei percorsi e salvaguardia del livello di esperienza necessaria per garantire livelli qualitativi e sostenibilità economica per le diagnostiche specialistiche, individuando un unico laboratorio per Area sovra zonale, di norma situato nell'ospedale di riferimento, per le seguenti diagnostiche: allergologia, autoimmunità, coagulazione **di secondo livello**, esami ormonali, emoglobinopatie, citofluorimetria, radio immunologia, farmaco-tossicologia, sierologia specialistica, analisi in biologia molecolare (specificamente individuate con successivo provvedimento);
- trasferimento nei laboratori di analisi delle diagnostiche presenti in reparti clinici, comprese le attività dei laboratori ospedalieri o universitari di carattere diagnostico-istituzionale al fine di ridurre duplicazioni e utilizzare al meglio le risorse economiche e il personale convenzionato. Specifici protocolli devono definire le modalità di esecuzione della ricerca di base (citofluorimetria e altre metodiche speciali) integrando se necessario attività istituzionale e ricerca;
- in ciascun presidio ospedaliero con attività clinica devono essere previsti sedi distaccate del laboratorio, per l'esecuzione di un ristretto numero di analisi in urgenza, uniformemente definite

(DD n. 948 del 18.12.2012). Tali analisi potranno essere oggetto di variazione in base alla tipologia di presidio interessato (riferimento, cardine, territorio);

- confronto con i Servizi di Medicina trasfusionale, di Anatomia patologica e altre Strutture operanti nel campo della diagnostica in vitro, al fine di ridefinire compiti e specifiche attribuzioni;
- In conformità a quanto indicato nelle Linee Guida regionali per gli “Atti aziendali”, di cui alla DGR n° 21-5144 del 28.12.2012 e circolare esplicativa prot. n°345 del 22.2.2013, introduzione per la Medicina di Laboratorio una logica dipartimentale interaziendale che ricomprenda, oltre alle strutture di patologia clinica e microbiologia, anche quelle di anatomia patologica e di medicina trasfusionale, privilegiando, ove possibile, modalità dipartimentali riservate ai tre Servizi citati;
- in ciascuna area sovra zonale, garanzia dell’uniformità dei sistemi informativi, che sono quasi omogenei in 4 aree, disomogenei in due;
- organizzazione della logistica in ciascuna area sovrazonale, prevedendo la razionalizzazione dei trasporti anche di altre discipline;
- integrazione dei laboratori di riferimento di una stessa Area sovrazonale tra loro sulla base delle specifiche cliniche e organizzative e, laddove possibile e conveniente, con altri laboratori di riferimento regionale. A guidare la definizione della mappa non deve cioè essere un mero rispetto dei confini geografici, ma la ricerca di una coerenza con le esigenze del territorio nel rispetto degli standard internazionali.

Indicatori di risultato

- Verifica del recepimento negli atti aziendali, da parte dei direttori generali delle ASR, delle previsioni di cui alla Deliberazione della Giunta Regionale 14/03/2013, n. 11-5524, entro il 31/03/2014.
- Trasferimento nei laboratori di analisi di almeno il 50% delle diagnostiche presenti in reparti clinici. Organizzazione della logistica in ciascuna area sovra zonale, prevedendo la razionalizzazione dei trasporti anche di altre discipline, entro il 30/06/2014.
- Integrazione dei laboratori di riferimento di una stessa Area sovrazonale tra loro sulla base delle specifiche cliniche e organizzative e, laddove possibile e conveniente, con altri laboratori di riferimento regionale, entro il 31/12/2014.
- Presenza di non più di 7/8 Laboratori hub sul territorio regionale, entro il 31/12/2015.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore “Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali” della Direzione Regionale Sanità.

Azione 14.3.4.2: Attività ambulatoriale di recupero e rieducazione funzionale

Nell’ambito delle attività svolte in attuazione del provvedimento regionale di recepimento del DPCM 29.11.2001 sui LEA, la Giunta Regionale ha adottato in data 01/07/2002 linee guida e percorsi terapeutici per attività ambulatoriale di recupero e rieducazione funzionale da adottarsi da parte delle strutture sanitarie pubbliche e private provvisoriamente o definitivamente accreditate con il SSR per attività ambulatoriale di recupero e rieducazione funzionale.

Le linee guida individuate hanno consentito, per la prima volta, di definire le priorità riabilitative e le specificità degli interventi attraverso un approccio metodologico che ha preso in considerazione:

- criteri di appropriatezza clinica (garanzia dell’appropriatezza della prestazione in relazione alla tipologia di disabilità, in quella particolare fase clinica),
- criteri di appropriatezza organizzativo - gestionale (coerenza con le funzioni esercitate dai singoli servizi, adeguati tempi di erogazione delle prestazioni)
- criteri di garanzia del percorso complessivo del paziente per una corretta presa in carico riabilitativa,
- individuazione e utilizzo di indicatori per monitorare l’applicazione delle predette linee guida, anche al fine di migliorarne i contenuti.

Tra gli strumenti individuati per l’attuazione, un ruolo determinante è svolto dal “progetto riabilitativo” in quanto contiene tutti quegli elementi che permettono la presa in carico del paziente, attraverso il

coinvolgimento di tutte le figure professionali (équipe riabilitativa) che sono chiamate ad interagire per assicurare il risultato riabilitativo atteso.

Le suddette linee guida sono state oggetto di revisione (D.G.R. n. 49-12479 del 02/11/2009 e D.G.R. n. 42-941 del 3.11.2010) sulla base della necessità di garantire l'appropriatezza della prestazione in relazione alla disabilità del singolo paziente. In questo contesto le prestazioni di rieducazione funzionale costituiscono il cardine dell'intervento riabilitativo, mentre il ricorso alle prestazioni di terapia strumentale è a completamento del progetto riabilitativo e non costituisce l'intervento prevalente.

Le linee guida sopra indicate sono state monitorate puntualmente nel tempo ed una attenta analisi della loro attuazione ha fatto emergere la necessità di un ulteriore aggiornamento nell'ottica di una sempre maggiore appropriatezza nell'erogazione del livello assistenziale, ma anche rispetto ad un intervento sanitario di qualità ed appropriato in grado di assicurare equità d'accesso alle prestazioni da parte dei cittadini. A tal fine il gruppo di lavoro costituito con D.D. N. 893 del 31.12.2012 ha elaborato specifica proposta, comprensiva degli indicatori per il monitoraggio, che sarà oggetto di recepimento formale entro il 31 gennaio 2014.

Risultati programmati

- Aderenza dei comportamenti prescrittivi alle linee guida con particolare riferimento alle prestazioni di terapia fisica.

Indicatori di risultato

- Minor ricorso alle prestazioni di terapia fisica.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore "Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali" della Direzione Regionale Sanità.

Azione 14.3.4.3: Attività ambulatoriale di radiodiagnostica

La Regione Piemonte, con D.G.R. n. 44-1615 del 28 febbraio 2011 (Addendum al piano di Rientro) ha delineato gli obiettivi di intervento nelle diverse macro-aree per il periodo 2010-2012 ed individuato tra le varie manovre previste anche quelle relative alla rimodulazione delle reti assistenziali ospedaliera, emergenza, territoriale, laboratorio analisi e radiodiagnostica.

Per quanto concerne l'area della radiodiagnostica gli obiettivi determinati riguardano i criteri di appropriatezza prescrittiva per particolari indagini, di corretta esecuzione delle stesse al fine di garantirne la qualità, e la rimodulazione della rete delle strutture pubbliche e private di diagnostica per immagini al fine di una più adeguata distribuzione delle grandi apparecchiature anche in rapporto al fabbisogno della popolazione piemontese.

In riferimento ai primi due aspetti la Giunta Regionale, con D.G.R. N. 15-2091 del 24 maggio 2011 e s.m.i., ha approvato i criteri di appropriatezza prescrittiva per le prestazioni dell'area radiologica TC e RM ed ha approvato la modifica/aggiornamento al nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni ambulatoriali della branca di radiologia diagnostica, compresi gli standard di qualità minimi per l'esecuzione di prestazioni di RM.

L'Allegato A alla D.G.R. n. 15-2091 del 24/05/2011 individua i criteri di appropriatezza prescrittiva per le prestazioni di TC e RM. Con specifiche circolari sono state fornite indicazioni per una corretta applicazione del provvedimento stesso, nonché le modalità di rilevazione dell'attività erogata attraverso il flusso informatico "C" per il monitoraggio del grado di aderenza dell'attività prescrittiva rispetto ai livelli di appropriatezza prescrittiva quali individuate nell'Allegato A sopra citato.

Considerato il tempo trascorso dalla prima applicazione del provvedimento, e preso altresì atto di quanto emerso durante i corsi di formazione/aggiornamento sui criteri di utilizzo delle classi di priorità clinica per prestazioni ambulatoriali effettuati nell'ultimo anno presso le Aziende Sanitarie, con uno specifico gruppo di lavoro (D.D. n. 720 del 17/09/2013) sono stati analizzati i dati di attività relativi all'utilizzo dei criteri di priorità clinica quali individuati con la D.G.R. N. 15-2091 del 24 maggio 2011

e si è proceduto ad un aggiornamento degli stessi. Le conclusioni di tale lavoro, comprensive di alcuni indirizzi alle ASR per un miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva saranno oggetto di specifico provvedimento della Direzione Sanità da adottarsi entro il 28 febbraio 2014

Tale intervento si rende necessario anche in ragione dell'andamento 2012- 1° semestre 2013 che si presenta in crescita rispetto al numero di RM e TC, prestazioni che risultano . In Regione Piemonte superiori allo standard nazionale in termini di consumo pro-capite.

Risultati programmati

- Aderenza dei comportamenti prescrittivi per TC e RM ai criteri di priorità clinica individuati dalla Regione.

Indicatori di risultato

- Minor ricorso alle prestazioni di TC e RM , nel 2014, del 10% sul 2013 e, nel 2015, del 5% sul 2014

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore "Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali" della Direzione Regionale Sanità.

Azione 14.3.5: Piano Regionale di contenimento delle liste di attesa

L'Atto di intesa Stato- Regioni del 28/10/2010 sul Piano nazionale di governo delle liste d'attesa per il triennio 2010-2012, che aggiorna la precedente Intesa del 28/03/2006, nel richiamare il fatto che il fenomeno delle liste d'attesa è presente in tutti gli Stati dove insiste un sistema sanitario universalistico e che offra un livello di assistenza avanzato, rimarca la necessità che la gestione della problematica veda l'impegno comune del Governo e delle Regioni, con la consapevolezza che non esistono soluzioni semplici e univoche, ma che vanno poste in essere azioni complesse ed articolate, considerando in particolare la promozione del principio di appropriatezza nelle sue due dimensioni clinica ed organizzativa utili a rispondere in modo adeguato ad una specifica domanda di assistenza.

Su questo tema sono da tempo in corso presso l'Assessorato molte azioni a partire dal 2003, successivamente sviluppate con la D.G.R. n. 56-3322 del 3.07.2006, D.G.R. n. 37-5180 del 29.01.2007, D.G.R. n. 2- 2481 del 29/07/2011 anche in ottemperanza a vari provvedimenti definiti a livello nazionale per il triennio 2006-2009 e 2010-2012. Le azioni hanno interessato in particolare i principi ed i criteri per l'erogazione delle prestazioni e per la gestione delle liste d'attesa, quelli per il monitoraggio dei valori rilevati e l'informazione all'utenza, con l'individuazione delle prestazioni oggetto di monitoraggio da parte dell'Amministrazione Regionale ed i relativi standard di riferimento. In particolare nel 2011 è stato approvato a livello nazionale il nuovo Piano nazionale di Governo delle Liste d'Attesa per il triennio 2010-2012 la cui applicazione impegna la Regione Piemonte - D.G.R. n. 2-2481 del 29/07/2011 - sia in termini di appropriatezza prescrittiva (rispetto classi di priorità di accesso, percorsi diagnostico-terapeutici cardiovascolare ed oncologico) che di organizzazione complessiva di tutto il sistema delle prenotazioni. Il Piano di rientro di cui alla D.G.R. n. 44-1615 del 28/02/2011 e s.m.i con la quale la Giunta Regionale ha adottato l'Addendum al Piano di rientro e al Programma attuativo, commi 93,94,95,96,97 della legge 23/12/2009 n. 191, delinea gli obiettivi di intervento nelle diverse macro-aree per il periodo 2010-2012 ed individua tra le varie manovre previste nel programma attuativo per la realizzazione degli obiettivi stessi, anche azioni specifiche in tema di "appropriatezza prescrittiva". Per affrontare in maniera concreta la questione appropriatezza sicuramente una piena attuazione del sistema "RAO" (Raggruppamento Attesa Omogenei), sperimentato con successo in varie realtà del territorio nazionale e che prevede la stesura e l'applicazione di protocolli d'intesa condivisi tra prescrittori ed erogatori di prestazioni), assicurerebbe l'attribuzione corretta ai pazienti dei criteri di priorità di accesso alle prestazioni che devono effettuare. In Regione Piemonte, a partire dal 2008, sono state poste le basi per lo sviluppo di tale sistema con progetti specifici, riguardanti alcuni gruppi di prestazioni, realizzati attraverso la stesura di protocolli condivisi tra specialisti e MMG/PLS e la relativa produzione di indirizzi operativi attuabili da tutti i soggetti interessati.

In particolare con D.D. n. 101 del 24.04.2007, DD n. 43 del 4.02.2008, DD n. 375 del 10.07.2009 sono state definite:

- linee guida sull'utilizzo di classi di priorità in base al bisogno clinico e relativi tempi di attesa. Per quanto concerne le prestazioni di assistenza specialistica-ambulatoriale le linee guida già definite interessano le prestazioni che risultano particolarmente critiche a livello regionale rispetto ai tempi di attesa. Per quanto riguarda i criteri per l'individuazione delle classi di priorità clinica delle prestazioni di ricovero programmato sono stati confermati i criteri già definiti a suo tempo con la DGR 14/2003 e si è proceduto ad una integrazione che interessa le priorità di accesso per interventi nel settore urologico e per protesi d'anca, in quanto tali interventi risultano particolarmente critici a livello regionale rispetto ai tempi di attesa;
- le prestazioni di base per le quali le Aziende devono garantire i tempi massimi d'attesa;
- le schede di preparazione paziente a determinati esami diagnostici, per l'omogeneizzazione dei comportamenti da parte delle varie strutture organizzative piemontesi.

Al fine di una puntuale, diffusa, attuazione delle disposizioni di cui ai provvedimenti sopra indicati sono stati, inoltre, attivati e realizzati specifici corsi di formazione regionale per migliorare la cultura dell'appropriatezza prescrittiva dei medici prescrittori per un appropriato ed equo accesso alle prestazioni ambulatoriali su tutto il territorio regionale.

Il recente Atto di Intesa Stato – Regioni per il triennio 2010-2012 stabilisce che per tutte le prestazioni oggetto di monitoraggio, il tempo massimo di attesa individuato dovrà essere garantito, presso le strutture erogatrici indicate dal Piano attuativo aziendale, al 90% degli utenti per i quali i medici prescrittori hanno redatto specifica prescrizione, anche attraverso la gestione razionale degli accessi dei cittadini al sistema CUP delle prenotazioni. Nel corso del 2011 è stato avviato il Sovracup web, per permettere ai cittadini di effettuare le prenotazioni da casa per le prestazioni erogate dalle ASR di Torino e provincia e sono in fase di start up o di progettazione altri CUP provinciali. Il Piano 2010-2012 tratta specificatamente l'integrazione dell'offerta pubblica con quella privata. In particolare stabilisce di "integrare in modo ottimale il complesso dell'offerta pubblica e privata accreditata, attraverso l'uso diffuso del sistema CUP". In tal senso i rinnovi degli accordi contrattuali attualmente in fase di definizione con le strutture private accreditate prevedono una graduale estensione dei CUP aziendali delle ASL anche ai centri accreditati, in modo tale da avere un panorama dell'offerta complessiva per le prestazioni ambulatoriali e far sì che venga evitato il problema delle multiprenotazioni (pazienti che prenotano per più strutture senza poi disdire i posti che ritengono meno competitivi sia in termini di attesa che di valore intrinseco dei medici erogatori), che falsa la percezione reale dei tempi d'attesa e rende meno omogeneo il tempo standard tra strutture pubbliche ed accreditate. Con questa operazione i centri accreditati diventerebbero realmente uno strumento di supporto all'attività sanitaria pubblica ed al stesso tempo l'offerta delle prestazioni potrebbe essere monitorata dalla Regione ed indirizzata alle reali esigenze dei cittadini, senza inutili doppioni di prestazioni che le strutture pubbliche sono già in grado di erogare nei tempi stabiliti. L'attenta verifica rispetto alla quantità ed alla tipologia delle prestazioni inserite sui CUP aziendali (e quindi sugli eventuali Sovracup o simili), unita ad un monitoraggio puntuale delle sospensioni, di cui alla D.D n. 101 del 24/04/2007 e s.m.i., dovrebbe garantire una reale trasparenza nella gestione delle liste d'attesa. Una innovazione tecnologica che è stata resa operativa su tutto il territorio regionale (D.G.R. n. 28-2027 del 17/05/2011) è il sistema Recall che, ricontattando il paziente alcuni giorni prima per ricordargli l'appuntamento ed eventualmente disdirlo, permetterà di liberare e riassegnare disponibilità che altrimenti andrebbero perdute e contribuirà ad abbattere l'odioso ed antieconomico fenomeno del drop out (cioè dei pazienti che si "dimenticano" di disdire); tale sistema dovrebbe essere in grado di incidere sensibilmente sulle liste d'attesa e sull'efficienza ed economicità del sistema complessivo. L'organizzazione sopra descritta interessa tutta la specialistica ambulatoriale erogabile sul territorio regionale, mentre le prestazioni oggetto di monitoraggio regionale comprendono sia quelle previste dal Piano nazionale sia alcune ritenute di particolare criticità (D.G.R. n. 2-2481 del 29/07/2011).

La Regione Piemonte partecipa, inoltre, come da previsione normativa, al monitoraggio nazionale sui tempi di attesa:

- per le prestazioni ambulatoriali erogate in attività libero-professionale intramuraria e intramuraria allargata (Monitoraggio ALPI semestrale per particolari prestazioni);
- con modalità ex ante per le prestazioni ambulatoriali erogate quale livello di assistenza (Monitoraggio semestrale ex ante per particolari prestazioni solo per il primo accesso e per le classi di priorità B e D).

Anche l'attività di programmazione ed ottimizzazione delle risorse per il controllo e la riduzione delle liste d'attesa per i ricoveri ha seguito un percorso parallelo a quello che ha riguardato l'attività specialistica ambulatoriale, che si è evidenziato in particolare con:

- monitoraggio dei tempi d'attesa per una definita tipologia di ricoveri;
- adozione di criteri uniformi per la definizione dei codici di priorità, con particolare riferimento ad alcuni interventi chirurgici con particolari criticità clinica o organizzativa;
- inserimento nel tracciato informatico delle SDO della data di prenotazione del ricovero ed identificazione dei codici di priorità;
- elaborazione di indirizzi operativi alle strutture di ricovero per la revisione periodica delle liste d'attesa con controllo della effettiva attuazione.

Nella programmazione delle attività di ricovero sono stati forniti indirizzi precisi sia alle ASR che agli erogatori privati accreditati in merito alle tipologie di interventi chirurgici da privilegiare, per consentire la diminuzione delle liste d'attesa con criticità particolare.

Risultati programmati

- integrazione dell'offerta privata accreditata e contrattata con quella pubblica attraverso l'uso diffuso del sistema CUP".
- Corretto utilizzo da parte dei medici prescrittori dei criteri di priorità di accesso alle prestazioni quali individuati a livello regionale.

Indicatori di risultato

- Aggiornamento/integrazione dei criteri di utilizzo delle classi di priorità clinica entro il 30.06.2014..
- Elaborazione di indirizzi operativi alle strutture di ricovero per la revisione periodica delle liste d'attesa con controllo della effettiva attuazione, entro il 31/12/2014.
- Inserimento entro il 30/06/2014 nel Cup aziendale/Sovracup delle prestazioni erogate dalle strutture private accreditate e dalle strutture ex art. 42-43 L.833/78 e oggetto di accordo contrattuale.
- Inserimento delle agende di prenotazione nel Cup aziendale/Sovracup dell'80% delle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate dalle strutture sanitarie pubbliche rilevate dai flussi informativi tipo C.

Responsabile del processo attuativo

- Dirigente responsabile del Settore "Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali" della Direzione Regionale Sanità.

Intervento 14.4: Assistenza territoriale

Uno dei più rilevanti obiettivi della programmazione regionale è la messa a disposizione di una rete di servizi territoriali sanitari e socio-sanitari, necessari a garantire benessere e qualità della vita ai cittadini, nonché introdurre percorsi virtuosi nell'utilizzo dei servizi dell'area dell'acuzie e della post-acuzie, riducendo così l'inappropriato protrarsi della permanenza nei reparti ospedalieri o in strutture di lungodegenza di persone in fase di post acuzie che presentano situazioni di disabilità complessa e/o patologie cronico degenerative gravemente invalidanti attraverso il ricorso a setting assistenziali appropriati. Una delle criticità, più volte emersa nei Verbali del Tavolo di verifica, è quella relativa alla carenza di un provvedimento "ricognitivo", una sorta di Testo Unico volto a ricapitolare il "Piano di assistenza territoriale" in modo da chiarire il percorso di cura del paziente, nonché le tematiche legate alle tossicodipendenze e alla salute mentale. In tale ambito, l'obiettivo del Programma Operativo 2013-2015 è, dunque, la predisposizione di un Piano di riorganizzazione, riqualificazione e rideterminazione del fabbisogno relativamente all'assistenza territoriale e distrettuale, da adottarsi, con apposita DGR, entro il 30/06/2014. Obiettivi del programma operativo 2013-2015 per quest'area di interventi sono pertanto:

- la precisazione del modello organizzativo di presa in carico territoriale, a livello di distretto, del cittadino al momento della sua dimissione ospedaliera e al suo rientro a domicilio e/o al suo inserimento nei percorsi di lungo assistenza.
- sviluppo ed implementazione delle attività e delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie domiciliari, semi-residenziali e residenziali, offerte a livello di assistenza territoriale e distrettuale, con particolare riferimento alle aree di bisogni critici, quali quelli di anziani, disabili, pazienti psichiatrici, tossicodipendenti, minori.

Assistenza territoriale valorizzazione manovre (€/mIn)			
	2013	2014	2015
Assistenza territoriale	4,1	-15,6	-28,6
Assistenza territoriale	4,1	-15,6	-28,6
<i>Riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell'assistenza territoriale per disabili</i>	0,0	-4,0	-6,0
<i>Riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell'assistenza territoriale per anziani</i>	0,0	-4,0	-6,0
<i>Riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell'assistenza domiciliare integrata</i>	0,0	-9,7	-16,7
<i>Riorganizzazione, riqualificazione e implementazione dell'assistenza ai pazienti psichiatrici</i>	0,0	0,0	0,0
<i>Assistenza territoriale ai soggetti tossicodipendenti</i>	4,1	4,1	4,1
<i>Assistenza territoriale ai soggetti minori</i>		-2,0	-4,0

Tabella 41 – Sintesi manovre

La Regione Piemonte con D.G.R n. 27-3628 del 28 marzo 2012 ha inteso definire il modello organizzativo per garantire all'utente un percorso integrato ospedale –territorio all'interno della rete dei servizi per interventi di tipo sanitario e socio-assistenziale. Il modello organizzativo individuato si propone l'obiettivo di assicurare concretamente una continuità assistenziale, in grado di operare nell'ambito di un'integrazione reale tra ospedale, professionisti presenti sul territorio, strutture territoriali. Peraltro una appropriata gestione del rapporto ospedale- territorio permette anche di migliorare il grado di appropriatezza dell'attività di ricovero. Il percorso di cura post-dimissione dalla rete ospedaliera per acuzie e post-acuzie del paziente fragile si realizza attraverso il passaggio delle informazioni sanitarie e sociali ai professionisti del Nucleo Distrettuale di Continuità delle Cure. Il nucleo distrettuale di continuità delle cure rappresenta il momento organizzativo, costituito da professionisti sanitari e sociali (MMG, infermiere professionali e assistente sociale), che utilizza il principio della multidimensionalità nell'analisi e ricerca di soluzioni per individuare la risposta sanitaria ed assistenziale adeguata ad affrontare tutti i problemi presenti nelle tre dimensioni clinico, funzionale e sociale dei soggetti in dimissione. La presa in carico territoriale a seguito della post dimissione ospedaliera si può articolare attraverso l'offerta di interventi, la cui attivazione è proposta direttamente dal Nucleo Distrettuale di Continuità delle Cure e la proposta dei percorsi di lungo assistenza, previa valutazione multidimensionale da parte delle unità valutative. Gli interventi che il Nucleo distrettuale di continuità delle cure può attivare direttamente a favore dei cittadini in fase di dimissione dalla rete dei servizi ospedalieri sono i seguenti:

- Continuità assistenziale a valenza sanitaria per un massimo di 30 giorni, prorogabili presso i presidi di continuità assistenziale, di cui alla D.G.R. n. 6-5519 del 14/03/2013 e alla azione 14.3.3
- ospedalizzazione domiciliare,
- assistenza domiciliare integrata, di cui all'azione 14.4.3

A questo riguardo si evidenzia che il fabbisogno di posti-letto di continuità assistenziale a valenza sanitaria è stimato in 1.100 posti, necessari a garantire la prosecuzione delle cure sanitarie in ambiente non ospedaliero a casi che per la complessità delle problematiche sanitarie e socio-assistenziali impediscono un immediato rientro a domicilio. L'inserimento nelle strutture di continuità assistenziale a valenza sanitaria consente la stabilizzazione clinica necessaria al rientro a domicilio, nonché l'eventuale segnalazione alle Unità di valutazione multidimensionale, preliminare alla presa in carico da parte dei servizi territoriali per minori, anziani, disabili, malati psichici e tossicodipendenti. In alternativa al ricovero nei posti-letto di continuità assistenziale a valenza sanitaria il nucleo distrettuale di continuità delle cure può predisporre progetti di ADI, che deve essere in grado di farsi carico di una crescita dei volumi di attività conseguenti alla riduzione dell'attività ospedaliera. La Regione Piemonte propone quindi l'incremento delle prestazioni di ADI nel triennio dagli attuali 3,24 % anziani ultra 65 ai 4 anziani ultra 65 e la loro rimodulazione a favore delle alte intensità, in modo da realizzare la presa in carico domiciliare dei casi di pazienti con livelli di disabilità diversificate, che però possono per la disponibilità di risorse familiari e sociali proseguire le cure in ambito domiciliare. Il nucleo distrettuale di continuità delle cure può attivare la presa in carico socio-sanitaria, che prevede la valutazione del caso da parte delle competenti Unità di Valutazione territoriali (UVG, UVMD) per le rispettive competenze. Le competenti Unità di Valutazione (Unità Valutativa Geriatria/Unità Valutativa Multidimensionale) eseguono la valutazione globale, definiscono la condizione clinico-assistenziale

ed individuano i bisogni socio-sanitari delle persone non autosufficienti, attribuendo un grado di intensità assistenziale e definendo un Progetto assistenziale. Il Progetto deve contenere gli obiettivi ed i risultati che si vogliono raggiungere, la tipologia, la modalità la sede ed il livello di intensità degli interventi in base al grado di intensità assistenziale attribuito alla persona, tenendo anche conto della sua condizione psico-fisica, sociale, familiare ed ambientale. Gli interventi di assistenza territoriali attivati a seguito di valutazione da parte delle Unità di Valutazione Multidimensionale sono di carattere socio-sanitario e si articolano in:

- cure domiciliari in lungoassistenza nella fase di cronicità, volte a mantenere e rafforzare l'autonomia funzionale o a rallentare il deterioramento, che si esplicano in un insieme di servizi, quali prestazioni professionali, prestazioni di assistenza familiare, servizi di tregua, affidamento diurno, telesoccorso, fornitura di pasti
- interventi economici a sostegno della domiciliarità, quali assegno di cura, buono famiglia, buono servizio
- semiresidenzialità (centri diurni)
- residenzialità
- educativa territoriale per minori e disabili
- mix interventi (domiciliarità + semiresidenzialità).

Risultati programmati

- Attivazione del nucleo distrettuale di continuità delle cure in tutte i distretti delle Aziende Sanitarie regionali entro il 31.12.2015

Indicatori di risultato

- Previsione del modello di organizzazione e funzionamento del nucleo distrettuale di continuità delle cure;
- -Percentuale di nuclei distrettuali di continuità delle cure attivati sul territorio regionale per anno.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente Responsabile del Settore "Programmazione socio-assistenziale, integrazione socio-sanitaria, e rapporti con gli enti gestori istituzionali" della Direzione regionale Politiche sociali e della famiglia, dirigente Responsabile del Settore "Risorse finanziarie", dirigente responsabile del Settore "Pianificazione e Assetto Istituzionale del SSR" della Direzione Regionale Sanità.

Azione 14.4.1: Riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell'assistenza territoriale per disabili

Le persone con disabilità necessitano di modalità di presa in carico individualizzate e personalizzate con una maggior rispondenza ai bisogni specifici. La valutazione del bisogno e la conseguente definizione di un progetto individuale viene effettuata a livello distrettuale dall'Unità Multidisciplinare di Valutazione della Disabilità, che rappresenta l'elemento centrale del coordinamento per accedere ai diversi servizi rivolti alle persone con disabilità. Con D.G.R. n. 26-13680 del 29 marzo 2010 la Regione ha fornito alle Aziende Sanitarie le Linee-guida di funzionamento delle unità multidisciplinari di valutazione della disabilità, consentendo di trasformare l'organizzazione delle precedenti unità di valutazione handicap (UVH), non presenti su tutto il territorio regionale, e fornire omogenee regole di funzionamento alle istituende UMVD. Valutazione multidimensionale ed elaborazione di un progetto personalizzato per il disabili sono le precondizioni per l'accesso alla rete dei servizi territoriali per le persone disabili, che comprende servizi dell'area dell'integrazione socio-sanitaria (servizi semi-residenziali e servizi residenziali) e servizi socio-sanitari (servizi di educativa territoriale, contributo economico a sostegno della domiciliarità).

La sviluppo della rete dei servizi per la disabilità ha tenuto conto delle previsioni del DPCM 29/11/2001.

- In applicazione del D.P.C.M. 29/11/2001, Allegato 1, punto 1.C che, nell'ambito della titolarità e competenza sanitaria rispetto alle prestazioni contenute nei Livelli Essenziali (L.E.A.), individua per ciascuna tipologia erogativa di carattere socio-sanitario, quelle che sono le prestazioni sanitarie e quelle sanitarie di rilevanza sociale nelle quali la componente sanitaria e quella sociale non risultano operativamente distinguibili e per le quali è stata prevista una percentuale di costo non attribuibile alle risorse finanziarie destinate al S.S.R, la Regione Piemonte ha disposto con D.G.R. 51/2003 l'articolazione dei servizi e degli interventi socio-sanitari per l'area della disabilità.

Con tale provvedimento le strutture semi-residenziali e residenziali, programmate ed attive sul territorio regionale, vengono articolate per tre fasce di intensità assistenziale (alta, media, bassa) e l'accesso preceduto da una valutazione multidimensionale dei bisogni della persona disabile e dall'elaborazione di un progetto personalizzato, il quale deve valutare tutti gli aspetti connessi con la natura del bisogno e deve stabilire la tipologia di risposta appropriata da erogare, le procedure ed i tempi di valutazione e di verifica. Il quadro degli interventi a favore della disabilità si completa con l'adozione della D.G.R. n. 56-13332 del 15 febbraio 2010 con cui la Regione Piemonte identifica le schede di valutazione sanitarie e sociali per la determinazione delle fasce di intensità assistenziale, ai fini di correlare il valore economico del contributo a sostegno della domiciliarità in lungo assistenza istituito con le risorse del Fondo nazionale per le non autosufficienze. Su richiesta del Consiglio Regionale l'amministrazione regionale ha avviato all'inizio dell'anno 2012 il monitoraggio delle liste di attesa per l'accesso ai servizi territoriali per le persone disabili. Da tale monitoraggio è emerso che, a fine 2012, le persone disabili in carico ai servizi erano circa 13.000, così distribuite: 3.781 nei servizi residenziali, 3.720 nei servizi semiresidenziali, 3.236 nei servizi domiciliari, 2.257 nei servizi di educativa territoriale.

- Nello stesso periodo, il numero di disabili in lista d'attesa era di 1258, di cui 204 ai servizi residenziali, 299 ai servizi semiresidenziali, 483 ai servizi domiciliari, 272 ai servizi di educativa territoriale.
- Si evidenzia che il dato relativo al numero di persone in carico / in struttura ha avuto un andamento abbastanza costante nell'arco dell'anno 2012 in tutte le tipologie di servizi monitorate (servizi residenziali, semiresidenziali, domiciliari ed educativa territoriale) con l'unica rilevante eccezione evidenziata dall'aumento delle richieste di intervento domiciliare nel terzo trimestre, coincidente con il periodo estivo. Considerato che dai dati rilevati emerge che la popolazione disabile in lista d'attesa è pari a circa il 10% di quella presa in carico, si può, pertanto, affermare che la risposta assistenziale che la Regione Piemonte fornisce alla popolazione disabile soddisfa la quasi totalità delle richieste. La situazione attuale presenta, però, ancora la necessità di agire sulla specializzazione di tali richieste, in modo da poter diversificare le risposte ai nuovi bisogni tramite la continua specializzazione dei vari trattamenti. Rispetto ai vari servizi offerti si evidenzia, in particolare, che la maggior richiesta di intervento afferisce, comunque, ai servizi domiciliari. Per quanto attiene a tali servizi, l'introduzione degli Interventi economici a sostegno della domiciliarità descritta nel capitolo precedente (Azione 14.4.2: Riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell'assistenza territoriale per anziani) è stata estesa, a partire dall'anno 2010, anche alle persone con disabilità di età inferiore ai 65 anni. Il contributo economico a sostegno della domiciliarità in Lungo Assistenza, così come è stato definito dalla normativa regionale DGR 56/2010 è un intervento a rilievo socio-sanitario, che si configura come erogazione monetaria riconosciuta al beneficiario di un Piano Assistenziale Individuale, per la copertura del costo dei servizi di assistenza tutelare socio sanitaria: prestazioni di cura familiare e affidamento; assunzione di un Assistente Familiare; acquisto di prestazioni di assistenza domiciliare del profilo professionale ADEST/OSS; presso fornitori accreditati o riconosciuti dalle ASL o dai Soggetti gestori dei servizi socio-assistenziali; acquisto del servizio di telesoccorso.

Tali prestazioni sono state sostenute con risorse provenienti dal Fondo Sanitario Regionale destinato alle attività sanitarie territoriali, con risorse regionali aggiuntive, con risorse regionali attribuite annualmente in sede di bilancio regionale di previsione alla Direzione politiche sociali e destinate all'erogazione dei servizi socio-sanitarie a favore delle persone non autosufficienti, disabili e anziane e con risorse provenienti da erogazioni dello Stato finalizzate all'assistenza delle persone non autosufficienti. Dalla rilevazione effettuata sull'attuazione dei suddetti interventi economici riferita alla data del 31.01.2012 risulta che le persone disabili, che hanno usufruito di tali prestazioni erano 2.777 con una spesa complessiva di circa 15 milioni di euro, mentre risultavano in lista d'attesa 608 persone disabili. Al fine di soddisfare il suddetto fabbisogno si rende necessario, come per gli anziani, rivedere il sistema delle cure domiciliari in lungo assistenza (Vedi Azione 14.4.2: Riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell'assistenza territoriale per anziani). Per quanto concerne il fabbisogno di interventi semiresidenziali e residenziali la Regione Piemonte si pone quale obiettivo l'incremento della risposta offerta in semiresidenziale e residenziale per persone disabili attraverso una revisione del modello organizzativo-gestionale di riferimento e l'adozione di un nuovo modello tariffario. Tale riorganizzazione risponde anche alla necessità di migliorarne l'efficienza e garantire flessibilità di risposta a bisogni socio-sanitari in profonda evoluzione e spesso necessitanti di prese in carico specializzate. Le normative regionali vigenti, in materia, sono:

- la D.G.R. 230-23699 del 22.12.1997 “Standard organizzativo-gestionali a favore delle persone disabili”, la D.G.R. 42-6288 del 10.06.2002 “Criteri e modalità per la concessione e l’erogazione dei finanziamenti di cui all’art. 81 della Legge 23.12.2000, n. 388, in materia di interventi in favore dei soggetti con handicap grave privi dell’assistenza dei familiari, di cui al D.M. del 13.12.2001, n. 470”. la D.G.R. 51-11389 del 23.12.2003 “DPCM 29.11.2001, Allegato 1, punto 1.C. applicazione dei livelli essenziali di assistenza all’area dell’integrazione socio-sanitaria.

L’attuale risposta residenziale e semiresidenziale per persone disabili è articolata ai sensi della D.G.R. n. 51-11389 del 23.12.2003 in tre fasce assistenziali. L’obiettivo prefisso è la definizione di un nuovo modello di assistenza da erogare nelle strutture pubbliche e private per le prestazioni residenziali e semiresidenziali per persone disabili, articolato in un ventaglio più ampio di risposte disponibili e dotandolo di una maggiore flessibilità progettuale, organizzativa, gestionale e strutturale, al fine di renderlo maggiormente adeguato ai differenti bisogni che attualmente connotano la popolazione disabile. Il principio guida del modello sarà l’adeguamento della rete dei servizi ai bisogni delle persone assistite e non viceversa, evitando il più possibile che le medesime, nelle diverse fasi del loro percorso assistenziale, debbano necessariamente subire spostamenti di struttura. Il modello che si proporrà è finalizzato a semplificare e riorganizzare le strutture attraverso la rimodulazione dei livelli di intensità assistenziale, al fine di permettere una maggiore flessibilità nell’assistenza offerta, garantendo in questo modo risposte maggiormente calibrate sugli effettivi bisogni della persona. Il provvedimento relativo alla definizione di un nuovo modello di assistenza da erogare nelle strutture pubbliche e private per le prestazioni residenziali e semiresidenziali per persone disabili, della collaterale remunerazione economica e del relativo fabbisogno è in fase di adozione con previsione di raggiungimento dell’obiettivo entro il 1° giugno 2014. A seguito della emanazione della Deliberazione di cui sopra, verranno organizzati incontri periodici con le Aziende Sanitarie Locali per illustrare il nuovo modello.

Risultati programmati

- adozione del provvedimento di revisione del sistema di cure domiciliari in lungo assistenza; adozione del provvedimento di revisione organizzativo-gestionale delle strutture semi-residenziali e residenziali per disabili, attraverso la rimodulazione dei livelli di intensità assistenziale, al fine di permettere una maggiore flessibilità nell’assistenza offerta;
- adozione del provvedimento di revisione tariffaria coerente con la definizione del nuovo modello di assistenza da erogare nelle strutture pubbliche e private per le prestazioni residenziali e semiresidenziali per persone disabili; nonché l’applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza.
- incontri periodici con le Aziende Sanitarie Locali per illustrare il nuovo modello, a seguito della emanazione della Deliberazione, di cui sopra.

Indicatori di risultato

- Incremento dei casi trattati a 1 per mille abitanti in cure domiciliari in lungo assistenza per disabili, entro l’anno 2014;
- incremento dei casi trattati in semi-residenziale e residenziale a 1,2 per mille abitanti, entro l’anno 2015.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente Responsabile del Settore “Programmazione socio-assistenziale, integrazione socio-sanitaria, e rapporti con gli enti gestori istituzionali” della Direzione regionale Politiche sociali e della famiglia, dirigente Responsabile del Settore “Risorse finanziarie”, dirigente responsabile del Settore “Pianificazione e Assetto Istituzionale del SSR” della Direzione Regionale Sanità.

Azione 14.4.2: Riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell’assistenza territoriale per anziani

Il Piemonte rappresenta una delle Regioni italiane, in cui è più rilevante il fenomeno dell’invecchiamento della popolazione: un cittadino piemontese su quattro appartiene ormai alla cosiddetta “terza età”, ovvero supera i 65 anni. A fronte del costante aumento della popolazione anziana, si assiste parallelamente alla crescita di richieste di assistenza da parte di soggetti e di famiglie, nel cui nucleo vi è la presenza di un anziano non autosufficiente bisognoso di assistenza continuativa. Nell’erogazione delle risposte alla domanda di assistenza, si rileva, però, la presenza di alcune criticità riconducibili alle sovrapposizioni ed alle difficoltà di coordinamento tra strutture organizzative del Servizio Sanitario regionale, tra queste strutture e quelle dei servizi sociali di

competenza dei Comuni. A questo scopo con questo programma operativo si propone un modello integrato, in grado di realizzare un insieme di programmi sanitari ed assistenziali a livelli differenti di intensità assistenziale erogati a livello di distretto socio-sanitario, che diventa il luogo fisico della gestione e del coordinamento dell'intero percorso socio-sanitario della persona. Le competenti Unità di Valutazione, operative ormai da più di dieci anni valutano i bisogni e predispongono un Progetto di Assistenza Individuale di risposta domiciliare, semi-residenziale e residenziale. Tuttavia la richiesta sempre più pressante di dare maggiore garanzia di continuità assistenziale, da un lato al termine del percorso di cure dal momento del ricovero ospedaliero al rientro a domicilio e dall'altro di garantire il mantenimento a domicilio delle persone non autosufficienti ormai stabilizzate, richiede un maggior coordinamento tra la rete delle risposte sanitarie territoriale e quelle dell'area dell'integrazione socio-sanitaria. A questo scopo si intende mettere a disposizione, a livello distrettuale, una figura professionale, abitualmente figura infermieristica con funzioni di case manager, con il compito principale di coordinare la realizzazione del Progetto di Assistenza Individuale e la successiva modulazione delle risposte esistenti, di carattere sanitario (ambulatoriali, ADI), socio-sanitario (assistenza domiciliare professionale, contributi economici per il sostegno alla domiciliarità, telesoccorso, centri diurni) e socio-assistenziale (affidamenti diurni, servizi di tregua, fornitura di pasti, servizi di lavanderia, interventi di pulizia, igiene, piccole manutenzioni e adattamenti dell'abitazione) al domicilio dell'anziano. Il Case Manager è l'operatore chiave dell'équipe distrettuale che attivamente gestisce e coordina gli interventi sanitari ed assistenziali programmati nel Piano di Assistenza Individuale e realizzati dai diversi servizi coinvolti, consentendo la gestione in autonomia all'anziano ed alla sua famiglia. La figura del Case Manager verrà definita puntualmente in un apposito provvedimento che ne stabilirà la presenza presso ogni Distretto. In questo quadro programmatico va detto che obiettivo prevalente della programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale negli ultimi 15 anni è stato il potenziamento delle risposte domiciliari, mettendo a disposizione il vasto quadro di interventi, prestazioni e sostegni economici sopra descritti. In applicazione del D.P.C.M. 29/11/2001, Allegato 1, punto 1.C che, nell'ambito della titolarità e competenza sanitaria rispetto alle prestazioni contenute nei Livelli Essenziali (L.E.A.), individua per ciascuna tipologia erogativa di carattere socio-sanitario, quelle che sono le prestazioni sanitarie e quelle sanitarie di rilevanza sociale nelle quali la componente sanitaria e quella sociale non risultano operativamente distinguibili e per le quali è stata prevista una percentuale di costo non attribuibile alle risorse finanziarie destinate al S.S.N, la Regione Piemonte ha disposto con D.G.R. 51/2003 "L'articolazione delle cure domiciliari nella fase di lungoassistenza". La fase di lungo assistenza è finalizzata a mantenere l'autonomia funzionale possibile ed a rallentare il deterioramento delle condizioni di salute ed è caratterizzata da un minore impegno terapeutico e/o riabilitativo e da un maggiore intervento socio-sanitario di prestazioni professionali di assistenza tutelare rivolto a favorire il recupero delle capacità residue di autonomia e di relazione, ed in linea generale, il miglioramento della qualità della vita. La compartecipazione dell'utente/Comune avviene esclusivamente sulle prestazioni socio-sanitarie di assistenza tutelare alla persona e non su quelle puramente sanitarie, mediche, infermieristiche e riabilitative. Sulle suddette prestazioni socio-sanitarie di assistenza tutelare, l'A.S.L. assume a proprio carico il 50% del costo, definito con riferimento al costo/orario OSS, mentre il restante 50% è a carico dell'utente/Comune. Le risorse assegnate alla Regione Piemonte dal 2007 al 2013, grazie al Fondo per le non autosufficienze, istituito dalla Legge finanziaria 2007, hanno consentito nel 2008 l'attivazione su tutto il territorio regionale del Punto Unico di Accesso e a partire dal 2009 il riconoscimento del contributo economico a sostegno della domiciliarità in Lungo Assistenza (DGR 39/2009 e DGR 56/2010). Il contributo economico a sostegno della domiciliarità in Lungo Assistenza, così come è stato definito dalla normativa regionale, è un intervento a rilievo socio-sanitario, che si configura come erogazione monetaria riconosciuta al beneficiario di un Piano Assistenziale Individuale, per la copertura del costo dei servizi di assistenza tutelare socio sanitaria: prestazioni di cura familiare e affidamento; assunzione di un Assistente Familiare; acquisto di prestazioni di assistenza domiciliare del profilo professionale ADEST/OSS; presso fornitori accreditati o riconosciuti dalle ASL o dai Soggetti gestori dei servizi socio-assistenziali; acquisto del servizio di telesoccorso. Tali prestazioni sono state sostenute con risorse provenienti dal Fondo Sanitario Regionale destinato alle attività sanitarie territoriali, con risorse regionali aggiuntive, con risorse regionali attribuite annualmente in sede di bilancio regionale di previsione alla Direzione politiche sociali e destinate all'erogazione dei servizi socio-sanitarie a favore delle persone non autosufficienti, disabili e anziane, nonché con risorse provenienti da erogazioni dello Stato, finalizzate all'assistenza delle persone non autosufficienti. Dall'ultimo monitoraggio riferito alla data del 31.01.2012 risulta che è stato possibile erogare nel 2011 servizi socio-sanitari di lungoassistenza domiciliare a circa 12.000 anziani non autosufficienti, cosa che ha comportato una spesa complessiva ammontante a circa 77 milioni di euro, In questo modo sono state contenute le richieste di accesso nelle strutture residenziali, mentre

si stimano in circa 17.000 le richieste non soddisfatte per prestazioni domiciliari in lungoassistenza. Tale modello è stato consolidato con l'approvazione della legge regionale n. 10 del 18 febbraio 2010 "Servizi domiciliari per persone non autosufficienti", con cui la Regione Piemonte ha ulteriormente definito il quadro delle prestazioni domiciliari, suddividendole in due tipologie:

a) le prestazioni di cura domiciliare ad alta complessità assistenziale nella fase intensiva o estensiva, ovvero di acuzie e post acuzie, quali le dimissioni protette, l'ospedalizzazione a domicilio, le cure domiciliari nell'ambito di percorsi gestiti dal medico di medicina generale; Le prestazioni di cui alla lettera a) sono riconducibili a quelle di ADI, di cui alla griglia LEA, sono meglio descritte negli obiettivi e nei risultati da raggiungere, nella successiva Azione 14.4.3: Riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell'assistenza domiciliare integrata]

- b) le prestazioni di lungoassistenza nella fase di cronicità, volte a mantenere e rafforzare l'autonomia funzionale o a rallentare il deterioramento, che si esplicano in un insieme di servizi, applicabili anche alle prestazioni di cui alla lettera a), quali:
- prestazioni professionali;
 - prestazioni di assistenza familiare;
 - servizi di tregua, consistenti in prestazioni domiciliari finalizzate ad alleviare gli oneri di cura da parte della famiglia;
 - affidamento diurno;
 - telesoccorso;
 - fornitura di pasti, servizi di lavanderia, interventi di pulizia, igiene, piccole manutenzioni e adattamenti dell'abitazione.

Le prestazioni di cui alla lettera b) sono riconducibili a quelle codificate dal SISS, come prestazioni socio-sanitarie agevolate (assegnazioni economiche per il sostegno della domiciliarità, assistenza domiciliare socio-assistenziale, ecc...) e consentono il rafforzamento di una modalità di presa in carico della persona non autosufficiente attraverso un piano personalizzato di assistenza, che integra nel piano di cura le diverse componenti sanitaria, socio-sanitaria e sociale in modo da assicurare la continuità assistenziale, superando la frammentazione tra le prestazioni erogate dei servizi sociali e quelle erogate dai servizi sanitari, di cui la persona non autosufficiente ha bisogno.

Obiettivo del triennio è dare applicazione della L.R. 10/10, in modo da potenziare il numero dei casi in carico, anche alla luce della numerosità delle richieste e del gradimento per questa tipologia di servizio domiciliare. A questo scopo si rende necessario procedere alla revisione del sistema delle cure domiciliari in Lungo assistenza. Ciò richiede una nuova definizione degli interventi a sostegno del mantenimento a domicilio delle persone anziane e la revisione dei criteri di erogazione, prevedendo l'istituzione dei titoli per l'acquisto (voucher) di servizi da soggetti accreditati, da persone abilitate all'esercizio di professioni sanitarie infermieristiche e sanitarie riabilitative, da operatori socio sanitari, da persone in possesso dell'attestato di assistente familiare, nonché una revisione dei massimali economici fino ad ora erogati ed una omogeneizzazione dei criteri di compartecipazione alla spesa sulla base dell'ISEE. Al punto 7.1.2. Ricognizione e rimodulazione delle tariffe è già stato evidenziato che obiettivo della Regione Piemonte nel triennio considerato è l'ampliamento della risposta al fabbisogno di prestazioni socio-sanitarie nelle aree dell'assistenza residenziale a minori, anziani e disabili, che si presenta in aumento per fattori demografici (aumento del tasso di invecchiamento ed allungamento dell'aspettativa di vita anche per le persone gravemente disabili) e come tale ampliamento sia possibile attraverso una manovra complessa, composta da una revisione organizzativo-gestionale dei modelli di funzionamento della residenzialità, per migliorarne l'efficienza e una conseguente revisione tariffaria. Il modello organizzativo-gestionale per la residenzialità degli anziani non autosufficienti è la D.G.R. 45-4248 del 30.7.2012 "Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale e semiresidenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti. Modifica D.G.R. n. 25-12129 del 14 .09.2009 e della D.G.R. n. 25-9199 del 14.07.2008". Revoca precedenti deliberazioni". A seguito dell'emanazione della suddetta D.G.R. 45-4248/2012 le Aziende Sanitarie Locali, gli Enti Gestori delle funzioni socio assistenziali, nonché i Soggetti gestori delle strutture socio-sanitarie si sono adeguate al nuovo modello. La DGR 45/2012 ha consentito la semplificazione del sistema assistenziale residenziale e semiresidenziale attraverso l'individuazione di due tipologie autorizzative per presidi a carattere residenziale denominate: "R.S.A. – Residenza Sanitaria Assistenziale" e "N.A.T. – Nucleo Alzheimer Temporaneo" e quattro tipologie autorizzative per presidi a carattere semiresidenziale denominate: "Centro Diurno Integrato inserito in un presidio socio-sanitario (C.D.I.)", Centro Diurno Integrato Autonomo (C.D.I.A.), Centro Diurno Alzheimer Autonomo (C.D.A.A.) e Centro Diurno Alzheimer Inserito in Struttura (C.D.A.I.)"; All'interno

di tali presidi sono disponibili nuclei assistenziali, che offrono prestazioni di assistenza residenziale modulati per intensità di cure, riconducibili alle quattro fasce assistenziali residenziali (R1, R2, R3, R2D), che rappresentano uno standard complessivo da garantire, in termini di tempi di assistenza giornaliera per ospite, i quali, in base al principio dell'appropriatezza della risposta posto a fondamento del modello assistenziale, vengono assegnati ad ogni progetto individuale in relazione al bisogno assistenziale della persona. La D.G.R. 45-4248 del 30.7.2012, per la definizione del riordino della rete delle strutture residenziali e semiresidenziali, demanda ad un successivo provvedimento la definizione della remunerazione delle prestazioni di assistenza residenziale e semiresidenziale per anziani non autosufficienti, al fine di coniugare il sistema tariffario con le nuove fasce assistenziali e i mutati parametri assistenziali della Deliberazione stessa, nonché l'applicazione delle quote di compartecipazione come previste dal D.P.C.M. 29.11.2001, Allegato 1.C e dalla D.G.R. n. 51-11389 del 23.12.2003, Allegato 1 punto B. Con D.G.R. 85- 6287/2013 relativa al nuovo piano tariffario per l'assistenza semi-residenziale e residenziale anziani, sono state individuate le tariffe per ciascun livello di intensità assistenziale previsto dalla DGR 45/2012 ed è stato recepito il riallineamento della ripartizione tariffaria secondo le indicazioni contenute nell'Allegato 1/C del D.P.C.M. 29/11/2001, entro il 30.09.2013.

L'applicazione del nuovo piano tariffario il risparmio derivante dalla nuova ripartizione tra quota SSR e quota utente/Comune e dalla contestuale riduzione tariffaria produrrà il risparmio necessario a finanziare nel triennio 2013-2015 l'incremento del numero di posti letto convenzionati al fine della riduzione delle liste di attesa, secondo le previsioni contenute nella D.G.R. 16-6690 del 19 novembre 2013.

Con il provvedimento sopraccitato si è provveduto, per le prestazioni residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti, ad assegnare budget e obiettivi di servizio alle ASL facendo riferimento alla rete di offerta identificata tramite la DGR 45-4248 del 30/07/2012.

Infine, si prevede di adottare entro il 30/06/2014 il provvedimento relativo ai "Tempi di attesa previsti" e ai "Tempi medi di attesa effettivi".

Risultati programmati

- Adozione del provvedimento di revisione del sistema di cure domiciliari in lungo assistenza;
- Adozione del provvedimento di inquadramento della figura del Case manager (infermiere professionale) presso ogni Distretto sanitario entro il 30.06.2014

Indicatori di risultato

- Attivazione della figura del Case manager (infermiere professionale) presso ogni Distretto sanitario entro il 31.12.2015,
- Raggiungimento dello standard di 4 casi trattati in ADI per 100 soggetti ultra sessantacinquenni entro il primo semestre 2015,
- Raggiungimento al 75% dello standard di 1,6 casi di lungoassistenza domiciliare per 100 soggetti ultra sessantacinquenni e raggiungimento al 75% dello standard di 1,7 per 100 anziani non autosufficienti ospiti in RSA, entro il 31/12/2014..
- Raggiungimento dello standard di 1,6 casi di lungoassistenza domiciliare per 100 soggetti ultra sessantacinquenni entro il 31.12.2015,
- Raggiungimento dello standard di 1,7 per 100 anziani non autosufficienti ospiti in RSA entro il 31.12.2015.

Responsabile del processo attuativo

- Dirigente Responsabile del Settore "Programmazione socio-assistenziale, integrazione socio-sanitaria, e rapporti con gli enti gestori istituzionali" della Direzione regionale Politiche sociali e della famiglia, Dirigente Responsabile del Settore "Risorse finanziarie", Dirigente Responsabile del Settore "Pianificazione e assesto Istituzionale del SSR della Direzione Regionale Sanità.

Azione 14.4.3: Riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell'assistenza domiciliare integrata

Il flusso FLS 21, relativo all'anno 2012, evidenzia che sono stati trattati in ADI 33.050 casi di soggetti ultrasessantacinquenni, pari al 3,24%, essendo il numero di ultrasessantacinquenni in Piemonte di 1.019.570. Pertanto, si può affermare che l'obiettivo di attività per il 2012, fissato al 3,2% dall'Addendum al Piano di rientro, è stato raggiunto. Gli FLS 21 evidenziano che vi è stato un miglioramento nei dati, comparabili tra di loro, degli anni 2011-2012 nei quali la Regione Piemonte è passata dal 2,0% del 2011 al 3,2% del 2012 degli anziani trattati in ADI. Il suddetto valore del 3,2%

del 2012 trova riscontro nei dati presentati dal Ministero nella riunione del Gruppo di Lavoro del Flusso SIAD del 16/07/2013, da cui risulta che, sulla base dei record validi (esclusi quindi gli scarti) le Prese in Carico (PIC) erogate con accessi nel 2012 sono state 68.663, delle quali 32.061 sono al netto del livello CIA base.

Dagli FLS 21 risulta che l'83% delle prese in carico è rivolta agli anziani, applicando lo stesso parametro percentuale ai dati ministeriali sopracitati, risulterebbero 26.721 PIC pre anziani, al netto del livello CIA base, pari al 2,62% della popolazione anziana piemontese. Il risultato è anche conseguenza della realizzazione delle azioni comunicate al Ministero della Salute con nota protocollo n. 27199 del 25/10/2012, che si sono concretizzate come segue:

- è stata chiesta la cancellazione dei dati presenti al Ministero della Salute Direzione del Sistema Informativo e Statistico Sanitario, che, essendo stata accordata, ha permesso un rinvio di tutta la base dati del Flusso SIAD a partire dal 1/10/2010 per l'allineamento delle chiavi tra livello regionale e ministeriale. Il rinvio si è concluso con esito positivo il 20/12/2012;
- sono state sollecitate le ASL affinché inviassero tempestivamente al Sistema di Monitoraggio regionale ogni evento conclusione. Infine, si è provveduto ad anticipare le scadenze entro le quali le ASL devono inviare al portale di acquisizione regionale i dati inerenti al flusso SIAD, per gli esercizi 2013 e 2014.

Risultati programmati

- Istituzione con D.D. n. 994 del 27/12/2012 del Gruppo di Lavoro con i Medici di Medicina Generale (MMG) e Parte Pubblica, con l'obiettivo della revisione di un Documento, già predisposto con i MMG nel 2011, ma necessitante di rivisitazione alla luce degli indicatori ministeriali e degli obiettivi dell'Addendum sulle Cure Domiciliari. Il Gruppo di Lavoro ha concluso i lavori in data 4/4/2013
- Modifica ed integrazioni della D.G.R. n. 41-5952 del 07/05/2002 e s.m.i. "Linee guida per l'attivazione del Servizio di Cure Domiciliari nelle Aziende Sanitarie Locali della Regione Piemonte", al fine di potenziare l'ADI, in collegamento con la D.G.R. n. 27-3628 del 28/3/2012 "Attuazione piano di rientro – D.G.R. n. 44-1615 del 28/2/2011 e smi – La rete territoriale, criteri e modalità per il miglioramento dell'appropriatezza e presa in carico territoriale", che prevede, in fase di dimissione ospedaliera, l'utilizzo di specifici strumenti di valutazione sperimentati e validati su ampia scala (Brass e Barthel modificato). Alla luce:
 - della D.G.R. 27-3628/2012,
 - delle informazioni sulla valutazione previste dal Flusso SIAD,
 - degli indicatori ministeriali che risultano a tutt'oggi non ancora formalizzati (sono presenti infatti sul sito del Ministero della Salute come bozza del 21 giugno 2012),
 - nonché della recente discussione sulla valutazione, apertasi nel Gruppo di Lavoro Regioni-Ministero del flusso SIAD,

la Regione Piemonte individuerà lo strumento multidimensionale per la presa in carico degli assistiti in ADI. Tale strumento dovrà permettere, tra l'altro, di utilizzare, al fine di ottimizzare risorse e tempi di presa in carico, anche le informazioni del percorso integrato di continuità di cura ospedale-territorio all'interno della rete dei servizi, per l'elaborazione del Piano Assistenziale Individuale (PAI). Per quanto riguarda gli indicatori di esito, si ritiene che questi debbano essere individuati a livello ministeriale, al fine di una uniformità di valutazione a livello nazionale.

- Studio di fattibilità per la realizzazione di una procedura web per collegare gli MMG agli applicativi presenti nelle ASL, al fine di rendere più agevole la segnalazione dei casi di ADI, la relativa presa in carico, la rilevazione dell'attività del MMG nelle Cure Domiciliari stesse, nonché l'assolvimento più puntuale del debito informativo.
- Raggiungimento dello standard (4 casi trattati in ADI per 100 soggetti ultra sessantacinquenni) entro il 20.06.2015, con avvio dell'implementazione dal 2014.

Indicatori di risultato

- Adozione, entro il 31/12/2014, della Deliberazione di modifica ed integrazioni della D.G.R., n. 41-5952 del 07/05/2002 e s.m.i. "Linee guida per l'attivazione del Servizio di Cure domiciliari nelle Aziende Sanitarie Locali della Regione Piemonte";
- ~~con~~ l'individuazione dello strumento multidimensionale per la presa in carico degli assistiti in ADI, il quale dovrà permettere, tra l'altro, di utilizzare - al fine di ottimizzare risorse e tempi di presa in carico - anche le informazioni del percorso integrato di continuità di cura ospedale-territorio

all'interno della rete dei servizi, per l'elaborazione del Piano Assistenziale Individuale (PAI) entro 30/06/2014;

- Attivazione di una procedura web per collegare i MMG agli applicativi presenti nelle ASL, al fine di rendere più agevole la segnalazione dei casi di ADI, la relativa presa in carico, la rilevazione dell'attività del MMG nelle Cure Domiciliari stesse, nonché l'assolvimento più puntuale del debito informativo, entro il 31/12/2015;
- Il potenziamento graduale dei casi trattati ADI si articolerà come segue: 3,75% nel 2014, 4% nel primo semestre del 2015 dei soggetti ultra sessantacinquenni.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore "Pianificazione e Assetto Istituzionale del SSR", Dirigente responsabile del Settore "Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali" e Dirigente responsabile del Settore "Sistemi Informativi Sanitari" della Direzione regionale Sanità.

Azione 14.4.4: Riorganizzazione, riqualificazione e implementazione dell'assistenza ai pazienti psichiatrici

La Regione Piemonte ha recepito il "Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale" – atto rep. N. 4/CU del 24/01/2013, con D.G.R. n. 87- 6289 del 2 agosto 2013, al fine demandare a successivi provvedimenti della Giunta regionale l'attuazione dei contenuti di cui a tale Accordo, con particolare riguardo alle azioni programmatiche per la tutela della salute mentale in età adulta di seguito riportate:

- Riorganizzazione dell'assistenza residenziale ai pazienti psichiatrici per intensità di cura;
- Definizione, anche in conformità alle indicazioni di cui all'accordo ed ai documenti attuativi dello stesso, dei requisiti strutturali-organizzativi e delle modalità autorizzative, di accreditamento e di vigilanza sulle strutture residenziali, ovvero, laddove già previsti, l'adeguamento dei relativi atti regionali, la revisione del fabbisogno di posti letto e determinazione delle tariffe nell'ambito della salute mentale.

Revisione della rete residenziale delle strutture per pazienti psichiatrici e verifica del fabbisogno

Il percorso programmatico di riorganizzazione della materia, intrapreso con la D.G.R. n. 87-6289 del agosto 2013, procederà rivisitando l'intera rete residenziale delle strutture per pazienti psichiatrici in età adulta, adottando il modello residenziale proposto dal documento GISM-AGENAS "Le strutture residenziali psichiatriche", con una ridefinizione dei posti letto sul territorio e contestuale redistribuzione omogenea degli stessi, adeguando di conseguenza gli atti regionali di disciplina.

Tale percorso presuppone il superamento della D.C.R. n. 357-1370 del 28 gennaio 1997, ancora funzionale per alcuni aspetti organizzativi e strutturali, ma che è ormai di fatto superata per quanto riguarda le procedure di rilascio dei titoli autorizzativi di talune tipologie di strutture, l'esercizio della funzione di vigilanza, le modalità di intervento economico, (utilizzati in maniera incongrua e senza la previsione di tariffe giorno/utente) e gli interventi alternativi al ricovero e all'inserimento in strutture residenziali protette (gruppi appartamento e affido familiare).

In punto si evidenzia che è in via di definizione l'iter regionale di recepimento del documento Gism-Agenas "Le strutture residenziali psichiatriche": La Giunta Regionale ha già adottato la D.G.R. n. 19-6693 del 19 novembre 2013 "Proposta al Consiglio Regionale di recepimento dell'Accordo Approvato dalla Conferenza Unificata in data 17 ottobre 2013 - Le Strutture Residenziali Psichiatriche - e adozione del nuovo modello residenziale ivi previsto; revisione della D.C.R. n. 357-1370 del 28 gennaio 1997".

Entro il mese di febbraio 2014, la Deliberazione del Consiglio Regionale recepirà il nuovo modello residenziale contenuto nel documento Gism Agenas; l'intenzione è quella di operare con successive delibere di Giunta per l'attuazione del modello stesso, come già precedentemente indicato.

La Giunta Regionale, provvederà con una prima delibera a disciplinare i requisiti strutturali, organizzativi, a definire la tariffa giorno/utente e le modalità d'esercizio della vigilanza per le "Strutture residenziali Psichiatriche per interventi socio-riabilitativi" con intensità riabilitativa bassa dei programmi erogati e dai livelli di intensità assistenziale, nelle 24 ore, nelle 12 ore e per fasce orarie. Tutto ciò in attuazione di quanto già previsto dal P.S.S.R. 2012/2015 relativamente ai Gruppi Appartamento per pazienti psichiatrici i quali, ad oggi, sono disciplinati in maniera non sistematica e senza previsione di autorizzazione, accreditamento, vigilanza e della tariffa giorno/utente, con

applicazione del D.P.C.M. 29 novembre 2001 per quanto riguarda la compartecipazione alla spesa da parte del paziente, da definirsi entro il 30/06/2014.

Successivamente si procederà con una Delibera di ridefinizione/aggiornamento del fabbisogno, regionale e di ogni ASL, del numero dei posti letto residenziali per l'area della salute mentale adulti, suddiviso per le diverse tipologie di strutture esistenti e in un'ottica di successivi documenti di riordino della materia.

In punto si sottolinea che il precedente fabbisogno era stato definito con D.G.R. n. 32-29522 del 1° marzo 2000 e che da allora la situazione sul territorio regionale si è notevolmente modificata e diversificata.

Conseguentemente sarà possibile proseguire nel riordino disciplinando, secondo le nuove indicazioni ed in armonia con le previsioni circa il fabbisogno regionale ed aziendale, tutte altre le strutture residenziali psichiatriche per trattamenti terapeutico riabilitativi di carattere intensivo ed estensivo; in tale circostanza sarà possibile, laddove necessario, riconvertire e/o riqualificare e/o trasformare le eventuali strutture (già accreditate secondo la normativa passata) in esubero rispetto alle necessità regionali.

Agendo in tal modo gli uffici regionali si prefiggono di risolvere le criticità elencate:

- Inserimento di un numero considerevole di pazienti extraregionali;
- Numero eccessivo di posti letto autorizzati/accreditati e dislocazione disomogenea degli stessi
- Strutture accorpate
- Tempi di permanenza in struttura
- Carenza di una politica di programmazione sulla residenzialità psichiatrica
- Inserimento dei pazienti presso ASR diverse rispetto alla residenza
- Superamento degli inserimenti in soluzioni abitative non previste dalla normativa regionale e nazionale vigente
- Assenza di retta giorno/utente, fino ad oggi mai quantificate, per gli inserimenti nei diversi tipi di strutture residenziali.

Stato attuale della residenzialità riservata ai pazienti psichiatrici in età adulta

Il numero di posti letto residenziali per la salute mentale, accreditati e non accreditati, appare nettamente superiore a quanto previsto dalla normativa nazionale e dalla programmazione regionale (1 p.l./5.000 abitanti). Su un fabbisogno ipotetico di circa 900 p.l. (come stabilito dai progetti obiettivo nazionali e dalla DGR di disciplina della Regione Piemonte) allo stato il territorio dispone di 1508 posti letto accreditati tra Comunità protette e Comunità Alloggio e di altri 1500 (dalle stime derivanti dal monitoraggio di cui sopra) per la tipologia Gruppi appartamento; 3.000 posti residenziali per la salute mentale appaiono eccessivi rispetto alla media nazionale. Si rende necessaria una verifica del fabbisogno dei posti letto territoriali, a seguito della messa a norma delle strutture a residenzialità leggera, ed una riconversione per quelle eventualmente in eccesso. Da sottolineare, a tal proposito, il problema degli utenti extraregionali, a volte presenti in quantità considerevole soprattutto in alcune strutture residenziali. Tale revisione e riorganizzazione della rete residenziale territoriale dovrà essere operata, oltre che a livello regionale, con una precisa programmazione a livello di ASL e di Dipartimento. Allo stato attuale si evidenzia una notevole disomogeneità dell'offerta in base a livello assistenziale: ci sono delle Aziende Sanitarie che presentano ad esempio un numero elevato di Gruppi Appartamenti (bassa intensità assistenziale) e un esiguo numero di Comunità Protette di tipo A e/o B (alta intensità) o viceversa.

Offerta attuale dei posti letto in regime residenziale (CPA, CPB, CA, GA) e posti in regime semiresidenziale (CD)

ASL	POPOLAZIONE ASL	FABBISOGNO RESIDENZIALE (1/5.000 ab) P.O. 1998-2000	Trattamenti intensivi	Trattamenti estensivi	Trattamenti socio-riabilitativi	TOTALE	C.D.
			CPA - CPB	C.A.	G.A.		
TO1	486.274	98	16		265	311	
TO2	421.289	84	120		117	237	
TO3	586.587	117	103	36	177	316	
TO4	521.094	104	227	10	237	474	
TO5	309.742	62	134	6	112	252	40
VC	176.938	35	50	28	78	156	80
BI	176.895	36	20	10	76	106	60
NO	349.397	69	60		44	104	54
VCO	174.156	35	36		26	62	20
CN1	420.969	84	112	30	108	250	143
CN2	171.475	34	91	10	44	145	20
AT	209.182	42	118	21	107	246	
AL	453.355	90	213	57	139	409	
TOTALE	4.457.335	890	1300	208	1530	3038	417

Legenda

CPA: Comunità protetta di tipo A ad elevata intensità terapeutica e intervento riabilitativo (p.l. accreditati)

CPB: Comunità protetta di tipo B a medio livello di protezione e di intervento riabilitativo (p.l. accreditati)

CA: Presidio socio-assistenziale a supporto del progetto terapeutico riabilitativo con personale socio-sanitario nelle 12 ore (p.l. accreditati)

G.A.: Gruppo Appartamento a bassa intensità assistenziale (tipologia in fase di definizione normativa, p.l. non autorizzati, non accreditati)

C.D.: Centri Diurni posti accreditati: il dato non è completo in quanto esistono sul territorio diverse realtà che non hanno presentato istanza di autorizzazione e accreditamento (gli uffici prevedono al riguardo un monitoraggio specifico che presumibilmente si chiuderà entro il 31.12.2013).

Sono attivi, oltre a ciò, 651 posti letto regionali (60 per acuti e 561 per post-acuti) in Case di Cura Neuropsichiatriche.

Da approfondimenti d'ufficio risulta inoltre che alcuni DSM continuano ad attivare progetti terapeutici individuali o per piccoli nuclei utilizzando soluzioni abitative non previste dalla normativa regionale, nonostante che la disciplina che prevedeva tale possibilità (L.R. n. 61 del 12/12/1997 "Norme per la programmazione sanitaria e per il piano sanitario regionale per il triennio 1997/1999) sia stata abrogata dall'art. 25, C.2 L.R. n. 18/2007 ("Norme per la programmazione socio-sanitaria e il riassetto del servizio sanitario regionale)

Prospetto del fabbisogno di posti letto distinti per intensità assistenziale

Cure residenziali per persone con disturbi mentali	N. posti letto	N. pazienti assistiti nel 2012
Trattamenti terapeutico-riabilitativi intensivi ad elevata tutela sanitaria erogati a persone nella fase di post-acuzie in strutture che garantiscono la presenza di personale socio-sanitario nelle 24 h.	1.300 accreditati (Comunità Protette tipo A e B)	858
Trattamenti terapeutico-riabilitativi estensivi erogati a pazienti in fase cronica nell'ambito di strutture che garantiscono la presenza del personale socio-sanitario per almeno 12 ore e l'attuazione di programmi di reinserimento sociale	208 accreditati (comunità alloggio)	206
Trattamenti socio-riabilitativi a soggetti parzialmente non autosufficienti, non assistibili all'interno del proprio nucleo familiare, che necessitano di una soluzione abitativa e di tutela sanitaria. I trattamenti sono erogati nell'ambito di strutture che garantiscono la presenza del personale socio-sanitario almeno per fasce orarie	1.530 non autorizzati e non accreditati; monitoraggio del settembre 2012.	1269*

La tabella che segue è la stessa che è stata inviata al Ministero della Salute per il relativamente dati inerenti al Questionario LEA anno 2012.

I dati sono ricavati dall'estrazione report DSM dei flussi SISS

* Il dato (1269) comprende anche "progetti individuali"

Risultano inoltre 127 pazienti assistiti sotto la voce “comorbidità psichiatrica” e n. 576 pazienti assistiti in “RSA RAF”, per un totale di 3036 (somma dei diversi trattamenti riabilitativi, comorbidità e inserimenti in strutture per anziani).

Modalità e tempi di riorganizzazione dell’assistenza residenziale

Indicativamente la revisione della rete territoriale sarà attuata nell’arco del triennio di riferimento del Programma Operativo anche in accordo con le indicazioni che verranno fornite in materia dal Ministero.

Autorizzazione, accreditamento e vigilanza sui Gruppi Appartamento (residenzialità leggera).

La disciplina regionale non ha previsto fino all’emanazione del Piano Sanitario Regionale 2010-2013 norme specifiche per l’autorizzazione l’accreditamento e la vigilanza sui Gruppi Appartamento per pazienti psichiatrici.

Tale vuoto normativo, interrotto con le previsioni del nuovo PSSR 2012/2015, ha determinato una situazione poco controllata e controllabile in merito ad una giusta programmazione sui posti letto (sparsi in modo disomogeneo su tutto il territorio) sull’inserimento dei pazienti in tali strutture (utenti con esigenze assistenziali medio-alte specifiche per l’inserimento in comunità protette) e assenza di criteri per la determinazione della retta giorno/utente (oscillazioni da 40 a 160 €). Da segnalare inoltre la presenza di utenti provenienti da altre regioni che, oltre che a gonfiare artificialmente il fabbisogno di posti letto regionali, mal si concilia con le finalità di reinserimento sociale sul territorio dei pazienti inseriti.

Gli uffici regionali hanno provveduto al censimento regionale e, con il lavoro di un’apposita commissione istituita ad hoc, all’elaborazione di un documento normativo, in fase di approvazione, che fissa i criteri per l’autorizzazione e la vigilanza e la definizione di una tariffa utente/giorno per i Gruppi Appartamento con applicazione del DPCM 29 novembre 2001 “Definizione dei livelli essenziali di assistenza” per quanto concerne la compartecipazione alla spesa. Anche in considerazione del documento sulla residenzialità psichiatrica GISM/AGENAS, la cui approvazione definitiva è in fase di conclusione, e in un’ottica di rendere analoghe le tipologie di strutture a livello nazionale, i gruppi appartamento verranno definiti come “Strutture residenziali Psichiatriche per interventi socio-riabilitativi” con intensità riabilitativa bassa dei programmi erogati e dai livelli di intensità assistenziale, articolate in tre sottotipologie nelle 24 ore, nelle 12 ore e per fasce orarie. Dopo l’approvazione di tale documento il gruppo di lavoro dovrà rideterminare il fabbisogno regionale ed aziendale dei posti letto residenziali per la salute mentale adulti, suddiviso per le tipologie di struttura, e successivamente definire i requisiti per l’accreditamento per tale tipologia di struttura, che verrà determinato con successivo atto di Giunta.

Con riguardo alle tempistiche per il riassetto dell’organizzazione/funzionamento delle strutture residenziali psichiatriche è doveroso sottolineare che alla scadenza di febbraio 2014, dopo il recepimento con apposita DCR del modello residenziale previsto dal documento GISM AGENAS, si potrà adottare una DGR di disciplina sulle strutture residenziali psichiatriche per interventi socio-riabilitativi (ex gruppi appartamento) con la previsione di:

- criteri per autorizzazione;
- criteri per la vigilanza;
- tariffa giorno/utente;
- applicazione del D.P.C.M. 29 novembre 2001 per quanto riguarda la compartecipazione della spesa a carico del paziente.

Per quanto concerne l’accreditamento istituzionale, è necessario in precedenza concludere le procedure autorizzative e valutare l’esistente, in quanto le strutture in discorso operano già da anni sprovviste di una valida autorizzazione al funzionamento; solo successivamente gli uffici potranno delineare, dopo apposito monitoraggio sugli inserimenti, in collaborazione con i DD.SS.MM., un fabbisogno regionale circa i posti letto suddiviso per tipologia ed intensità assistenziale.

In seguito a tale determinazione si potrà procedere con un atto regionale di accreditamento per le strutture residenziali psichiatriche per interventi socio-riabilitativi in base alle necessità di posti letto evidenziate nel fabbisogno stesso; ciò al fine di attuare una corretta politica di programmazione regionale ed aziendale. Tale azione (fabbisogno/accreditamento) potrà essere realizzata nell’arco del semestre giugno 2014/dicembre 2014.

Tale procedimento porterà a un controllo territoriale dell’offerta e della spesa regionale.

Mappatura dei pazienti psichiatrici

E' in corso un'analisi regionale del percorso intrapreso dai pazienti psichiatrici una volta presi in carico dai Dipartimenti di Salute Mentale delle ASL, in particolare:

- tipologia di strutture in cui vengono inviati i pazienti: Comunità Protette, Comunità Alloggio, Gruppi appartamento;
- tipologia di disturbo psichiatrico;
- tempo di permanenza dei pazienti nelle diverse strutture;
- eventuali strumenti adottati nel corso del ricovero: assegni terapeutici, borse lavoro;
- le possibilità di dimissioni e reintegro sociale, famigliare dei pazienti.

Determinazione della tariffa per tutte le strutture per pazienti psichiatrici

Allo stato attuale non è definita da alcun atto regionale una tariffa utente per le strutture residenziali che operano nell'area della salute mentale: si rende necessario e urgente, al fine di tenere sotto controllo la spesa sanitaria in tale ambito, una disciplina che stabilisca una tariffa, anche per dare attuazione alla DCR 357/1997 che rinviava ad un successivo provvedimento di giunta per individuare la diaria giornaliera per ogni singola tipologia di struttura prevista per la funzione semiresidenziale e residenziale. In tale circostanza, per quanto concerne la compartecipazione alla spesa, si applicherà quanto stabilito dal DPCM 29/11/2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza".

Si è a conoscenza dei costi sostenuti dai Dipartimenti di Salute Mentale per la residenzialità, ma il rapporto economico con le strutture che erogano tali servizi è basato su una contrattazione diretta, quindi non uniforme e non controllata a livello regionale.

Cronoprogramma del regime tariffario unitario per l'assistenza residenziale

Il processo di riorganizzazione così come inteso dalla Regione Piemonte, potrà realizzarsi gradatamente con l'adozione di singoli provvedimenti riferiti alle specifiche tipologie di strutture. Tali atti, iniziando dalla disciplina sulla residenzialità leggera, oltre alla definizione dei requisiti strutturali, organizzativi e gestionali, prevedranno inoltre la definizione di una tariffa giorno/utente.

Per quanto riguarda la compartecipazione alla spesa, il riferimento normativo è rappresentato dal D.P.C.M. 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza"; tali principi verranno applicati nella disciplina sulle strutture residenziali psichiatriche per interventi socioriabilitativi.

Si prevede di regolarizzare il regime tariffario per tutta l'assistenza residenziale psichiatrica nell'arco del triennio.

Organizzazione e potenziamento della Vigilanza sulle strutture per pazienti psichiatrici

Definizione di un modello di vigilanza uniforme e rispondente a precisi parametri utili al monitoraggio e alla programmazione regionale ed aziendale.

Determinazione di scadenze puntuali e di poteri sanzionatori in materia di vigilanza cui le Commissioni sono tenuti a dare rispondenza agli Uffici Regionali; la Giunta Regionale adotterà una Delibera di assegnazione della vigilanza su tutte strutture residenziali afferenti l'area della salute mentale per adulti alla sola Commissione sulle strutture sanitarie. Tutto ciò ai fini di una revisione organizzativa improntata ad una maggiore chiarezza e funzionalità del sistema di controllo e di verifica circa la sussistenza dei requisiti strutturali, tecnici, gestionali e della qualità dell'assistenza erogata, nonché la verifica degli elementi che avevano dato atto all'autorizzazione e all'accreditamento in capo ai soggetti che erogano prestazioni per conto del SSN/SSR presso le strutture attinenti l'area della salute mentale.

Tale proposito è già in fase di esecuzione in quanto in data 7 ottobre 2013 è stata assunta la D.G.R. n. 12-6458 "Attività di vigilanza relativa alle strutture afferenti le aree della salute mentale per soggetti adulti e delle dipendenze patologiche"; con successiva determinazione dirigenziale n. 934 del 19/11/2013 sono stati inoltre definiti i modelli di verbali da redigersi per i sopralluoghi ispettivi.

Sistema Informativo Salute Mentale

E' in atto un programma di elaborazione di una cartella clinica informatizzata da mettere a disposizione ai Dipartimenti di Salute Mentale delle ASL per rispondere al debito informativo previsto dal Decreto Ministeriale 15/10/2010; approfittando di tale circostanza la cartella clinica verrà organizzata in modo da poter favorire altresì verifiche e monitoraggi delle attività di assistenza psichiatrica operata dai Servizi delle ASL.

Strutture accorpate e tempi di permanenza

Nelle Linee d'Indirizzo Nazionali per la Salute Mentale (2008) al punto D viene chiaramente stabilito che "Devono essere evitate forme di ricovero improprie in strutture non deputate alla cura del disagio psichico e modelli di accorpamento di strutture"; purtroppo si deve constatare l'esistenza di numerose strutture autorizzate ad operare all'interno di complessi residenziali che trattano diversi tipi di utenza, soprattutto Comunità psichiatriche che operano all'interno di R.S.A.; è auspicabile un intervento anche in tal senso anche con riconversione di strutture già esistenti. Da sottolineare anche la presenza di presidi con all'interno comunità protette, comunità alloggio e gruppi appartamento, organizzazione che mal si concilia con la finalità di reinserimento sociale e territoriale del paziente e di differenziazione del percorso riabilitativo.

Le Linee di Indirizzo nazionale per la Salute Mentale del 2008, tra gli obiettivi sulla residenzialità e domiciliarietà, programmavano di "attivare nelle comunità terapeutiche procedure validate e condivise che prevedano l'individuazione di percorsi di uscita e la definizione, per ogni persona di un progetto personalizzato in cui venga chiaramente definito tempo e modalità delle dimissioni". Gli uffici si prepongono un intervento in tal senso, anche al fine di evitare eventuali ricoveri impropri.

Risultati programmati

- Delibera di Giunta: per disciplinare gli attuali gruppi appartamento (come dal citato documento GISM-AGENAS del 25/03/2013) in Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socio riabilitativi, suddivise in 3 tipologie a bassa intensità assistenziale, con definizione dei requisiti autorizzativi, di vigilanza e tariffa giorno/utente con applicazione del DPCM 29/11/2001, entro febbraio 2014.
- Delibera di Giunta sul fabbisogno regionale e aziendale di posti letto suddiviso per tipologia di struttura. Solo successivamente una D.G.R. con i requisiti di accreditamento delle strutture residenziali psichiatriche per interventi socio riabilitativi (ex gruppi appartamento), tra il giugno 2014 e il dicembre 2014.
- In seguito provvedimenti regionali finalizzati al un generale riordino della materia, al miglioramento dei trattamenti e alla riduzione delle disomogeneità (definizione delle tariffe per le altre tipologie di strutture, obbligo di inserimento esclusivamente in strutture autorizzate ed accreditate e riservate ai soli pazienti psichiatrici, tempi di permanenza in struttura, inserimento dei pazienti in strutture nel territorio delle ASL di residenza..)
- Adempimento Lea aab) Acquisizione dati relativi all'assistenza per salute mentale NSIS – SISM, entro il 31/12/2013.
- Riconversione di almeno il 10% dei posti letto in strutture residenziali per pazienti psichiatrici in assistenza domiciliare, entro il 31/12/2014.
- Riconversione di almeno il 20% dei posti letto in strutture residenziali per pazienti psichiatrici in assistenza domiciliare, entro il 31/12/2015.

Indicatori di risultato

- Con l'adozione delle delibere di Giunta sulle strutture residenziali psichiatriche per interventi socio riabilitativi per il superamento dei gruppi appartamento per pazienti psichiatrici, si elaboreranno dei reports relativi alla retta giorno/utente applicata, al numero dei pazienti inseriti in struttura residenti in regione, ai tempi di permanenza dei pazienti in struttura, al numero di soggetti reinseriti e/o dimessi per aver raggiunto un certo grado di autonomia.

Tali indicatori, con le dovute differenze dovute alla natura dei pazienti inseriti, si potrebbero riferire anche ai soggetti presenti in strutture residenziali a maggior intensità assistenziale quali Comunità protette di tipo A e B e Comunità Alloggio, sia allo stato attuale con i riferimenti normativi esistenti, sia con le eventuali modifiche alla disciplina vigente indicate sopra

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore "Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali" della Direzione Regionale Sanità.

Azione 14.4.5: Assistenza territoriale ai soggetti tossicodipendenti

La D.G.R. n. 27-4183 del 23.07.2012 ha approvato il Piano di Azione Regionale delle Dipendenze (PARD). La D.G.R. 14/03/2013, n. 12-5525, attuativa dell'Addendum al Piano di rientro 2010-2012, ha emanato "Disposizioni generali in materia di politiche per le dipendenze". Con tale provvedimento, è stato approvato l'Accordo generale Regione Piemonte e CEAPI (Coordinamento Enti Ausiliari

Piemonte), l'Accordo regionale tipo per la definizione dei contratti con gli Enti gestori delle strutture di recupero e reinserimento dei soggetti dipendenti da sostanze, ed è stato individuato il budget per il biennio 2013-2014 destinato ai Servizi per le Dipendenze, ripartito tra le ASL piemontesi.

In particolare viene sottolineato quanto previsto dall'Accordo generale per l'anno 2013, con indicazioni vincolanti per il biennio 2013-2014, tra la Regione Piemonte – Direzione Regionale Sanità - e il CEAPI (Coordinamento Enti Ausiliari del Piemonte), in materia di prestazioni erogate a favore di soggetti affetti da uso problematico - abuso - dipendenza da sostanze psicoattive, legali e illegali, e/o da comportamenti additivi, e di soggetti affetti da HIV-AIDS.

Risultati programmati

- Sottoscrizione Accordo Generale Regione Piemonte, Direzione Regionale Sanità e il Coordinamento Enti Accreditati per le dipendenze del Piemonte (CEAPI);
- Verifica sottoscrizione Accordi contrattuali, tra le singole ASL contraenti e le Strutture accreditate per le dipendenze che insistono sul territorio di competenza, sui posti da contrattualizzare corrispondenti al fabbisogno per l'area delle dipendenze;
- Verifica del corretto utilizzo delle risorse stanziare alle SSCC Ser.D delle AASSLL da parte del Gruppo di Monitoraggio del Settore Regionale competente, con il supporto dell'Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze dell'ASL TO3. Le risorse sono quelle individuate nell'Allegato "3" della D.G.R. 14/03/2013, n. 12-5525.

Indicatori di risultato

- L'iter per la definizione iniziale del fabbisogno regionale dei posti da contrattualizzare, si è concluso il 15/06/2013;
- L'iter approvativo regionale dei Piani Locali delle Dipendenze e delle Sperimentazioni, si è concluso il 15/06/2013;
- Approvazione D.G.R. per la ridefinizione dei posti complessivi da contrattualizzare, dei posti da riconvertire e dei posti da sopprimere rispetto agli attuali 1.246 posti accreditati, entro il 30/06/2014;
- Verifica del pieno utilizzo delle risorse stanziare alle SSCC Ser.D delle AASSLL in relazione agli obiettivi regionali contenuti nella D.G.R. del 23/07/2012, n. 27-4183, e la D.G.R. 14/03/2013, n. 12-5525. La verifica presuppone l'eventuale rimodulazione delle risorse già stanziare nell'anno 2013 per l'anno 2014, nel rispetto del budget complessivo assegnato, entro il 30/01/2014.
- 2015: Verifica del fabbisogno e ridefinizione dei posti da contrattualizzare per il biennio 2016-2017.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore "Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali" della Direzione Regionale Sanità.

Azione 14.4.6: Assistenza territoriale ai soggetti minori

La disciplina regionale ha avviato, in molti e diversi settori dell'attività sanitaria territoriale rivolta ai soggetti minori, azioni mirate all'appropriatezza e uniformità di prestazioni su tutto il territorio. La rete territoriale di tutela neuropsichiatria infantile è diffusa in tutti gli ambiti territoriali ed è stata oggetto di diverse azioni nel corso del tempo a partire dalla DGR 36-27998 del 2 agosto 1999 finalizzate a definire caratteristiche e modalità della presa in carico. Con la stessa DGR è stato istituito il flusso informativo NPI net che consente una lettura precisa dei bisogni di salute espressi sul territorio e che evidenzia la rilevanza quali-quantitativa dei problemi rilevati (nel 2012 oltre 19.000 minori si sono rivolti ad un servizio di NPI portando a circa 53.000 il numero dei minori presi in carico). I report della rete di NPI sono scaricabili dal sito della Regione. Inoltre, per alcune tipologie di bisogno sono state definite e perfezionate attraverso protocolli e linee-guida le caratteristiche delle prestazioni e delle modalità di presa in carico (in particolare per DSA, Autismo, ADHD, integrazione scolastica alunni disabili):

- Definizione della rete dei servizi e dei centri specialistici di riferimento per il trattamento dei disturbi di iperattività ed attenzione nei bambini (ADHD) - DGR 4-8716 del 5 maggio 2008.
- Accordo tra la Regione e l'INPS per l'individuazione dei minori disabili inseriti nelle scuole e accordo tra la Regione (assessorati sanità, welfare e lavoro, istruzione e formazione) ed il MIUR per l'uso dell'ICF (DGR 58-10037 del 10 novembre 2008) nei progetti di integrazione scolastica.
- Con la D.G.R. n. 34-13176 del 1 febbraio 2010 sono state approvate le linee di indirizzo integrate per ASL, Enti gestori delle funzioni socio assistenziali, Istituzioni scolastiche ed Enti di formazione

professionale circa il diritto all'educazione, istruzione e formazione professionale per l'integrazione scolastica degli alunni con disabilità o con esigenze educative speciali.

- Con la DGR n. 15-6181 del 29/07/2013, che ha aggiornato le indicazioni di cui alla DGR 34-13176 del 1/02/2010, sono stati ridefiniti gli interventi integrati con le altre agenzie formativo/educative e sociali per la presa in carico dei minori con problematiche sanitarie anche attraverso l'estensione dell'uso dell'ICF;
- Approvazione programmi di governo clinico per i disturbi neuropsichiatrici in età evolutiva:
 - 1) Programma su "Disturbi specifici di apprendimento" (luglio 2009);
 - 2) Programma su "Autismo e disturbi pervasivi dello sviluppo" (aprile 2009).

Questi programmi nascono dall'effettiva realtà regionale letta attraverso i flussi specifici, dal successivo confronto tra gli operatori che definiscono congiuntamente le linee di riferimento regionali ed il successivo confronto con le associazioni dei genitori. Sul programma autismo si è anche organizzato un coordinamento regionale integrato clinici-associazioni con il compito di monitorare l'andamento e l'applicazione del programma sul territorio regionale. Sono attualmente in istruttoria alcuni provvedimenti relativi alla NPI utili a definire le priorità di accesso alla prima visita, la rivalutazione delle esenzioni, la definizione degli interventi integrati con le altre agenzie formativo/educative e sociali per la presa in carico di alcuni problemi. Ed, infine, è avviato un gruppo di lavoro congiunto NPI - RRF per definire modalità uniformi di presa in carico dei minori.

Oltre alla tutela di salute neuropsichiatria, sono stati avviati altri programmi di attività:

- Assistenza respiratoria nelle patologie complesse: costituzione (DGR 98-10264 del 1 agosto 2003) e consolidamento della rete regionale per l'assistenza respiratoria dei pazienti in età evolutiva con patologia cronica (fibrosi cistica, malattie neuromuscolari, etc) che ha previsto l'identificazione di tutti i pazienti, la presa in carico per omogeneizzare il trattamento e la prescrizione degli ausili presso i centri di riferimento, la formazione degli operatori territoriali e dei care giver per la gestione al domicilio, l'avvio del progetto di telemedicina (intesa come telemonitoraggio) a favore dei pazienti più complessi. In questa attività la Regione Piemonte ha drasticamente ridotto la mortalità e il numero ed i tempi di ricovero allineandosi dal 2008 agli standard americani.
- Approvazione del percorso dei bambini con insufficienza di rene – Circolare regionale dell'11 settembre 2008.
- Linee-guida per l'attivazione del servizio di cure domiciliari nelle ASR regionali a favore dei soggetti in età evolutiva con la DGR 26-10669 del 2 febbraio 2009: le cure domiciliari sono in stretta integrazione con gli eventuali interventi ospedalieri e contemplano l'erogazione di prestazioni anche molto importanti ma fondamentali per ribadire il diritto del bambino a stare a casa e nella sua famiglia (anche cure palliative).
- In attuazione degli Accordi della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 27.6.2007 e del 20.3.2008, sulle cure palliative pediatriche, è stata approvata la D.G.R. 20 - 13204 dell'8.2.2010 "Rete delle cure palliative pediatriche: consolidamento della rete ed istituzione degli Hospices".
- Con le DGR n. 41-12003 del 15 marzo 2004, aggiornata con le DGR n. 25-5079 del 18.12.2012 e n. 56-1363 del 29.12.2010, sono state definite le tipologie delle strutture residenziali e non destinate ad accogliere i minori con problemi sociali e socio-sanitari.
- Monitoraggio del programma di assistenza ospedaliera e in ADI dei pazienti affetti da fibrosi cistica avviato con DD 497 del 18/11/2003.

Con riferimento all'area della tutela della salute mentale dei minori nella Regione Piemonte sono attualmente presenti due tipologie di strutture residenziali: le Comunità Terapeutiche per minori (CTM) e le Comunità Riabilitative Psicosociali (CRP). Le CTM sono strutture sanitarie e, di conseguenza, con spesa a totale carico sanitario. Le CRP sono strutture socio sanitarie con compartecipazione alla spesa SSR/soggetto gestore dei servizi sociali. La CTM è una struttura residenziale per pre adolescenti e adolescenti, con disturbo psico patologico grave in fase sub acuta, prevalentemente in assenza di ritardo mentale medio o grave, che richiedono interventi ad alta intensità e che non possono essere trattati a livello domiciliare o ambulatoriale. La CTM ha funzioni terapeutiche a carattere temporaneo e si colloca tra le strutture che hanno funzione di gestione delle situazioni di scompensazione psichica e il rientro in famiglia, o l'inserimento in altre tipologie di comunità. Tale struttura accoglie fino a dieci minori per i quali è necessaria la suddivisione in fasce

d'età progettuali 11/14 e 15/17, residenti in via prioritaria nel territorio della Regione Piemonte e inseriti dai servizi di Neuropsichiatria Infantile oppure dalle strutture ospedaliere. La durata della permanenza dei minori in CTM è di norma non superiore a quattro mesi, prorogabile per un periodo massimo complessivo di otto mesi.

La CRP è una struttura residenziale dedicata a minori affetti da patologie psichiatriche che hanno superato favorevolmente la fase acuta del disturbo comportamentale ma che non sono in grado di rientrare in famiglia, oppure per prevenire la stessa fase acuta. La CRP ha funzioni riabilitative, secondo un modello integrato bio-psico-socio-educativo nei confronti di minori che necessitano di un periodo in ambiente protetto come supporto al reinserimento sociale. Tale struttura accoglie fino a dieci minori secondo la suddivisione per fasce di età progettuali 6/10 oppure 11/17 inseriti dai servizi di Neuropsichiatria Infantile o dall'Unità Multidisciplinare di Valutazione della Disabilità (UMVD) Minori. La durata della permanenza dei minori in CRP non può superare i due anni. In casi particolari può essere previsto l'inserimento di bambini al di sotto dei sei anni, esclusivamente in pronta accoglienza e per il tempo necessario per individuare la risposta più adeguata. L'inserimento per questa fascia di età può avvenire solo presso le CRP che accolgono minori di età compresa tra i 6 ed i 10 anni.

Per ciò che attiene le strutture semiresidenziali è stata recentemente introdotta una tipologia sperimentale e precisamente il Centro Diurno Socio Riabilitativo (CDSR). Il CDSR si pone come struttura flessibile, socio sanitaria, finalizzata a rispondere ai bisogni terapeutici e riabilitativi di minori con patologia psichiatrica per i quali non è necessario un inserimento residenziale. Può accogliere sino a 20 minori, di cui massimo 10 minori contemporaneamente presenti, di età compresa fra i 10 e i 18 anni (prevedendo gruppi omogenei per età, preferibilmente 10/14 e 14/18), residenti o domiciliati nel territorio della Regione Piemonte. Gli inserimenti dei minori sono a cura delle Strutture Complesse di Neuropsichiatria Infantile competenti territorialmente anche di concerto con i servizi sociali. Le principali criticità riguardano l'attività di vigilanza posta in essere dalle Aziende Sanitarie Locali, presso le strutture suddette. Tale attività è svolta dalle Commissioni di Vigilanza (CMV), istituite presso ogni ASL, con sopralluoghi periodici che si concretano con la stesura di verbali. E' auspicabile, nel corso del triennio, una revisione della normativa in materia di vigilanza attribuendo alle ASL e alle relative CMV, al fine di renderla più efficace, una maggiore potestà sanzionatoria a carico dei soggetti gestori delle strutture stesse. Nelle more della revisione normativa suddetta e in mancanza di previsioni specifiche rispetto alla tempistica dei sopralluoghi effettuati dalle CMV si è provveduto, con circolari e limitatamente alle strutture sanitarie (il cui monitoraggio dell'attività di vigilanza è competenza della Direzione Sanità), a fornire delle indicazioni per consentirne l'espletamento in maniera omogenea su tutto il territorio regionale e soprattutto per consentire una più efficace tutela dei minori ospiti delle CTM.

Risultati programmati

- ridefinizione di modalità uniformi NPI - RRF di presa in carico dei minori;
- revisione linee-guida assistenza respiratoria;
- definizione modalità uniformi per la presa in carico dei disturbi neuropsichiatrici in età evolutiva.

Indicatori di risultato

- Adozione dei relativi provvedimenti, entro il 30/06/2014.
- Incremento del numero di casi presi in carico con modalità uniformi NPI-RRF. Monitoraggio sull'implementazione nelle ASR delle linee guida assistenza respiratoria. Monitoraggio sulle modalità di presa in carico NPI in età evolutiva, entro il 31/12/2014.
- Attuazione in almeno il 20% dei casi della classificazione ICF nei confronti dei minori con problemi sanitari. Monitoraggio sull'implementazione nelle ASR delle linee guida assistenza respiratoria. Monitoraggio sulle modalità di presa in carico NPI in età evolutiva, entro il 31/12/2015.

Responsabile del procedimento

- Dirigente responsabile del Settore "Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali" della Direzione Regionale Sanità.

Valorizzazione Programma 14: Riequilibrio Ospedale-Territorio

Intervento 14.1: Rete ospedaliera e riconversioni

Azione 14.1.2: Riconversione delle strutture ospedaliere di piccole dimensioni o con ridotta attività

REVISIONE RETE OSPEDALIERA PUBBLICA

La D.G.R. n.6-5519 del 14/03/2013, definisce, complessivamente, l'impatto economico derivante dall'attuazione della revisione della rete ospedaliera, si basa sul seguente presupposto:

- il costo per beni e servizi, sostenuto dagli ospedali oggetto di riconversione o chiusura, viene considerato in riduzione (economia) ad eccezione della quota parte strettamente connessa all'erogazione delle prestazioni di ricovero o ambulatoriali (farmaci, dispositivi medici, ecc.), in considerazione del fatto che, ancorchè presso altro presidio ospedaliero, queste, se appropriate, continuano ad essere garantite. Tra i costi cessanti, sono da considerare gli ammortamenti relativi agli immobili sede degli ospedali da disattivare e non più utilizzati per l'erogazione di altre prestazioni sanitarie extra ospedaliere.

La tabella seguente mostra le economie stimate dalla Regione, per la spesa per beni e servizi, nel prossimo triennio, tenendo in considerazione la data di disattivazione dei singoli presidi:

Presidio Ospedaliero	Costo 2012 beni e servizi non connesso alle prestazioni	Data disattivazione prevista	Risparmio 2013	Risparmio 2014 cumulo	Risparmio 2015 cumulo
(€000)					
Valdese	11.324	30/06/2013	11.324	11.324	11.324
Castellamonte	646	30/06/2013	323	646	646
Avigliana	2.000	30/06/2013	1.000	2.000	2.000
Giaveno	2.388	30/09/2013	597	2.388	2.388
Pomaretto	200	31/12/2013	0	200	200
Torre Pellice	200	31/12/2013	0	200	200
Venaria	1.400	31/12/2013	0	1.400	1.400
Arona	1.767	31/12/2012	1.767	1.767	1.767
Caraglio	716	30/06/2013	358	716	716
Valenza	325	31/03/2013	244	325	325
Totale	20.966		15.613	20.966	20.966

Tabella 42 – Risparmi derivanti dalla riconversione della rete ospedaliera pubblica

Ne segue che nel prossimo triennio la manovra stimata derivante dalla riconversione della rete ospedaliera pubblica, è così composta:

- ca. 15,6 €/mln rispetto al tendenziale del 2013 (considerando la disattivazione dei presidi secondo quanto riportato in tabella);
- ca. 20,9 €/mln complessivi rispetto al tendenziale del 2014 (considerando la disattivazione dei presidi secondo quanto riportato in tabella);
- ca. 20,9 €/mln complessivi rispetto al tendenziale del 2015 (considerando la disattivazione dei presidi secondo quanto riportato in tabella);

I risparmi complessivi stimati per il prossimo triennio, derivanti dalla revisione della rete ospedaliera pubblica sono pari a ca. 20,9 €/mln e risultano essere stati già stimati nel tendenziale al fine di perseguire l'obiettivo di razionalizzazione della spesa per beni e servizi previsto dalla normativa nazionale vigente. Relativamente alla disattivazione del presidio ospedaliero di Valdese con decorrenza 30/06/2013 si specifica che si è proceduto a quantificare integralmente il risparmio della spesa nel 2013 in quanto, sulla base delle informazioni aziendali acquisite dagli uffici regionali, il costi

del servizio risultano essere cessati al 31.12.2012 (ad esempio il contratto di service pari a 7 €/mln non più rinnovato dal 01.01.2013).

Il personale operante nelle strutture soggette a chiusura, verrà trasferito nelle altre strutture regionali al fine di sopperire ad eventuali carenze di organico per l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza. Inoltre, occorre considerare il fatto che, per una quota parte, il personale sanitario sarà assegnato ai Distretti per poter incrementare il numero di pazienti trattati in Assistenza Domiciliare.

Presidio Ospedaliero	Intervento	Data	Costo 2012 personale €000	Ipotesi di trasferimento del personale 2013 su altra attività di governo regionale €000	Ipotesi di trasferimento del personale 2014 su altra attività di governo regionale €000	Ipotesi di trasferimento del personale 2015 su altra attività di governo regionale €000
Valdese	Disattivazione	30.06.2013	12.217	6.108	6.108	-
Castellamonte	Disattivazione	30.06.2013	3.330	1.665	1.665	-
Avigliana	Riconversione	30.06.2013	5.380	2.690	2.690	-
Giaveno	Riconversione	30.06.2013	5.033	1.258	3.775	-
Pomaretto	Disattivazione	31.12.2013	2.605	-	2.605	-
Torre Pellice	Disattivazione	31.12.2013	3.275	-	3.275	-
Venaria	Riconversione	31.12.2013	7.950	-	7.950	-
Arona	Riconversione	31.12.2012	10.570	10.570	-	-
Caraglio	Disattivazione	30.06.2013	3.462	1.731	1.731	-
Valenza	Disattivazione	31.03.2013	5.184	3.888	1.296	-
Borgosesia	Da DEA a PS	30.06.2013	2.203	1.101	1.102	-
Valle Belbo	Da PS a PPI	30.06.2013	1.926	963	963	-
Ovada	Da PS a PPI	30.06.2013	1.926	963	963	-
Fossano	Chiusura PS	30.06.2013	2.692	1.346	1.346	-
Carmagnola	Chiusura punto nascita	30.06.2013	1.200	600	600	-
Domodossola	Chiusura punto nascita	30.06.2013	1.200	600	600	-
Bra	Chiusura punto nascita	30.06.2013	1.200	600	600	-
Tortona	Chiusura punto nascita	30.06.2013	1.200	600	600	-
Acqui Terme	Chiusura punto nascita	30.06.2014	1.200	-	600	600
TOTALE			73.753	34.683	38.470	600

Tabella 43 – Risparmi derivanti dalla riconversione della rete ospedaliera pubblica

RETE OSPEDALIERA PRIVATA

Per quanto riguarda la riconversione della rete ospedaliera da privato, occorre partire dal dato di spesa attuale pari a circa 530 €/mln, di cui circa 343 relativo alle Case di Cura e 187 relativo agli Ospedali Classificati ed agli IRCCS di diritto privato.

Per le discipline dedicate alle acuzie si prevede:

- un incremento di 50 posti letto in favore dell'Istituto FPO di Candiolo a partire dal 2014;
- la riduzione di 29 posti letto a carico delle Case di Cura accreditate.

	tariffato 2012	PL	tariffa/PL (€)	PL in riduzione	PL in aumento	Impatto economico 2013	Impatto economico cumulato 2014	Impatto economico cumulato 2015
(€000)								
ACUZIE CdC	188.388	1.295	145	29		2.109	4.219	4.219
ACUZIE IRCCS	18.461	100	185		50		-9.231	-9.231
Totale	206.849	1.395	330	29	50	2.109	-5.012	-5.012

Tabella 44 – Risparmi derivanti dalla riconversione della rete ospedaliera privata

Ne segue che la manovra stimata per il prossimo triennio è pari a:

- **ca. 2 €/mln di risparmi rispetto al tendenziale del 2013** (considerando i tempi di attuazione della DG. n.6-5519 del 14/03/2013, si sono stimati i risparmi potenziali a partire da luglio 2013);
- **ca. 5 €/mln complessivi di costi aggiuntivi rispetto al tendenziale del 2014** (derivanti dall'incremento dei 50 PL presso l'Istituto FPO di Candiolo e dall'economia complessiva della riduzione dei 29 PL presso le Case di Cura Accreditate).
- **ca. 5 €/mln complessivi di costi aggiuntivi rispetto al tendenziali del 2015.**

Intervento 14.3: Assistenza primaria

Azione 14.3.2 Il Centro di Assistenza Primaria (CAP)

Come previsto dalla D.G.R. n. 26-3627/2012, le risorse necessarie per l'attuazione del progetto CAP derivano dalle risorse liberate dalle azioni di riutilizzo/riconversione poste in essere a livello aziendale. Nelle sperimentazioni in corso la valutazione dell'impatto economico evidenzia l'equilibrio o anche un risparmio gestionale, tra il costo connesso alla realizzazione del CAP ed il minor costo derivante dal contestuale intervento di riconversione posto in essere.

Dal monitoraggio regionale della sperimentazione sono attesi risvolti organizzativo-economici, quali la riduzione di:

- codici bianchi presso il Pronto Soccorso/DEA;
- prestazioni ambulatoriali;
- ricoveri inappropriati;
- degenza media presso reparti per acuti e non acuti.

Le corresponsioni individuate nel progetto aziendale a remunerazione delle attività svolte nel CAP, in eventuale aggiunta alle attività ordinarie proprie dei MMG/PDLS, sono da reperire nell'ambito delle risorse rese disponibili dalla riconversione di strutture/attività esistenti, tenendo anche conto delle risorse umane, tecnologiche e strumentali poste a disposizione dall'ASL a supporto e a valorizzazione della loro attività in sede CAP e fermo restando, in ogni caso, il carattere sperimentale dell'intervento posto in essere, nelle more dell'aggiornamento degli Accordi integrativi regionali.

La quantificazione dell'impatto economico connesso all'avvio dei progetti CAP ammessi alla sperimentazione alla data del 31.3.2013 è riportata nella seguente tabella, dalla quale si evince che la copertura finanziaria dei maggiori oneri derivanti dall'attività aggiuntiva resa dai MMG/PDLS in ambito CAP è reperita attraverso il riutilizzo delle risorse derivanti dalla riconversione di altre forme organizzative delle cure primarie già esistenti sul territorio.

Progetto attivazione CAP							
A.S.L.	Ambito di Area Sovranazionale	Impatto economico per attivazione CAP					
		Costo annuo per attività MMG/PLS aggiuntiva rispetto all'attività ordinaria	Costo annuo aggiuntivo per attività SAI	Copertura finanziaria	Costo annuo aggiuntivo per personale dipendente	Costi per interventi strutturali, tecnico-logistici, informatizzazione	Copertura finanziaria
€							
To3	3 - Torino Ovest	190.000	///	Riconversione delle risorse già impegnate nei tre progetti sperimentali di Gruppi di Cure Primarie, ormai giunti a conclusione.		Costi per interventi edili e tecnici di adeguamento della struttura per le nuove funzioni	Riassegnazione dei fondi stanziati ex art 20 L.67/1988 e dedicati ad interventi di adeguamento del P.O. di Avigliana (2)
NO	4 - Piemonte Nord Est	211.560	30.000 (1)	Revisione dei percorsi di continuità assistenziale con cessazione del progetto aziendale relativo agli "Ospedali di comunità".	Non previsti oneri aggiuntivi per il personale sanitario ed amministrativo in quanto già in servizio presso il presidio sede di CAP oppure verrà trasferito da sedi territoriali prossime.	25.000 (costi per informatizzazione, lavori strutturali/arredi)	Riutilizzo parte delle risorse derivanti da riconversione P.O. di Arona e dalla chiusura del relativo P.P.I.
CN1	5 - Piemonte Sud Ovest	130.000	///	Minor spesa derivante dalla sospensione degli Accordi aziendali con la Medicina di Gruppo di Fossano		55.000,00 (Costi per interventi tecnico-logistici)	Minor spesa derivante dalla trasformazione del P.S. di Fossano (già avvenuta) e dalla chiusura del P.P.I.(205.000). La minor spesa annua, al netto degli oneri del personale assegnato al CAP, ammonta a 110.000. (3)

Tabella 45 – Risparmi derivanti dalla riconversione della rete ospedaliera privata

Prudenzialmente la Regione ha comunque considerato a Conto Economico i costi stimati per l'attuazione del progetto CAP.

L'impatto economico stimato nel prossimo triennio per le manovre considerate è così suddiviso:

- ca. 0,6 €/mln di costi rispetto al tendenziale 2013;
- ca. 1,2 €/mln di costi complessivi rispetto al tendenziale 2014;
- ca. 2,4 €/mln di costi complessivi rispetto al tendenziale 2015.

L'impatto economico nel triennio è quindi pari a **ca. 2,4 €/mln**.

Azione 14.3.3: Presidi residenziali di assistenza primaria

Il programma di riconversione dei PL dei presidi di assistenza primaria, prevede un'economia nel prossimo triennio a decorre dal 1/7/2013, pari complessivamente a ca. 11,9 €/mln, derivante da:

- il costo crescente di ca. 4,5 €/mln annui, derivante dalla riconversione di 375 posti letto di RSA ad alta assistenza (il cui onere in regime di prosecuzione delle cure, per i primi 30 giorni interamente a carico del SSR, è di € 90 al giorno, pari a ca. 11,7 €/mln annui con tasso di occupazione del 95%) in posti letto di continuità assistenziale con una retta media di € 125 al giorno e con uguale tasso di occupazione, per un costo pari a ca. 16,2 €/mln annui; La riconversione verrà avviata dal 2014.
- il costo cessante di ca. 5,5 €/mln annui, derivante dalla riconversione di 409 posti letto di RRF di I livello, non più contrattualizzati, nelle Case di Cura private accreditate in virtù del programma attuativo di revisione della rete ospedaliera di cui alla D.G.R. n. 6-5519 del 14/03/2013 (il cui costo attuale è di ca. 23,2 €/mln) in posti letto di continuità assistenziale con una retta media di € 125 al giorno e con tasso di occupazione del 95%, per un costo pari a ca. 17,7 €/mln;
- il costo cessante di ca. 1,3 €/mln, derivante dalla riconversione di 130 posti letto di Lungodegenza, non più contrattualizzati, nelle Case di Cura private accreditate in virtù del programma attuativo di revisione della rete ospedaliera di cui alla D.G.R. n. 6-5519 del 14/03/2013 (il cui costo attuale è di

ca. 6,9 €/mln) in posti letto di continuità assistenziale con una retta media di € 125 al giorno e con tasso di occupazione del 95%, per un costo pari a ca. 5,6 €/mln;

- il costo cessante di ca. 6,8€/mln annui, derivante dall'interruzione dell'utilizzo, in regime di prosecuzione delle cure, di 539 posti letto nelle RSA ad alta assistenza, il cui onere è interamente a carico del SSR (€ 90 al giorno, pari a € 16.820.842/anno con tasso di occupazione del 95%), rispetto all'onere per il SSR della sola quota sanitaria, che, per lo stesso numero di posti letto, è pari a €53,46 al giorno, corrispondenti a ca. 9,9 €/mln annui;
- il costo cessante di ca. 0,7 €/mln annui, derivante dalla riconversione di 60 posti letto di Riabilitazione neuropsichiatrica ex articolo 26 della legge 833/78 (il cui costo è di € 158,88 al giorno, come previsto dall'allegato 5 alla DGR n. 41-1518 del 23/03/2005, pari a ca. 3,3 €/mln annui con tasso di occupazione del 95%) in posti letto di continuità assistenziale con una retta media di € 125 al giorno e con uguale tasso di occupazione, per un costo pari a ca. 2,6 €/mln annui;
- il costo cessante di ca. 2,1 €/mln annui, derivante dalla riconversione di 126 posti letto di Riabilitazione ex articolo 26 della legge 833/78 (il cui costo è di € 174,25 al giorno, come previsto dall'allegato 5 alla DGR n. 41-1518 del 23/03/2005, pari a ca. 7,6 €/mln annui con tasso di occupazione del 95%) in posti letto di continuità assistenziale con una retta media di € 125 al giorno e con uguale tasso di occupazione, per un costo pari a ca. 5,4 €/mln annui.

La tabella seguente riporta in forma riepilogativa i risparmi sopra stimati:

Valorizzazione: Presidi residenziali di assistenza primaria									
Tipologia	n. PL	Tariffa	Valore	Tariffa	Valore	Impatto 2013 (€x 1.000)	Impatto 2014 (€x 1.000)	Impatto 2015 (€x 1.000)	
		giornaliera 2012 (€x 1.000)	complessivo 2012 (€x 1.000)	giornaliera continuità assistenziale (€x 1.000)	complessivo annuo (€x 1.000)				
RSA alta assistenza	375	0,09	11.703	0,125	16.254		4.551	4.551	
RRF I livello CdC e Istituti Classificati	409	0,164	23.259	0,125	17.727	-2.766	-5.532	-5.532	
Lungodegenza CdC	130	0,154	6.942	0,125	5.634	-654	-1.308	-1.308	
RSA solo quota sanitaria	539	0,09	16.820	0,05346	9.991	-3.414	-6.829	-6.829	
Riabilitazione NP ex art.26	60	0,15888	3.305	0,125	2.600	-352	-705	-705	
Riabilitazione ex art.26	126	0,17425	7.613	0,125	5.461	-1.076	-2.152	-2.152	
TOTALE	1.100		69.642		57.667	-8.262	-11.975	-11.975	

Tabella 46 – Risparmi derivanti dalla riconversione della rete di assistenza primaria

Ne consegue che dall'azione prevista le manovre per il prossimo triennio porteranno un risparmio così ripartito:

- ca. 8 €/mln rispetto al tendenziale 2013 (per le riconversioni da avviare a decorre dal 1/7/2013 si considera solo metà anno, mentre non rientrano nel computo le riconversioni da avviare dal 2014);
- ca. 12 €/mln complessivi rispetto al tendenziale 2014;
- ca. 12 €/mln complessivi rispetto al tendenziale 2015.

Azione 14.3.4: Assistenza specialistica ambulatoriale (riorganizzazione dei laboratori con previsione di forme di accorpamento).

In applicazione di quanto previsto dalla Deliberazione della Giunta Regionale 14/03/2013, n. 11-5524 "Riorganizzazione e razionalizzazione delle attività di Laboratorio di analisi. Ulteriori indicazioni alle Aziende Sanitarie Regionali. Modifiche ed integrazioni alla D.G.R. n. 19-6647 del 03.08.07 e n. 16-1829 del 07.04.2011", la Regione ha stimato una riduzione dei costi per beni e servizi nel prossimo triennio per ca. 10 €/mln.

Tenendo conto dei tempi di realizzazione del progetto, per il prossimo triennio le manovre previste per il prossimo triennio porteranno un risparmio così ripartito:

- ca. 5 €/mln rispetto al tendenziale 2013;
- ca. 7,5 €/mln rispetto al tendenziale 2014;
- ca. 10 €/mln rispetto al tendenziale 2015.

Intervento 14.4: Assistenza territoriale

Azione 14.4.1: Riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell'assistenza territoriale per disabili

Tenuto conto della specificità dei tipo di assistenza erogata e degli obiettivi di governo regionali si è ritenuto di accantonare prudenzialmente un eventuale incremento della spesa rispetto al tendenziale così suddivisi:

- 0 €/mln nel 2013;
- 4 €/mln complessivi rispetto al tendenziale 2014;
- 6 €/mln complessivi rispetto al tendenziale 2015.

L'eventuale rischio di incremento stimati nel triennio è pari quindi a ca. 6 €/mln.

Azione 14.4.2: Riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell'assistenza territoriale per anziani

Tenuto conto della specificità dei tipo di assistenza erogata e degli obiettivi di governo regionali si è ritenuto di accantonare prudenzialmente un eventuale incremento della spesa rispetto al tendenziale così suddivisi:

- 0 €/mln nel 2013;
- 4 €/mln complessivi rispetto al tendenziale 2014;
- 6 €/mln complessivi rispetto al tendenziale 2015.

L'eventuale rischio di incremento stimati nel triennio è pari quindi a ca. 6 €/mln.

Azione 14.4.3: Riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell'assistenza domiciliare integrata

Dalla rilevazione PIA al III trimestre 2012 (modello 1 V2a), per le prestazioni di assistenza domiciliare integrata si può stimare un costo pari a circa 121 €/mln che, rapportato al numero di casi trattati, evidenzia in €2.154 il costo medio per caso trattato.

Implementazione assistenza domiciliare			
(€'000)	2013	2014	2015
Casi	-	4.516	7.732
Tariffa	2,154	2,154	2,154
Totale	-	9.727	16.655

Tabella 47 – Incrementi di spesa derivanti dal potenziamento dell'ADI

L'impatto economico legato al raggiungimento dell'obiettivo è pari a circa 16,6 €/mln (7.732 casi aggiuntivi per un costo medio di €2.154 per caso trattato), così articolato nel corso del triennio:

- ca. 0 €/mln rispetto al tendenziale 2013;
- ca. 9,7 €/mln complessivi rispetto al tendenziale 2014;
- ca.16,6 €/mln complessivi rispetto al tendenziale 2015.

Azione 14.4.4: Assistenza territoriale ai soggetti tossicodipendenti

L'Accordo generale Regione Piemonte e CEAPI (Coordinamento Enti Ausiliari Piemonte), cioè l'Accordo regionale tipo per la definizione dei contratti con gli Enti gestori delle strutture di recupero e reinserimento dei soggetti dipendenti da sostanze, definisce il budget per il biennio 2013-2014 destinato ai Servizi per le Dipendenze, ripartito tra le ASL piemontesi.

Tale accordo stabilisce la necessità di garantire l'utilizzo razionale delle attività fornite dalle strutture private accreditate e comporta l'individuazione di un budget vincolato quantificabile, per l'anno 2013, in ca. 29 €/mln. Per quanto riguarda il biennio 2013-2014 tale budget sarà decurtato del 5% e sarà quindi pari a ca. 27,6 €/mln così suddiviso:

- ca. 22,9 €/mln pari al 83% del budget da destinare agli accordi contrattuali tra aziende ASL contraenti, sedi delle Strutture accreditate del Piemonte, ai sensi dell'art. 8- quinquies del Decreto Legislativo 502/92 e s.m.i., teso a salvaguardare le esigenze cliniche e riabilitative degli utenti con patologie da dipendenza, con o senza sostanze;

- ca. 2,7 €/mln pari al 10% del budget da destinare alle “Sperimentazioni”, di cui all’art. 9-quinquies della D.G.R. 61/09. Tali attività sono indispensabili per rendere il sistema delle dipendenze maggiormente flessibile e orientato ad offrire servizi maggiormente orientati a garantire maggiore appropriatezza delle prestazioni e, nel contempo, a garantire la necessaria razionalizzazione e contenimento dei costi. La D.G.R. n. 27-4183 del 23 .07.2012 (approvazione del Piano di Azione regionale delle Dipendenze– PARD), al paragrafo 4.8 dell’Allegato tecnico (Il monitoraggio e la valutazione), stabilisce come necessario sviluppare e rendere più appropriati i Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) e Percorsi Integrati di Cura (PIC);
- ca. 1,9 €/mln pari al 7% del budget da destinare al consolidamento dei Piani Locali delle Dipendenze (PLD) che rappresentano lo strumento più idoneo per sviluppare le politiche di programmazione di interventi, così come stabilito al paragrafo 3.2 dell’Allegato tecnico della D.G.R. 27-4183 citata.

Il Budget complessivo, individuato e approvato con la D.G.R. n. 36-6239 del 2.08.2013, pari a ca. 31 €/mln, è stato decurtato di ca. il 12% rispetto a quanto assegnato negli anni 2011 e 2012.

Il complesso lavoro di individuazione del “Fabbisogno regionale” di cui alla D.G.R. n. 36-6239 sopra citata ha permesso sia la significativa razionalizzazione delle risorse sia la diversificazione delle medesime individuando degli ambiti specifici (l’avvio delle Sperimentazioni e l’avvio dei Piani Locali delle Dipendenze) dove destinare una quota parte delle risorse del Budget complessivo summenzionato, onde permettere una diversificazione delle tipologie trattamentali ed una diversificazione delle strategie atte al contrasto delle dipendenze nel suo complesso.

L’individuazione del “Fabbisogno regionale” ha richiesto ca. due anni di lavoro da parte del Gruppo di Monitoraggio regionale delle Dipendenze, previsto dalla D.G.R. n. 61-12251 del 28.09.2009 e s.m.i. – art. 9-quater, con approfondite analisi e valutazioni incrociate quali-quantitative dei dati provenienti dai Piani di Attività Regionali, dai Dipartimenti di Patologia delle Dipendenze e dagli Enti Accreditati del Piemonte. Il lavoro è stato inoltre monitorato e supervisionato dall’Osservatorio Epidemiologico regionale delle Dipendenze dell’ASL TO 3.

Pertanto, il fabbisogno di cui sopra trova riferimento alla quota parte del Budget complessivo di ca. 25,6 €/mln in quanto comprende tutte le attività prestazionali erogate attraverso le strutture terapeutiche accreditate per l’area delle Dipendenze. A queste si devono integrare altre tipologie di attività (es. attività di tipo ambulatoriale o di tipo territoriale) fino al completo utilizzo delle risorse assegnate (col. “F” dell’Allegato “3” D.G.R. N. 36-6239).

Le manovre stimate nei prossimi anni porteranno a un risparmio così ripartito:

- ca. 4,1 €/mln rispetto al tendenziale 2013;
- ca. 4,1 €/mln complessivi rispetto al tendenziale 2014;
- ca. 4,1 €/mln complessivi rispetto al tendenziale 2015;

I risparmi stimati nel triennio sono pari quindi a ca. 4,1 €/mln.

Azione 14.4.6: Assistenza territoriale ai soggetti minori

Tenuto conto della specificità dei tipo di assistenza erogata e degli obiettivi di governo regionali si è ritenuto di accantonare prudenzialmente un eventuale incremento della spesa rispetto al tendenziale così suddivisi:

- 0 €/mln rispetto al tendenziale 2013;
- ca. 2 €/mln complessivi rispetto al tendenziale 2014;
- ca. 4 €/mln complessivi rispetto al tendenziale 2015.

L’eventuale rischio di incremento stimati nel triennio è pari quindi a ca. 4 €/mln. Si specifica che l’importo include, anche, altre tipologie di assistenza territoriali.

Programma 15: Rete Emergenza-Urgenza

Il programma, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- ← ■ ridefinizione della rete nelle sue componenti territoriale ed ospedaliera;
- ← ■ rete di emergenza territoriale: razionalizzazione delle centrali operative, delle postazioni dei mezzi di soccorso di base ed avanzato, del servizio di elisoccorso; individuazione dei PPI (Punti di primo intervento);
- ← ■ integrazione con il servizio di Continuità Assistenziale (razionalizzazione delle postazioni) e con gli Ospedali;
- ← ■ rete di emergenza ospedaliera: definizione dei requisiti organizzativi (Osservazione Breve Intensiva), articolazione dei presidi secondo il modello *Hub & Spoke*; rete della gestione delle patologie tempo dipendenti (Sindrome coronarica acuta, *Stroke*, Trauma);
- ← ■ presenza di modalità di coordinamento dell’Emergenza a livello Regionale ed Inter-Regionale.

Rete Emergenza-Urgenza: valorizzazione manovre(€/mIn)			
	2013	2014	2015
Rete Emergenza-Urgenza	-	-	-
Programma attuativo per la rete dell'emergenza - urgenza	-	-	-
<i>Programma attuativo per la rete dell'emergenza territoriale</i>	-	-	-
<i>Rete emergenza ospedaliera</i>	-	-	-

Tabella 48 – Sintesi manovre

Intervento 15.1: Programma attuativo per la rete dell'emergenza - urgenza

Azione 15.1.1: Programma attuativo per la rete dell'emergenza territoriale

Rispetto all'attuale contesto, lo scenario complessivo vede una situazione di relativo compimento degli obiettivi prefissati dal Piano di Rientro. La riorganizzazione prospettata (e non ancora attuata) dell'assetto delle postazioni territoriali 118, con l'introduzione di nuove tipologie di mezzi maggiormente flessibili, in una logica generale di riordino del SSR, non potrà prescindere dal nuovo disegno della rete ospedaliera individuato prioritariamente dal PSSR 2012-2015 e dalla successiva deliberazione della Giunta Regionale n. 6-5519 del 14/03/2013. A completamento del suddetto riordino, il ruolo dell'Emergenza territoriale dovrà riflettere una maggiore integrazione e collaborazione tra attività ospedaliera e territoriale, con la prospettiva di potenziamento del ruolo di coordinamento ed organizzazione dei trasporti secondari da parte del 118 ed anche di ridisegno dell'allocazione delle postazioni già esistenti, con l'ipotesi eventuale di introduzione di nuove tipologie di mezzi. Le suddette azioni dovranno comunque tenere conto del processo attualmente in atto avviato dalla D.G.R. n.25-5148 del 28/12/2012, con la quale la Giunta regionale ha deliberato di dare mandato alle aziende sede di Centrale Operativa 118 di definire una dotazione organica dedicata al servizio di Emergenza 118.

In quest'ottica, poiché si sta già procedendo alla riorganizzazione della nuova rete del 118 postazioni /personale compatibilmente con quanto previsto dalle disposizioni alle Aziende sul contenimento dei costi delle risorse umane. Tale riorganizzazione prevede 3 momenti distinti e consequenziali:

- 1) definizione del fabbisogno del personale medico sanitario ed infermieristico per lo svolgimento della funzione di Emergenza Sanitaria Territoriale, rispetto all'attuale assetto delle postazioni. La DGR 18-6692 del 19 novembre 2013 nell'allegato A ha definito il suddetto fabbisogno per le Aziende sede di Centrale Operativa;
- 2) conclusione da parte delle Aziende sanitarie interessate delle procedure per il trasferimento di tutto il personale dedicato all'Emergenza territoriale 118, entro il 30/06/2014; si tratta di trasferimenti su base volontaria per quanto riguarda il personale dipendente attraverso l'indizione di bandi, mentre per i medici convenzionati si tratta di trasferimento di convenzioni;
- 3) riordino dell'assetto delle postazioni conseguentemente alla riorganizzazione del sistema dell'emergenza ospedaliera e dell'implementazione delle postazioni 118 per i trasporti

secondari d'urgenza, con l'introduzione di eventuali nuove tipologie di mezzi (30/06/2014); riassetto del personale in considerazione delle risultanze di cui al punto 2) coerentemente con le disposizioni sul contenimento dei costi del personale e relativa attuazione operativa (30/06/2015).

Secondo una prospettiva integrata di riorganizzazione generale, le nuove azioni previste di revisione della rete dell'Emergenza territoriale 118, avranno una risposta economico/finanziaria da contestualizzare a livello generale rispetto all'impatto della revisione della rete ospedaliera. Il potenziamento e l'implementazione dell'attività dell'Emergenza 118, intrapreso comunque con l'introduzione di meccanismi di economicità per la funzione stessa, porteranno a risparmi rispetto alla razionalizzazione generata dalla revisione della rete ospedaliera. Il ruolo intrapreso dal Sistema 118 in questa fase sarà proprio quello di supporto e sostegno rispetto alle nuove articolazioni e riconversioni dei presidi ospedalieri. Un punto focale sul quale verrà impostata la riconversione delle strutture ospedaliere è la trasformazione di Pronto soccorsi in Punti di Primo Intervento ed in questo circostanza avrà grande rilevanza la funzione del Sistema 118.

ACCORPAMENTO DELLE CENTRALI OPERATIVE DEL 118

La prima misura di attuazione dei Piani di rientro è stata la DGR 44-1980 del 29/04/2011 nella quale venivano fissati i criteri principali di attuazione operativa per il raggiungimento degli obiettivi previsti nel Piano stesso. In data 27/06/2011 (DGR 3-2249), la Giunta Regionale ha approvato un provvedimento di avvio per l'accorpamento delle 8 Centrali Operative in 4 Centrali, aggregazione tecnicamente conclusasi in data 07/03/2012 con la chiusura dell'ultima Centrale Operativa del VCO. L'attuale modello di coordinamento dell'Emergenza Urgenza è organizzato nelle quattro Centrali Operative 118 coincidenti con le quattro aree di intervento di seguito indicate:

- ← ■ AREA 1 TO: Centrale operativa di Torino allocata presso l'Azienda Ospedaliera Città' della Salute e della Scienza di Torino
- ← ■ AREA 2 AL-AT: Centrale operativa di Alessandria presso l'Azienda Ospedaliera SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo di Alessandria
- ← ■ AREA 3 CN: Centrale operativa di Cuneo, allocata presso l'Azienda sanitaria territoriale CN1
- ← ■ AREA 4 NO-BI-VC-VCO Centrale Operativa di Novara allocata presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Maggiore della Carità di Novara.

La riorganizzazione dei modelli di coordinamento dell'Emergenza Urgenza, pur mantenendo la salvaguardia della funzione di ribaltamento delle chiamate senza aver apposto modifiche rispetto alla gestione dell'invio dei mezzi e delle postazioni, ha portato alla ricollocazione del personale in esubero sia nell'attività territoriale sui mezzi di soccorso, sia nella prevista presa in carico da parte del 118 dell'attività dei trasporti secondari protetti di paziente critico.

RIDEFINIZIONE DELLE BASI DELL'ELISOCORSO

La stessa DGR 44-1980 del 29/04/2011 ha previsto la riduzione da 5 a 4 delle Basi Elisoccorso. L'odierna situazione vede la seguente organizzazione:

- ← ■ NORD-OVEST: "elisuperficie gestita" individuata nella provincia di Torino -
- ← ■ SUD-OVEST: "elisuperficie gestita" individuata nella provincia di Cuneo – Aeroporto Levaldigi
- ← ■ SUD-EST: "elisuperficie gestita" individuata nella provincia di Alessandria
- ← ■ NORD-EST "elisuperficie gestita" individuata nelle province di Biella, Novara, VCO, Vercelli individuata presso Borgosesia.

Per quanto riguarda l'impiego notturno di un elicottero, attualmente non è ancora attivo, ma avverrà dal 2° semestre 2013; per il primo periodo comunque, il servizio notturno sarà svolto esclusivamente con l'impiego della pronta disponibilità, principalmente per trasporti secondari protetti di particolare gravità e/o espianto organi dalla base operativa in provincia di Torino.

PR OV	Città	Denominazione	VERIFICA TE C=cessat a S= sospesa A= ATTIVA	Tipo Elisuperficie	H12	H24	attivabil e H24	in valutazione
AL	Acqui Terme	Eli - Acqui Terme - H Civile	A	Elisuperficie a servizio di Struttura Ospedaliera	X		SI	
CN	Alba	Eli - Alba - Campo Sportivo	A	Elisuperficie a servizio di Struttura Ospedaliera	X		NO	
CN	Alba	Eli - Alba – Città	A	Elisuperficie a servizio di Struttura Ospedaliera	X		SI	
CN	Alba	Eli - Alba Stabilimento Ferrero	A	Elisuperficie privata		X		
CN	Alba	Eli - Alba rotonda						x
AL	Alessandria	Eli - BASE ALEX	A	Base Operativa HEMS/Destinazione Sanitaria		X		
CN	Argentera	Eli - Argentera						x
AT	Asti	Eli - Asti – Città	A	Elisuperficie a servizio di Struttura Ospedaliera	X		NO	
AT	Asti	Eli - Asti Ospedale Nuovo	in progetto			X		
VC O	Aurano	Eli - Aurano						x
CN	Bagnolo Piemonte	Eli - Bagnolo P.te - Campo Sportivo	A	Elisuperficie a Servizio di Comunità Isolata	X		NO	
TO	Balangero	Eli - Balangero – Corio						x
TO	Bardonecchia	Eli - Bardonecchia	A	Elisuperficie a Servizio di Comunità Isolata	X		NO	
CN	Bellino	Eli - Bellino						x
BI	Biella	Eli - Biella - VV F	A	Elisuperficie a servizio di Struttura Ospedaliera	X		NO	
BI	Biella	Eli - Biella nuovo Ospedale	in costruzione	Elisuperficie a servizio di Struttura Ospedaliera		X		
BI	Biella	Eli - Biella - Aeroporto Cerrione	A	Area aeroportuale dedicata voli HEMS a servizio di Struttura Ospedaliera		X		
CN	Borgomanero	Eli - Borgomanero - Campo sportivo	A	Elisuperficie a servizio di Struttura Ospedaliera	X		NO	
VC	Borgosesia	Eli - BASE BORGOSESIA	A	Base Operativa HEMS/Destinazione Sanitaria	X		SI	
CN	Bra	Eli - Bra	PRATICA CHIUSA					
TO	Cafasse	Eli - Cafasse Airgreen	A	Elisuperficie privata		X		
VB	Cannobio	Eli - Cannobio	PRATICA CHIUSA					

PR OV	Città	Denominazione	VERIFICA C=cessat a S= sospesa A= ATTIVA	Tipo Elisuperficie	H12	H24	attivabil e H24	in valutazione
AL	Casale Monferrato	Eli - Casale M.to - Aeroporto F. Kappa	A	Area aeroportuale dedicata voli HEMS a servizio di Struttura Ospedaliera	X		SI	
TO	Caselle	Eli - Caselle Nord - Alenia	A		X		NO	
CN	Castagnito	Eli - Castagnito						x
TO	Castellamonte	Eli - Castellamonte	PRATICA CHIUSA					
CN	Castelnuovo di Ceva	Eli - Castelnuovo di Ceva						x
TO	Cavour	Eli - Cavour						x
CN	Celle di Macra	Eli - Celle di Macra						xx
TO	Cercenasco	Eli - Cercenasco						x
CN	Ceva	Eli - Ceva - H Nuovo	A	Elisuperficie a servizio di Struttura Ospedaliera	X		SI	
TO	Chieri	Eli - Chieri - Città - Prot. Civile	A	Elisuperficie a servizio di Struttura Ospedaliera	X		SI	
TO	Chivasso	Eli - Chivasso - ex TAV	A	Elisuperficie a servizio di Struttura Ospedaliera	X		SI	
TO	Ciriè	Eli - Ciriè - Città	C	Elisuperficie a servizio di Struttura Ospedaliera	X		NO	
CN	COLLE DEL TENDA	Eli - COLLE DEL TENDA	PRATICA CHIUSA					
CN	Cortemilia	Eli - Cortemilia Miroglio	in costruzione			X		
CN	Cossano Belbo	Eli - Cossano Belbo	A	Elisuperficie a Servizio di Comunità Isolata	X		SI	
VB	Crevoladosola	Eli - Crevola Toce	PRATICA CHIUSA					
CN	Crissolo	Eli - Crissolo	C					
CN	Cuneo	Eli - Cuneo - H Carle	A	Elisuperficie a servizio di Struttura Ospedaliera		X		
CN	Cuneo	Eli - Cuneo - Piazza d'Armi	A	Elisuperficie a servizio di Struttura Ospedaliera	X		NO	
TO	Cuorgne'	Eli - Cuorgnè - Città ponte vecchio	A	Elisuperficie a servizio di Struttura Ospedaliera	X		SI	
BI	Curino	Eli - Curino						x
VB	Cursolo Orasso	Eli - Cursolo Loc. Orasso	in progetto		X		SI	

PR OV	Città	Denominazione	VERIFICA C=cessat a S= sospesa A= ATTIVA	Tipo Elisuperficie	H12	H24	attivabil e H24	in valutazione
CN	Dogliani	Eli - Dogliani						x
VB	Domodossola	Eli - Domodossola - Eliossola	A	Elisuperficie a servizio di Struttura Ospedaliera		X		
AT	Dusino S. Michele	Eli - Dusino S. Michele	A	Elisuperficie a Servizio di Comunità Isolata	X		NO	
CN	Elva	Eli - Elva						x
CN	Entracque	Eli - Entracque						x
TO	Favria	Eli - Favria - Campo Sportivo	PRATICA CHIUSA					
CN	Feisoglio	Eli - Feisoglio	in progetto			X		
CN	Fossano	Eli - Fossano						x
CN	Garessio	Eli - Garessio - ex Maneggio	A	Elisuperficie a Servizio di Comunità Isolata	X		NO	
CN	Garessio	Eli - Garessio Sanophi Avensis	in progetto			X		
TO	Giaveno	Eli - Giaveno - VV F	A	Elisuperficie a servizio di Struttura Ospedaliera	X		NO	
AL	Isola Sant'Antonio	Eli - Isola Sant'Antonio						x
TO	Ivrea	Eli - Ivrea - VV F	A	Elisuperficie a servizio di Struttura Ospedaliera	X		NO	
CN	Limone P.te	Eli - Limone P.te - Palaghiaccio	A	Elisuperficie a Servizio di Comunità Isolata	X		NO	
VC	Livorno Ferraris	Eli - Livorno Ferraris						x
TO	Macello	Eli - Macello						x
BI	Mezzana Mortigliengo	Eli - Mezzana Mortigliengo	A	Elisuperficie a Servizio di Comunità Isolata	X		NO	
AL	Molino dei Torti	Eli - Molino dei Torti	A	Elisuperficie a Servizio di Comunità Isolata	X		NO	
TO	Monastero di Lanzo	Eli - Monastero di Lanzo	PRATICA CHIUSA					
TO	Moncalieri	Eli - Moncalieri Caserma CC	A	Elisuperficie a servizio di Struttura Ospedaliera	X		SI	
TO	Moncenisio	Eli - Moncenisio	PRATICA CHIUSA					
CN	Mondovì	Eli - Mondovì - H Vecchio	A	Elisuperficie a servizio di Struttura Ospedaliera	X		NO	

PR OV	Città	Denominazione	VERIFICA C=cessat a S= sospesa A= ATTIVA	Tipo Elisuperficie	H12	H24	attivabil e H24	in valutazione
CN	Mondovi	Eli - Mondovi - H Nuovo	A	Elisuperficie a servizio di Struttura Ospedaliera	X		SI	
CN	Monesiglio	Eli - Monesiglio	PRATICA CHIUSA					
NO	Nebbiuno	Eli - Nebbiuno	A	Elisuperficie a servizio di Struttura Ospedaliera	X		NO	
CN	Niella Belbo	Eli - Niella Belbo						x
NO	Novara	Eli - NOVARA	C	Elisuperficie a servizio di Struttura Ospedaliera	X		SI	
NO	Novara	Eli - NOVARA - svincolo autostrada						x
AL	Novi Ligure	Eli - Novi Ligure - Aeroporto	A	Area aeroportuale dedicata voli HEMS a servizio di Struttura Ospedaliera	X		SI	
VC O	Oggebbio	Eli - Oggebbio						x
VB	Omegna	Eli - Omegna	A	Elisuperficie a servizio di Struttura Ospedaliera	X		NO	
TO	Orbassano	Eli - Orbassano - H S Luigi	in ristruttura zione	Elisuperficie a servizio di Struttura Ospedaliera		X		
TO	Orbassano	Eli - Orbassano - GdF	A	Elisuperficie a servizio di Struttura Ospedaliera	X		NO	
BI	Oropa	Eli - Oropa	PRATICA CHIUSA					
CN	Paesana	Eli - Paesana - Comunità Montana		Elisuperficie a Servizio di Comunità Isolata	X		NO	
CN	Pamparato	Eli - Pamparato						
AL	Parodi Ligure	Eli - Parodi Ligure	A	Elisuperficie a Servizio di Comunità Isolata	X		NO	
CN	Paroldo	Eli - Paroldo	A	Elisuperficie a Servizio di Comunità Isolata	X		SI	
TO	Pecetto	Eli - Pecetto						x
TO	Pinerolo	Eli - Pinerolo - Campo sportivo	A	Elisuperficie a servizio di Struttura Ospedaliera	X		NO	
TO	Pinerolo	Eli - Pinerolo - H Agnelli	A	Elisuperficie a servizio di Struttura Ospedaliera		X		
CN	Piozzo	Eli - Piozzo						x
VC	Recetto	Eli - Recetto						x
TO	Ribordone	Eli - Ribordone						x
TO	Rivarolo Canavese	Eli - Rivarolo Canavese						x
TO	Rivoli	Eli - Rivoli - H Civile	A	Elisuperficie a servizio di Struttura Ospedaliera	X		SI	
TO	Robassomero	Eli - Robassomero Airgreen	A	Elisuperficie privata	X		NO	

PR OV	Città	Denominazione	VERIFICA TE C=cessat a S= sospesa A= ATTIVA	Tipo Elisuperficie	H12	H24	attivabil e H24	in valutazione
CN	Roburent	Eli - Roburent - Campo sportivo	A	Elisuperficie a servizio di Struttura Ospedaliera	X		NO	
CN	Roccabrun a	Eli - Roccabruna	PRATICA CHIUSA					
TO	Rosta	Eli - Rosta - Buttiglieria Alta						x
AL	Sale	Eli - Sale	A	Elisuperficie a Servizio di Comunità Isolata	X		NO	
CV	Saluzzo	Eli - Saluzzo - Croce Verde	A	Elisuperficie a servizio di Struttura Ospedaliera		X		
CN	Sambuco	Eli - Sambuco						x
CN	Sampeyre	Eli - Sampeyre	in progetto			X		
VC O	San Bernardino Verbano	Eli - San Bernardino Verbano	PRATICA CHIUSA					
BI	San Paolo Cervo	Eli - San Paolo Cervo	PRATICA CHIUSA					
TO	Sauze d'Oulx	Eli - Salice d'Ulzio - Pin Court	A	Elisuperficie a Servizio di Comunità Isolata	X		SI	
CN	Savigliano	Eli - BASE CUNEO - LEVALDIGI	A	Base Operativa HEMS Aeroportuale		X		
CN	Savigliano	Eli - Savigliano - H SS Annunziata	A	Elisuperficie a servizio di Struttura Ospedaliera	X		NO	
TO	Sestriere	Eli - Sestriere	in progetto			X		
TO	Sestriere	Eli - Sestriere - SS Cesana	C	Elisuperficie a Servizio di Comunità Isolata				
CN	Sommariva del Bosco	Eli - Sommariva del Bosco						x
BI	Soprana	Eli - Soprana						x
	Strevi	Eli - Strevi Star Work	A	Elisuperficie privata	X		SI	
TO	Susa	Eli - Susa - H Civile	A	Elisuperficie a servizio di Struttura Ospedaliera	X		SI	
TO	Torino	Eli - Torino - H CTO	A	Elisuperficie a servizio di Struttura Ospedaliera		X		
TO	Torino	Eli - Torino -HEMS Iveco	A	Elisuperficie a servizio di Struttura Ospedaliera	X		NO	
TO	Torino	Eli - Torino -	A	Elisuperficie privata		X		

PR OV	Città	Denominazione	VERIFICA TE C=cessat a S= sospesa A= ATTIVA	Tipo Elisuperficie	H12	H24	attivabil e H24	in valutazione
		Privata Lingotto						
TO	Torino	Eli - Torino - Privata Iveco	A	Elisuperficie privata		X		
TO	Torino	Eli - Torino - Oval	A	Elisuperficie a servizio di Struttura Ospedaliera	X		NO	
TO	Torino	Eli - Torino - VV F c.so Regina	A	Elisuperficie a servizio di Struttura Ospedaliera	X		NO	
TO	Torino	Eli - BASE TORINO	A	Base Operativa HEMS Aeroportuale	X		SI	
AL	Tortona	Eli - Tortona	S	Elisuperficie a servizio di Struttura Ospedaliera	X		NO	
AL	Tortona	Eli - Tortona	PRATICA CHIUSA					
VC	Trino Vercellese	Eli - Trino Vercellese	PRATICA CHIUSA					
VB	Trontano	Eli - Trontano - Air Walser	A	Elisuperficie privata	X		SI	
VB	Verbania	Eli - Verbania - Città	A	Elisuperficie a servizio di Struttura Ospedaliera	X		SI	
VB	Verbania	Eli - Verbania Tecno Parco	in progetto			X		
VC	Vercelli	Eli - Vercelli - Aeroclub	A	Area aeroportuale dedicata voli HEMS a servizio di Struttura Ospedaliera	X		SI	
CN	Verzuolo	Eli - Verzuolo	A	Elisuperficie a servizio di Struttura Ospedaliera	X		NO	
CN	Villanova Mondovì	Eli - Villanova Mondovì	A	Elisuperficie a servizio di Struttura Ospedaliera	X		NO	
CN	Villar San Costanzo	Eli - Villar San Costanzo - Eli West	A	Elisuperficie privata	X		NO	

Tabella 49 – Situazione elisuperfici Regione Piemonte

CENTRALIZZAZIONE DELLE FUNZIONI SISTEMA 118

L'obiettivo del Piano di rientro di centralizzazione delle funzioni e della direzione del Sistema emergenza territoriale 118 in un'unica Azienda è stato perseguito con la DGR 25-5148 del 28/12/2012. Tale provvedimento ha individuato come soggetto istituzionale il Dipartimento interaziendale 118, con l'introduzione di meccanismi rafforzativi ed in particolare la previsione di istituzione del finanziamento vincolato per la funzione di Emergenza sanitaria.

INTRODUZIONE DELL'AUTOMEDICA

Sicuramente il punto più problematico nella concretizzare degli obiettivi del Piano di Rientro è risultato la rimodulazione dei mezzi di soccorso avanzato con l'introduzione dell'Automedica per una forte resistenza e diffidenza generalizzata da parte di autonomie locali e della popolazione. Per questa ragione, si è proceduto ad introdurre l' Automedica soltanto in via sperimentale in alcune realtà molto circoscritte.

La riorganizzazione della nuova rete del 118 postazioni/personale (di cui al punto 15.1.1 fase 2) porterà ad una nuova configurazione finale di tutte le postazioni con graduale introduzione dell'

automedica. La definizione dell' assetto finale è previsto per il 30/06/2014 con attuazione operativa entro il 30/06/2015.

TRASPORTI SECONDARI

Per il 2013 è stato redatto un protocollo operativo da parte del Dipartimento 118. Il protocollo prevede con le attuali risorse l'utilizzo di mezzi di Sistema al fine di migliorare la risposta sanitaria attualmente disponibile.

Obiettivo è quello di raggiungere una maggiore elasticità contraendo il più possibile ritardi nei trasferimenti in particolare quelli in emergenza. Ad oggi le Aziende dispongono di mezzi convenzionati dedicati al trasporto secondario che talvolta necessitano di un supporto di intervento.

E' stata fatta una ricognizione sulla gestione attuale dei trasporti secondari urgenti (trasferimenti per patologie cardiologiche, traumatiche, grandi ustionati) dalla quale si rilevano i seguenti dati:

TRASPORTI SECONDARI D'URGENZA ANNO 2012					
	ASR	DENOMINAZIONE STRUTTURA	NUMERO INTERVENTI	COSTO TOTALE	NOTE
TO	ASL TO1	OSPEDALE OFTALMICO	0	0	
	ASL TO1	OSPEDALE VALDESE	3	150	
	ASL TO1	OSPEDALE MARTINI	578	NON RILEVABILE PERCHE' GESTIONE DIRETTA	
	ASL TO2	OSPEDALE MARIA VITTORIA	246	310.166	Costo Comprensivo di trasporti urgenti e ordinari
	ASL TO2	OSPEDALE AMEDEO DI SAVOIA	274	247.576	Costo Comprensivo di trasporti urgenti e ordinari
	ASL TO2	OSPEDALE SAN GIOVANNI BOSCO	44	286.322	Costo Comprensivo di trasporti urgenti e ordinari
	ASL TO3	OSPEDALE DI SUSÀ	329	195.646	Costo Comprensivo di trasporti urgenti e ordinari
	ASL TO3	OSPEDALE DI VENARIA	110	9.615	solo diurno feriale
	ASL TO3	OSPEDALE DI RIVOLI comprensivo di PO Venaria	198	100.869	
	ASL TO 3	OSPEDALE DI PINEROLO	299	31.695	
	ASL TO4	OSPEDALE DI CIRIE'-LANZO	26	7.045	

TRASPORTI SECONDARI D'URGENZA ANNO 2012

	ASL TO4	OSPEDALE DI CHIVASSO	192	15.314	
	ASL TO4	OSPEDALE DI IVREA	217	NON RILEVABILE PERCHE' GESTIONE DIRETTA	
	ASL TO5	OSPEDALE DI CHIERI	176	11.162	
	ASL TO5	OSPEDALE DI CARMAGNOLA	67	4.204	
	ASL TO5	OSPEDALE DI MONCALIERI	173	17.377	
	AO S.LUIGI	AZ.SAN.OSPEDALIERA "S.LUIGI"	48	157.958	Costo Comprensivo di trasporti urgenti e ordinari
	AO CITTA SALUTE E DELLA SCIENZA		62	260.635	Costo Comprensivo di trasporti urgenti e ordinari
	ASL VC	OSPEDALE DI VERCELLI	59	1.040	
	ASL VC	OSPEDALE BORGOSESIA	140	10.960	
	ASL BI	OSPEDALE DI BIELLA	83	13.994	
	ASL NO	OSPEDALE DI BORGOMANERO ARONA	682	72.129	
	AO NOVARA	OSP. MAGGIORE DELLA CARITA'	0		
	ASL VCO	OSPEDALE DI VERBANIA DOMODOSSOLA OMEGNA	211	NON RILEVABILE	
CN	ASL CN1	OSPEDALE DI CEVA	325	30.000	
	ASL CN1	OSPEDALE DI MONDOVI'	377	59.500	
	ASL CN1	OSPDALE SALUZZO	170	14.300	
	ASL CN1	OSPEDALE FOSSANO	41	3.000	

TRASPORTI SECONDARI D'URGENZA ANNO 2012					
	ASL CN1	OSPEDALE DI SAVIGLIANO	248	22.200	
	ASL CN2	OSPEDALE DI ALBA BRA	259	30.000	
	AO CUNEO	AZ. OSPEDAL. S. CROCE E CARLE	27	NON RILEVABILE	
AL	ASL AT	OSPEDALE DI ASTI NIZZA - CANELLI	270	341.000	Costo Comprensivo di trasporti urgenti e ordinari
	ASL AL	OSPEDALE DI TORTONA	145	24.760	
	ASL AL	OSPEDALE DI CASALE MONFERRATO	73	9.650	
		OSPEDALE DI NOVI LIGURE	242	56.848	Costo Comprensivo di trasporti urgenti e ordinari
	ASL AL	OVADA	120	22.000	
	ASL AL	OSPEDALE DI ACQUI TERME	91	38.481	
	AO ALESSANDRIA	SS.ANTONIO E BIAGIO E C. ARRIGO	14	2.139	
	TOTALE		3.639	2.407.735	

Si rileva che in molti casi le convenzioni sono state stipulate con un unico provvedimento rispetto a tutte le tipologie di trasporto (ordinario e secondario d'urgenza).

Si prevede di far convogliare quota parte dei finanziamenti per i trasporti secondari esclusivamente d'urgenza al finanziamento dedicato per una gestione integrata 118/ secondari d'urgenza.

Nello specifico per l'anno 2014 la rimodulazione riguarderà le aziende che gestiscono tali servizi con convenzioni con Associazioni di volontariato già in essere che verranno direttamente stipulate dalle aziende sede di Centrale operativa. Per altri casi per evitare diseconomie, sarà necessario attendere il termine dei contratti attualmente in essere.

Nello specifico dal 01/12/2013 il Sistema 118 ha preso in carico i trasferimenti secondari, in caso di pazienti per i quali si renda necessario l'invio per PTCA, da Pronto Soccorso Spoke ad Hub relativamente a tutti i pazienti conferiti con mezzi di soccorso con soli volontari accreditati a bordo che ovviamente non possono superare il centro spoke nel conferimento paziente. A far data dal 15/01/2014 il Sistema 118 si farà carico dei trasferimenti secondari, in caso di pazienti per i quali si

renda necessario l'invio per PTCA, da Pronto Soccorsi Spoke ad Hub relativamente a tutti i pazienti giunti in Pronto Soccorso con mezzi propri o comunque con mezzi diversi da quelli del sistema 118. Il monitoraggio dell'attività avverrà all'interno dei report trimestrali previsti.

Risultati programmati

- Definizione fabbisogno personale medico (dipendente e convenzionato) e infermieristico per lo svolgimento della funzione Emergenza Sanitaria Territoriale 118 entro il 31/12/2013;
- istituzione del capitolo di bilancio per il finanziamento vincolato dal 01/01/2014;
- conclusione procedura bandi di mobilità da parte delle Aziende sanitarie interessate per il trasferimento di tutto il personale dedicato all' Emergenza territoriale 118), entro il 30/06/2014;
- riordino dell'assetto delle postazioni conseguentemente alla riorganizzazione del sistema dell' emergenza ospedaliera e dell'implementazione per i trasporti secondari d'urgenza, con l'introduzione di eventuali nuove tipologie di mezzi (30/06/2014);
- attuazione operativa riordino assetto postazioni 30/06/2015

Indicatori di risultato

- Approvazione del Piano di attività presentato dal Dipartimento 118, da parte del Settore regionale competente;
- analisi dei report trimestrali inviati al Settore competente, da parte del Dipartimento 118 per il monitoraggio sull' andamento dei costi totali dell'attività e relativa rimodulazione degli interventi secondo il seguente schema.

Voci di costo	Importi
Mezzi di soccorso	
Convenzioni continuative	
Convenzioni estemporanee	
Convenzioni altre aziende x mezzi di soccorso	
Personale CO e Territoriale	
Direttore SC	
Personale Responsabile struttura semplice o con incarico alta professionalità	
Personale Medico dipendente e convenzionato	
Personale Coordinatore infermieristico	
Personale Infermieristico CO	
Personale Infermieristico Postazioni	
Personale Tecnico CO	
Personale Amministrativo CO	
Personale Maxiemergenza	
Direttore SC Maxi	
Personale Responsabile struttura semplice o con incarico alta professionalità	
Personale Medico dipendente e convenzionato Maxi	
Personale Coordinatore infermieristico Maxi	
Personale Infermieristico Maxi	
Personale Tecnico Maxi	
Personale Amministrativo Maxi	
Personale Elisoccorso	
Direttore SC Elisoccorso	
Personale Responsabile struttura semplice o con incarico alta professionalità	
Personale Medico elisoccorso	
Personale Coordinatore infermieristico Elisoccorso	
Personale Infermieristico elisoccorso	

Consulenza Commissione Tecnica Elisoccorso	
Convenzioni con Enti del Soccorso Tecnico	
Servizio Emergenza Psichiatrica	
Personale Medico SUP	
Personale Infermieristico SUP	
Convenzione per supporto	
Costi diretti per beni e servizi CO e Territoriale	
Sistemi Radio	
Telefonia aziendale	
Tecnologie e informatica	
Manutenzione e costi d'esercizio automezzi	
Materiale di consumo non sanitario	
Manutenzione attrezzature sanitarie farmaci e presidi (TO3)	
Costi diretti per beni e servizi Maxiemergenza	
Sistemi Radio Maxi	
Telefonia aziendale Maxi	
Tecnologie e informatica Maxi	
Manutenzione e costi d' esercizio automezzi Maxi	
Materiale di consumo non sanitario Maxi	
Attrezzature e Materiale sanitario Maxi	
Attrezzature NBCR	
Costi diretti per beni e servizi Elisoccorso	
Contratto Elisoccorso	
Gestione Struttura Base Hems	
Sistemi Radio Elisoccorso	
Telefonia aziendale Elisoccorso	
Tecnologie e informatica Elisoccorso	
Manutenzione e costi d' esercizio automezzi Elisoccorso	
Materiale di consumo non sanitario Elisoccorso	
Attrezzature e Materiale sanitario Elisoccorso	
TOTALE	-

- approvazione rendiconto dei costi effettivamente sostenuti per l' anno di riferimento;
- approvazione con DGR del nuovo assetto delle postazioni territoriali.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali.

Azione 15.1.2: Rete emergenza ospedaliera

Attualmente la rete dell'emergenza ospedaliera della Regione Piemonte è composta da sei DEA di II livello (ospedale di riferimento) più un DEA di II livello con funzioni di riferimento monospecialistico (ostetrico-ginecologico ed infantile) più un trauma center DEA di II livello con funzione di riferimento regionale per il trauma. Considerando che i sei ospedali di riferimento multidisciplinare svolgono la funzione anche di ospedali cardine per il territorio di competenza, in totale sono in funzione trentuno DEA di I livello (cardine) e quindici Pronto Soccorso. Per quanto concerne l'emergenza il Piano di Rientro di cui alla D.G.R. 44-1615 del 28.02.2011 ha avuto applicazione formale con l'approvazione dei seguenti atti:

- D.G.R. n. 18-1831 del 7.4.2011 nella quale venivano approvati i criteri organizzativi e le indicazioni che le Aziende Sanitarie regionali dovevano applicare nella revisione della rete delle strutture di

emergenza ospedaliera. Tali criteri erano esplicitati in analogia a quanto anticipato nel programma attuativo;

- D.G.R. n. 19-2664 del 3.10.2011 per la definizione dei percorsi clinico organizzativi del paziente politraumatizzato.
- Per quanto riguarda la revisione della rete dell'emergenza ospedaliera alla D.G.R. n. 18-1831 del 7.4.2011 hanno corrisposto le seguenti azioni concrete:
 - trasformazione Pronto Soccorso di Venaria in Punto di Primo Intervento H24 dal 22/7/2011;
 - passaggio del Punto di Primo Intervento del presidio ospedaliero di Arona da operatività H24 ad operatività H12 da aprile 2011 e a decorrere da fine 2012 la chiusura totale;
- passaggio del Punto di Primo Intervento del presidio ospedaliero di Lanzo da operatività H24 ad operatività H12 da ottobre 2011.

Per quanto concerne invece la D.G.R. n. 19-2664 del 3.10.2011 la stessa ha trovato attuazione attraverso l'aggiornamento dei percorsi organizzativi delle singole Aziende. Occorre far rilevare che, per quanto riguarda la D.G.R. n. 18-1831 del 07/04/2011, la revisione della rete dell'Emergenza-Urgenza dovrà essere correlata con il nuovo modello di rete ospedaliera previsto dal Piano Socio Sanitario regionale approvato con D.C.R. n. 167-14087 del 03/04/2012. Nel nuovo PSSR relativamente all'emergenza si prevedono sei aggregazioni di ospedali, di cui tre facenti capo alla città di Torino (Polo Nord, Polo Sud, Polo Ovest) ed i restanti tre rispettivamente ad Alessandria, Novara e Cuneo tra loro integrati e coordinati nelle funzioni, secondo i seguenti criteri:

- centri di riferimento (DEA II livello);
- centri cardine (DEA I livello);
- pronto soccorso semplice;
- pronto soccorso in area disagiata;
- punto di primo intervento.

Di fondamentale importanza sarà il grado di integrazione tra le diverse fattispecie e con il Sistema di emergenza territoriale 118, tale da 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. *Al fine di favorire tale integrazione è stata realizzata ed è già attiva un'infrastruttura di collegamento informatico tra le Centrali Operative 118 e i Pronto Soccorso della Regione Piemonte che, in una logica di rete renda ottimale il flusso dei pazienti, incidendo in modo positivo sul fenomeno di sovraffollamento dei Pronto Soccorso.*

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, punto di primo intervento 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. La gestione tempestiva dei trasporti inter-ospedalieri organizzata e gestita dal 118 in relazione alle necessità del pronto soccorso e punto di primo intervento e in accordo con i centri di riferimento e cardine 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. A tale proposito si rimanda a quanto già descritto nel Programma 13 – azione 13.1.1e azione 13.1.2 Lo stesso modello proposto dal PSSR viene ripreso e rimodulato sulla base delle nuove sopravvenute esigenze di razionalizzazione e ottimizzazione delle risorse disponibili dalla DGR n. 6-5519 del 14.3.2013. La Deliberazione suddetta, nell'intento di realizzare la massima razionalizzazione delle strutture di ricovero favorita da una progressiva deospedalizzazione, riprende l'articolazione prevista dal PSSR in sei aree sovrazionali nelle quali:

- ciascun ospedale assume le funzioni di riferimento, cardine o di territorio;
- tutti gli ospedali, compresi quelli con un ruolo complementare all'interno della rete (Case di Cura accreditate, Ospedali classificati, I.R.C.C.S. di diritto privato), sono tra loro funzionalmente integrati;
- vi sono almeno un ospedale di riferimento, anche derivante dalla complementarietà delle specialità presenti in due o più presidi, ospedali cardine e ospedali di territorio;

- gli ospedali di riferimento sono sede di cardiocirurgia, neurochirurgia, trapianti di organi o cellule,
- D.E.A. di II livello (almeno tre di tali funzioni);
- gli ospedali cardine sono sede di rianimazione, con terapia intensiva e semi intensiva, e di D.E.A. di I livello;
- gli ospedali da riconvertire assumono un ruolo nell'ambito dell'assistenza territoriale (Poliambulatorio, C.A.P., ecc.), in base al fabbisogno di attività extra ospedaliera individuato per l'area geografica in cui insiste.

. Il criterio generale del numero di passaggi deve essere integrato con altri indicatori

Nello specifico l'allegato A della DGR n. 6-5519 del 14/03/2013 definisce i criteri generali per la gestione dell'emergenza:

- un Centro *Hub* (DEA di II livello) ogni 600.000-1.200.000 abitanti, coincidente con gli ospedali di riferimento o di II livello;
- un Centro *Spoke* (coincidente il DEA di I livello degli ospedali cardine) 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 DEA superi i 60 minuti, tenendo conto che, in questo caso, il centro *Hub* funge anche da *Spoke* per il bacino di competenza;
- la funzione di Pronto Soccorso Semplice è prevista per un bacino di utenza di circa 80.000--150.000 e coincide con gli ospedali di territorio o di base;
- la funzione di Pronto Soccorso in zona disagiata, a bassi volumi di attività, viene attivata nelle zone montane con un bacino di utenza di 40.000-80.000 residenti per garantire sicurezza anche al centro abitato che dista più di un'ora dal Pronto Soccorso / DEA più vicino;
- la Funzione di Punto di Primo Intervento, operativo nelle 12 o 24 ore a seconda delle esigenze organizzative e sanitarie, si rende necessaria a seguito della riconversione dell'attività di un ospedale per acuti in una struttura territoriale. La responsabilità clinica e organizzativa ricade sul DEA di riferimento, che potrà avvalersi di risorse specialistiche, con adeguata formazione, presenti nella struttura;
- i Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (DEA) come asse portante dell'organizzazione del soccorso ospedaliero, il modello organizzativo prevede l'interdisciplinarietà e l'individuazione di un organico medico dedicato all'emergenza-urgenza, inquadrato nella disciplina specifica così come previsto dal D.M. 30.01.98 (Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza). Gli organici dedicati specifici per l'emergenza ospedaliera assumono il ruolo di una vera e propria Rete di risorse professionali che, in base alle caratteristiche del territorio e dei presidi che vi insistono, sia in grado di distribuire le proprie competenze sull'intero scenario delle strutture dedicate all'emergenza. Dai centri di eccellenza (DEA di II e di I livello) si articola una funzione sovra zonale di Pronto Soccorso in grado di soddisfare le esigenze funzionali dei presidi non sede di DEA e dei Punti di Primo Intervento, che dovranno essere direttamente collegati al Centro Spoke di competenza.

La Tabella 1, allegato B alla DGR medesima individua, per ciascuna area sovra zonale e, all'interno di queste, per ciascun presidio ospedaliero, la funzione di emergenza attribuita a regime. Si evidenzia come, in base ai parametri stabiliti, siano previsti, complessivamente:

- 7 ospedali sede di DEA di II livello;
- 20 ospedali sede di DEA di I livello;
- 7 ospedali sede di Pronto Soccorso Semplice;
- 2 ospedali sede di Pronto Soccorso disagiato;
- 3 Punti di Primo Intervento.

Tale configurazione prospettata propone il modello rivisto a superamento della programmazione del 2011.

La realizzazione della rete dell'emergenza seguirà il crono-programma relativo alle azioni di revisione generale della rete ospedaliera, di cui alla DGR n. 6-5519 del 14.3.2013.

La medesima deliberazione prevede che gli ospedali da riconvertire assumano un ruolo nell'ambito dell'assistenza territoriale in base al fabbisogno di attività extra ospedaliera individuato per l'area geografica in cui insiste.

Ad oggi i presidi ospedalieri che nel cronoprogramma vengono indicati da dismettere con tempistiche diverse e hanno già trovato collocazione nell'ambito della rete distrettuale sono i seguenti:

Arona dismissione fine anno 2012 con trasformazione in Centro di Assistenza Primaria (Distretto di Arona);

Avigliana dismissione 30.6.2013 con trasformazione in Centro di Assistenza Primaria (Distretto di Susa);

Fossano disattivazione attività chirurgiche fine anno 2012 con trasformazione in Centro di Assistenza Primaria (Distretto di Fossano-Savigliano);

Venaria dismissione prevista al 31.12.2013 con trasformazione in Centro di Assistenza Primaria (Distretto di Venaria)

Castellamonte dismissione 30.6.2013 con trasformazione in Centro di Assistenza Primaria (Distretto di Cuornè)

Risultati programmati

- I risultati programmati dovranno realizzarsi seguendo il crono-programma di cui alla DGR n. 6-5519 relativamente alla revisione della rete ospedaliera ed alla conseguente riduzione delle strutture eroganti la funzione di pronto soccorso, non oltre il 31/12/2015;
- recepimento nella stesura degli atti aziendali delle riduzioni sopra descritte, entro il 31/12/2013.

Indicatori di risultato

- la Regione Piemonte ha aderito al progetto esecutivo – Programma CCM 2013- Indicatori di esito all'attività di Pronto Soccorso e di Emergenza nell'ambito del Programma Nazionale Esiti (PNE)
- monitoraggio costante degli indicatori forniti dall'elaborazione degli archivi informatizzati alimentati dal flusso EMUR (rilevazione inviata periodicamente al Ministero sull'attività di emergenza-urgenza);
- controllo degli atti aziendali predisposti e inviati da parte delle Aziende Sanitarie, nonché di tutti gli atti adottati dalle Aziende Sanitarie Regionali in applicazione della DGR n. 6-5519 del 14.3.2013.
- 2013: Disattivazione del PS dell'ospedale di Fossano; Riconversione del PS degli ospedali della Valle Belbo e di Ovada in PPI
- 2014: Disattivazione del PS dell'ospedale di Giaveno e del PPI dell'ospedale di Venaria
- 2015: Riconversione del DEA I livello dell'ospedale di Borgosesia in PS H 24

Referente del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali.

Impatto economico

La DGR n. 6-5519 del 14.3.2013 prevede:

- la riconversione del DEA di I livello dell'Ospedale di Borgosesia in Pronto soccorso Semplice che determina un minor fabbisogno di 20 medici e 10 operatori del comparto;
- la riconversione di due Pronto Soccorso Semplici (Ospedale della Valle Belbo e Ospedale di Ovada) in Punti di Primo Intervento che determina un minor fabbisogno di 18 medici e 54 operatori del comparto;
- la disattivazione di due Pronto Soccorso Semplici (Ospedale di Giaveno e Ospedale di Fossano) che determina un minor fabbisogno di 24 medici e 78 operatori del comparto;
- la disattivazione di due Punti di Primo Intervento (Ospedale di Arona e Ospedale di Venaria) che determina un minor fabbisogno di 6 medici e 24 operatori del comparto.

L'impatto economico di tali interventi viene valutato in termini di riduzione del fabbisogno di personale (Medici, Infermieri, Tecnici di Laboratorio, Tecnici di Radiologia, OSS), il cui costo, attualmente sostenuto dagli ospedali oggetto di riconversione o chiusura, viene considerato in riduzione in quanto, il suo trasferimento presso gli ospedali della rete, consente di bloccare il turn over, senza dar luogo ad esuberi. Pertanto, l'economia derivante deve essere considerata indiretta, in quanto si realizza con la mancata copertura del turn over negli ospedali che accolgono tale personale.

Programma 16: Sanità penitenziaria

Il programma, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- ricognizione procedure di trasferimento delle competenze dal Dipartimento Amministrazione penitenziaria al SSR;
- disattivazione Ospedali psichiatrici giudiziari e individuazione dei percorsi di presa in carico dei relativi pazienti;
- tutela della salute in carcere.

Sanità penitenziaria: valorizzazione manovre (€mln)			
	2013	2014	2015
Sanità penitenziaria	-	-	-
Ricognizione procedure di trasferimento delle competenze dal Dipartimento Amministrazione penitenziaria al SSR implementazioni per la tutela della salute in carcere	-	-	-
Disattivazione Ospedali psichiatrici giudiziari e individuazione dei percorsi di presa in carico dei relativi pazienti. Risultati programmati	-	-	-
Tutela della salute in carcere	-	-	-

Tabella 50 – Sintesi manovre

Intervento 16.1: Ricognizione procedure di trasferimento delle competenze dal Dipartimento Amministrazione penitenziaria al SSR implementazioni per la tutela della salute in carcere

Il riordino della Sanità Penitenziaria, di cui al D.Lgs. 230/99, ha trovato la sua attuazione nel DPCM 01.04.2008, attraverso il quale si sono indicate le modalità ed i criteri per il trasferimento al SSN delle funzioni sanitarie penitenziarie in capo all'Amministrazione Penitenziaria. Con l'entrata in vigore, il 14.06.2008, del DPCM 1.4.2008 la Regione ha dovuto fronteggiare alcune fasi operative, che possono essere così riassunte:

- Delibera di recepimento del DPCM 01.04.2008, D.G.R. n. 2-84947 del 10/06/2008, con la quale, a garanzia della continuità dell'assistenza sanitaria in carcere, si è dato mandato alla Direzione Sanità per i provvedimenti necessari per la presa in carico delle funzioni sanitarie in ambito penitenziario da parte del Servizio Sanitario Regionale, si è dato inoltre mandato alle AA.SS.LL. sedi di carcere di assicurare, attraverso i referenti aziendali, la realizzazione del riordino della Sanità Penitenziaria nel territorio di pertinenza, secondo le direttive della Direzione Sanità;
- avvio delle procedure necessarie al recepimento del personale sanitario, delle attrezzature, degli arredi, dei beni strumentali relative alle attività sanitarie e dei locali i locali adibiti all'esercizio delle funzioni sanitarie, , così come disposto dall'art. 3 e dall'art. 4 del DPCM:
 - gli elenchi del personale sanitario di ruolo e non di ruolo (art 3), trasmessi dalla Direzione generale del Personale del Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria, sono stati inviati alle Aziende Sanitarie perché provvedessero alle opportune verifiche e alla formalizzazione. Il personale è transitato (al 30/09) mantenendo le posizioni contrattuali previsti dalla normativa di riferimento (L. 740/70);
 - Anche gli elenchi relativi alle attrezzature, gli arredi, i beni strumentali di proprietà del competente Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria (art 4) sono stati trasmessi alle Aziende Sanitarie per le verifiche;
 - Con nota dirigenziale le Aziende Sanitarie Regionali sedi di carcere sono state invitate affinché procedessero al censimento dei locali ad uso sanitario, così come risultanti in apposito inventario alla data del 31/12/2007;
- dopo avere proceduto alla verifica e rispondenza dei dati trasmessi, con D.G.R. 23-616 del 15.09.2010 vengono convalidati gli elenchi dei sopradetti locali. Viene trasmesso copia del provvedimento, con allegato lo schema tipo di convenzione approvato in sede di Conferenza Unificata Stato-Regioni, alle Aziende Sanitarie, affinché procedano alle stipule delle convenzioni con gli Istituti Penitenziari presenti nel territorio di competenza;
- per quanto riguarda il recepimento del personale sanitario penitenziario sono stati effettuati vari passaggi:

- accordo sindacale sulla riforma sanitaria penitenziaria. Dopo una serie di incontri è stato raggiunto e siglato in data 04/07/2008 con le OO.SS Confederali, un Accordo riguardante la riforma in argomento, attivando un tavolo di confronto per far fronte alla problematica relativa al personale, in particolare per le questioni di incompatibilità;
- dopo un serrato confronto con i sindacati di categoria (Medicina Generale, Specialistica Ambulatoriale) sono stati sottoscritti in data 05/06/2009 gli Accordi relativi all'inquadramento del personale medico, operante in ambito penitenziario, nelle tipologie contrattuali vigenti nel SSR. Dette disposizioni sono state trasmesse con circolare dirigenziale alle Aziende Sanitarie sedi di carcere;
- Nuovo Accordo sottoscritto con le OO.SS. più rappresentative e deliberato con la DGR n. 56-4259 del 30.07.2012, dove vengono confermate le disposizioni dei precedenti Accordi in merito ai modelli contrattuali da applicare al personale sanitario penitenziario e ribadito l'intento della nostra Regione di salvaguardare le professionalità già maturate all'interno degli incarichi in ambito penitenziario. Con successive note dirigenziali vengono forniti chiarimenti su l'applicazione di quanto disposto dall'Accordo ed in modo particolare vengono date indicazioni su gli attuali medici, addetti al servizio integrativo di assistenza sanitaria (SIAS) penitenziaria, che mantengono la loro funzione in tale ambito, applicando loro la forma contrattuale assimilabile a quella prevista per i medici di Continuità Assistenziale;
- sono stati recepiti con D.G.R. n. 35-13531 del 16/03/2010 gli Accordi, approvati in Conferenza Unificata, attuativi delle disposizioni di cui al D.P.C.M. 01.04.2008 e specificatamente:
 - accordo, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28/08/1997, n. 281, sul documento recante: "Schema tipo di convenzione per le prestazioni medico legali in favore del Corpo della Polizia Penitenziaria", a cui ha fatto seguito, mediante l'invio alle Aziende Sanitarie sedi di carcere, dello schema tipo per gli accordi locali con la Direzione dell'Istituto penitenziario;
 - accordo, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28/08/1997, n. 281, concernente la definizione di specifiche aree di collaborazione e gli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e nelle Case di Cura e Custodia (CCC) di cui all'Allegato C al D.P.C.M. 01/04/2008. A tal fine si richiama la D.G.R. 6-13053 del 19/01 2010 istitutiva della Commissione Tecnica a supporto della concreta realizzazione di quanto sopra;
 - accordo, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28/08/1997, n. 281, sul documento proposto dal Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria recante: "Dati sanitari, flussi informativi e cartella clinica anche informatizzata". A tal fine il Settore si è attivato, con il supporto del Settore Sistemi Informativi Sanitari, per disporre di uno specifico sistema informativo e favorire un idoneo processo di informatizzazione delle ASR sedi di carcere che, alla luce di quanto presentato alle Regioni in sede di Conferenza Unificata, potrebbe sostanziarsi nella resa disponibilità al sistema della cartella clinica elettronica, realizzata per lo specifico fine dalla Regione Toscana su tecnologia web ed acquisibile con la formula del riuso;
 - accordo, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28/08/1997, n. 281, sul documento proposto dal Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria recante: "Linee di indirizzo per l'assistenza ai minori sottoposti a provvedimento dell'Autorità Giudiziaria". Il Settore ha già definito, con D.G.R. n. 5 del 30.11.2009, le "Linee Guida per l'Assistenza Sanitaria dei minori e giovani adulti", che richiamano ampiamente il contenuto e le indicazioni dell'Accordo;
 - accordo, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28/08/1997, n. 281, sul documento proposto dal Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria recante: "Strutture sanitarie nell'ambito del sistema penitenziario italiano". L'Accordo ha una rilevanza sostanziale in quanto definisce in modo chiaro quali strutture all'interno degli Istituti Penitenziari sono da ritenersi sanitarie e quindi di interesse regionale per i compiti assegnati dal DPCM 1.04.2008.

Risultati programmati

- Monitorare il processo di trasferimento delle competenze al SSR, con particolare riguardo ai modelli organizzativi ed al numero di prestazioni specialistiche erogate.

Indicatori di risultato

- Report periodico sullo stato dell'arte, a partire dal 31/12/2013, con cadenza semestrale.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore "Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali" della Direzione Regionale Sanità.

Intervento 16.2: Disattivazione Ospedali psichiatrici giudiziari e individuazione dei percorsi di presa in carico dei relativi pazienti. Risultati programmati

La Regione Piemonte con D.G.R. n. 6-13053 del 19/01/2010 ha istituito una Commissione Tecnica per la definizione del percorso di presa in carico dei soggetti con problematiche autori di reato, alternativo all'inserimento in OPG. La Commissione ha il compito di elaborare un programma da realizzare nel territorio regionale, volto a ricondurre la responsabilità delle cure del paziente psichiatrico autore di reato, sia esso detenuto sia internato e ritenuto socialmente pericoloso, al Servizio Sanitario e quindi alla competenza dei Dipartimenti di Salute Mentale delle AA.SS.LL. In tal senso la Commissione identifica gli internati piemontesi in OPG che hanno esaurito la misura di sicurezza e sono quindi dichiarati dimissibili e unitamente agli uffici regionali sollecita i Dipartimenti di Salute Mentali delle ASL a farsene carico.

Con successiva D.G.R. n. 7-6306 del 27.08.2013 è stata modificata la composizione della Commissione in argomento per meglio rispondere ai compiti assegnati alle Regioni per il definitivo superamento degli OPG, così come definiti dalla Legge n. 57 del 23 maggio 2013.

Con D.G.R. n. 56 – 3566 del 19/03/2012 la Regione Piemonte ha siglato un Accordo interregionale con le Regioni Lombardia e Valle d'Aosta per le procedure di dimissione dei pazienti internati presso l'OPG di Castiglione delle Stiviere, che costituisce il bacino di utenza per il Piemonte.

Gli atti normativi di disciplina stabiliscono che entro il 31 marzo 2014 tutti gli internati dovranno essere dimessi dagli OPG e dalle CCC e presi in carico dai servizi territoriali regionali competenti.

Per raggiungere tale obiettivo è necessario mantenere le buone pratiche territoriali in essere che consentono di recuperare gli internati dimissibili inserendoli, a seconda delle singole esigenze e necessità di cura, nelle strutture residenziali per la salute mentale; potenziare l'assistenza sanitaria negli istituti di pena e realizzare le Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) previste dalla L. 9/2012. Per rendere armonioso il percorso così definito è auspicabile un rapporto di collaborazione con la Magistratura.

La Regione Piemonte, in ottemperanza a quanto disposto dal D.M. 28.12.2012, ha realizzato e inviato ai competenti uffici ministeriali con nota prot. n. 12436/DB2000 del 13.05.2013 (successivamente modificato e integrato con nota prot. n. 20085/DB2000 del 26.08.2013) un "Programma per la realizzazione delle strutture sanitarie extraospedaliere per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari", successivamente approvato con D.C.R. n. 250-32638 del 22 ottobre 2013. In particolare tale programma:

- definisce in 70 posti di tipo residenziale, il fabbisogno regionale per le strutture residenziali per l'esecuzione delle misure di sicurezza, individuando due siti per l'afferenza regionale, una per il Piemonte Nord e l'altra per il Piemonte Sud, che tengono conto della distribuzione della popolazione residente, del genere, dello storico dei flussi degli internati e dell'attuale situazione degli stessi. Nello specifico:
 - ✓ per il Piemonte Nord, la struttura individuata è l'ex RSA "Madonna Dorotea" di Bioglio (BI): l'intervento consiste nell'adeguamento dell'edificio ai requisiti definiti dal D.M. 1.10.2012 e prevede la realizzazione di due comunità da 20 p.l. ciascuna (40 p.l. complessivi) per il genere maschile; l'ASL BI per tale soluzione progettuale ha realizzato uno Studio di fattibilità che è allegato, per farne parte integrante, al Programma in argomento;
 - ✓ per il Piemonte Sud è prevista la realizzazione di una nuova struttura sanitaria extraospedaliera su terreno di proprietà dell'ASL AL presso la località "Cascina Spandonara" di Alessandria; l'edificio in particolare ospiterà due comunità per un totale di 30 p.l.: un nucleo da 20 p.l. per il genere maschile e un nucleo da 10 p.l. per il genere femminile; l'ASL AL per tale soluzione progettuale ha realizzato uno Studio di fattibilità che è allegato, per farne parte integrante, al Programma in argomento;

- illustra l'organizzazione regionale della Salute Mentale deputata alla presa in carico dei pazienti: descrive in particolare la distribuzione dei posti letto residenziali distinti per intensità di cura mediante i quali i servizi territoriali formulano i progetti terapeutico-riabilitativi per la presa in carico dei pazienti;
- stabilisce che le risorse economiche di parte corrente saranno impiegate mediante l'adozione di un apposito programma regionale per l'assunzione in deroga del personale qualificato da dedicare ai percorsi terapeutici riabilitativi, per la formazione del personale dedicato e per la realizzazione di percorsi di reinserimento sociale dei pazienti.

Con D.G.R. n. 44-6755 del 25.11.2013 è stato approvato il "Programma regionale di riparto e utilizzo delle risorse di parte corrente degli anni 2012 e 2013, nell'ambito degli interventi finalizzati al superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, ai sensi della Legge 17 febbraio 2012, n. 9, art. 3ter". Il provvedimento rimanda la compilazione delle schede ai Dipartimenti di Salute Mentale delle ASL piemontesi, finalizzata ad ottenere gli elementi di dettaglio necessari per la predisposizione del programma di spesa corrente, come richiesta dal Ministero della Salute con nota prot. n. 0027635-P del 29.10.2013; demanda inoltre a successivo provvedimento regionale la puntuale stesura del programma di spesa corrente da inviare al Ministero della Salute per l'approvazione.

Risultati programmati

- Attuare il percorso di superamento degli OPG.

Indicatori di risultato

- Adozione del provvedimento di approvazione del Programma per la realizzazione delle strutture sanitarie extraospedaliere per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari" entro il 31/12/2013..
- 2014: Avvio del percorso di superamento degli OPG.
- 2015: Attuazione del percorso di superamento degli OPG.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore "Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali" della Direzione Regionale Sanità.

Intervento 16.3: Tutela della salute in carcere

La Regione Piemonte è stata da subito soggetto attivo nel processo di riforma, partecipando ai primi lavori del Tavolo Tecnico Interregionale sulla Sanità Penitenziaria, istituito presso la Commissione della Salute. Il Tavolo ha reso possibile un confronto attivo tra le regioni, finalizzato anche a garantire sul territorio nazionale un percorso omogeneo della riforma. Nello stesso tempo ha garantito la ricerca di soluzioni più idonee ai nuovi contesti, tenendo anche conto delle esigenze rappresentate dall'Amministrazione Penitenziaria. Ancora prima che il DPCM 1.4.2008 fosse approvato, la Regione Piemonte, con l'intento di essere pronta a gestire il passaggio in modo *indolore*, aveva istituito, con D.G.R. n. 4-7657 del 03.12.2007, il Gruppo Tecnico per la Tutela della Salute in ambito penitenziario. Il Gruppo, costituito anche dai rappresentanti dell'Amministrazione Penitenziaria, aveva il compito di accompagnare il processo di riordino della sanità penitenziaria piemontese ed inoltre elaborare, attraverso il confronto fra le parti, il progetto regionale di riforma. L'attuazione della riforma, dal momento che avrebbe coinvolto tutte le AA.SS.LL. sedi di carcere, ha reso necessaria l'individuazione, in ognuna di esse, dei referenti aziendali, che avessero il compito di assicurare nei territori di pertinenza l'attivazione della riforma e di rappresentare in un tavolo ad hoc le specificità locali.

Con D.G.R. n. 14-9681 del 30/09/2008 viene individuato un modello organizzativo, con il quale, in via sperimentale, viene dato avvio al sistema sanitario penitenziario regionale, in modo conforme ai principi ispiratori ed alle linee di indirizzo del PSSR e in coerenza con il modello di servizio sanitario regionale.

Con D.G.R. n. 11-10052 del 17.11.2008 il Gruppo Tecnico per la Tutela della Salute in ambito Penitenziario viene parzialmente modificato, assumendo una diversa configurazione: amplia il suo mandato, partecipa all'elaborazione delle politiche regionali, influenzando sulla qualità del processo di riforma, funge da osservatorio per la valutazione dell'efficienza e dell'efficacia degli interventi messi in atto a favore della tutela della salute in ambito penitenziario, con il compito di monitorare il Sistema di Sanità Penitenziaria istituito e di esprimersi sulla sua validità ed appropriatezza.

All'interno del Gruppo vengono costituiti dei sottogruppi specifici per area tematica e per funzione, coordinati dal referente regionale della sanità penitenziaria, in particolare viene dato risalto al sottogruppo per l'area minorile.

Con la D.G.R. n. 11-10616 del 26.01.2009 la Regione Piemonte recepisce l'Accordo tra il Governo, Le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano e le Autonomie locali, approvato, in sede di Conferenza Unificata Stato-Regioni, il 20/11/2008, in attuazione dell'art. 7 del D.P.C.M. 01/04/2008, relativo alla definizione delle forme di collaborazione tra l'ordinamento sanitario e l'ordinamento penitenziario e della giustizia minorile.

In attuazione a tale Accordo, con deliberazione n. 21-11849 del 27/07/2009, viene approvato il Protocollo d'Intesa tra l'Assessorato Tutela della Salute e Sanità, il Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria per il Piemonte e la Valle D'Aosta ed il Centro Giustizia Minorile del Piemonte, Valle d'Aosta e Liguria.

Il Protocollo d'Intesa regionale, è frutto di un lavoro di mediazione e di un confronto fra le parti coinvolti nell'attuazione della riforma, all'interno del quale trovano spazio ed attenzione le esigenze di entrambe Amministrazioni; rappresenta il punto di partenza per la realizzazione concreta del Sistema Sanitario Penitenziario nel modo più rispondente alle specificità del territorio piemontese.

Il Protocollo inoltre, all'articolo 13, delinea il modello di presa in carico del minore con problematiche sanitarie, sottoposto a procedimento penale. Si prevede, in ogni AA.SS.LL. un'equipe costituita dalle diverse figure professionali (Materno Infantile, NPI, Servizi di Psicologia, Ser.T, DSM) che si attiverà in modo integrato nella valutazione e successiva presa in carico del minore o giovane adulto segnalato dal Gruppo multiprofessionale presente nei Servizi della Giustizia Minorile (CPA, IPM), formato da personale sanitario dell'ASL TO1 e personale del CGM, con compiti di valutazione integrata (GMV) e nel caso il minore sia affidato all'USSM e si sospettano problematiche sanitarie, sarà lo stesso USSM a contattare l'equipe dell'ASL di competenza per segnalare il caso.

Il modello trova la sua definizione, in modo più dettagliato, nelle Linee Guida predisposte dal sottogruppo tecnico del penale minorile e deliberate con DGR n. 5-12654 del 30.11.2009.

Le Linee Guida per l'Assistenza Sanitaria dei minori e giovani adulti, indicano le modalità di raccordo e gli strumenti operativi tra il sistema dei Servizi Minorili della Giustizia, le AA.SS.LL. e l'Autorità Giudiziaria Minorile per l'applicazione di quanto citato all'art. 13, con l'obiettivo di individuare soluzioni organizzative condivise e idonee ad implementare la collaborazione tra i diversi Sistemi, chiamati a concorrere nella presa in carico del soggetto minore o giovane adulto.

Altra importante tappa del percorso è la predisposizione delle Linee guida relative all'assistenza sanitaria di base, assistenza psichiatrica, servizi per le tossicodipendenze e assistenza psicologica nell'ambito dell'assistenza sanitaria penitenziaria piemontese. Attraverso tale Linee vengono definiti i livelli minimi di qualità dell'erogazione ed individuato il modello di rete su base regionale rivolto all'assistenza penitenziaria.

Dopo due anni dall'attuazione della Riforma si ravvisa la necessità di una riflessione e di un riesame del modello organizzativo già istituito. Per ipotizzare eventuali modifiche e/o integrazioni del modello verso forme più e diversamente strutturate viene costituito, con D.G.R. n. 6-13456 del 8/03/2010, un gruppo formato da professionalità che abbiano sviluppato esperienze tecniche o di organizzazione, specifiche per l'elaborazione di una proposta di evoluzione del modello organizzativo per la Tutela della Salute in ambito penitenziario.

Il documento elaborato dal suddetto gruppo viene sottoposto, per una valutazione e formulazione di parere, all'attenzione del Gruppo Tecnico Regionale per la Tutela della Salute in ambito Penitenziario, che si esprime in modo favorevole.

Con D.G.R. 25-13788 del 7.04.2010 viene deliberata la proposta di Evoluzione del modello organizzativo istitutivo del Sistema di Tutela della Salute in ambito penitenziario ed inviata alle Aziende Sanitarie sedi di carcere perché ne prendano atto.

Viene predisposto, a favore del personale che opera all'interno delle carceri in ambito sanitario e non, un progetto di formazione. Valutata l'esigenza formativa, prioritaria in quel particolare momento, venuta fuori durante uno specifico incontro organizzato coi direttori degli Istituti penitenziari, si dà avvio al percorso formativo con "La progettazione di una governance locale del sistema di cura della persona detenuta – La Carta dei Servizi".

Con Determinazione n. 342 del 20/05/2010 viene costituito il Gruppo Tecnico Dirigenti Infermieristici con l'obiettivo di costruire le Linee di Indirizzo atte a definire ed uniformare sul territorio regionale il ruolo dei professionisti infermieri nell'equipe di presa in carico e cura della persona ristretta in ambito penitenziario.

Con DGR 42-1227 del 17/12/2010 viene recepito l'Accordo approvato l'08/07/2010 dalla Conferenza Unificata delle Regioni relativo al monitoraggio, elaborato dal Tavolo di consultazione permanente della Sanità Penitenziaria, per una prima fotografia dello stato di attuazione della Riforma nei territori

regionali, attraverso la rilevazione dei dati relativi all'assetto organizzativo ed al funzionamento dei servizi sanitari all'interno degli Istituti Penitenziari. Il documento allegato al provvedimento deliberativo viene inviato alle Aziende sanitarie sedi di carcere.

Con l'avvio della nuova legislatura nella Regione Piemonte, sulla base dei nuovi indirizzi politici, si è ritenuto opportuno, con DGR 21-1834 del 7.04.2011, apportare alcune modifiche all'interno del Gruppo Tecnico per la Tutela della Salute in ambito Penitenziario, attraverso l'integrazione di nuove figure rappresentative.

Il nuovo Gruppo Tecnico, attraverso incontri mensili, è di supporto attivo alle politiche di programmazione nell'ambito sanitario penitenziario regionale, nel contempo garantisce le funzioni di monitoraggio proprie del Tavolo. Di recente fattura, al suo interno, su indicazione del Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria, istituito presso la Conferenza Unificata, è il Programma operativo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale.

Al fine di favorire un idoneo processo di informatizzazione delle ASR sedi di carcere, alla luce di quanto presentato alle Regioni in sede di Conferenza Unificata, la Regione Piemonte ha acquisito, con la formula del riuso, dalla Regione Toscana il sistema della cartella clinica elettronica, realizzata per lo specifico fine su tecnologia web. Per la realizzazione della soluzione proposta dalla Regione Toscana si è dato mandato al CSI-Piemonte di espletare le attività necessarie per la sperimentazione nel territorio regionale.

Per dare avvio alla fase di sperimentazione sono stati individuati due Istituti Penitenziari: la C.C. di Asti e la C.C. di Cuneo.

La sperimentazione comporterà:

- l'acquisizione della soluzione informatica;
- la resa disponibilità nella rete informatica regionale attraverso l'installazione dell'applicativo;
- la pianificazione della formazione degli operatori.

Al termine della sperimentazione verranno fatte tutte le valutazioni necessarie, dopodiché si pianificherà l'adozione della soluzione su scala regionale.

I costi per le prestazioni sanitarie in ambito penitenziario vengono garantiti dai trasferimenti dallo Stato alle Regioni. La ripartizione viene effettuata dal Ministero della Salute, dopo essere stata esaminata dal Tavolo di Consultazione Permanente sulla Sanità Penitenziaria ed approvata dalla Conferenza Unificata. I fondi vengono erogati alle Aziende Sanitarie sedi di carcere nell'ambito del riparto generale atto a garantire le funzioni sanitarie regionali comprese nei livelli essenziali di assistenza, come si potrà verificare nella D.G.R. n. 2-4474 del 06/08/2012, dove sono state assegnate alle AA.SS.LL. sedi di carcere le somme da destinare all'attività sanitaria in ambito penitenziario.

Risultati programmati

- Verifica e valutazione della funzionalità della cartella clinica e dei risultati prodotti a seguito della sperimentazione della stessa nelle C.C di Asti e di Cuneo
- Garantire l'effettiva presa in carico della persona ristretta in ambito penitenziario attraverso l'adozione della cartella clinica elettronica in tutte le strutture penitenziarie regionali
- Miglioramento delle connessioni tra Sanità e Giustizia Minorile attraverso l'istituzione di un sistema di interscambio informativo tra i Servizi Minorile della Giustizia, i Servizi Sanitari e l'Autorità Giudiziaria Minorile ai fini di una efficace presa in carico del minore o giovane adulto sottoposto a procedimento penale

Indicatori di risultato

- Relazione finale sugli esiti della sperimentazione, entro il 30.06.2014
- Monitoraggio di verifica dell'adozione dell'applicativo elettronico in argomento, entro il 31.12.2015
- Verifica dell'attivazione della procedura di segnalazione informatica attraverso la firma dei Protocolli Operativi, di cui fa parte integrante, entro il 30.06.2014

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali.

Programma 17: Assistenza farmaceutica

Il programma, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- Commissione Terapeutica Regionale;
- revisione del P.T.O.R.;
- definizione specifica di percorsi per categorie di farmaci “alto spendenti”;
- monitoraggio della attività prescrittiva e incentivi per la prescrizione dei farmaci equivalenti attraverso il supporto del Sistema Tessera Sanitaria, ai sensi di quanto previsto dall’art.11, comma 7, let. b) del DL 78/2010;
- razionalizzazione dell’uso del farmaco in ospedale;
- budget dei MMG e PLS attraverso il supporto del Sistema Tessera Sanitaria;
- misure di compartecipazione alla spesa.

Razionalizzazione spesa farmaceutica ospedaliera: valorizzazione manovre (€/mIn)			
	2013	2014	2015
Assistenza farmaceutica	12,5	43,8	67,1
Razionalizzazione spesa farmaceutica ospedaliera	-	18,8	39,1
<i>Commissione terapeutica regionale. Revisione del PTOR</i>	-	-	-
<i>Razionalizzazione dell'uso del farmaco in ospedale</i>		16,8	33,5
<i>Progetto dose unica del farmaco (DUF)</i>	-	2,0	5,6
Razionalizzazione della spesa farmaceutica territoriale	12,5	25,0	28,0
<i>Definizione specifica di percorsi per categorie di farmaci “alto spendenti”</i>	8,0	16,0	16,0
<i>Monitoraggio della attività prescrittiva e incentivi per la prescrizione dei farmaci a brevetto scaduto</i>	4,5	9,0	12,0
Budget dei MMG e dei PLS attraverso il supporto del Sistema Tessera Sanitaria	-	-	-
Misure di compartecipazione alla spesa	-	-	-

Tabella 51 – Sintesi manovre

ADEMPIMENTI LEA 2010-2011. ANNO 2010: LA REGIONE PIEMONTE E' STATA CONSIDERATA ADEMPIENTE PER IL PUNTO AR) CONSUMI OSPEDALIERI DEI MEDICINALI, CON IMPEGNO A RISPETTARE I TEMPI E LE MODALITA' DI TRASMISSIONE DEI DATI 2011.

- La situazione attuale dell’assistenza farmaceutica è ben rappresentata dal recente “Monitoraggio dell’assistenza farmaceutica territoriale e ospedaliera nelle Regioni in piano di rientro” elaborato dal Ministero della Salute, dal quale emerge un quadro complessivamente positivo ma suscettibile di ulteriore miglioramento. Di seguito sono riportate le evidenze più significative:
- la Regione Piemonte presenta una percentuale di spesa farmaceutica convenzionata per farmaci di Classe A-SSN sul totale della spesa farmaceutica pari al 58,5%, inferiore rispetto alle Regioni *Bench* per le quali, la spesa farmaceutica convenzionata, assorbe il 61,7% della spesa farmaceutica totale;
- il Piemonte presenta una spesa farmaceutica per farmaci in Distribuzione Diretta pari al 23,2% del totale, maggiore di quanto rilevato nelle Regioni *Bench* (22,7%). La spesa farmaceutica ospedaliera, come rilevata dal flusso Consumi Ospedalieri per l’anno 2011, assorbe il 18,3% della spesa farmaceutica totale. Tale valore è maggiore di quanto riscontrato nelle Regioni *Bench* (15,7%);
- la Regione spende mediamente 2 euro per abitante in assistenza farmaceutica convenzionata e 6 euro per abitante in Distribuzione Diretta in più rispetto al *Bench*;
- il costo sostenuto dalle strutture in assistenza farmaceutica ospedaliera della Regione Piemonte, rapportato alle giornate di degenza (SDO 2010) erogate dalle corrispondenti aziende pubbliche è pari a 65,7 euro, maggiore di 15 euro rispetto a quanto rilevato nelle Regioni *Bench*.

FARMACEUTICA TERRITORIALE

- La Regione Piemonte presenta un consumo pro capite pari a 899,1 DDD/1.000 ab die, inferiore al consumo medio nazionale (pari a 963,3 DDD/1.000 ab die);
- confrontando il valore del Piemonte rispetto alle altre Regioni, si nota il posizionamento tra gli ultimi posti per consumo pro capite di farmaci territoriali, dopo le Province Autonome di Trento e Bolzano, la Regione Lombardia e la Valle d'Aosta;
- la Regione, tuttavia, presenta un aumento del 14,4% del consumo di farmaci tra il 2007 e il 2011. Tale andamento è superiore rispetto a quanto registrato nello stesso periodo a livello nazionale (9,4%).

FARMACI EQUIVALENTI

- la Regione Piemonte presenta un consumo di farmaci equivalenti pari a 504,7 DDD/1.000 ab die, inferiore al consumo nazionale pari a 534,8 DDD/1.000 ab die;
- rapportando il consumo regionale di farmaci equivalenti al totale delle DDD, si rileva un'incidenza leggermente maggiore (56,0%) dei farmaci equivalenti rispetto al valore medio nazionale (55,7%);
- la spesa netta pro capite per farmaci equivalenti della Regione, pari a 52,5 Euro, è inferiore al valore medio nazionale (54,2 Euro);
- il Piemonte, tra il 2007 e il 2011, ha notevolmente aumentato il consumo di farmaci equivalenti (+99,9%).

FARMACI NOTE AIFA

- La Regione fa registrare un consumo di farmaci con note AIFA pari a 158,6 DDD/1.000 ab die inferiore al valore medio italiano (189,0 DDD/1.000 ab die);
- la percentuale di DDD di farmaci con Nota AIFA (17,6%) sul totale è inferiore rispetto al valore nazionale (19,6%) ed il Piemonte si posiziona tra le Regioni a basso utilizzo di farmaci con Note Aifa;
- tra il 2007 e il 2010, la Regione presenta un trend crescente del consumo di farmaci con Nota AIFA (+15,7%);
- nel 2011, sia per la Regione che per il Valore Medio Italia, si evidenzia un'inversione di tendenza nell'utilizzo di farmaci con Nota AIFA.

CONSUMO PRO CAPITE PER I LIVELLO ATC

- Considerando il primo livello ATC, si riscontra un minor consumo di farmaci nella Regione Piemonte rispetto alla media nazionale in tutti gli ambiti in esame, eccetto per le classi del Sistema Nervoso Centrale, Sistema Genito Urinario e Organi di Senso;
- la Regione Piemonte consuma il 26% di farmaci del Sistema Cardiovascolare in meno, rispetto alla media italiana.

CONSUMO PRO CAPITE PER CATEGORIE

- Dall'analisi per categorie di farmaci, il Piemonte consuma una quantità di farmaci minore rispetto al dato nazionale, per la maggior parte delle categorie in esame;
- si rilevano consumi maggiori per "antidepressivi" e farmaci per "l'ipertrofia prostatica benigna".

OSTEOPOROSI

- Il Piemonte è tra le ultime Regioni per consumo di farmaci per l'Osteoporosi (8,6 DDD/1.000 ab die);
- la percentuale di pazienti rispondenti con "osteoporosi" indicata dall'Indagine multiscopo ISTAT sul totale della popolazione (6,3%) è minore rispetto al valore medio nazionale (7,3%);
- il trend regionale sul consumo dei farmaci ha un andamento crescente tra il 2007 e il 2011 (+50,9%), superiore a quello riscontrato a livello nazionale (+38,6%).

DIABETE

- Il Piemonte presenta un consumo di farmaci antidiabetici di 48,3 DDD/1.000 ab die inferiore al consumo medio nazionale (53,3 DDD/1.000 ab die).
- la percentuale di pazienti rispondenti "con diabete" indicata dall'Indagine multiscopo ISTAT sul totale della popolazione (4,5%) è inferiore rispetto al valore medio nazionale (4,8%);

- il trend regionale è in diminuzione nel periodo 2007-2011 (-0,6%), a fronte di un andamento crescente riscontrato a livello Nazionale (+3,1%).

ALTRE PATOLOGIE

- Riguardo i farmaci antiasmatici, la Regione si posiziona nel secondo quadrante, corrispondente ad un consumo più basso della media nazionale, ma a un costo medio per DDD più elevato della stessa;
- analizzando il comportamento regionale per i farmaci per l'osteoporosi, la Regione si posiziona nel terzo quadrante (consumo più basso e costo medio per DDD più basso rispetto alla media nazionale);
- il Piemonte presenta un consumo maggiore e più costoso di farmaci antidepressivi rispetto alla media nazionale;
- la Regione Piemonte si posiziona nel primo quadrante del grafico per i farmaci per l'ipertrofia prostatica benigna, con un consumo ed un costo medio DD leggermente al di sopra della media nazionale;
- la Regione Piemonte si posiziona nel terzo quadrante dei grafici per i farmaci antibiotici e i FANS (consumo più basso e costo medio per DDD più basso rispetto alla media nazionale);
- la Regione Piemonte si posiziona nel secondo quadrante dei grafici per i farmaci antiacidi e antiulcera e per i farmaci ipolipemizzanti (costo medio più elevato ma consumo più basso);
- analizzando il posizionamento della Regione in merito ai farmaci per l'ipertensione e scompenso, il Piemonte mostra un costo medio per DDD e un consumo inferiore alla media nazionale.

INDICATORI DL 78/2010

- Confrontando la spesa netta 2011 con la spesa teorica 2011, ottenibile da indicatori di programmazione e controllo DL 78 del giugno 2010 art.11, comma7b, la Regione Piemonte mostra una possibilità di risparmio teorico in tutte le categorie di farmaci considerati;
- la Classe R03AC (Farmaci Agonisti Selettivi dei Recettori Beta2) mostra lo scostamento maggiore con il 78%, pari a circa 2 €/mln;
- in valore assoluto, la classe che potrebbe far risparmiare maggiormente, risulta essere la Classe C10AA (Farmaci Inibitori della HMG COA Reduttasi) con circa 16 €/mln;
- la Classe J01FA e la Classe N02CC mostrano dei bassi scostamenti sia in valore percentuale che in valore assoluto.

SPESA CONVENZIONATA PRO CAPITE

- La Regione Piemonte presenta una spesa farmaceutica convenzionata netta pro capite pari a 152,3 euro inferiore alla media nazionale, pari a 165,3 euro;
- attraverso la rappresentazione grafica dell'indicatore si evince che il Piemonte si discosta dal valore medio nazionale per la spesa netta pro capite del -8%;
- la Regione fa riscontrare tra il 2007 e il 2011 un andamento decrescente della spesa farmaceutica territoriale (-11,1%), con una contrazione inferiore a quella rilevata a livello nazionale (-15,0%).

SPESA FARMACEUTICA TERRITORIALE

- La Regione Piemonte è tra le Regioni che hanno rispettato il tetto della spesa farmaceutica territoriale (spesa – al lordo del ticket e al netto del pay back - pari a 982 €/mln, tetto pari a 1.066 €/mln);
- dall'analisi della spesa farmaceutica territoriale, pari al 12,2%, rispetto al tetto del 13,3% del fabbisogno regionale complessivo, risulta un avanzo pari a 84 €/mln.

SPESA TERRITORIALE DISTRIBUZIONE DIRETTA

- La Regione Piemonte mostra una spesa farmaceutica pro capite per farmaci in distribuzione diretta, pari a 72,1 euro ed è maggiore del valore medio nazionale (69,2);
- sia a livello Regionale (10,4%) che nazionale (10,8%) nel biennio 2010-2011 si evidenzia un aumento della spesa farmaceutica pro capite in Distribuzione Diretta.

SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA

- Dall'analisi della spesa farmaceutica ospedaliera per l'anno 2011, rispetto al tetto del 2,4% del fabbisogno regionale complessivo, la Regione Piemonte presenta uno scostamento pari a 235 €/mln. Spesa 427 €/mln, pari al 5,6%, tetto a 192 €/mln;
- prendendo in considerazione i consumi ospedalieri di farmaci per l'anno 2011 e rapportandoli alle giornate di degenza/accessi delle strutture pubbliche per l'anno 2010, la Regione Piemonte presenta un valore medio di spesa farmaceutica per giornata di degenza/accesso pari a 65,7 euro, superiore al valore medio nazionale di 51,8 euro;
- la Regione si posiziona al terzo posto per spesa farmaceutica per giornata di degenza/accesso.

Si ritiene che un andamento favorevole e duraturo della spesa farmaceutica possa essere conseguito solo attraverso un monitoraggio, assiduo e capillare, dell'appropriatezza prescrittiva e dell'aderenza alla terapia.

Gli strumenti che saranno attivati sono rappresentati da specifici progetti-obiettivo. Tali progetti-obiettivo, finalizzati ad un uso appropriato dei farmaci e alla sostenibilità economica del sistema, si affidano, per il loro sviluppo e la loro realizzazione, ad un'azione multidisciplinare, fortemente responsabilizzante gli attori, sostenuta, sostanzialmente, dalla rete culturale ed operativa delle Farmacie Ospedaliere e dei Servizi Farmaceutici Territoriali piemontesi. Le ASR devono costituire appositi tavoli multidisciplinari con il coinvolgimento dei clinici interessati su progetti mirati ai trattamenti ad alto costo, onde procedere a un proficuo confronto sulle scelte possibili, a fronte delle risorse disponibili.

I gruppi di lavoro multidisciplinari devono procedere alla predisposizione di un piano di lavoro con strumenti, modi e tempi di realizzazione del progetto/i che si intende realizzare nel corso dell'anno e che dovrà essere inviato all'apposito tavolo di coordinamento della politica del farmaco regionale, entro il primo trimestre 2014. Il coordinamento generale dei progetti viene affidata ad un tavolo di coordinamento della politica del farmaco regionale, in stretto collegamento funzionale con la Commissione Terapeutica Regionale, presieduto dalla Direzione Regionale Sanità ed a cui partecipano, oltre ad alcuni Responsabili, sia del Servizio di Farmacia Territoriale di ASR, sia del Servizio di Farmacia Ospedaliera di ASR, il Dirigente Responsabile del Settore Farmaceutico, il Dirigente Responsabile del Settore Coordinamento Acquisti e il Dirigente Responsabile del Settore Informativo. Il Tavolo è stato costituito con D.D. n. 482 del 21/06/2013. Al funzionamento del tavolo di coordinamento della politica del farmaco regionale, si provvede nell'ambito delle risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

Intervento 17.1: Razionalizzazione spesa farmaceutica ospedaliera

Azione 17.1.1: Commissione terapeutica regionale. Revisione del PTOR

Con Deliberazione di Giunta Regionale (DGR) n. 84-1156 del 30/11/2010 è stato adottato il Prontuario Terapeutico della Regione Piemonte (PT-RP). La stessa DGR dà mandato alla Direzione regionale Sanità di costituire un'apposita Commissione tecnica (la Commissione veniva istituita con D.D. n. 60 del 28/1/2011 e recentemente aggiornata con D.D. n. 138 del 01/03/2012) incaricata di valutare e proporre gli aggiornamenti del PT-RP, con Determinazione della Direzione Sanità..

La Commissione, di seguito indicata come Commissione Terapeutica Regionale (CTR), è un gruppo tecnico-scientifico che opera a titolo gratuito ed è incaricato di formulare le valutazioni tecniche necessarie per il puntuale aggiornamento del PT-RP.

Come disposto dalla DGR n. 84-1156 del 30/11/2010, il PT-RP costituisce, dal 01/01/2011, uno strumento vincolante per l'elaborazione dei Prontuari Terapeutici Aziendali (PTA) da parte delle Commissioni Terapeutiche Aziendali (CTA).

Con il termine "vincolante" si intende che le Aziende sanitarie regionali non possono comprendere nei propri PTA medicinali non preventivamente inclusi nel PT-RP.

Le CTA, come previsto dalla DGR n. 84-1156 del 30/11/2010, selezioneranno, a loro volta, nell'ambito del PT-RP, solo i medicinali effettivamente rispondenti alle specifiche necessità terapeutiche della propria Azienda

Ai sensi dell'attuale normativa statale, sono immediatamente resi disponibili agli assistiti, anche senza il formale inserimento in PT-RP, i medicinali che, a giudizio dell'AIFA, possiedono il requisito della innovatività terapeutica "importante" o "potenziale", di cui all'elenco pubblicato sul sito www.agenziafarmaco.gov.it.

ATTIVITA' DELLA COMMISSIONE TERAPEUTICA REGIONALE

I principali compiti attribuiti alla CTR sono i seguenti:

- revisione ed aggiornamento del PT-RP;
- valutazione delle richieste per l'inserimento di nuovi farmaci nel PT-RP;
- monitoraggio dell'aderenza dei PTA al PT-RP, sia nella composizione che nelle limitazioni indicate;
- promozione dell'integrazione tra Ospedale e Territorio nell'impiego dei farmaci per la continuità terapeutica e la razionalizzazione dell'uso delle risorse.

PROCEDURE OPERATIVE DELLA COMMISSIONE

La CTR si riunisce, di norma, con cadenza trimestrale. Il calendario delle sedute e l'ordine del giorno vengono resi noti sul sito Internet della Regione Piemonte. Qualora se ne ravvisi la necessità, la Commissione può convocare incontri straordinari.

MODALITA' DI REDAZIONE DEL PT-RP

La stesura del PT-RP è effettuata secondo le modalità seguenti:

- i medicinali sono indicati per principio attivo;
- i principi attivi sono suddivisi per categoria ATC
- sono preferiti, per quanto possibile, le preparazioni contenenti un solo principio attivo;
- sono inclusi prodotti in associazione solo nel caso in cui la loro efficacia sia documentata in modo adeguato in base ad almeno una delle seguenti principali caratteristiche:
 - provato sinergismo d'azione tra i singoli componenti
 - provata integrazione di effetti terapeutici;
 - utilità in caso di peculiari esigenze del paziente;
 - miglioramento della compliance al fine della continuità ospedale/territorio
- sono inclusi, di norma, solo i medicinali compresi nelle classi H ed A della classificazione dei medicinali del SSN;
- i medicinali della classe C sono inclusi soltanto come scelta eccezionale, nei casi in cui ne risulti documentata la necessità per specifiche ed insostituibili esigenze del paziente;
- sono inserite nel PT-RP, quando giudicato utile, note aggiuntive per singoli medicinali, anche in relazione alla scadenza del brevetto;
- sono inserite le note AIFA relative alle specifiche indicazioni terapeutiche per le quali un medicinale è incluso nella classe A, al fine di richiamare l'attenzione del medico specialista ospedaliero e ambulatoriale sulle modalità di prescrizione a carico del SSN delle terapie domiciliari dopo la dimissione da ricovero, visita specialistica ambulatoriale o passaggio in pronto soccorso.

CRITERI DI AGGIORNAMENTO E VALUTAZIONE

Il PT-RP è uno strumento dinamico, che deve essere periodicamente aggiornato (l'aggiornamento è trimestrale) da parte della CTR al fine di adeguarlo allo sviluppo delle nuove conoscenze farmacologiche e terapeutiche.

I farmaci innovativi di cui all'elenco AIFA sono inseriti in PT-RP senza ulteriori valutazioni.

Sono, inoltre, inseriti in PT-RP i medicinali sottoposti a monitoraggio AIFA con PT e, di norma, quelli inclusi da AIFA in PHT. L'inserimento in PT-RP dei suddetti medicinali viene effettuato in occasione del primo aggiornamento utile.

Le valutazioni tecniche della CTR sono verbalizzate e sottoposte alla Giunta regionale per l'approvazione. La versione aggiornata del PT-RP è consultabile/scaricabile dal sito Internet della Regione Piemonte.

Risultati programmati

- Aggiornamento del PTRP secondo i criteri sopra elencati.

Indicatori di risultato

- Numero di aggiornamenti/anno maggiore/uguale a 4;
- monitoraggio aderenza al PTRP dei PTA aziendali: ogni 6 mesi tramite CTA aziendale;

- monitoraggio aderenza al PTRP dei Consigli Terapeutici riportati nelle lettere di dimissione da ricovero o a seguito di visita specialistica: ogni 6 mesi tramite CFI.

Azione 17.1.1.2: Azioni tempistica monitoraggio PTA

Le riunioni delle CTA per l'aggiornamento del Prontuario Terapeutico Aziendale devono essere programmate trimestralmente, in analogia con la tempistica della CTR, e il calendario delle medesime deve essere pubblicato sul sito web aziendale entro il primo trimestre di ogni anno.

Il PTA aggiornato deve essere pubblicato sul sito web aziendale, con la data dell'ultima riunione effettuata dalla CTA, onde consentire il controllo da parte della CTR.

Specifici lavori, svolti a livello aziendale, di analisi clinico/scientifiche/economiche su particolari categorie di farmaci, finalizzati alla migliore selezione, a parità di efficacia terapeutica e sicurezza e migliore impatto economico, di molecole da inserire nel PTA, devono essere inviati alla CTR, onde consentire le opportune valutazioni e l'eventuale successiva divulgazione dei migliori lavori svolti.

La CTR effettuerà il monitoraggio dei lavori scientifici/clinici/economici pervenuti, nel corso delle programmate riunioni trimestrali.

Ciascuna ASL, nell'ambito del monitoraggio delle lettere di dimissione, dovrà inoltre verificare che i farmaci consigliati siano quelli compresi nel PTRP, mettendo a disposizione delle CFI aziendali competenti, i risultati di tale monitoraggio.

Ciascuna CFI, nell'ambito delle dovute relazioni semestrali, dovrà riferire al Settore farmaceutico regionale sui risultati del monitoraggio e sulle eventuali azioni correttive intraprese.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore "Farmaceutica Ospedaliera e Territoriale" della Direzione Regionale Sanità.

Azione 17.1.2: Razionalizzazione dell'uso del farmaco in ospedale

Tale azione riguarda i due aspetti fondamentali: le politiche di acquisto dei farmaci (trattata in altra sezione) e l'appropriatezza d'uso degli stessi.

Per il 2013, le iniziative saranno centrate su tre aspetti specifici:

- l'ottimizzazione dell'utilizzo, attraverso il loro monitoraggio semestrale sia in termini di consumo sia di costo, di particolari farmaci quali: stimolanti l'eritropoiesi in oncologia e in nefrologia, fattori stimolanti la crescita della serie granulocitaria in oncologia, farmaci antiretrovirali, nuovi anticoagulanti orali farmaci per il trattamento della Sclerosi multipla, eparine BPM, biologici in Reumatologia, in Gastroenterologia e in Dermatologia, Emoderivati;
- il monitoraggio semestrale dell'appropriatezza d'uso delle immunoglobuline endovena (IG): monitoraggi costanti su consumi e spesa e rispetto da parte dei centri ospedalieri delle specifiche modalità prescrittive a suo tempo stabilite (D.D. n. 131 del 18/2/2011);
- il monitoraggio semestrale dei rimborsi AIFA: attività ex D.D. n. 165 del 1/3/2011. Sono rimborsi richiesti dalle ASR ad AIFA per i farmaci oncologici e oncoematologici ad alto costo soggetti a monitoraggio AIFA (cosiddetti rimborsi condizionati *Cost-sharing*, *Risk-sharing* e *Payment by results*).

Occorre sottolineare che nel 2013 non è stato possibile procedere alle richieste di rimborso di cui sopra, non essendo ancora operativa la funzionalità della nuova piattaforma AIFA nell'ambito del sistema di monitoraggio dei farmaci sottoposti ai registri AIFA.

I Servizi Farmaceutici Ospedalieri Aziendali (S.F.O.) predispongono specifici reports mensili dei farmaci consumati, in termini di pezzi /costo distribuiti in Azienda, suddivisi per Presidio/Dipartimento/Centro di costo.

Il dati devono essere sottoposti anche all'analisi della C.F.I. che dovrà evidenziare eventuali criticità da discuter con i clinici interessati, anche attraverso analisi più approfondite, utilizzando gli idonei strumenti di analisi disponibili, quali ad esempio cartelle cliniche, lettere di dimissione, ecc.

Specifici reports semestrali, organizzati come sopra, devono essere trasmessi al Settore Farmaceutico, insieme con allegato una breve relazione sulle iniziative adottate per il contenimento della spesa.

Il S.F.O. predisponde report mensile sulla spesa farmaceutica ospedaliera aziendale (consumi interni e somministrato, cod. File F 06 . 07 – 08 – 10) suddiviso per presidio e relativi centri di costo e totale aziendale, riportanti la previsione di spesa (budget) con l'eventuale relativo scostamento dall'obiettivo previsto: Tale report deve essere inviato mensilmente alle strutture aziendali interessate ed altresì inviato trimestralmente al Settore Farmaceutico dell'Assessorato.

Il S.F.O. predisponde report mensile sulla Distribuzione Diretta di farmaci, globale e suddivisa per singolo reparto (distribuzione diretta di farmaci di fascia H, codice file F (01 – 05) e 09)), riportanti la previsione di spesa (budget) , con l'eventuale relativo scostamento dall'obiettivo previsto. Tale report deve essere inviato mensilmente alle strutture aziendali interessate ed altresì inviato trimestralmente al Settore Farmaceutico dell'Assessorato.

Il S.F.O. predisponde report mensile sulla distribuzione diretta di farmaci di fascia A, in fase di dimissione post ricovero ospedaliero (o visita ambulatoriale) globale e suddivisa per singolo reparto, (distribuzione diretta farmaci di fascia A cod. File F 01 e 02), riportanti la previsione di spesa (budget) con l'eventuale relativo scostamento dall'obiettivo previsto: Tale report deve essere inviato mensilmente alle strutture aziendali interessate ed altresì inviato trimestralmente al Settore Farmaceutico dell'Assessorato.

Attraverso tali iniziative la Regione, per il triennio 2013-2015, si pone l'obiettivo di diminuire la spesa farmaceutica per giornata di degenza/accesso (attualmente pari a ca. € 65,7) avvicinandosi alla media nazionale (attualmente pari a ca. €51,8).

Come più sopra detto, per raggiungere l'obiettivo, fondamentali saranno anche le politiche di acquisto dei farmaci.

Dall'analisi della spesa farmaceutica ospedaliera per l'anno 2011, rispetto al tetto del 2,4% del fabbisogno regionale complessivo (pari a 192 €/mln), la Regione Piemonte presenta uno scostamento pari a 235 €/mln (spesa sostenuta pari a € 427 €/mln, corrispondente al 5,6% del fabbisogno regionale complessiva).

Tale dato rende necessaria l'adozione di ulteriori e più incisive misure finalizzate a ricondurre, ancorchè gradualmente, la spesa farmaceutica ospedaliera al tetto previsto per il 2013 dal DL 95/2012, convertito, con modificazioni dalla legge 135/2012, pari al 3,5% (tetto 2013 = 279.904.136,16 gap = 147 €/mln)

Per il raggiungimento dell'obiettivo, occorre tener presente l'immissione costante in commercio di nuovi farmaci ad uso altamente specialistico e ad altissimo costo da parte di AIFA.

Risultati programmati

- Tendenza al posizionamento della spesa farmaceutica per giornata di degenza/accesso sulla media nazionale;

Indicatori di risultato

- Obiettivi ai Direttori Generali delle ASR con coinvolgimento delle CTA e CFI a livello aziendale, entro il 30/09/2013;
- monitoraggio mensile dei consumi con dati di ritorno messi a disposizione dei prescrittori da parte dei Servizi Farmaceutici Ospedalieri;
- monitoraggio trimestrale da parte della Regione dei consumi e della spesa fornendo dati di ritorno alle ASR;
- Pieno adempimento LEA 2010 punto ar). Verifica sull'andamento rispetto all'obiettivo atteso (I settimana di settembre 2013).
- 2014: Riduzione del 4,2% della spesa farmaceutica ospedaliera, rispetto al 2013, che si attesta a € 62,9 per giornata di degenza/accesso.
- 2015: Riduzione del 5,8% della spesa farmaceutica ospedaliera, rispetto al 2014, che si attesta a € 59,2 per giornata di degenza/accesso.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore "Farmaceutica Ospedaliera e Territoriale" della Direzione Regionale Sanità e Responsabile del Settore "Coordinamento Acquisti" della Direzione Regionale Sanità.

Azione 17.1.3: Progetto dose unica del farmaco (DUF)

Nel 2010, l'ASL AL della Regione Piemonte ha avviato un progetto inerente il riconfezionamento personalizzato dei farmaci e la successiva distribuzione di medicinali ai pazienti ricoverati presso le proprie strutture ospedaliere, in base al seguente razionale:

- il controllo della spesa farmaceutica costituisce uno degli obiettivi strategici per la sostenibilità del SSR;
- l'appropriatezza prescrittiva, la tracciabilità delle somministrazioni e la riduzione dei rischi di errore sono requisiti irrinunciabili dei corretti percorsi di cura del paziente;
- l'adozione di strumenti informatici e gestionali risulta essenziale per consentire la rilevazione sistematica del percorso del farmaco.

Le componenti portanti del progetto si possono così riassumere:

- Software per attività di prescrizione e somministrazione
- Confezionamento dei farmaci in dose unitaria presso stabilimento "GMP" (cioè operante secondo le norme di buona fabbricazione)
- Armadi automatizzati di reparto con carrello: confezionano la terapia personalizzata in dose unitaria per paziente con raggruppamento delle prescrizioni per fascia oraria e consentono il prelevamento di farmaci per le somministrazioni estemporanee, le variazioni di terapia e le emergenze
- Formazione, Affiancamento, Assistenza Tecnica sull'utilizzo della tecnologia.

In particolare, come detto, nel progetto dell'ASL AL, la struttura per il confezionamento e le tecnologie per la produzione delle Unità Posologiche non sono di proprietà dell'Azienda Sanitaria, ma questa acquista il servizio di confezionamento, realizzato presso un sito di lavorazione, che riconfeziona nel rispetto delle norme di buona fabbricazione, come tra l'altro previsto dal comma 5 dell'art. 11 della Legge 189/2012. La soluzione è scalabile in termini di potenziamento delle fasi di ingaggio delle varie UU. OO. ed è flessibile rispetto ad eventuali processi di riconversione / riorganizzazione. La soluzione è del tutto compatibile con qualunque processo di razionalizzazione della logistica. Presso il Sito di Lavorazione del sistema integrato vengono prodotte le Unità Posologiche anche per altre strutture quali, ad esempio, l'Ospedale San Camillo-Forlanini di Roma, l'AUSL di Piacenza, le A.O. di Vimercate, di Bergamo, di Cremona e della Provincia di Pavia, l'Azienda USL della Valle D'Aosta. L'utilizzo del Sito di Lavorazione conto terzi permette in prospettiva di ottenere economie di scala non realizzabili presso il sito di una singola azienda sanitaria. Inoltre, l'Azienda Sanitaria in questo modo non mette a rischio un investimento che potrebbe essere inappropriato nel momento in cui il mercato dell'industria farmaceutica rendesse disponibile un confezionamento già in dose unitaria, oppure ottimizzato - come prevede la Legge 189/2012 (Legge Balduzzi) - per le produzioni su vasta scala.

Da rilevare ancora la possibilità di identificazione corretta dei farmaci da somministrare tramite lettura dei codici delle bustine o delle scatole, in modo da abbattere le possibilità di scambio tra farmaci simili per denominazione o confezione (LASA) che rappresenta il 67,1% di possibilità di errore in ospedale; eventuali errori per somiglianza grafica del nome o della confezione sono comunque intercettati dalla lettura del codice. A tal proposito, l'Amministrazione centrale è più volte intervenuta sia dal punto di vista giuridico, sia con specifiche Raccomandazioni e pubblicazioni di settore sul tema del risk management, indicando come priorità l'implementazione di sistemi tecnologici di gestione del farmaco negli ospedali.

Per quanto concerne i risultati finora ottenuti da tale progetto, la rilevazione degli indicatori quantitativi (scorte e consumi), al dicembre 2012, evidenzia quanto segue:

- scorte di reparto: riduzione del 21% in termini di quantità riguardante tutti i farmaci monodose e multi dose (la riduzione della sola monodose è del 50%);
- consumi: riduzione del 15%, in termini di quantità, e del 36% in termini di valore economico.

Sulla base di tali presupposti, la Regione intende valutare l'impostazione di un progetto finalizzato, da un lato, a ridurre il costo dell'assistenza farmaceutica ospedaliera, e dall'altro a garantire i livelli essenziali di assistenza attraverso l'appropriatezza dell'uso delle risorse disponibili e la riduzione del rischio clinico per i pazienti ricoverati presso i presidi ospedalieri del Piemonte.

Sulla base delle evidenze risultanti dai dati di Il Trimestre 2013, la Regione prevede la possibilità di autorizzare l'inserimento nel progetto di altre ASR a partire da gennaio 2014.

Risultati programmati

- Valutazione, sulla base dei dati di II Trimestre 2013, da parte del Tavolo di coordinamento della politica del farmaco regionale di cui alle premesse, in stretto collegamento funzionale con la Commissione Terapeutica Regionale, dei risultati qualitativi ed economici del progetto in corso presso l'ASL AL.
- Predisposizione del progetto di estensione della DUF all'ASL AT all'ASL TO 4 e all'ASL TO 5 (che hanno già richiesto l'autorizzazione in tal senso alla Direzione Regionale Sanità).
- Autorizzazione all'inserimento nel progetto delle altre ASR.

Indicatori di risultato

- Valutazione, sulla base dei dati di II Trimestre 2013, da parte del Tavolo di coordinamento della politica del farmaco regionale di cui alle premesse, in stretto collegamento funzionale con la Commissione Terapeutica Regionale, dei risultati qualitativi ed economici del progetto in corso presso l'ASL AL, entro il 31/07/2013;
- Predisposizione del progetto di estensione della DUF all'ASL AT e all'ASL TO 5 (che hanno già richiesto l'autorizzazione in tal senso alla Direzione Regionale Sanità), entro il 30/09/2013;
- Avvio del progetto DUF all'ASL AT, all'ASL TO 4 e TO 5, entro il 31/01/2014.
- Autorizzazione all'inserimento nel progetto delle altre ASR, entro il 31/12/2015.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore "Coordinamento Acquisti" della Direzione Regionale Sanità.

Intervento 17.2: Razionalizzazione della spesa farmaceutica territoriale

Azione 17.2.1: Definizione specifica di percorsi per categorie di farmaci "alto spendenti"

In Piemonte, in valore assoluto, la classe di farmaci "alto spendenti" che potrebbe far risparmiare maggiormente, risulta essere la Classe C10AA (Farmaci Inibitori della HMG CoA Reduttasi) con circa 16 mln di euro. Si tratta, sostanzialmente delle statine, utilizzate per il trattamento delle dislipidemie e delle iperlipemie. L'indicatore evidenzia come, l'uso appropriato del farmaco, unito ad un maggior utilizzo del farmaco generico, sia possibile realizzare tale economia.

Il recente "Monitoraggio dell'assistenza farmaceutica territoriale e ospedaliera nelle Regioni in piano di rientro", elaborato dal Ministero della Salute, evidenzia come, in Piemonte, in valore assoluto, le classi di farmaci "alto spendenti", il cui utilizzo appropriato, unito alla maggiore prescrizione dei farmaci a brevetto scaduto, potrebbe far risparmiare maggiormente, risultano essere:

- la Classe C10AA (Farmaci Inibitori della HMG CoA Reduttasi) con un gap, rispetto al valore atteso, di circa 16 mln di euro/anno;
- la Classe NO6AB (Farmaci inibitori selettivi della Serotonina – Ricaptazione) con un gap, rispetto al valore atteso, di circa 6 mln di euro/anno;
- la Classe NO6AX (Farmaci altri antidepressivi) con un gap, rispetto al valore atteso, di circa 4,5 mln di euro/anno.

L'obiettivo è quello di ridurre la spesa, per tali Classi di farmaci, attraverso la corretta applicazione delle rispettive note AIFA che definiscono l'utilizzo del farmaco secondo linee di appropriatezza, con il miglior rapporto costo/terapia mensile.

Specifiche disposizioni in tal senso sono state emanate, con nota del 7 agosto 2013 e attraverso gli obiettivi ai DD.GG. con DGR n. 34-6516 del 14/10/2013.

Risultati programmati

- Riduzione della spesa, rispetto al 2012, per le classi di farmaci C10AA, NO6AB e NO6AX;
- attuazione del provvedimento per l'assegnazione di specifici obiettivi ai Direttori Generali con DGR n. 34-6516 del 14/10/2013;
- monitoraggio semestrale del raggiungimento degli obiettivi da parte della Regione.

Indicatori di risultato

- Riduzione della spesa 2013, per le Classi di farmaci C10AA, NO6AB e NO6AX di 8 €/mln (pari al 30% del gap complessivo, per le tre Classi di farmaci, di 26,5 €/mln tra spesa del Piemonte 2012 e

valore atteso dal “Monitoraggio dell’assistenza farmaceutica territoriale e ospedaliera nelle Regioni in piano di rientro”, elaborato dal Ministero della Salute).

- Riduzione della spesa 2014, per le Classi di farmaci C10AA, NO6AB e NO6AX, di 8 €/mln rispetto al 2013 (pari ad un ulteriore 30% del gap complessivo, per le tre Classi di farmaci, di 26,5 €/mln tra spesa del Piemonte 2012 e valore atteso dal “Monitoraggio dell’assistenza farmaceutica territoriale e ospedaliera nelle Regioni in piano di rientro”, elaborato dal Ministero della Salute).
- 2015: mantenimento dello stesso valore di spesa 2014 per le Classi di farmaci C10AA, NO6AB e NO6AX.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore “Farmaceutica Ospedaliera e Territoriale” della Direzione Regionale Sanità.

Azione 17.2.2: Monitoraggio della attività prescrittiva e incentivi per la prescrizione dei farmaci a brevetto scaduto attraverso il supporto del Sistema Tessera Sanitaria

La spesa farmaceutica territoriale rappresenta una delle maggiori voci di spesa per il SSN: tetto fissato per il 2012 pari al 13,1% della spesa sanitaria, tetto fissato per l’anno 2013 pari all’11,35%.

Dal monitoraggio della spesa lorda dei primi dieci mesi del 2013, raffrontato con lo stesso periodo del 2012, emerge che il tetto di spesa dell’11,35% (pari a 907,7 €/mln) sarà rispettato anche per il 2013.

L’evoluzione della spesa farmaceutica territoriale è:

- anno 2011 1.089 €/mln
- anno 2012 957 €/mln
- anno 2013 892 €/mln (proiezione sulla base dei primi dieci mesi del 2013)

Il calcolo del tetto 2013 pari 11,35 % , ai sensi della L.135/2012 (Spendine Review) è stato effettuato prendendo la Spesa Convenzionata Lorda . Sconti SSN – Quota a carico del cittadino in riferimento alla Lista di trasparenza. Il Piemonte anche nel 2013 dovrebbe assestarsi entro il tetto nazionale, in quanto dovrebbe raggiungere una percentuale pari a 11,15%

Tale spesa è influenzata da numerosi fattori, tra i quali il prezzo dei medicinali stabiliti a livello nazionale da AIFA. La perdita della copertura brevettuale di una specialità medicinale rappresenta la possibilità di produrre lo stesso farmaco da parte di più aziende, con il conseguente abbattimento dei prezzi, tanto più grande quanto maggiore è la quota di mercato occupata da quel farmaco. Analizzando i dati di prescrizione farmaceutica a carico del SSN, sia regionali che nazionali, tuttavia, si registra nel tempo una graduale tendenza ad abbandonare la molecola che ha perso il brevetto, da parte dei prescrittori, a favore di prodotti ancora coperti da brevetto e più costosi. Per i motivi suddetti, negli anni, la Regione ha promosso, a parità di efficacia e sicurezza d’uso, la prescrizione di farmaci a brevetto scaduto o equivalenti, soggetti a prezzo di riferimento (lista ministeriale dei prezzi di rimborso) e quindi meno costosi. Tra le azioni messe in atto: il rafforzamento delle attività di controllo sull’appropriatezza prescrittiva, nonché il monitoraggio delle prescrizioni in dimissione ospedaliera ed il monitoraggio delle prescrizioni di gruppi terapeutici a maggior impatto economico (ad es. statine).

Tale attività richiede costante informazione, monitoraggio e sensibilizzazione dei medici prescrittori, siano essi medici di famiglia o medici specialisti ambulatoriali e ospedalieri, che prescrivano o consiglino terapie al momento della dimissione da ricovero o visita specialistica.

Nell’ambito del più generale obiettivo di riduzione della spesa farmaceutica territoriale 2013 su 2012, uno dei sotto-obiettivi principali è quello di incrementare la percentuale di farmaci a brevetto scaduto, a minor costo, prescritti a carico del SSN a parità di efficacia e sicurezza, per alcuni gruppi terapeutici, a maggiore impatto sulla spesa farmaceutica territoriale, attraverso l’individuazione di specifici obiettivi alle ASR. Occorre evidenziare che, nel triennio 2013-2015, molti medicinali originator hanno perso e perderanno la copertura brevettuale e, in particolare, sempre nel triennio 2013-2015 sono scaduti o scadranno i brevetti di diversi farmaci biologici (Somatropina, Insulina umana, Epoetina alfa, Filgastrim, Interferone beta, Infliximab, Cetuximab, Etanercept, Rituximab, Trastuzumab) per i quali i biosimilari possono rappresentare una soluzione terapeutica importante, producendo economie significative.

La Regione ha disposto in ultimo, con nota del 7 agosto 2013, per le Aziende Sanitarie Regionali e gli IRCCS, l’obbligo di informare i medici che prescrivono o consigliano farmaci a carico SSN sulle norme che ne regolano la prescrizione e sulla loro ricaduta economica e monitorarne la prescrizione, sia attraverso le ricette del SSN, attraverso il supporto del Sistema Tessera Sanitaria, sia attraverso il monitoraggio dei consigli terapeutici forniti dagli specialisti ambulatoriali e ospedalieri in dimissione.

Gli stessi soggetti sono tenuti a porre in atto tutte le azioni necessarie alla sensibilizzazione dei medici per il raggiungimento degli obiettivi sopra riportati, nonché di informazione e controllo attraverso gli usuali strumenti. Risulta essenziale predisporre un obiettivo specifico per i Direttori delle suddette strutture.

Risultati programmati

- Responsabilizzare, ai vari livelli, tutti i soggetti coinvolti nella determinazione della spesa farmaceutica territoriale, al fine di contenerla nei limiti imposti dalla normativa statale. Predisporre reports personalizzati per singolo medico prescrittore/ equipe/distretto mirato anche su particolari gruppi terapeutici, finalizzato al monitoraggio dell'appropriatezza prescrittivi e dell'uso razionale delle risorse.

Indicatori di risultato

- Predisposizione di un obiettivo specifico per i Direttori Generali, entro il 30/09/2013.
- adozione di un provvedimento per la definizione dell'attività prescrittiva entro il 31/07/2013.
- Aumento dell'uso dei biosimilari rispetto ai biologici a brevetto scaduto, in base alle Linee di indirizzo relative all'attività prescrittiva.
- aumento di 1/2 punti percentuale di DDD a Brevetto scaduto di ACE-INIBITORI e SARTANI sul totale delle DDD prescritte degli stessi farmaci, entro il 31/12/2013.
- aumento di 2/3 punti percentuale (rispetto ai consumi 2013) di DDD a Brevetto scaduto di ACE-INIBITORI e SARTANI sul totale delle DDD prescritte degli stessi farmaci, entro il 31/12/2014.
- aumento di 3/4 punti percentuale (rispetto ai consumi 2014) di DDD a Brevetto scaduto di ACE-INIBITORI e SARTANI sul totale delle DDD prescritte degli stessi farmaci, entro il 31/12/2015.

Si sottolinea che nel 2013, rispetto all'anno 2012 (proiezione primi nove mesi 2013), si è verificata una diminuzione di circa 5 mln € della spesa netta per le categorie sopra individuate, nonostante la % delle DDD a brevetto scaduto abbia evidenziato un decremento solamente pari a circa l'1% per ogni gruppo. Ciò è possibile grazie alle genericazioni.

Azione 17.2.2.1. Sintesi delle azioni programmate e monitoraggio delle attività aziendali.

Le Aziende Sanitarie devono informare tutti i medici che consigliano e prescrivono farmaci a carico del SSN sulle norme che regolano la prescrizione degli stessi, nonché sulle nuove disponibilità di farmaci a brevetto scaduto (con prezzo di riferimento), meno costosi rispetto ai farmaci con brevetto (a parità di indicazioni terapeutiche registrate, efficacia e sicurezza).

A tale scopo, in ogni Azienda devono essere implementati flussi informativi efficaci per raggiungere tempestivamente tutti i prescrittori, nonché organizzati incontri formativi-informativi per promuovere l'uso appropriato dei farmaci, nel rispetto delle norme di prescrivibilità stabilite da AIFA a livello nazionale. Devono essere implementate tutte le possibili azioni per promuovere l'uso dei farmaci a brevetto scaduto e dei biosimilari, favorendo uniformità nei comportamenti e scelte terapeutiche razionali, anche dal punto di vista dell'impatto economico sul SSN.

Le Aziende Sanitarie, attraverso i servizi competenti, devono eseguire i controlli (ai sensi della L.425/96) nonché il monitoraggio trimestrale sulle prescrizioni farmaceutiche. Deve essere svolto il monitoraggio dei consigli terapeutici forniti in dimissione, a seguito di ricovero ospedaliero e/o di visita specialistica ambulatoriale, sulla base delle disposizioni fornite nel tempo, da questo Assessorato, nonché trasmettere le relative relazioni trimestrali, contestualmente inviate ad AIFA ed al Settore regionale competente, nei modi e tempi a suo tempo definiti.

I risultati dei controlli e dei monitoraggi eseguiti devono essere sottoposti alle Commissioni farmaceutiche distrettuali ed Aziendali di competenza, al fine di effettuare le opportune analisi dei dati rilevando le criticità, per definire le opportune azioni correttive, nonché il monitoraggio continuo delle stesse azioni.

Ciascuna ASL deve provvedere a monitorare i dati di prescrizione anche per singolo medico di Medicina Generale, mettendo a disposizione di ciascuno reports trimestrali personalizzati. Tali reports devono consentire l'autovalutazione sulla base di specifici obiettivi stabiliti dalle Commissioni per l'appropriatezza prescrittiva del distretto di competenza. Gli stessi reports devono essere analizzati a livello di commissione distrettuale per evidenziare eventuali criticità. Ciascuna commissione dovrà

organizzare periodicamente incontri anche con il singolo medico per consentire un confronto sui dati , con l'obiettivo di razionalizzare il proprio profilo prescrittivo.

Tempistiche:

Le informative sulla prescrivibilità dei farmaci a carico SSN e sulla disponibilità di nuovi farmaci a brevetto scaduto e di biosimilari ai medici prescrittori devono essere mensili (12 all'anno).

Le riunioni delle Commissioni Aziendali e distrettuali devono essere programmate trimestralmente, Entro il primo trimestre 2014 ogni ASL/ASO deve inviare al Settore farmaceutico il programma annuale delle stesse.

Il Servizio Farmaceutico Territoriale predispone reports mensilmente, sulla spesa farmaceutica territoriale (Distribuzione Diretta farmaci di fascia A, di cui ai codici File F 01 – 02 – 03 – 04- 05- 07 + Convenzionata + DPC + onorario relativo suddivisa per distretto e totale Aziendale, riportanti la previsione di spesa (budget), con l'eventuale relativo scostamento dall'obiettivo previsto. Tale report deve essere inviato mensilmente alle strutture aziendali interessate ed altresì inviato trimestralmente al Settore Farmaceutico Regionale.

Tempistiche:

Le informative ai medici prescrittori devono essere mensili (12 all'anno)

Le riunioni delle Commissioni Aziendali e distrettuali devono essere programmate trimestralmente, Entro il primo trimestre 2014 devono inviare al Settore farmaceutico il programma annuale

Il Servizio Farmaceutico Territoriale predispone reports mensilmente, sulla spesa farmaceutica territoriale (Distribuzione Diretta farmaci di fascia A, di cui ai codici File F 01 – 02 – 03 – 04- 05- 07 + Convenzionata + DPC (compreso onorario) suddivisa per distretto e totale Aziendale, riportanti la previsione di spesa (budget), con l'eventuale relativo scostamento dall'obiettivo previsto. Tale report deve essere inviato mensilmente alle strutture aziendali interessate ed altresì inviato trimestralmente al Settore Farmaceutico Regionale.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore “Farmaceutica Ospedaliera e Territoriale” della Direzione Regionale Sanità.

Intervento 17.3: Budget dei MMG e dei PLS attraverso il supporto del Sistema Tessera Sanitaria

L'obiettivo regionale è di favorire un adeguato utilizzo del Sistema TS per supportare il monitoraggio proattivo dei dati della spesa, con particolare riguardo al budget dei MMG e PLS, che sarà svolto secondo le procedure e le modalità sopra riportate (Sezione Organizzazione di supporto alla governance dei Flussi informativi), anche ai fini dell'identificazione di eventuali specifici obiettivi da attribuire ai Direttori Generali delle ASR. In particolare, occorre ricordare che, nel triennio 2013-2015, molti medicinali perderanno la copertura brevettuale e, attraverso la promozione della prescrizione di tali farmaci, sarà possibile realizzare significative economie senza compromettere i livelli assistenziali. Le seguenti attività di monitoraggio, anche attraverso il supporto del Sistema Tessera Sanitaria, saranno sufficienti in merito al controllo del budget dei MMG e PLS:

- adottare controlli puntuali sulla correttezza dei Codici Fiscali;
- monitorare il controllo sulla correttezza e congruità informativa nella compilazione delle ricette;
- aumentare e migliorare il controllo sulle esenzioni (non solo per reddito);
- controllare il fenomeno dell'extracompetenza (compreso all'interno delle azioni di miglioramento dei flussi consolidati NSIS).

Inoltre, come già indicato in precedenza, è sicuramente un obiettivo prioritario, finalizzato alla riqualificazione della Rete assistenziale, il potenziamento dell'utilizzo del DWH regionale, anche attraverso il supporto del Sistema Tessera Sanitaria, per la produzione della reportistica di monitoraggio e controllo da parte della Regione e delle ASL rispetto al budget dei MMG e PLS.

Risultati programmati

- Responsabilizzare i MMG e PLS, attraverso Linee Guida inerenti la prescrizione di medicinali a brevetto scaduto, in specifici ambiti terapeutici, relativamente al contenimento della spesa farmaceutica territoriale entro i limiti posti dalla normativa statale, nonché relativamente alla necessità della correttezza formale delle loro prescrizioni.

Indicatori di risultato

- Adozione del provvedimento di attribuzione di specifico obiettivo sul monitoraggio costante dei budget per i MMG e PLS, attraverso il supporto del Sistema Tessera Sanitaria, entro il 31/12/2013.
- 2014: Incrementare di almeno il 20%, rispetto al 2013, i controlli con il sistema TS su correttezza dei Codici Fiscali, correttezza e congruità informativa nella compilazione delle ricette, esenzioni, non solo per reddito.
- 2015: Incrementare di almeno il 25%, rispetto al 2014, i controlli con il sistema TS su correttezza dei Codici Fiscali, correttezza e congruità informativa nella compilazione delle ricette, esenzioni, non solo per reddito.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore “Sistemi Informativi”, Dirigente responsabile del Settore “Organizzazione dei servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali” e Dirigente responsabile del Settore “Farmaceutica Ospedaliera e Territoriale” della Direzione Regionale Sanità.

Intervento 17.4: Misure di compartecipazione alla spesa

Non si prevedono ulteriori misure rispetto a quelle già in atto relative alla compartecipazione alla spesa per le prestazioni farmaceutiche convenzionate di cui alla legge 405/2001, attuata con la D.G.R. n. 57-5740 del 2/4/2002 e s.m.i..

Risultati programmati

- Monitorare l'efficacia delle attuali misure di compartecipazione alla spesa, al fine di adottare eventuali provvedimenti correttivi.

Indicatori di risultato

- Variazione entrate da ticket rispetto l'anno precedente
- Variazione dei consumi rispetto l'anno precedente

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore “Risorse Finanziarie” e Dirigente responsabile del Settore “Farmaceutica Ospedaliera e Territoriale” della Direzione Regionale Sanità.

Valorizzazione Programma 17: Assistenza farmaceutica

Intervento 17.1: Razionalizzazione spesa farmaceutica ospedaliera

Azione 17.1.2: Razionalizzazione dell'uso del farmaco in ospedale

Considerato che le giornate di degenza/accessi per gli Ospedali pubblici sono state, nel 2011, pari a 4.509.106, con una spesa farmaceutica di circa 300 €/mln, il valore di spesa atteso risulta pari a circa 233 €/mln. Ne consegue che l'obiettivo, nel triennio, è una riduzione della spesa farmaceutica ospedaliera di circa 67 €/mln che prudenzialmente si stima al 50% con decorrenza 2014.

Con apposito provvedimento, saranno emanati gli obiettivi per i Direttori Generali della ASR per la razionalizzazione della spesa a decorrere dal 2013, fissando, per ciascuna ASR, l'entità della riduzione in modo che, complessivamente per il 2014 sia pari a 16,8 €/mln e, per il 2015, sia pari a ulteriori 16,8 €/mln.

I risparmi cumulati rispetto al tendenziale, derivanti sia dalle "politiche" di acquisto dei farmaci, sia dalla revisione dei PTO, con particolare riferimento alle azioni per la promozione dell'uso di medicinali a brevetto scaduto e dell'uso dei biosimilari corrispondenti ai biologici a brevetto scaduto, partendo dal dato attuale relativo alla spesa farmaceutica ospedaliera, pari a € 65,7 per giornata di degenza/accesso (a fronte del dato nazionale di € 51,8 per giornata di degenza/accesso), saranno quindi pari a:

- per il 2013 pari a ca. 0 €/mln (le eventuali razionalizzazioni di spesa prudenzialmente sono da intendersi riassorbiti nell'intervento di cui al Programma 9)
- per il 2014 pari a ca. 16,8 €/mln (pari a €62,9 per giornata di degenza/accesso);
- per il 2015 pari a ca. 33,5 €/mln (pari a €59,2 per giornata di degenza/accesso).

Azione 17.1.3: Progetto dose unica del farmaco (DUF)

Non considerando l'ASL TO 4 nella fase iniziale di estensione del progetto, in considerazione della gradualità con la quale potrà essere sviluppato, le ricadute economiche possono essere prudenzialmente quantificate, per il 2014, in ca. 2 €/mln, pari al 10% della spesa sostenuta nel 2012 (ca. 14 €/mln per l'ASL AT e ca. 6 €/mln per l'ASL TO 5). Per quanto concerne il 2015, considerando soltanto le due ASL in cui il progetto sia già operativo dall'anno precedente (quindi al netto di altre ASR che chiedessero di esserne inserite, oltre all'ASL TO 4) è ipotizzabile che possano essere raggiunte le stesse performance dell'ASL AL, ovvero almeno il 20% sulla spesa 2014, equivalenti ad una economia pari a circa 3,6 €/mln rispetto all'anno precedente.

I risparmi cumulati rispetto al tendenziale saranno quindi:

- per il 2014 pari a ca. 2 €/mln
- per il 2015 pari a ca. 5,6 €/mln

Intervento 17.2: Razionalizzazione della spesa farmaceutica territoriale

Azione 17.2.1: Definizione specifica di percorsi per categorie di farmaci "alto spendenti"

Si ipotizza una riduzione della spesa 2013, per le Classi di farmaci C10AA, NO6AB e NO6AX di 8 €/mln (pari al 30% del gap complessivo, per le tre Classi di farmaci, di 26,5 €/mln tra spesa del Piemonte 2012 e valore atteso dal "Monitoraggio dell'assistenza farmaceutica territoriale e ospedaliera nelle Regioni in piano di rientro", elaborato dal Ministero della Salute), per il 2014 di ulteriori 8 €/mln (pari ad un ulteriore 30% del gap complessivo, per le tre Classi di farmaci, di 26,5 €/mln tra spesa del Piemonte 2012 e valore atteso dal "Monitoraggio dell'assistenza farmaceutica territoriale e ospedaliera nelle Regioni in piano di rientro", elaborato dal Ministero della Salute), mantenendo costante tale riduzione di spesa nel 2015..

I risparmi cumulati rispetto al tendenziale saranno quindi:

- per il 2013 pari a ca. 8 €/mln
- per il 2014 pari a ca. 16 €/mln
- per il 2015 pari a ca. 16 €/mln

Azione 17.2.2: Monitoraggio della attività prescrittiva e incentivi per la prescrizione dei farmaci a brevetto scaduto attraverso il supporto del Sistema Tessera Sanitaria

Di seguito si riporta la % DDD (dose definita giornaliera = unità di misura internazionale per quantificare il consumo dei farmaci) di farmaci a brevetto scaduto sul totale delle DDD prescritte dei seguenti gruppi terapeutici:

ACE-INIBITORI (C09AA), ACE-INIBITORI ASSOCIATI A DIURETICI (C09BA). SARTANI (C09CA), SARTANI ASSOCIATI A DIURETICI (C09DA)

Standard anno 2012 (dati SFERA 2012):

- ACE-INIBITORI (C09AA)=99%,
- ACE-INIBITORI ASSOCIATI A DIURETICI (C09BA)=81%,
- SARTANI (C09CA) = 69%,
- SARTANI ASSOCIATI A DIURETICI (C09DA)=54%,

Ipotizzando un incremento di 1/2 punti percentuali per ciascun gruppo (tranne che per gli Ace-INIBITORI per i quali l'obiettivo proposto può essere solo il mantenimento del 99% attuale) l'obiettivo 2013 si riterrà raggiunto con i seguenti valori:

- ACE-INIBITORI (C09AA)=>99%,
- ACE-INIBITORI ASSOCIATI A DIURETICI (C09BA)=>86%,
- SARTANI (C09CA) =>74%,
- SARTANI ASSOCIATI A DIURETICI (C09DA)=>60%,

Per gli anni 2014 e 2015 si prevede un analogo incremento di 3/4 punti percentuali all'anno rispetto all'anno precedente.

Ipotizzando quindi nel corso del 2013 un incremento di 5 punti % delle DDD prescritte di farmaci a brevetto scaduto sul totale del prescritto, a parità di consumi rispetto all'anno 2012, si possono prevedere risparmi per circa 4,5 €/mln all'anno, che in termini di valori cumulati saranno:

- per il 2013 pari a ca. 4,5 €/mln
- per il 2014 pari a ca. 9 €/mln
- per il 2015 pari a ca. 12 €/mln.

Programma 18: Sicurezza e rischio clinico

Il programma, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- definizione di un programma regionale articolato nelle dimensioni del Governo Clinico e che contenga anche metodologia e strumenti per la gestione degli eventi avversi;
- monitoraggio dei Piani di miglioramento attuati dalle aziende a seguito dell'occorrenza di eventi sentinella;
- monitoraggio sistematico dell'uso della check list in Sala Operatoria;
- implementazione e monitoraggio della Raccomandazione per la sicurezza nella terapia oncologica;
- previsione dell'inserimento dell'implementazione dei documenti ministeriali sulla qualità e sicurezza dei pazienti (Raccomandazioni, Manuale per la sicurezza in Sala Operatoria) tra i criteri di valutazione dei D.G.

Sicurezza e rischio clinico: valorizzazione manovre (€m ln)			
	2013	2014	2015
Sicurezza e rischio clinico	-	-	-
Sicurezza e rischio clinico	-	-	-
<i>Definizione di un programma regionale articolato nelle dimensioni del Governo Clinico e che contenga anche metodologia e strumenti per la gestione degli eventi avversi</i>	-	-	-
<i>Monitoraggio dei Piani di miglioramento attuati dalle aziende a seguito dell'occorrenza di eventi sentinella</i>	-	-	-
<i>Monitoraggio sistematico dell'uso della check list in Sala Operatoria</i>	-	-	-
<i>Implementazione e monitoraggio della Raccomandazione per la sicurezza nella terapia oncologica</i>	-	-	-
<i>Previsione dell'inserimento dell'implementazione dei documenti ministeriali sulla qualità e sicurezza dei pazienti (Raccomandazioni, Manuale per la sicurezza in Sala Operatoria) tra i criteri di valutazione dei D.G.</i>	-	-	-
<i>Progetto tematico "Prevenzione delle cadute nelle strutture sanitarie"</i>	-	-	-
<i>Progetto tematico "Sicurezza in sala operatoria"</i>	-	-	-
<i>Progetto tematico "Scheda unica di terapia"</i>	-	-	-
<i>Programma per la gestione dei rischi sanitari della responsabilità civile della Regione Piemonte</i>	-	-	-

Tabella 52 – Sintesi manovre

Intervento 18.1: Sicurezza e rischio clinico.

Azione 18.1.1: Definizione di un programma regionale articolato nelle dimensioni del Governo Clinico e che contenga anche metodologia e strumenti per la gestione degli eventi avversi.

A partire dal 2007 opera nell'Assessorato un gruppo di lavoro multidisciplinare, la cui attività si espleta a supporto dell'Assessorato e delle ASR, che, nell'ambito dell'azione di governo clinico e contrasto al rischio, elabora indicazioni e proposte per l'istituzione e l'implementazione di sistemi di gestione del rischio clinico a livello aziendale, la strutturazione di un piano di informazione e formazione permanente a livello regionale che coinvolga tutto il personale a vario titolo interessato. L'attività del gruppo consente, attraverso il coinvolgimento degli operatori che maggiormente seguono le problematiche relative al rischio clinico nell'ambito delle ASR, la stesura di indicazioni e linee di indirizzo sui principali argomenti di comune interesse ed una rilevazione puntuale dello stato dell'arte nella gestione del rischio a livello regionale. Con deliberazione n. 14-8500 del 31.03.2008 la Giunta regionale ha fornito alle Aziende Sanitarie Regionali indicazioni per la gestione del rischio clinico richiedendo la costituzione, a livello aziendale, di un gruppo multidisciplinare e multiprofessionale denominato "Unità di gestione del rischio clinico". Il provvedimento precisava che tale unità doveva esser composta dalla direzione sanitaria e da operatori provenienti dalle strutture comunque coinvolte nei processi di gestione del rischio gestendo funzioni quali la medicina legale, il servizio legale, il servizio patrimoniale, l'URP, la qualità e la gestione del rischio; era inoltre previsto il coinvolgimento,

secondo le competenze, di altri esperti (clinici, farmacisti, ingegneri clinici, infermieri dirigenti, ecc...). In particolare, alle ASR veniva richiesto di organizzare una funzione permanente dedicata al miglioramento della sicurezza e della qualità delle cure mediante un approccio gestionale globale della sicurezza che comprende e tende ad integrare sia gli aspetti statici (strutturali) e dinamici (organizzativi), sia le modalità di controllo degli eventi avversi (connessi a farmaci, dispositivi medici, complicazioni post chirurgiche, infezioni nosocomiali, ecc...). Oltre ai temi tradizionali dei rischi connessi alla pratica clinica è infatti importante analizzare in profondità anche le condizioni che favoriscono l'accadere degli eventi per fornire occasione di apprendimento. L'attuale configurazione, a livello aziendale, della funzione di gestione del rischio clinico prevede, in molte ASR, l'attivazione di un'unità di gestione del rischio clinico (U.G.R.C.) ai sensi del citato provvedimento deliberativo. In talune ASR è stata invece costituita apposita struttura aziendale dedicata; solo in un caso la funzione è ricondotta all'interno di altra struttura aziendale.

La deliberazione sopraccitata contiene inoltre alcune linee di indirizzo, talune formulate in applicazione delle raccomandazioni elaborate dal Ministero della Salute - Ufficio Qualità delle attività e dei servizi della Direzione Generale della Programmazione Sanitaria dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema -, che vengono di seguito indicate:

- Linea di indirizzo n. 1/2007. Linee di indirizzo riguardo le informazioni da fornire all'utente sulla possibilità di contrarre un'infezione a seguito di ricovero e/o procedura diagnostica o terapeutica;
- Linea di indirizzo n. 2/2007. Linee di indirizzo per l'applicazione della Raccomandazione n. 2, luglio 2006, del Ministero della salute sulla prevenzione delle ritenzioni di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico;
- Linea di indirizzo n. 3/2007. Linee di indirizzo per l'applicazione della Raccomandazione n. 3, luglio 2006, del Ministero della Salute per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura;
- Linea di indirizzo n. 4/2007. Linee di indirizzo sul corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio ed altre soluzioni concentrate contenenti potassio;
- Linea di indirizzo n. 5/2007. Linee d'indirizzo in materia di vigilanza regionale sui Dispositivi medici;
- Linea di indirizzo n. 6/2007. Linee di indirizzo sulla gestione dei reclami.

Con D.D. n. 208 del 2/04/2010 recante "Indicazioni alle Aziende sanitarie regionali per la gestione del rischio clinico" sono state approvate le seguenti ulteriori linee di indirizzo alle ASR in materia di gestione del rischio clinico:

- Linea di indirizzo n. 1/2010. Linee di indirizzo per la segnalazione e gestione degli eventi sentinella;
- Linea di indirizzo n. 2/2010. Linee di indirizzo per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivanti da errori in terapia farmacologia.

Con D.D. n. 449 del 05/07/2012 sono infine state approvate le "Linee di indirizzo per la gestione del processo informativo e l'acquisizione del consenso informato presso le Aziende Sanitarie Regionali". Nell'ambito del programma di attività del gruppo regionale sul rischio clinico è inoltre prevista la predisposizione di Linee di indirizzo di attuazione delle ulteriori raccomandazioni ministeriali nonché di revisione e aggiornamento delle indicazioni già elaborate, anche attraverso la costituzione di appositi gruppi di lavoro con la partecipazione degli operatori delle ASR. In particolare, con determina n. 292 del 24/04/2012, sono stati costituiti due gruppi di lavoro per l'implementazione di campagne per la sicurezza del paziente, con particolare riguardo alle tematiche della prevenzione delle cadute nelle strutture di ricovero e della sicurezza in camera operatoria.

Per quanto riguarda gli strumenti per la gestione degli eventi avversi e, più in generale, il tema del Governo Clinico, si rinvia al Programma 8 – Formazione e Comunicazione ai cittadini, Intervento 8.4: Piano di formazione aziendale per la sicurezza dei pazienti (Root cause analysis, Audit Clinico), in cui sono individuati i risultati programmati e gli indicatori di risultato, oltre al Responsabile del procedimento attuativo.

Risultati programmati

- Definire un Programma regionale organico per la gestione del rischio clinico, al fine di garantire omogeneità e idonei strumenti, a livello aziendale.

Indicatori di risultato

- Integrazione della Linea di indirizzo n. 1/2010 "Linee di indirizzo per la segnalazione e gestione degli eventi sentinella" con un protocollo di monitoraggio, entro il 30.06.2014;
- approvazione del Programma regionale per la gestione del rischio clinico, entro il 30/06/2014;
- Riduzione del numero di eventi avversi in almeno 3 ASR, entro il 31/12/2014.
- Riduzione del numero di eventi avversi in almeno 5 ASR, entro il 31/12/2015.
- realizzazione del primo report annuale sulle iniziative e sui risultati delle ASR relativi alla gestione del rischio clinico, entro il 31/12/2015.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore "Pianificazione e Assetto Istituzionale del SSR" della Direzione regionale Sanità.

Azione 18.1.2: Monitoraggio dei Piani di miglioramento attuati dalle aziende a seguito dell'occorrenza di eventi sentinella.

Il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali – Settore Salute – nel 2005 ha attivato il monitoraggio degli eventi sentinella con l'obiettivo di condividere con le Regioni e Province Autonome (P.A.) e le Aziende sanitarie una modalità univoca di sorveglianza e gestione degli eventi sentinella sul territorio nazionale. L'Intesa della "Conferenza Permanente Rapporti Stato Regioni" del 20/03/2008, concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure, ha previsto l'attivazione presso il Ministero dell'Osservatorio Nazionale sugli Eventi Sentinella attraverso il Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES), operativo dal 1.01.2009. La Regione Piemonte con D.R.G. 8-10923 del 2009 ha affidato all'AOU San Giovanni Battista di Torino (ora AO Città della Salute e della Scienza di Torino) la funzione di supporto regionale nello sviluppo della rete regionale per la gestione del rischio clinico con particolare riferimento a: "..... raccolta e analisi di tutti i dati necessari al monitoraggio dell'evoluzione della gestione del rischio aziendale nell'ottica dell'istituzione degli audit clinici per quanto concerne gli eventi sentinella, gli eventi avversi di particolare significato,....." Di conseguenza gli eventi sentinella di tutte le ASR piemontesi vengono gestiti secondo un modello che prevede un'azione di coordinamento e di inserimento nel SIMES da parte della SC Qualità Risk Management e Accreditamento dell' AO Città della Salute e della Scienza di Torino. Con D.D. n. 208 del 2/04/2010 recante "Indicazioni alle Aziende sanitarie regionali per la gestione del rischio clinico" sono state approvate, fra l'altro, la Linea di indirizzo n. 1/2010 "Linee di indirizzo per la segnalazione e gestione degli eventi sentinella". Il documento delinea una procedura, che dev'esser applicata da tutto il personale operante nelle ASR, per definire le responsabilità e le modalità di gestione del sistema di segnalazione degli eventi sentinella all'interno delle aziende; le linee di indirizzo si pongono l'obiettivo di gestire efficacemente ed in modo omogeneo gli eventi sentinella per ridurre la frequenza e minimizzare i danni ad essi correlati. Dal 1/01/2009 sono stati validati dal Ministero della salute 77 eventi sentinella, completi di analisi e azioni di miglioramento, segnalati in Piemonte. Il primo monitoraggio dell'azione di miglioramento è già previsto, da protocollo ministeriale, nella scheda B e deve avere data antecedente a quella di invio della scheda B stessa. La Regione Piemonte prevede entro il 2013 di integrare la Linea di indirizzo n. 1/2010 "Linee di indirizzo per la segnalazione e gestione degli eventi sentinella" con un protocollo di monitoraggio a lungo termine delle azioni correttive messe in campo dalle ASR finalizzato alla segnalazione, a partire dagli eventi sentinella occorsi nel 2014, mediante rapporto semestrale al Ministero della Salute, dello stato di applicazione di tutte le azioni correttive messe in atto dalle ASR Piemontesi.

Risultati programmati

- Incremento dell'applicazione delle azioni di miglioramento, aumento della consapevolezza da parte degli operatori sulla necessità di perseguire l'implementazione di azioni specifiche aziendali e delle raccomandazioni ministeriali per minimizzare il rischio di ulteriore verificarsi di eventi sentinella. Aumento della consapevolezza da parte degli operatori della presenza di un sistema regionale e nazionale utile funzionale alla prevenzione degli eventi sentinella e, conseguentemente, del contenzioso.

Indicatori di risultato

- 2014: Numero eventi sentinella monitorato (azioni di miglioramento) / Numero eventi sentinella occorsi (per cui è possibile effettuare analisi e programmare azioni di miglioramento) non inferiore al 20%.

- 2015: Numero eventi sentinella monitorato (azioni di miglioramento) / Numero eventi sentinella occorsi (per cui è possibile effettuare analisi e programmare azioni di miglioramento) non inferiore al 50%.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore “Pianificazione e Assetto Istituzionale del SSR” della Direzione regionale Sanità.

Azione 18.1.3: Monitoraggio sistematico dell'uso della check list in Sala Operatoria.

Nell'ambito del programma di attività del gruppo regionale per la gestione del rischio clinico, istituito con determinazione n. 693 del 19.11.2011, sono previste azioni finalizzate all'implementazione di campagne per la sicurezza del paziente, con particolare riguardo alle tematiche della prevenzione delle cadute nelle strutture di ricovero e della sicurezza in camera operatoria. Sul tema della sicurezza in sala operatoria, con determina n. 292 del 24/04/2012 della direzione sanità, è stato istituito un sottogruppo di lavoro che ha provveduto al censimento delle procedure adottate dalle Aziende Sanitarie Regionali in relazione agli obiettivi del Manuale per la Sicurezza in sala operatoria (Ministero della Salute, 2009) al fine dell'individuazione dei punti critici e dei punti di forza comuni a tutte le Aziende. Il monitoraggio realizzato ha messo in evidenza come nelle Aziende Piemontesi la cura della sicurezza del percorso chirurgico si sia ormai consolidata. Il processo di consolidamento ha raggiunto uno sviluppo anche molto avanzato con la realizzazione di checklist e di procedure diverse tra loro, seppur sullo stesso argomento, nelle diverse Aziende; ciò è dipeso dalle contingenze presenti nelle diverse realtà aziendali, in primis i sistemi informativi e i sistemi qualità che hanno condizionato lo sviluppo delle procedure e le loro modalità di applicazione, checklist compresa, dai formati e dalla tracciabilità degli operatori all'archiviazione. Il gruppo di lavoro sta provvedendo alla elaborazione di un documento per definire gli standard minimi di tutte le checklist in uso nelle Aziende piemontesi e le modalità di verifica. Il documento sarà recepito a livello regionale e diffuso alle ASR

Risultati programmati

- Definire gli standard minimi della check list in Sala Operatoria in uso nelle ASR;
- effettuare una verifica documentata della check list in Sala Operatoria almeno una volta l'anno.

Indicatori di risultato

- Adozione del provvedimento di approvazione degli standard minimi della check list in Sala Operatoria, entro il 31/12/2013.
- 2014: Presenza della check list in Sala Operatoria in almeno il 50% delle sale operatorie delle ASR e delle Strutture private.
- 2015: Presenza della check list in Sala Operatoria in almeno l'80% delle sale operatorie delle ASR e delle Strutture private.
- monitoraggio della verifica annuale della check list in Sala Operatoria, entro il 31/12/2015.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore “Pianificazione e Assetto Istituzionale del SSR” della Direzione Regionale Sanità.

Azione 18.1.4: Implementazione e monitoraggio della Raccomandazione per la sicurezza nella terapia oncologica.

Con DGR n. 50-1621 del 28.02.2011 sono state fornite indicazioni alle ASR in merito alla centralizzazione in farmacia delle preparazioni antiblastiche. Il provvedimento prevede: la definizione, a livello regionale, dei criteri per l'accreditamento delle farmacie ospedaliere idonee all'allestimento e dispensazione dei farmaci oncoematologici; l'utilizzo, con modalità accentrate, dei farmaci oncoematologici nell'ambito delle strutture ospedaliere, l'allestimento dei farmaci oncoematologici per uso parenterale esclusivamente presso i laboratori delle farmacie ospedaliere o, comunque, in laboratori idonei sotto la responsabilità delle stesse; l'allestimento dovrà inoltre essere in dosi pronte all'uso e personalizzate Per garantire l'adeguato monitoraggio dei consumi e della compliance dei pazienti è inoltre previsto che tutti i farmaci oncoematologici per uso orale devono esser dispensati, in confezione personalizzata i termini di unità posologiche, esclusivamente tramite le farmacie ospedaliere; è infine previsto un monitoraggio regionale. Con D.D. n. 165 del 1.03.2011 sono state inoltre fornite indicazioni alle ASR sull'appropriatezza e razionalizzazione di utilizzo dei farmaci oncologici ed oncoematologici ad alto costo. Con D.D. n. 208 del 2/04/2010 recante “Indicazioni alle Aziende sanitarie regionali per la gestione del rischio clinico” venivano approvate, fra l'altro, le “Linee

di indirizzo n. 2/2010. Linee di indirizzo per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivanti da errori in terapia farmacologia". Detto documento contiene indicazioni a supporto degli operatori sanitari coinvolti, a vari livelli, nel processo di gestione del farmaco; obiettivo delle linee di indirizzo è quello di prevenire il verificarsi di eventi sentinella con particolare riguardo a quelli correlati all'impiego di farmaci "ad alto rischio o ad elevato livello di attenzione". Con riferimento a detti farmaci, fra cui sono ricompresi gli antineoplastici, vengono pertanto fornite alle Aziende indicazioni con riguardo alle diverse fasi in cui si articola il percorso del farmaco in ospedale: approvvigionamento, immagazzinamento, conservazione, prescrizione, preparazione, distribuzione, somministrazione e monitoraggio. In particolare, con riguardo ai farmaci chemioterapici antitumorali, le linee di indirizzo prevedono che: dev'esser previsto l'allestimento centralizzato in farmacia; devono esser conservati nei reparti ma in aree dedicate presso i centri preparatori e dev'esser redatta una procedura per la riduzione dell'esposizione e per la decontaminazione dell'ambiente e della persona in caso di incidenti con spandimento. Il documento prevede inoltre una check list di autovalutazione delle aziende sanitarie. Di recente (novembre 2012), inoltre, il Ministero ha provveduto alla stesura di specifiche raccomandazioni in materia di "Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici". A tal proposito, si ritiene di costituire un apposito gruppo di lavoro per l'implementazione delle raccomandazioni.

Risultati programmati

- Implementare il recepimento e l'attuazione, da parte delle ASR, delle Raccomandazioni per la sicurezza nella terapia oncologica.

Indicatori di risultato

- Adozione di un provvedimento di sviluppo delle Raccomandazioni ministeriali del novembre 2012 in materia di "Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici", attraverso la costituzione di un apposito gruppo di lavoro, entro il 31/12/2013;
- monitoraggio sull'effettuazione, da parte delle ASR, dell'autovalutazione sulla sicurezza nella terapia oncologica, entro il 30/06/2014.
- Effettuazione, da parte di almeno il 50% delle ASR, dell'autovalutazione sulla sicurezza nella terapia oncologica, entro il 31/12/2014.
- Effettuazione, da parte di almeno il 75% delle ASR, dell'autovalutazione sulla sicurezza nella terapia oncologica, entro il 31/12/2015.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore "Pianificazione e Assetto Istituzionale del SSR" della Direzione Regionale Sanità.

Azione 18.1.5: Previsione dell'inserimento dell'implementazione dei documenti ministeriali sulla qualità e sicurezza dei pazienti (Raccomandazioni, Manuale per la sicurezza in Sala Operatoria) tra i criteri di valutazione dei D.G.

Come già detto, sia nell'ambito dei citati provvedimenti regionali sia con successive circolari, sono state richiamate le Aziende a verificare la corretta applicazione e diffusione delle raccomandazioni ministeriali e linee di indirizzo regionali nonché delle informazioni nazionali, regionali, locali utili agli operatori allo scopo di ridurre il rischio di eventi avversi e, conseguentemente, di contenzioso. Al fine di rendere maggiormente efficace lo sviluppo e l'attenzione al tema della qualità e della sicurezza dei pazienti, occorre inserire, fra i criteri di valutazione dei direttori generali, l'implementazione, a livello aziendale, dei documenti ministeriali relativi a tali obiettivi.

Risultati programmati

- Responsabilizzare i direttori generali delle ASR sul tema dell'implementazione dei documenti ministeriali in materia di qualità e sicurezza dei pazienti.

Indicatori di risultato

- Inserimento, tra gli obiettivi incentivanti per l'anno 2014 e, conseguentemente, tra i criteri di valutazione dell'operato dei direttori generali delle ASR, l'implementazione dei documenti ministeriali in materia di qualità e sicurezza dei pazienti.
- 2014: Implementazione di almeno il 50% delle Raccomandazioni ministeriali;
- 2015: Implementazione di almeno l'80% delle Raccomandazioni ministeriali;

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore “Pianificazione e Assetto Istituzionale del SSR” della Direzione Regionale Sanità.

Azione 18.1.6: Progetto tematico “Prevenzione delle cadute nelle strutture sanitarie”

Il progetto è stato sviluppato con il supporto del sottogruppo istituito con Determinazione DB2000 n. 292 del 24/04/2012. Partendo dall’analisi delle diverse realtà regionali (attività sviluppata nel corso del 2012 mediante svariate rilevazioni per evidenziare in maniera oggettiva lo stato dell’arte e le maggiori criticità) il lavoro da compiere nel periodo 2013-2015 si sintetizza in:

- stesura di un glossario unico regionale per definire la terminologia univoca da adottare su cadute ed eventi sentinella e l’individuazione di alcuni indicatori di risultato per consentire confronti tra realtà aziendali diverse;
- per la prevenzione del rischio cadute da condizioni personali: definizione strumento di rilevazione, valutazione del rischio caduta e monitoraggio delle misure correttive attuate anche mediante scala di valutazione e monitoraggio pazienti in terapia;
- per la prevenzione del rischio cadute da condizioni ambientali: individuazione e monitoraggio delle criticità strutturali e di funzionamento e responsabilizzazione dei servizi preposti alla manutenzione, pulizia, ecc.;
- per la prevenzione del rischio cadute da carenza informativa: predisposizione di opuscoli tipo per gli utenti e informazione ai pazienti e ai famigliari che prestano loro assistenza sui rischi derivanti comportamenti non idonei in relazione allo stato di salute.

Indicatori di risultato

- 2014: Riduzione del numero di cadute nelle strutture sanitarie in almeno 5 ASR.
- 2015: Riduzione del numero di cadute nelle strutture sanitarie in almeno 10 ASR.

Responsabile del procedimento attuativo

Dirigente responsabile del Settore “Pianificazione e Assetto Istituzionale del SSR” della Direzione Regionale Sanità

Azione 18.1.7: Progetto tematico “Sicurezza in sala operatoria”

Il progetto è stato sviluppato con il supporto del sottogruppo istituito con Determinazione DB2000 n. 292 del 24/04/2012. Il progetto si inserisce nell’ambito della campagna lanciata nel 2007 dall’Organizzazione Mondiale della Sanità e ripresa dal Ministero della Salute nel 2009 con il manuale per la sicurezza in sala operatoria. I risultati della rilevazione sulle diverse realtà regionali (attività sviluppata nel corso del 2012 mediante questionari per evidenziare in maniera oggettiva lo stato dell’arte e le maggiori criticità) descrivono una dicotomia tra il fare (perseguire l’obiettivo) e le modalità per conseguire l’obiettivo stesso (disponibilità di procedure, verifica della loro applicazione). Inoltre la distribuzione dei risultati è “a macchia di leopardo”, con contorni spesso non definiti. Sono numerose le testimonianze di diverse interpretazioni all’interno dei team chirurgici sulla responsabilità collegiale rispetto a tutto il percorso; se le singole responsabilità sono sostanzialmente note e riconosciute dai diversi professionisti, spesso la responsabilità nel vigilare sul corretto percorso del paziente, anche per quanto attiene ad altri professionisti non è risultata chiara: benché il manuale sia stato diffuso nel 90% delle strutture e la checklist implementata nell’80% nel 62% dei casi il coordinatore non è stato tuttora individuato.

I compiti che il progetto si prefigge di attuare nel triennio 2013-2015 sono pertanto:

- elaborazione di un documento che definisca gli standard minimi di tutte le checklist in uso nelle aziende piemontesi e le modalità di verifica;
- attivazione di sistemi di valutazione dell’attività in sala operatoria anche mediante l’utilizzo di indicatori per la misurazione della mortalità a 24 ore, a 30 giorni e delle infezioni del sito chirurgico.

Indicatori di risultato

- 2014: Riduzione della mortalità a 24 ore, a 30 giorni e delle infezioni del sito chirurgico in almeno 5 ASR.
- 2015: Riduzione della mortalità a 24 ore, a 30 giorni e delle infezioni del sito chirurgico in almeno 10 ASR.

Responsabile del procedimento attuativo

Dirigente responsabile del Settore "Pianificazione e Assetto Istituzionale del SSR" della Direzione Regionale Sanità

Azione 18.1.8: Progetto tematico "Scheda unica di terapia"

La raccomandazione n.7/2008 del Ministero della Sanità indica di adottare la Scheda Unica di Terapia dove, in conformità con le disposizioni vigenti in tema di privacy, vengano riportate dal medico tutte le informazioni necessarie per l'individuazione della terapia e dall'infermiere ciò che è stato effettivamente somministrato, apponendo la propria firma o sigla, tale da consentire la tracciabilità. La scheda terapeutica unica è uno strumento di comunicazione interna, che integra in un unico documento tutte le informazioni sul processo terapeutico dei pazienti ricoverati. Per questo consente di far fronte ai problemi di comunicazione, prima causa degli errori di terapia ed è parte integrante della cartella clinica. Partendo dall'analisi scaturita dalla rilevazione effettuata sulle modalità attualmente in uso presso le Aziende sanitarie, ivi compreso l'utilizzo di schede di terapia, il progetto si prefigge, nel corso del periodo 2013-2015, di elaborare una proposta di modello di scheda unica di terapia regionale (di possibile informatizzazione).

Indicatori di risultato

- 2014: Adozione della Scheda unica di terapia in almeno 10 ASR.
- 2015: Adozione della Scheda unica di terapia in tutte le ASR.

Responsabile del procedimento attuativo

Dirigente responsabile del Settore "Pianificazione e Assetto Istituzionale del SSR" della Direzione Regionale Sanità

Azione 18.1.9: Programma Regionale per l'Emergenza intraospedaliera

Il programma regionale per l'emergenza intraospedaliera, scaturisce dalla consapevolezza e dalle evidenze scientifiche disponibili che negli ospedali è possibile, molte volte, prevenire gli arresti cardiaci, ridurre l'incidenza di gravi eventi avversi, ridurre i ricoveri inattesi e/o inappropriati in Terapia Intensiva e di conseguenza le morti evitabili. Questi importanti obiettivi possono essere perseguiti e raggiunti migliorando l'organizzazione di risposta alle emergenze cliniche intraospedaliere (Rapid Response System).

Gli studi scientifici dicono che il deterioramento di alcuni parametri vitali è registrabile da 6 a 24 ore prima nell'80% degli arresti cardiaci, ed è proprio la prevenzione una delle strategie indicate dalla letteratura internazionale e dalle linee guida mondiali sulla rianimazione cardiopolmonare per il contenimento della mortalità negli ospedali.

Con DGR 5-9887 del 27.10.2008 sono state fornite alle ASR linee guida organizzative di graduale implementazione dei sistemi di emergenza intraospedaliera per migliorare la risposta agli arresti cardiaci e per tutte le altre emergenze con polso presente.

Nell'attuazione del programma sono coinvolti i Referenti e i Gruppi multidisciplinari aziendali, il Gruppo Tecnico Regionale di coordinamento e supporto tecnico-scientifico (GTR), il Centro di Monitoraggio (CdM) appositamente previsto presso l'AOU S. Luigi Gonzaga.

Le azioni messe in atto riguardano a livello aziendale: la predisposizione, l'attuazione e il periodico aggiornamento di piani di emergenza clinica, la raccolta dati degli arresti cardiaci e delle emergenze con polso, la formazione e l'aggiornamento del personale dipendente; a livello regionale: l'elaborazione dei dati e la loro diffusione con report periodici e l'assunzione di nuove iniziative coerenti con gli obiettivi del programma.

Il Gruppo Tecnico Regionale, a composizione multidisciplinare e multiprofessionale, ha funzioni di coordinamento e supporto alle Aziende Sanitarie Regionali e di promozione di progetti di miglioramento continuo.

Il Centro di Monitoraggio, ha il compito di definire il set di dati clinici ed epidemiologici da raccogliere, con particolare riferimento agli arresti cardiaci intraospedalieri, coordinare la raccolta dati ed elaborare periodicamente i reports utili al GTR per il monitoraggio delle azioni progettuali e formative. La disponibilità di un database web based per gli arresti cardiaci e la formazione degli operatori hanno realizzato le condizioni per avviare la raccolta dati degli arresti cardiaci secondo lo standard Utstein Style. Funzione affidata all'AOU S. Luigi Gonzaga ed espletata in collaborazione con il Servizio di Epidemiologia di Alessandria

Per garantire continuità e sviluppo delle azioni previste dalla DGR, il Gruppo Tecnico Regionale (GTR) e il Centro di Monitoraggio (CdM) hanno migliorato la sensibilizzazione degli operatori sanitari

con convegni che hanno favorito la diffusione delle recenti acquisizioni scientifiche, con corsi di formazione rivolti ai Referenti Aziendali per fornire le competenze necessarie a svolgere il ruolo loro assegnato, con corsi per la formazione dello staff medico - infermieristico dei reparti allo scopo di stimolare la disseminazione di tali programmi formativi in tutte le Aziende Sanitarie.

Per quanto attiene gli arresti cardiaci intraospedalieri, dopo i primi dodici mesi di utilizzo del registro, è stata avviata una prima valutazione della qualità dei dati e una analisi dei primi risultati epidemiologici e clinici. E' stata completata l'analisi statistica e la valutazione degli esiti clinici per l'anno 2012 e i dati sono stati presentati alle ASR al fine di fornire un feedback a tutti gli ospedali per il miglioramento continuo dei modelli organizzativi adottati.

Risultati programmati:

- Incremento delle applicazioni delle azioni previste dai piani aziendali e necessarie ad allertare il più precocemente possibile il team di emergenza.

Indicatori di risultato:

- 2013: Avvio a regime della raccolta dati arresti cardiaci con relativi report annuali.
- 2014: implementazione e aggiornamento dei piani aziendali per l'emergenza intraospedaliera.
- 2015: Riduzione tempi di attivazione e di risposta del Medical Emergency Team (MET)

Responsabile del procedimento attuativo

Dirigente responsabile del Settore "Pianificazione e Assetto Istituzionale del SSR" della Direzione Regionale Sanità

Azione 18.1.10: Programma per la gestione dei rischi sanitari della responsabilità civile della Regione Piemonte

Sin dal 2001 la Giunta regionale ha affrontato il fenomeno del gravoso aumento dei costi assicurativi della responsabilità civile di natura sanitaria sostenuto dalle Aziende Sanitarie Regionali e, indirettamente, dalla Regione Piemonte. Al fine di trovare una soluzione a detta problematica la Regione ha promosso la predisposizione di strumenti idonei a migliorare l'efficienza e l'economicità nella gestione dei rischi di responsabilità civile delle ASR e, a tal fine, è stato attivato, fin dall'anno 2005, un programma regionale per la gestione dei rischi sanitari caratterizzato da una elevata componente di autoassicurazione, attraverso l'istituzione del fondo speciale regionale che, ai sensi dell'art. 21 L.R. 9/2004 e s.m.i., può esser sostitutivo o integrativo delle polizze assicurative. Il programma per la gestione dei rischi sanitari della Regione Piemonte è attualmente costituito da un fondo speciale regionale cui sono affiancate due polizze assicurative. Il fondo speciale regionale, il cui ammontare è stabilito in 26 €/mln annui, è destinato al finanziamento degli esborsi che le ASR devono sostenere per il risarcimento dei sinistri di valore compreso tra Euro 5 mila e Euro 500 mila per sinistro (per tutte le casistiche eccetto i sinistri riconducibili ai reparti di ostetricia e ginecologia o a eventi sentinella, come definiti con D.M. 11/12/2009, per i quali la polizza Primary interviene con franchigia 1 €/mln per sinistro). Sono inoltre previsti due livelli assicurativi: polizza "Primary" a garanzia dei rischi per sinistri di valore eccedente Euro 500 mila per sinistro (per tutte le casistiche eccetto i sinistri riconducibili ai reparti di ostetricia e ginecologia o a eventi sentinella, come definiti con D.M. 11/12/2009, per i quali la polizza Primary interviene con franchigia di 1 €/mln per sinistro) e fino all'ammontare di 5 €/mln per sinistro; polizza "Excess" a garanzia dei rischi catastrofali per un massimale complessivo di 15 €/mln per sinistro (polizza "Excess"). E' inoltre stata disposta la centralizzazione, attualmente presso un'Azienda sanitaria (AO Città della Salute e della scienza di Torino), delle attività di indicazione delle procedure di gara per l'affidamento dei contratti di cui al programma assicurativo regionale nonché delle attività di liquidazione dei sinistri di competenza del Fondo speciale regionale. La Regione provvede inoltre alla definizione della quota di spesa sanitaria, di competenza di ogni singola ASR, da destinare al finanziamento del Fondo sulla base della ponderazione di taluni dati/indici quali: sinistrosità media pregressa delle singole ASR determinata sulla base della statistica dei sinistri; realtà dimensionale/strutturale delle ASR determinata sulla base del monte retribuzione del personale; percentuale di mobilità intra regionale dei pazienti da e verso ogni ASR per prestazioni sanitarie.

Il programma ha garantito una riduzione dei costi gestionali connessi all'indicazione di gare europee, di norma ogni tre anni per ogni singola azienda (periodo 2005 - 2012 il risparmio è stato quantificato in circa Euro 300.000,00) oltre alla garanzia di ottenimento di uniformità di condizioni della copertura. Inoltre, confrontando il modello attuale con quello precedente, non caratterizzato da contrattazione

unica, è possibile evidenziare vantaggi anche di carattere economico, tenuto conto dell'andamento del mercato assicurativo delle polizze RCT/O nella sanità italiana. Se si procede, infatti, ad un'analisi dei costi sostenuti negli ultimi anni per l'assicurazione dei rischi sanitari della responsabilità civile si può constatare che la spesa (per premi assicurativi e fondo regionale) si è mantenuta ai livelli dell'anno 2004 mentre, sul mercato assicurativo, i premi assicurativi RCT sono aumentati anche del 200% (costo assicurazione RCT ASR anno 2004: Euro 39.512.000; costo annuo programma assicurativo triennio 2005-2007 con Fondo: Euro 39.440.796,00; costo annuo programma assicurativo triennio 2008-2010 con Fondo: Euro 30.538.796,00; costo annuo programma assicurativo triennio 2011-2013 con Fondo: Euro 39.000.000,00).

Inoltre il programma ha consentito la creazione, a livello regionale, di un database dei sinistri che costituisce uno strumento idoneo a favorire la conoscenza della dimensione del rischio e a delineare un piano di interventi a medio/lungo termine idoneo a ridurre i danni conseguenti ad errori umani e di sistema. La Giunta regionale, inoltre, con successivi atti (DDGR n. 35-9620 del 15.09.2008, e n. 55-12646 del 23.11.2009) ha definito criteri e modalità coordinate di gestione del programma assicurativo delineando, con riferimento alle varie fasi del processo di gestione dei sinistri delle ASR rientranti per valore nel limite del Fondo speciale regionale, un modello organizzativo che prevede la gestione dei sinistri nell'ambito di quattro Aree di coordinamento sovra zonale, all'interno delle quali sono state raggruppate le ASR. In ciascuna di dette Aree di coordinamento è stato costituito un Comitato di gestione dei sinistri, cui partecipano i rappresentanti delle ASR ricomprese nell'area, che, a regime, assumerà la diretta responsabilità gestionale dei sinistri delle aziende dell'area rientranti per valore nei limiti del Fondo (al momento detta modalità organizzativa è attivata, a livello sperimentale, per i sinistri di valore compreso fra 5.000,00 Euro e 30.000,00 Euro).

E' inoltre prevista la costituzione, presso l'Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, di un Comitato regionale di gestione sinistri con compiti di: coordinamento operativo del programma assicurativo regionale per la gestione dei rischi sanitari, monitoraggio periodico del lavoro svolto e supporto professionale amministrativo-legale e medico-legale a favore dei Comitati di gestione delle Aree di Coordinamento Sovra zonale, allo scopo di garantire il rispetto dei principi di buona pratica liquidatoria, formulazione di proposte di linee guida di raccordo e regolamentazione delle procedure di gestione dei sinistri.

Risultati programmati

- Coordinare l'attività e le procedure relative all'assicurazione dei rischi sanitari della responsabilità civile, al fine di contenerne i costi e di ottimizzare la funzione.

Indicatori di risultato

- Adozione del provvedimento di costituzione del Comitato regionale per la gestione dei rischi sanitari, entro il 31/12/2013.
- adozione del provvedimento di approvazione delle Linee guida, predisposte dal Comitato regionale, inerenti la regolamentazione delle procedure di gestione dei sinistri, entro il 30/06/2014.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore "Pianificazione e Assetto Istituzionale del SSR" della Direzione Regionale Sanità.

Programma 19: Attuazione del Piano dei pagamenti

Attuazione del piano di pagamenti: valorizzazione manovre (€/mIn)			
	2013	2014	2015
Attuazione del piano di pagamenti	-	-	-
Attuazione del piano di pagamenti	-	-	-

Tabella 53 – Sintesi manovre

Intervento 19.1: Attuazione del Piano dei pagamenti

L'8/04/2013 è stato approvato il Decreto Legge recante "Disposizioni urgenti per il pagamento dei debiti scaduti della Pubblica Amministrazione, per il riequilibrio finanziario degli enti territoriali, nonché in materia di versamento dei tributi degli enti locali". Il decreto prevede l'istituzione di un Fondo denominato "Fondo per assicurare la liquidità per pagamenti dei debiti certi, liquidi ed esigibili" con una dotazione di 10.000 €/mIn per il 2013 e 16.000 €/mIn per il 2014. Tale Fondo è distinto in tre sezioni denominate rispettivamente "Sezione per assicurare la liquidità per pagamenti dei debiti certi, liquidi ed esigibili degli enti locali" con una dotazione di 2.000 €/mIn per ciascuno degli anni 2013-2014. "Sezione per assicurare la liquidità alle regioni e alle province autonome per pagamenti dei debiti certi, liquidi ed esigibili diversi da quelli finanziari e sanitari" con una dotazione di 3.000 €/mIn per il 2013 e di 5.000 €/mIn per il 2014 e "**Sezione per assicurare la liquidità per pagamenti dei debiti certi, liquidi ed esigibili degli enti del Servizio Sanitario Nazionale**" con una dotazione di 5.000 €/mIn per il 2013 e di 9.000 €/mIn per il 2014. Come stabilito dal Decreto le Regioni potranno inoltrare l'istanza di accesso all'anticipazione di liquidità al MEF entro il **31/05/2013**.

Ai sensi dell'art.3, comma 2, del DL 35/2013, il MEF ha adottato, in data **16/04/2013**, il **decreto direttoriale di riparto** dell'importo di 5.000 €/mIn; il riparto è stato effettuato in proporzione ai valori degli ammortamenti non sterilizzati, antecedenti all'applicazione del decreto Legislativo 23/06/2011, n. 118, risultanti dai CE per il periodo dal 2001 al 2011 ponderati al 50% e ai valori delle voci "crediti verso regione per spesa corrente" e "crediti verso regione per ripiano perdite" iscritti nei modelli SP 2011 ponderati al 50%.

Alla Regione Piemonte è stata assegnata con il Decreto Direttoriale sopra richiamato la somma massima di 633.899 €/000². In relazione a tale assegnazione si procederà alla formulazione dell'istanza di accesso all'anticipazione di liquidità in funzione dell'entità e delle esigenze di copertura dei debiti certi, liquidi ed esigibili al 31/12/2012 e, eventualmente, in via residuale rispetto ai primi, dei debiti certi sorti entro il 31/12/2012. L'istanza di accesso si baserà sulla ricostruzione del debito come sopra qualificato attraverso un processo che necessariamente vedrà coinvolte le ASR e la GSA in qualità di soggetti titolari delle posizioni debitorie. L'istanza sarà accompagnata da una certificazione congiunta del Presidente e del responsabile finanziario come richiesto dal DL 35/2013.

Al fine di poter ottenere l'**erogazione delle somme richieste**, nei limiti delle assegnazioni deliberate con decreto direttoriale del Ministero dell'Economia e delle Finanze, la Regione deve:

- predisporre un Piano dei Pagamenti dei debiti commerciali al 31/12/2012 certi, liquidi ed esigibili e, eventualmente, nei limiti delle risorse disponibili e in via residuale rispetto ai primi, dei debiti certi sorti entro il 31/12/2012;
- individuare le **misure di copertura annuale** del rimborso dell'anticipazione;
- provvedere alla sottoscrizione del contratto con il MEF.

²Entro il 30/11/2013 il MEF dovrà provvedere al riparto definitivo fra le Regioni dell'anticipazione di liquidità fino ad una concorrenza massima di 14.000 €/mIn comprensivo anche degli importi previsti per l'anno 2014 (5.000 per il 2013 e 9.000 per il 2014).

La Regione e le singole Aziende Sanitarie, come previsto dall'art.7 comma 1 del DL 35/2013, hanno provveduto alla registrazione sulla piattaforma per la gestione telematica per il rilascio delle certificazioni, predisposta dal MEF.

Al fine di avviare il processo di accesso all'anticipazione di liquidità la Regione, entro il termine del 31.05.2013 provvederà ad inviare al MEF l'istanza di accesso per ottenere la prima tranche pari ad €/000 633.899, così come indicato nel decreto direttoriale del 16 aprile 2013.

La Regione porrà in essere le procedure necessarie all'erogazione delle somme richieste anche alla luce di quanto previsto dalla circolare n. 19 del 24/04/2013 emanata dal Ministero dell'Economia e delle Finanze ed avente ad oggetto "prime indicazioni operative (...) in materia di accreditamento alla piattaforma elettronica e di ricognizione dei debiti del Servizio sanitario nazionale".

Nello specifico la procedura che sarà seguita per il governo del processo di pagamento di cui al DL 35/2013 si pone l'obiettivo di anticipare le attività caricate delineate nel DL 35/2013 previste per il periodo dal 01.06.2013 al 15.09.2013, in modo da facilitare e snellire il processo che le aziende sanitarie dovranno porre in essere per l'iscrizione della debitoria nella piattaforma MEF. Di seguito si rappresenta sinteticamente la procedura che sarà posta in essere:

- la Regione, considerato il fatto che non sono ancora disponibili i dati patrimoniali delle AA.SS. in quanto i bilanci sono in corso di chiusura/trasmisione, al fine di conoscere il fabbisogno finanziario necessario alla copertura dei debiti al 31.12.2012, ha avviato una ricognizione dei saldi ad oggi esistenti dei debiti al 31/12/12 stratificati per anzianità del debito;
- la Regione procederà a definire le procedure operative per il governo del piano dei pagamenti cui dovranno attenersi le aziende sanitarie al fine di agevolare le loro attività;
- la Regione provvederà a porre in essere, in via anticipata rispetto ai tempi ministeriali, una specifica piattaforma nella quale le aziende caricheranno il dettaglio delle posizioni debitorie vs/fornitori e contemporaneamente a tali attività le stesse comunicheranno (a mezzo mail) ai propri fornitori le posizioni debitorie al fine di riscontrare e condividere le singole posizioni e rilevare eventuali incongruenze/carenze, procedendo alle dovute rettifiche/integrazioni;
- una volta acquisiti, sulla piattaforma citata, i dati della debitoria di tutte le aziende sanitarie, gli stessi potranno essere resi visibili e consultabili ai singoli fornitori del SSR che a mezzo di apposite credenziali potranno verificare le posizioni caricate dalle AA.SS. e riscontrare con le stesse eventuali anomalie/incongruenze;
- le aziende, a chiusura del processo di riscontro tra aziende sanitarie e fornitori, comunque entro tempi utili fissati dal DL 35/2013, potranno riversare i dati sulla piattaforma MEF;
- la Regione sottoscrive il contratto dell'anticipazione prestito avendo provveduto all'individuazione di misure idonee e congrue di copertura annuale del rimborso della stessa maggiorata degli interessi;
- la Regione, definito il flusso informativo della debitoria certa liquida ed esigibile, predisporrà il piano dei pagamenti e lo trasmetterà al ministero al fine di ottenere l'erogazione dei fondi;
- la Regione, ottenuta l'erogazione, provvederà al riparto e trasferimento dei fondi tra le aziende in base ai dati risultanti dal piano dei pagamenti tenendo conto anche dei pagamenti a carico della contabilità accentrata;
- le AA.SS. ottenute le risorse finanziarie provvederanno a pagare i fornitori e a rilevare in contabilità il pagamento, rilasciando successivamente adeguata certificazione che attesti l'avvenuto pagamento e contabilizzazione;
- le certificazioni rilasciate dalle aziende sanitarie saranno acquisite anche dalla Regione e saranno documento di riferimento affinché, ai sensi del art. 3, c. 6 del DL 35/2013, il Responsabile del Servizio Economico Finanziario della Regione possa fornire al Tavolo Tecnico MEF formale certificazione dell'avvenuto pagamento e dell'effettuazione delle relative registrazioni contabili.

Si rappresenta che quanto illustrato sarà oggetto di eventuali modifiche che dovessero rendersi necessarie all'esito della conversione in legge del DL 35/2013.

Risultati programmati

- Monitoraggio dello stato di avanzamento delle procedure di certificazione del credito;

- prosecuzione delle azioni volte al monitoraggio dello stato dei pagamenti dei debiti certificati dalle Aziende Sanitarie sulla piattaforma del MEF;
- monitoraggio sulle verifiche delle Aziende Sanitarie volte a riscontrare eventuali indebiti pagamenti;
- monitoraggio sullo stato di rilascio delle certificazioni da parte delle Aziende sanitarie inerente l'avvenuto pagamento e contabilizzazione dello stesso.

Indicatori di risultato

- volume della riduzione della debitoria del SSR;
- conferimento al SSR delle spettanze dovute da parte della Regione;
- riduzione dei tempi di pagamento degli Enti del SSR.

Responsabile del procedimento attuativo

- La Regione ha individuato nel responsabile della GSA la struttura amministrativa responsabile del procedimento ai sensi della DGR n. 10-5523 del 14/03/2013.

SCADENZARIO PROGRAMMI OPERATIVI 2013 - 2015 - REGIONE PIEMONTE										
AREA	PROGRAMMA	OGGETTIVO/INTERVENTO	AZIONE	OUTPUT	SCADENZA	INDICATORE DI PROCESSO	INDICATORE DI RISULTATO 2013	INDICATORE DI RISULTATO 2014	INDICATORE DI RISULTATO 2015	
1. Governance del PO		1.1: Individuazione della struttura regionale che sovrintende all'attuazione dell'intero Programma Operativo con specificazione delle strutture ad essa subordinate		DGR n. 1 – 6013 del 28 giugno 2013		Almeno n° 2 riunioni/incontri del Tavolo di governo del PO al mese	Puntualità e completezza nell'adozione dei provvedimenti previsti nel periodo	Puntualità e completezza nell'adozione dei provvedimenti previsti nel periodo	Puntualità e completezza nell'adozione dei provvedimenti previsti nel periodo	
		1.2: Potenziamento dell'attività di monitoraggio del Programma Operativo	1.2.1: Implementazione del monitoraggio contabile e gestionale	DGR n. 1 – 6013 del 28 giugno 2013		Elaborazione di un report con cadenza trimestrale	Tempestiva individuazione di criticità in ordine ai profili di disallineamenti rispetto alle previsioni dei PO relativi al periodo	Tempestiva individuazione di criticità in ordine ai profili di disallineamenti rispetto alle previsioni dei PO relativi al periodo	Tempestiva individuazione di criticità in ordine ai profili di disallineamenti rispetto alle previsioni dei PO relativi al periodo	
			1.2.2: Messa a punto dei flussi informativi	DGR n. 1 – 6013 del 28 giugno 2013		Almeno n° 1 incontro settimanale del Gruppo di lavoro finalizzato alla definizione della reportistica	Collaudo e resa disponibilità sul DWH regionale degli automatismi per la produzione della specifica reportistica entro il 31/12/2013	Piena disponibilità del "cruscotto" per il monitoraggio, attraverso report trimestrali, degli interventi e delle azioni previste dai PO relative al periodo	Piena disponibilità del "cruscotto" per il monitoraggio, attraverso report trimestrali, degli interventi e delle azioni previste dai PO relative al periodo	
			1.2.3: Potenziamento della struttura amministrativa della Direzione Sanità	Atti di attribuzione delle risorse umane alle componenti organizzative individuate e delle relative assegnazioni degli incarichi di responsabilità	31/03/2014					
		1.3: Azioni volte a favorire una più stringente attività di supporto alla struttura che sovrintende all'attuazione dell'intero Programma Operativo da parte di enti strumentali della regione per il Servizio sanitario regionale		DGR n. 4 – 6017 del 28 giugno 2013		Almeno n° 1 riunione di affiancamento al mese	Miglioramento dell'azione di monitoraggio e di eventuale riallineamento degli interventi e delle azioni previste dal PO nel periodo	Miglioramento dell'azione di monitoraggio e di eventuale riallineamento degli interventi e delle azioni previste dal PO nel periodo	Miglioramento dell'azione di monitoraggio e di eventuale riallineamento degli interventi e delle azioni previste dal PO nel periodo	
		1.4: Governance dei rapporti con gli organi istituzionali della regione con riferimento alla coerenza degli atti da questi assunti con gli obiettivi del Programma Operativo / rimozione provvedimenti in contrasto con il Programma Operativo		DGR n. 2 – 6014 del 28 giugno 2013		Almeno n° 1 riunione/incontro della Cabina di monitoraggio al mese	Piena coerenza degli atti regionali con i contenuti e gli impegni previsti dai PO	Piena coerenza degli atti regionali con i contenuti e gli impegni previsti dai PO	Piena coerenza degli atti regionali con i contenuti e gli impegni previsti dai PO	
		1.5: Responsabilizzazione delle ASR relativamente all'attuazione del Programma Operativo 2013-2015		DGR n. 45-5883 del 3 giugno 2013		Report relativo alla verifica trimestrale di coerenza tra CE aziendale, azioni poste in essere da ciascuna ASR e risultati attesi dai PO	Puntualità ed efficacia delle azioni di ciascuna ASR finalizzate alla realizzazione dei PO nel periodo	Puntualità ed efficacia delle azioni di ciascuna ASR finalizzate alla realizzazione dei PO nel periodo	Puntualità ed efficacia delle azioni di ciascuna ASR finalizzate alla realizzazione dei PO nel periodo	
		1.6: Azioni volte ad una maggiore razionalizzazione, omogeneizzazione ed integrazione dei sistemi informativi aziendali con i sistemi centrali	1.6.1: Progetto di unificazione dei sistemi amministrativi/contabili su scala regionale	Progettazione e relativa documentazione tecnica necessaria alla pubblicazione del bando	31/12/2013	Adozione del provvedimento di approvazione	Disponibilità del capitolato tecnico quale documentazione propeletrica all'attivazione della procedura di acquisizione del sistema	Avvio delle procedure di acquisizione del sistema, in caso di disponibilità a bilancio delle risorse finanziarie necessarie	Operatività del sistema in almeno 2/3 delle ASR, nel caso in cui si siano verificate le condizioni per l'avvio delle procedure di acquisizione del sistema	
2. Attuazione del decreto legislativo n. 118/2011		2.1: Individuazione della struttura responsabile dell'attuazione del D.L. 118/2011 nell'ambito del Programma Operativo (indicare se coincidente con il responsabile della GSA).		individuazione del responsabile dell'attuazione del decreto legislativo 118/2011	31/01/2014	Adozione del provvedimento	attuazione e monitoraggio degli adempimenti previsti dal D.Lgs. 118/2011	attuazione e monitoraggio degli adempimenti previsti dal D.Lgs. 118/2011	attuazione e monitoraggio degli adempimenti previsti dal D.Lgs. 118/2011	
		2.2: Azioni di monitoraggio dell'effettiva attuazione del decreto legislativo 118/2011		definizione del sistema di reporting trimestrale e annuale	28/02/2014	Definizione delle procedure di controllo relative alle aziende, alla GSA e al consolidato regionale	Pieno superamento degli adempimenti LEA per gli anni 2010-2011, punti c) e at)	Report trimestrale e annuale	Report trimestrale e annuale	
		2.3: Realizzazione e implementazione di specifici flussi informativi dedicati alla effettiva attuazione del decreto legislativo 118/2011		Implementazione della prima perimetrazione dei capitoli di bilancio relativi al finanziamento del SSR. Definizione delle procedure amministrativo-contabili e di attivazione dei flussi informativi. Aggiornamento del piano dei conti per la tracciabilità delle operazioni intercompany	28/02/2014	Adozione dei provvedimenti	Pieno superamento degli adempimenti LEA per gli anni 2010-2011, punti c) e at)	perimetrazione dei capitoli di bilancio relativi al finanziamento del SSR	perimetrazione dei capitoli di bilancio relativi al finanziamento del SSR	
		2.4: Redazione periodica di un rapporto concernente lo stato di trasferimento alla GSA e alle aziende sanitarie di competenza e di cassa delle risorse destinate al SSR		rapporto concernente lo stato di trasferimento alla GSA e alle aziende sanitarie di competenza e di cassa delle risorse	31/12/2013	redazione periodica del rapporto	Invio del rapporto concernente lo stato di trasferimento alla GSA e alle aziende sanitarie di competenza e di cassa delle risorse	Riconciliazione trimestrale dei trasferimenti alla GSA e alle aziende sanitarie delle risorse destinate al SSR con le risultanze contabili rilevate dalla GSA. Invio rapporto	Riconciliazione trimestrale dei trasferimenti alla GSA e alle aziende sanitarie delle risorse destinate al SSR con le risultanze contabili rilevate dalla GSA. Invio rapporto	

SCADENZARIO PROGRAMMI OPERATIVI 2013 - 2015 - REGIONE PIEMONTE										
AREA	PROGRAMMA	OBIETTIVO/INTERVENTO	AZIONE	OUTPUT	SCADENZA	INDICATORE DI PROCESSO	INDICATORE DI RISULTATO 2013	INDICATORE DI RISULTATO 2014	INDICATORE DI RISULTATO 2015	
2. Governo	3: Certificabilità dei bilanci del SSR	3.1: Individuazione della struttura responsabile della definizione e dell'attuazione del Percorso attuativo della certificabilità (PAC)		DGR n. 26 – 6009 del 25 giugno 2013		Adozione del provvedimento	Attuazione di quanto disposto dall'articolo 2 del Decreto Interministeriale del 17/09/2012			
		3.2: Rispetto di quanto previsto dal PAC		Realizzazione del PAC secondo il piano di lavoro programmato e approvato	31/12/2013	Approvazione del PAC		Invio dei dati economici e di produzione sanitaria corretti e tempestivi	Invio dei dati economici e di produzione sanitaria corretti e tempestivi	
	4.1: Individuazione di una funzione dedicata di raccordo e coordinamento per tutti i flussi informativi di riferimento		4.1.1: Riorrganizzazione finalizzata alla funzione di raccordo e coordinamento per i flussi informativi		Determina n 548 del 10/07/2013		Almeno di un incontro del Tavolo al mese	Report di monitoraggio con la finalità di evidenziare ai settori competenti eventuali criticità emergenti	Report di monitoraggio con la finalità di evidenziare ai settori competenti eventuali criticità emergenti	Report di monitoraggio con la finalità di evidenziare ai settori competenti eventuali criticità emergenti
			4.1.2: Progettazione, programmazione e realizzazione di un intervento di informazione/formazione		Organizzazione eventi formativi	31/12/2013; 30/06/2014	Attestazioni della realizzazione delle attività formative	Avvio delle attività formative	Conclusioni delle attività formative	Attività di aggiornamento formativo
			4.1.3: Progettazione e avvio della re-ingegnerizzazione degli strumenti e delle architetture dei sistemi		Verifica report di monitoraggio	31/12/2013	Collaudo dei nuovi strumenti implementati	Pieno adempimento LEA 2011, punto aad) Sistema Fascicolo Sanitario Elettronico – FSE	Monitoraggio delle corretta funzionalità dei sistemi introdotti ed eventuali modificazioni e/o integrazioni delle tecnologie e delle architetture informatiche.	Monitoraggio delle corretta funzionalità dei sistemi introdotti ed eventuali modificazioni e/o integrazioni delle tecnologie e delle architetture informatiche.
	4.2: Flussi informativi (NSIS) consolidati		4.2.1: Calendarizzazione invii dei flussi istituzionali. Per gli esercizi successivi, non sono previste a breve azioni specifiche, se non la riproposizione biennale di un atto similare.		Provvedimento con le nuove scadenze per il periodo 2015-2016	31/12/2014	Adozione del provvedimento			Provvedimento validato
			4.2.2: Monitoraggio più puntuale del fenomeno dell'extra competenza		Atto di indirizzo per i DG	31/12/2013	Adozione del provvedimento	Provvedimento validato	Report di monitoraggio con la finalità di evidenziare ai settori competenti eventuali criticità emergenti	Report di monitoraggio con la finalità di evidenziare ai settori competenti eventuali criticità emergenti
			4.2.3: Diffusione di strumenti di monitoraggio dei diversi flussi		Piano di diffusione	31/12/2013	Adozione del provvedimento	Provvedimento validato	Monitoraggio delle corretta funzionalità dei sistemi introdotti	Monitoraggio delle corretta funzionalità dei sistemi introdotti
			4.2.4: Redazione di un manuale di qualità sui flussi istituzionali		Provvedimento di approvazione del nuovo modello standard	31/12/2014	Adozione del provvedimento		Provvedimento validato	Monitoraggio sulla corretta applicazione del manuale
			4.2.5: Flusso SDO ed introduzione controllo CF		Report di monitoraggio	31/12/2013	Collaudo elaborazione reportistica di monitoraggio sul DWH	Trasmissione report di monitoraggio trimestrale; significativa riduzione dei CF errati (dall' 8% di CF errati riscontrati nell'anno 2012 a meno del 3% previsti per il 2013); Predisposizione di un documento di analisi delle anomalie segnalate nel rapporto SDO, recante le indicazioni operative per il superamento della criticità, entro il 31/12/2013	Superamento della criticità evidenziata nel rapporto SDO entro il 31/12/2014	Report di monitoraggio con la finalità di evidenziare ai settori competenti eventuali criticità emergenti
			4.2.6: Flusso DD (che include DD e DPC)		DD n.549 del 10/07/2013		Monitoraggio della raccolta dati flusso DD	Report di monitoraggio con la finalità di evidenziare ai settori competenti eventuali criticità emergenti	Report di monitoraggio con la finalità di evidenziare ai settori competenti eventuali criticità emergenti	Report di monitoraggio con la finalità di evidenziare ai settori competenti eventuali criticità emergenti
			4.2.7: Presidio diretto del Flusso CO (Consumi Ospedalieri)		Report di monitoraggio	31/12/2013	Collaudo elaborazione reportistica di monitoraggio sul DWH	Pieno adempimento LEA 2010 punto ar).	Trasmissione report di monitoraggio trimestrale, recante le indicazioni per conseguire l'incremento della completezza/qualità del dato inviato, in riferimento alla differenza tra i conti CE ed il relativo dettaglio del flusso	Trasmissione report di monitoraggio trimestrale, recante le indicazioni per conseguire l'incremento della completezza/qualità del dato inviato, in riferimento alla differenza tra i conti CE ed il relativo dettaglio del flusso
			4.2.8: Attività di tuning sul Flusso FAR e sul Flusso SIAD		Report di monitoraggio	31/12/2013	Collaudo elaborazione reportistica di monitoraggio sul DWH	Accertamento coerenza tra la lettura ministeriale e quella regionale, con differenze al di sotto del 10 %	Report di monitoraggio con la finalità di evidenziare ai settori competenti eventuali criticità emergenti	Report di monitoraggio con la finalità di evidenziare ai settori competenti eventuali criticità emergenti

SCADENZARIO PROGRAMMI OPERATIVI 2013 - 2015 - REGIONE PIEMONTE									
AREA	PROGRAMMA	OBIETTIVO/INTERVENTO	AZIONE	OUTPUT	SCADENZA	INDICATORE DI PROCESSO	INDICATORE DI RISULTATO 2013	INDICATORE DI RISULTATO 2014	INDICATORE DI RISULTATO 2015
del Sistema	4: Flussi informativi		4.2.9: Consolidamento del modello di gestione del Flusso EMUR/118-PS	Provvedimento di modifica del tracciato EMUR / 118-PS e predisposizione del Report di monitoraggio	31/12/2013	Adozione provvedimento	Provvedimento validato	Trasmissione report di monitoraggio trimestrale dall'1/01/2014; Incremento della completezza del dato inviato, portando al 100% la copertura delle strutture di PS presenti sul territorio regionale secondo quanto riportato nei modelli FIM/MRA, entro il 31/12/2014.	Report di monitoraggio con la finalità di evidenziare ai settori competenti eventuali criticità emergenti
			4.2.10: Raccordo tra Flusso FIM regionale e MRA	Predisposizione specifico Piano Operativo	31/12/2013	Adozione provvedimento	Provvedimento validato	Monitoraggio periodico dell'attuazione del piano operativo	Monitoraggio periodico dell'attuazione del piano operativo
			4.2.11: Archivi centrali AURA, OPESSAN e ARSE	Relazione esito attività programmate	31/12/2013	Predisposizione relazione	Relazione validata	Monitoraggio degli obiettivi assegnati alle ASR	Monitoraggio degli obiettivi assegnati alle ASR
		4.3: Realizzazione e implementazione dei nuovi flussi informativi del NSIS	4.3.1: Flusso DM (Dispositivi Medici)	Report di monitoraggio	31/12/2013	Collaudo elaborazione reportistica di monitoraggio sul DWH	Significativa riduzione delle criticità rispetto alle tempistiche ed alla consistenza economica del dato rispetto al corrispondente di CE	Trasmissione report di monitoraggio trimestrale, recante le indicazioni per conseguire la completezza del dato inviato sui consumi, in relazione alla differenza tra conti CE ed il relativo dettaglio del flusso, entro il 31/12/2014.	Report di monitoraggio con la finalità di evidenziare ai settori competenti eventuali criticità emergenti
			4.3.2: SIND - Messa a regime delle componenti applicative per la raccolta del dato	Report di monitoraggio	31/12/2013	Collaudo elaborazione reportistica di monitoraggio sul DWH	Realizzazione di uno strumento informatico atto a monitorare le attività di caricamento da parte dei SERT al fine di assicurare un significativo aumento del rispetto del livello di completezza dei dati oggetto del flusso	Trasmissione report di monitoraggio trimestrale. Raggiungimento del pieno livello di completezza dei dati oggetto del flusso, entro il 31/12/2014.	Monitoraggio al fine di evidenziare eventuali criticità emergenti
			4.3.3: Miglioramento della qualità del dato SIMES 009-2010 e 2011 ed invio dati esercizio 2012	Riallineamento e bonifica dei dati per gli anni 2009-2011, con reinvio contestuale al flusso per il 2012. Introduzione di un applicativo regionale per agevolare la compilazione e l'alimentazione del flusso	31/12/2013	Riallineamento banche dati 2009-2011; Reinvio flussi 2009-2012. Predisposizione della documentazione progettuale recante le specifiche tecniche dell'applicativo	Approvazione della documentazione progettuale recante le specifiche tecniche del nuovo applicativo. Miglioramento della completezza del dato relativo agli anni 2009-2012, attraverso specifica attività di bonifica e riallineamento di banche dati	Implementazione del nuovo applicativo. Raggiungimento del puntuale e completo adempimento del debito informativo, entro il 31/12/2014.	Report di monitoraggio con la finalità di evidenziare ai settori competenti eventuali criticità emergenti
			4.3.4: Flusso SIMS	Introduzione di un applicativo regionale per agevolare la compilazione e l'alimentazione del flusso	31/12/2014	Adozione applicativo	Pieno adempimento Lea 2011, punto aab) Acquisizione dati relativi all'assistenza per salute mentale NSIS - SIMS, entro il 31/12/2013.	Incremento della completezza del dato inviato, addivenendo alla copertura del 100% dei servizi di psichiatria censiti in FIM/MRA, entro il 31/12/2014.	Report di monitoraggio con la finalità di evidenziare ai settori competenti eventuali criticità emergenti
			4.3.5: Flusso Hospice	Introduzione di un applicativo regionale per agevolare la compilazione e l'alimentazione del flusso	31/12/2014	Adozione applicativo	Predisposizione di un documento recante gli indicatori per la realizzazione dello strumento di monitoraggio della correlazione tra le informazioni contenute nel flusso Hospice e quelle di cui ai sistemi informativi che rilevano e monitorano l'erogazione di prestazioni di cure palliative e terapia del dolore	Incremento della completezza del dato inviato, addivenendo alla copertura del 100% degli hospice rispetto al censimento FIM/MRA, entro il 31/12/2014. Implementazione sul DWH regionale dello strumento di monitoraggio.	Report di monitoraggio con la finalità di evidenziare ai settori competenti eventuali criticità emergenti

SCADENZARIO PROGRAMMI OPERATIVI 2013 - 2015 - REGIONE PIEMONTE									
AREA	PROGRAMMA	OBIETTIVO/INTERVENTO	AZIONE	OUTPUT	SCADENZA	INDICATORE DI PROCESSO	INDICATORE DI RISULTATO 2013	INDICATORE DI RISULTATO 2014	INDICATORE DI RISULTATO 2015
		4.4: Progetto Tessera Sanitaria	4.4.1: Dematerializzazione delle ricette (Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 02.11.2011)	Estensione e consolidamento su scala regionale delle fasi previste dall'azione su tutto il territorio regionale	31/12/2013; 30/04/2014; 31/07/2014; 31/10/2014; 31/01/2015; 30/04/2015	Report di monitoraggio	Predisposizione e test componenti infrastrutturali SAR. Presentazione entro il 31/12/2013, del progetto regionale SIRPE (Servizio Informativo Regionale Prescrizione Elettronica) e del relativo cronoprogramma attuativo. Avvio della gestione del ciclo prescrizione erogazione farmaceutica. Avvio sperimentazione presso servizi ospedalieri del ciclo prescrizione- erogazione delle prestazioni specialistiche da auto impegnativa.	Consolidamento a regime, della gestione del ciclo prescrizione- erogazione farmaceutica. Consolidamento della gestione del ciclo prescrizione- erogazione delle autoimpegnative. Avvio della gestione del ciclo prescrizione- erogazione della specialistica ambulatoriale da ricetta rossa. Repostistica che evidenzi il progressivo incremento di invio delle ricette dematerializzate 2014 vs 2013.	Consolidamento delle azioni avviate nel 2014. Repostistica che evidenzi il progressivo incremento della gestione in dematerializzata del ciclo prescrizione- erogazione
			4.4.2: Monitoraggio invio art. 50 legge 326/2003	Incremento utilizzo cruscotto TS da parte delle ASR	31/12/2013	Predisposizione iniziative di diffusione del cruscotto TS	Attestazione della realizzazione delle attività di formazione svolta presso assessorato nei confronti delle ASR, realizzazione di specifiche riunioni periodiche per raggiungere l'obiettivo di utilizzo del cruscotto TS da parte di tutte le ASR.	Monitoraggio al fine di evidenziare eventuali criticità emergenti	Monitoraggio al fine di evidenziare eventuali criticità emergenti
			4.4.3: Controllo esenzioni da reddito come da DM 11/12/2009	Predisposizione specifiche linee guida alle ASR; Introduzione controlli su tracciato C per verifica incrociata con anagrafiche regionali di riferimento (AURA)	Predisposizione specifiche linee guida alle ASR; Introduzione controlli su tracciato C per verifica incrociata con anagrafiche regionali di riferimento (AURA)	31/12/2013	Predisposizione documento recante le linee guida alle ASR e collaudo nuovi controlli introdotti; report di monitoraggio	Validazione report di monitoraggio; Evidenze formali di azioni di recupero credito verso soggetti non esenti da parte delle ASR. Numero delle prescrizioni ammesse a recupero crediti in rapporto al numero delle prescrizioni presenti tra le anomalie rilevate. L'esito dell'indicatore è, a tendere, pari a 1. Maggiori entrate da recupero crediti pari a 3 €/mln complessivi rispetto al tendenziale 2013	Monitoraggio degli obiettivi assegnati alle ASR. Numero delle prescrizioni ammesse a recupero crediti in rapporto al numero delle prescrizioni presenti tra le anomalie rilevate. L'esito dell'indicatore è pari a 1. Maggiori entrate da recupero crediti pari a 3 €/mln complessivi rispetto al tendenziale 2014
		4.5: Progetto Fascicolo Sanitario Elettronico	4.5.1: Predisposizione ed invio della documentazione progettuale	Atto di adozione delle linee guida nazionali di cui all'Intesa Stato-Regioni del 10 febbraio 2011	31/10/2013	Predisposizione della proposta di atto deliberativo	DGR di adozione delle Linee guida nazionali di cui all'Intesa Stato-Regioni del 10 febbraio 2011		
				Documentazione progettuale da inviare all'Agenzia per l'Italia digitale.	30/06/2014	Predisposizione ed invio del documento recante il progetto di FSE piemontese	Disponibilità del documento progettuale	Validazione ed invio del documento progettuale	
			4.5.2: Estensione del servizio su scala regionale	Piano di estensione del FSE su scala regionale	31/12/2014	Redazione del piano di estensione del FSE su scala regionale		Adozione del piano di estensione del FSE su scala regionale	
		4.6: Progetto CUP unico provinciale	4.6.1: predisposizione delle specifiche tecniche e funzionali del CUP unico provinciale	Invio delle specifiche tecniche e funzionali alle ASR interessate	31/03/2014	Atto di approvazione della documentazione recante le specifiche tecniche e funzionali e relativa nota di trasmissione		Disponibilità del capitolato tecnico quale documentazione propedeutica all'attivazione della procedura di acquisizione del sistema	
			4.6.2: realizzazione del Progetto CUP unico provinciale	Monitoraggio delle attività aziendali per l'attuazione del Progetto	30/06/2014; 31/12/2014	Report di monitoraggio		Publicazione bando di gara da parte delle ASR interessate, in caso di disponibilità a bilancio delle risorse finanziarie necessarie	Operatività dei CUP unici delle provincie di Torino, Novara ed Alessandria, nel caso in cui si siano verificate le condizioni per l'avvio delle procedure di acquisizione dei sistemi

SCADENZARIO PROGRAMMI OPERATIVI 2013 - 2015 - REGIONE PIEMONTE									
AREA	PROGRAMMA	OBIETTIVO/INTERVENTO	AZIONE	OUTPUT	SCADENZA	INDICATORE DI PROCESSO	INDICATORE DI RISULTATO 2013	INDICATORE DI RISULTATO 2014	INDICATORE DI RISULTATO 2015
	5: Accredimento	5.1: Processo di accreditamento istituzionale	5.1.1: Individuazione del fabbisogno di prestazioni per tutte le tipologie assistenziali (sanitarie e sociosanitarie)	Realizzazione, adeguamento, trasformazione o diversa utilizzazione delle strutture che svolgono attività sanitaria	A partire dal 01/07/2013 secondo il crono programma previsto per ciascuna struttura	Verifica degli adempimenti delle ASR	Attuazione delle disattivazioni/riconversioni (definite in coerenza con il fabbisogno) a carico della rete ospedaliera previste per il periodo	Attuazione delle disattivazioni/riconversioni (definite in coerenza con il fabbisogno) a carico della rete ospedaliera previste per il periodo	Attuazione delle disattivazioni/riconversioni (definite in coerenza con il fabbisogno) a carico della rete ospedaliera previste per il periodo
			5.1.2: Definizione/aggiornamento dei requisiti autorizzativi e delle procedure per l'autorizzazione 5.1.3: Revisione ed aggiornamento dei requisiti per l'accREDITAMENTO istituzionale	Adeguamento alla disciplina, entro il 31 dicembre 2013, dell'Intesa Stato Regioni del 20/12/2012; aggiornamento dei requisiti minimi e delle procedure per l'autorizzazione entro il 30/06/2014	31/12/2013 30/06/2014 31/12/2015	Adozione dei provvedimenti	Adeguamento alla disciplina, entro il 31 dicembre 2013, dell'Intesa Stato Regioni del 20/12/2012	Individuazione di nuovi requisiti minimi e di nuove procedure per l'autorizzazione artt. 8, 8 bis, 8 ter e 8 quater del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i., entro il 30/06/2014.	Aggiornamento dei requisiti di accreditamento in funzione dell'evoluzione normativa e definizione di nuovi requisiti di accreditamento per ulteriori settori specialistici, entro il 31/12/2015.
	6: Contabilità analitica	6.1: Coerenza del piano dei centri di costo con la struttura organizzativa		Verifica di coerenza del piano dei centri di costo con la struttura organizzativa	31.12.2013	Aggiornamento del Piano dei centri di costo da parte delle ASR	Pieno superamento dell'adempimento LEA in merito alla coerenza del piano dei centri di costo con la struttura organizzativa	Verifica periodica di coerenza	Verifica periodica di coerenza
		6.2: Coerenza del piano dei centri di costo con il piano dei conti		Verifica di coerenza del piano dei centri di costo e del piano dei fattori produttivi con il piano dei conti	31.12.2013	Aggiornamento del Piano dei fattori produttivi da parte delle ASR	Pieno superamento dell'adempimento LEA in merito alla coerenza del piano dei centri di costo con il piano dei conti	Verifica periodica di coerenza	Verifica periodica di coerenza
		6.3: Gradi di utilizzo della contabilità analitica		Rilevare i costi sostenuti per svolgere le attività all'interno di ciascuna azienda	31.12.2013	Attivazione di un sistema di reportistica adeguato per il monitoraggio dei risultati conseguiti dalle singole aziende	Pieno superamento degli adempimenti LEA in merito al grado di utilizzo della contabilità analitica	Report di monitoraggio, valutazione e controllo delle performance dei singoli CdR e CdC.	Report di monitoraggio, valutazione e controllo delle performance dei singoli CdR e CdC.
		6.4: Quadratura con la contabilità generale e capacità di motivare adeguatamente le squadrature		Riconciliabilità tra rilevazioni della contabilità analitica secondo il piano dei centri di costo adottato e le rilevazioni di contabilità generale	31.12.2013	Quadratura tra la contabilità analitica e la contabilità generale	Pieno superamento degli adempimenti LEA per l'anno 2012	Report periodici di monitoraggio delle eventuali squadrature tra le rilevazioni della contabilità analitica e le rilevazioni di contabilità generale, comprensivi delle motivazioni sottostanti.	Report periodici di monitoraggio delle eventuali squadrature tra le rilevazioni della contabilità analitica e le rilevazioni di contabilità generale, comprensivi delle motivazioni sottostanti.
		6.5: Capacità di codificare e quantificare gli scambi interni		Definizione della codifica per la rilevazione delle prestazioni intermedie, delle modalità di ribaltamento dei costi e dei criteri univoci per la valorizzazione degli scambi	30/06/2014	Predisposizione delle linee guida per la rilevazione delle prestazioni intermedie ed emanazione delle stesse		Approvazione e implementazione delle Linee guida	Report periodico attestante il progressivo miglioramento della capacità di misurare tutte le attività svolte dalle strutture (UU.OO.) delle aziende sanitarie
		6.6: Utilizzo della contabilità analitica ai fini della predisposizione dei modelli di rilevazione LA		Fine tuning degli strumenti e dei report di contabilità analitica al fine della predisposizione del modello LA 2014	31.12.2013	Predisposizione del modello LA 2014 sulla base dell'adeguamento ed evoluzione della contabilità analitica		Corretta determinazione dei conti economici delle ASR e della Regione per macro-livello assistenziale	Corretta determinazione dei conti economici delle ASR e della Regione per macro-livello assistenziale
		6.7: Potenziamento della capacità di traduzione dei dati economici per natura in dati economici per destinazione, al fine di consolidare/implementare l'utilizzo della contabilità analitica a supporto delle attività di programmazione e di controllo regionale e aziendale		Publicazione per area sovra zonale e regionale di una selezione (progressiva nel triennio 2013-2015) di indicatori economici e di attività per il confronto gestionale tra le aziende sanitarie e verifica dei risultati attesi dalla Regione	31/03/2014; 30/06/2014; 30/06/2015	Elaborazione del documento finale della direzione Sanità al CSI Piemonte sul fabbisogno informativo all'analisi multidimensionale delle banche dati relazionali disponibili e la conseguente configurazione degli indicatori scelti.	Publicazione per area sovra aziendale degli indicatori selezionati (progressiva nel triennio 2013-2015), privilegiando quelli conosciuti e consolidati nella prassi aziendale e nell'analisi regionale	Accesso al DWH del flusso informativo regionale, strutturato con banche dati integrate, con possibile personalizzazione per l'impiego dei settori dell'assessorato sanità, entro il 30/06/2014	Adozione, entro il 30/06/2015, dell'impiego di indicatori multidimensionali a livello aziendale e regionale per la verifica degli obiettivi aziendali (interni all'azienda nelle sue articolazioni organizzative ed esterni).

SCADENZARIO PROGRAMMI OPERATIVI 2013 - 2015 - REGIONE PIEMONTE									
AREA	PROGRAMMA	OBIETTIVO/INTERVENTO	AZIONE	OUTPUT	SCADENZA	INDICATORE DI PROCESSO	INDICATORE DI RISULTATO 2013	INDICATORE DI RISULTATO 2014	INDICATORE DI RISULTATO 2015
(segue) 2. Governo del Sistema	7: Rapporti con gli erogatori	7.1: Ricognizione e rimodulazione delle tariffe	7.1.1: Ricognizione e rimodulazione tariffe assistenza ospedaliera e specialistica	D.G.R. n. 11 – 6036 del 2 luglio 2013; D.G.R. n. 14 – 6039 del 2 luglio 2013		Attuazione del provvedimento	Adozione della DGR 11 novembre 2013, n. 55-6670 di governo del nuovo sistema tariffario regionale in attuazione delle DD.G.R. n. 11 – 6036 e n. 14 – 6039, entrambe del 2 luglio 2013.	Monitoraggio dell'impatto delle citate Deliberazioni della Giunta Regionale sull'appropriatezza e sulla deospedalizzazione, ed adozione degli eventuali provvedimenti correttivi.	Monitoraggio dell'impatto delle citate Deliberazioni della Giunta Regionale sull'appropriatezza e sulla deospedalizzazione, ed adozione degli eventuali provvedimenti correttivi.
			7.1.2: Ricognizione e rimodulazione tariffe assistenza socioassistenziale	Ridefinizione delle tariffe per le prestazioni socioassistenziali in base ai nuovi modelli organizzativi	31/12/2013; 31/03/2014	Attuazione della DGR 85-6287/2013 relativa ai nuovi Piani Tariffari per l'assistenza socioassistenziale con il riallineamento della ripartizione tariffaria tra quota a carico del SSR e quota a carico utente/comune secondo le indicazioni contenute nell'Allegato 1C del D.P.C.M. del 29/11/2001	Raggiungimento nel periodo 2014-2015 di 285.432 giornate di degenza per l'assistenza in regime semi-residenziale e residenziale per minori; - Raggiungimento nel periodo 2014-2015 di 2.099.826 giornate di degenza per l'assistenza in regime semi-residenziale e residenziale per disabili;- Raggiungimento nel periodo 2014-2015 di 6.101.432 giornate di degenza per l'assistenza in regime semi-residenziale e residenziale per anziani	Raggiungimento nel periodo 2014-2015 di 285.432 giornate di degenza per l'assistenza in regime semi-residenziale e residenziale per minori; - Raggiungimento nel periodo 2014-2015 di 2.099.826 giornate di degenza per l'assistenza in regime semi-residenziale e residenziale per disabili;- Raggiungimento nel periodo 2014-2015 di 6.101.432 giornate di degenza per l'assistenza in regime semi-residenziale e residenziale per anziani	
		7.2: Individuazione delle funzioni assistenziali di cui al d.lgs. 502/92, con indicazione dei criteri di calcolo della relativa assegnazione economica		D.G.R. n. 3 – 6037 del 2 luglio 2013		Attuazione del provvedimento	Economia, rispetto al 2012, pari a 2,95 €/mln	Economia, rispetto al 2012, pari a 5,9 €/mln	Economia, rispetto al 2012, pari a 5,9 €/mln
		7.3: Compartecipazione alla spesa socioassistenziale		Riallineamento della ripartizione tariffaria	31/12/2013	Adozione di un provvedimento che recepisce il riallineamento della ripartizione tariffaria	Elaborazione del provvedimento	Riconduzione della quota di compartecipazione socioassistenziale relativa all'assistenza residenziale alle indicazioni del D.P.C.M. 29/11/2001	Monitoraggio sulle ricadute derivanti dall'attuazione del provvedimento ed eventuali correttivi
		7.4: Programma dei controlli di appropriatezza	7.4.1: Area radiologica	Minor ricorso prestazioni TC e RMN	31/12/2014 31/12/2015	Report trimestrale sul consumo di prestazioni TC e risonanza		Minor ricorso prestazioni TC e RMN del 5% sul 2013	Minor ricorso prestazioni TC e RMN del 5% sul 2014
			7.4.2: Appropriatazza nel settore della riabilitazione	Degenze di RRF con case mix come da provvedimento regionale - Collegamento in rete dei vari soggetti coinvolti nel percorso riabilitativo	31/12/2014 31/12/2015	Report 3° e 4° trimestre 2014 e report trimestrali nel 2015		Completamento e funzionamento dello strumento informatico per il collegamento in rete dei vari soggetti coinvolti nel percorso riabilitativo	Funzionamento dello strumento informatico per il collegamento in rete dei vari soggetti coinvolti nel percorso riabilitativo
			7.4.3: Programma dei controlli di congruenza tra cartella clinica e SDO	Predisposizione di un report sui controlli effettuati	31/04/2014	Periodicità semestrale dei report sui controlli effettuati		Report sulle risultanze dei controlli effettuati. Riduzione di almeno il 10% del numero di SDO non congruenti con la cartella clinica	Riduzione di almeno il 15% del numero di SDO non congruenti con la cartella clinica
		7.5: Piano delle prestazioni		Definizione del Piano delle prestazioni oggetto degli accordi contrattuali per il 2013 e per il biennio 2014-2015	31/07/2013; 31/12/2013	Adozione del provvedimento relativo al Piano delle prestazioni	Monitoraggio del fabbisogno appropriato e definizione del Piano delle prestazioni in base al fabbisogno rilevato	Monitoraggio del fabbisogno appropriato e definizione del Piano delle prestazioni in base al fabbisogno rilevato	Completo superamento del criterio "storico" per l'individuazione delle prestazioni oggetto degli accordi contrattuali di cui all'art. 8 quinquies con i soggetti erogatori privati
		7.6: Rapporti con gli erogatori privati accreditati	7.6.1: Tetti di spesa e stipula contratti per tutte le tipologie assistenziali coerentemente con quanto disposto dal D.L. 95/2012	D.G.R. n. 4 – 6038 del 2 luglio 2013		Attuazione del provvedimento	Riduzione del 3% dei tetti di spesa, rispetto al 2012, per le prestazioni ambulatoriali e di ricovero contrattualizzate con i soggetti erogatori privati ai sensi dell'art. 8 quinquies del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i.	Riduzione del 3% dei tetti di spesa relativamente al biennio 2014-2015, rispetto al tendenziale, per le prestazioni ambulatoriali e di ricovero contrattualizzate con i soggetti erogatori privati ai sensi dell'art. 8 quinquies del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i.	Adozione del provvedimento di approvazione del budget 2016 e 2017, entro il 31/12/2015
			7.6.2: Schema tipo di accordo, che preveda l'indicazione delle modalità di controllo delle prestazioni erogate (anche tramite il Sistema Tessera Sanitaria) e della relativa remunerazione	D.G.R. n. 4 – 6038 del 2 luglio 2013		Attuazione del provvedimento	Sottoscrizione degli accordi contrattuali entro il 30/09/2013	Incremento di almeno il 5% del numero di SDO e di prestazioni ambulatoriali sottoposte ai controlli di primo, di secondo e di terzo livello	Incremento di almeno il 10% del numero di SDO e di prestazioni ambulatoriali sottoposte ai controlli di primo, di secondo e di terzo livello

SCADENZARIO PROGRAMMI OPERATIVI 2013 - 2015 - REGIONE PIEMONTE									
AREA	PROGRAMMA	OGGETTIVO/INTERVENTO	AZIONE	OUTPUT	SCADENZA	INDICATORE DI PROCESSO	INDICATORE DI RISULTATO 2013	INDICATORE DI RISULTATO 2014	INDICATORE DI RISULTATO 2015
		7.7: Sperimentazioni gestionali		Completamento del percorso di integrazione dell'Ospedale "Madonna del Popolo" di Omegna, nella rete ospedaliera regionale	31/03/2014; 31/12/2014; 31/12/2015	Verifica del Piano di organizzazione per Omegna	Definizione di un piano di organizzazione dei servizi.	Report di monitoraggio attuazione Piano organizzazione servizi.	Report di monitoraggio attuazione Piano organizzazione servizi.
				Verifica risultati della sperimentazione gestionale relativa a S.A.A.P.A spa e avvio di percorsi di continuità assistenziale.	31/03/2014; 30/06/2014; 31/12/2015	Valutazione degli esiti della sperimentazione gestionale sotto il profilo della convenienza economica, della qualità dei servizi e della conformità al PSSR.	Report di verifica miglioramento economico finanziario. Definizione degli accordi di continuità assistenziale fra S.A.A.P.A spa e ASL TO2, TO4 e avvio relativi percorsi.	Atto della Giunta, nel 2014, che dispone il passaggio da regime sperimentale a regime ordinario oppure previsione di un periodo di proroga.	Report di analisi e monitoraggio dello stato di attuazione dei percorsi di continuità assistenziale intrapresi
		7.8: Rapporti con le Università pubbliche: sottoscrizione dei protocolli di intesa		Sottoscrizione dei protocolli di intesa tra la Regione Piemonte e l'Università di Torino e l'Università del Piemonte Orientale "A. Avogadro"	30/06/2014	Adozione dei provvedimenti	Verbali delle riunioni della Commissione Paritetica Regione-Università	Definizione delle modalità di partecipazione delle due Università alle attività del Servizio sanitario regionale	Monitoraggio sull'attuazione dei proclli d'intesa
	8: Formazione e comunicazione ai cittadini	8.1: Formazione del personale	8.1.1: Formazione del personale	Gestione centralizzata di pacchetti FAD; Istituzione degli organismi previsti dall'ECM Piemonte	31/12/2013	Adozione dei relativi provvedimenti		Report di monitoraggio sull'avvio dell'operatività del nuovo sistema, entro il 31/12/2014	Report di monitoraggio sull'avvio dell'operatività del nuovo sistema, entro il 31/12/2015
8.1.2: Strumenti di valutazione dei dirigenti medici e sanitari			Linee Guida relative agli Organismi Indipendenti di Valutazione; Operatività degli Organismi Indipendenti di Valutazione	31/12/2013; 31/12/2014	Adozione dei relativi provvedimenti		Report di monitoraggio sull'operatività degli OIV, entro il 31/12/2014	Report di monitoraggio sull'operatività degli OIV, entro il 31/12/2015	
8.2: Promozione della carta dei servizi			Definizione di linee guida regionali per la realizzazione della Carta dei Servizi	30/06/2014	Adozione del provvedimento di approvazione delle linee guida regionali per la realizzazione della Carta dei Servizi	Adozione del provvedimento di approvazione del report sullo stato di attuazione della Carta dei Servizi nelle ASR, entro il 31/12/2013	Adozione da parte di tutte le ASR della Carta dei Servizi secondo le nuove Linee Guida regionali e adozione del provvedimento di istituzione dell'Osservatorio regionale sulla Carta dei Servizi, entro il 31/12/2014	Realizzazione, presso ogni ASR, del primo corso di formazione per operatori e cittadini; realizzazione, presso ogni ASR, di sistemi di verifica degli standard e degli impegni contenuti nella Carta dei Servizi, entro il 31/12/2015	
8.3: Attivazione di azioni finalizzate alla rilevazione sistematica della qualità percepita dagli utenti/cittadini			Progetto delle ricerche sull'indice di soddisfazione dei cittadini	30/06/2014	Adozione del provvedimento di approvazione del Progetto delle ricerche sull'indice di soddisfazione dei cittadini	Adozione del provvedimento di approvazione del Piano regionale di comunicazione integrata e adozione del provvedimento di approvazione del Piano regionale di marketing socio-sanitario, entro il 31/12/2013	Rilevazione da parte di tutte le ASR dell'indice di soddisfazione dei cittadini secondo il Piano regionale e adozione del provvedimento di istituzione dell'Osservatorio regionale (lo stesso della Carta dei Servizi), entro il 31/12/2014	Difusione dei risultati relativi alle indagini di soddisfazione presso le singole aziende sanitarie regionali, entro il 30/06/2015. Realizzazione, presso ogni ASR, del primo corso di formazione per operatori e cittadini, entro il 31/12/2015.	
8.4: Piano di formazione aziendale per la sicurezza dei pazienti (Root cause analysis, Audit Clinico)			Costituzione del Gruppo di lavoro regionale finalizzato alla predisposizione del Piano per l'implementazione aziendale delle Linee guida ministeriali su RCA e Audit clinico	31/12/2013	Adozione del provvedimento		Approvazione del Piano per l'implementazione aziendale delle Linee guida ministeriali su RCA e Audit clinico, entro il 30/06/2014. Riduzione del numero di eventi avversi in almeno 2 ASR, entro il 31/12/2014	Realizzazione del primo corso annuale sulle iniziative e sui risultati delle ASR relativi alla RCA ed all'Audit Clinico, entro il 31/12/2015. Riduzione del numero di eventi avversi in almeno 5 ASR, entro il 31/12/2015	
		9.1: Pianificazione pluriennale degli acquisti – Analisi e governo dei fabbisogni		DD n. 231 del 25/03/2013		Attuazione, da parte delle ASR del provvedimento.	Report di verifica sulle ASR entro il 30/09/2013. Riduzione di almeno il 5% del volume acquisti in economia/volume acquisti totali delle ASR, entro il 31/12/2013	Riduzione di almeno il 7% del volume acquisti in economia/volume acquisti totali delle ASR, entro il 31/12/2014	Riduzione di almeno il 10% del volume acquisti in economia/volume acquisti totali delle ASR, entro il 31/12/2015
		9.2.1: Unificazione anagrafica prodotti		Allineamento delle anagrafiche locali dei dispositivi medici (tutte le classi CND) all'anagrafica unica regionale	31/12/2013	Verifica dell'avvenuto allineamento da parte di tutte le ASR		Report semestrale di monitoraggio	Report semestrale di monitoraggio

SCADENZARIO PROGRAMMI OPERATIVI 2013 - 2015 - REGIONE PIEMONTE									
AREA	PROGRAMMA	OBIETTIVO/INTERVENTO	AZIONE	OUTPUT	SCADENZA	INDICATORE DI PROCESSO	INDICATORE DI RISULTATO 2013	INDICATORE DI RISULTATO 2014	INDICATORE DI RISULTATO 2015
3: Razionalizzazione dei fattori produttivi	9: Razionalizzazione della spesa	9.2: Aspetti organizzativi e logistici dei processi di acquisto	9.2.2: Integrazione delle reti logistiche	Predisposizione linee di indirizzo regionale per capitolato uniforme di affidamento dei servizi di logistica delle aree sovra zonali	31/12/2014; 31/12/2015	Approvazione delle linee di indirizzo	Avvio delle procedure per l'affidamento dei servizi di logistica delle Aziende Sanitarie entro il 31/12/2014	Realizzazione del primo magazzino di area sovra zonale, entro il 31/12/2014	Realizzazione di almeno tre magazzini di area sovra zonale, entro il 31/12/2015
		9.3: Centralizzazione degli acquisti – Attivazione di sistemi di e-procurement regionali – Adesione a Consip		Definizione di linee di indirizzo regionali per la stesura di capitolati uniformi di affidamento dei servizi per trattamenti dialitici, Linee guida regionali sull'Appropriatezza prescrittiva degli Apparecchi Acustici e delle Scarpe e plantari, Linee guida regionali sull'Appropriatezza prescrittiva degli Ausili per Incontinenti e di un Modulo prescrittivo uniforme, revisione del Listino regionale delle ITS		Approvazione delle linee di indirizzo	Incremento di almeno il 20% del volume di acquisto aggregato/acquisto totale delle ASR	Incremento di almeno il 25% del volume di acquisto aggregato/acquisto totale delle ASR	Incremento di almeno il 30% del volume di acquisto aggregato/acquisto totale delle ASR
		9.4: Riorganizzazione e potenziamento dei sistemi di controllo e monitoraggio della spesa sanitaria	9.4.1: Riorganizzazione e potenziamento dei sistemi di controllo e monitoraggio della spesa sanitaria	Predisposizione modello unico raccolta segnalazione inadempienze contrattuali in convenzioni centralizzate SCR; relativamente ai presidi diabetici, predisposizione di atti regionali finalizzati a riduzione delle tariffe di rimborso, controllo ed		Monitoraggio dati periodico per singolo confronto concorrenziale; adozione dei provvedimenti relativi ai presidi diabetici	Riduzione di almeno il 10% della spesa regionale sostenuta per l'erogazione a carico SSR dei presidi per diabetici	Riduzione di almeno il 10% di segnalazioni inadempienze contrattuali in convenzioni centralizzate SCR; Riduzione di almeno il 15% della spesa regionale sostenuta per l'erogazione a carico SSR dei presidi per diabetici.	Riduzione di almeno il 20% di segnalazioni inadempienze contrattuali in convenzioni centralizzate SCR; Riduzione di almeno il 20% della spesa regionale sostenuta per l'erogazione a carico SSR dei presidi per diabetici.
		9.5: Attuazione della normativa nazionale in materia di beni e servizi (DL 98/2011 e DL 95/2012)		Razionalizzazione della spesa coerentemente alle disposizioni nazionali vigenti		Monitoraggio mensile dello stato d'attuazione della razionalizzazione della spesa per Azienda e riorganizzazione dei processi produttivi aziendali che sottostanno all'erogazione di singole tipologie di prestazioni sanitarie	Margine di efficientamento sul versante dell'appropriatezza erogativa; Razionalizzazione della spesa coerentemente alle disposizioni nazionali vigenti	Margine di efficientamento sul versante dell'appropriatezza erogativa; Razionalizzazione della spesa coerentemente alle disposizioni nazionali vigenti	Margine di efficientamento sul versante dell'appropriatezza erogativa; Razionalizzazione della spesa coerentemente alle disposizioni nazionali vigenti
		9.6: Assistenza farmaceutica: distribuzione diretta e per conto	9.6.1: Assistenza farmaceutica: distribuzione diretta e per conto	Monitoraggio spesa per DPC	Accordo già sottoscritto	Monitoraggio annuale	Risparmio sull'onorario pari a 1,6 milioni di Euro / anno	Confronto spesa e consumi in DPC 2014 vs 2013	Confronto spesa e consumi in DPC 2015 vs 2014
		9.6.2: Implementazione della distribuzione diretta di farmaci in dimissione a seguito di ricovero e di visita specialistica ambulatoriale	Provvimento di assegnazione obiettivo per i Direttori Generali	30/09/2013	Adozione del provvedimento	Spesa per farmaci di fascia A distribuiti direttamente e registrati in file F con codice 01 o 02. Incremento pari al + 5% della spesa nell'anno 2013 versus anno 2012	Spesa per farmaci di fascia A distribuiti direttamente e registrati in file F con codice 01 o 02. Incremento pari al + 5% della spesa nell'anno 2014 versus anno 2013	Spesa per farmaci di fascia A distribuiti direttamente e registrati in file F con codice 01 o 02. Incremento pari al + 5% della spesa nell'anno 2015 versus anno 2014	
		9.6.3: Modalità di approvvigionamento farmaci	Monitoraggio dei lotti aggiudicati e contestuali valutazioni mirate circa i lotti andati deserti	30/09/2013	Report sul monitoraggio	Incremento di almeno il 10% del numero di lotti farmaci aggiudicati per singolo confronto concorrenziale	Incremento di almeno il 15% del numero di lotti farmaci aggiudicati per singolo confronto concorrenziale	Incremento di almeno il 20% del numero di lotti farmaci aggiudicati per singolo confronto concorrenziale	
		9.7: Dispositivi medici	Istituzione a livello regionale di un Nucleo di valutazione dei dispositivi medici a contenuto tecnologico	31.01.2014	Adozione del provvedimento	Publicazione degli esiti di valutazione su sito web regionale, di almeno 2 dispositivi medici a contenuto tecnologico	Publicazione degli esiti di valutazione su sito web regionale, di almeno 5 dispositivi medici a contenuto tecnologico		
		9.7.2: Apparecchiature biomediche	Adozione provvedimento di revisione della Commissione regionale per l'autorizzazione, il governo ed il controllo delle acquisizioni delle tecnologie biomediche	31/12/2013	Adozione provvedimenti	Provvedimenti validati	Report di monitoraggio dell'attività della Commissione regionale	Report di monitoraggio dell'attività della Commissione regionale	

SCADENZARIO PROGRAMMI OPERATIVI 2013 - 2015 - REGIONE PIEMONTE									
AREA	PROGRAMMA	OBIETTIVO/INTERVENTO	AZIONE	OUTPUT	SCADENZA	INDICATORE DI PROCESSO	INDICATORE DI RISULTATO 2013	INDICATORE DI RISULTATO 2014	INDICATORE DI RISULTATO 2015
		9.7: Health Technology Assessment	9.7.3: Istituzione del "Piano Regionale delle Tecnologie biomediche" (PRTB)	Atto di istituzione della Commissione GTB e di istituzione del PRTB	31/12/2013	Adozione provvedimenti	Provvedimenti validati	Report di monitoraggio sulla corretta funzionalità della modalità operativa introdotta	Report di monitoraggio sulla corretta funzionalità della modalità operativa introdotta
			9.7.4: Unificazione dei sistemi informativi/ci per il monitoraggio della dotazione di tecnologie biomediche e dei relativi costi di manutenzione o gestione	Linee Guida regionali sull'unificazione dei sistemi informativi per il monitoraggio della dotazione di tecnologie biomediche e dei relativi costi di manutenzione o gestione	30/06/2014	Adozione provvedimento	Provvedimento validato	Report di monitoraggio con la finalità di evidenziare le criticità	Report di monitoraggio con la finalità di evidenziare le criticità
			9.7.5: Razionalizzazione della gestione dei servizi manutentivi delle tecnologie biomediche	Istituzione del tavolo GIC	30/06/2014	Adozione provvedimento	Provvedimento validato	Report di monitoraggio dell'attività del Tavolo	Report di monitoraggio dell'attività del Tavolo
		9.8: Monitoraggio dei tempi di pagamento		Eventuale acquisizione della procedura di Ri-Usò della piattaforma informatica	31/12/2014	Eventuale adozione del provvedimento	Uniformare la gestione dei pagamenti ai fornitori ASR e definire con certezza le tempistiche degli stessi, in caso di disponibilità a bilancio delle risorse finanziarie necessarie all'attivazione della piattaforma informatica		
		9.9: Efficientamento e razionalizzazione delle risorse energetiche		Attivazione formale di un tavolo di lavoro, unitamente ad altre istituzioni regionali	31/12/2013	Avvio del progetto		Riduzione del costo energetico di almeno il 10%, rispetto al tendenziale, in almeno 5 ASR, entro il 31/12/2014	Riduzione del costo energetico di almeno il 10%, rispetto al tendenziale, in almeno 10 ASR, entro il 31/12/2015
			10.1.1: Regolamenti per la mobilità	Disciplina per la mobilità del personale del SSR	31.12.2013	Adozione provvedimenti		Attuazione disciplina della mobilità del personale del SSR in ambito regionale.	Monitoraggio della disciplina della mobilità del personale del SSR in ambito regionale.
			10.1.2: Attività libero professionale intramuraria e monitoraggio sui volumi di attività intramoenia in rapporto con i volumi di attività istituzionale.	Report di monitoraggio	31.12.2013	Trasmissione report di monitoraggio		Eventuali provvedimenti in caso di disallineamento	Eventuali provvedimenti in caso di disallineamento
			10.1.3: Fondi contrattuali - Applicazione delle disposizioni di cui all'art. 9, comma 2 - bis del d.l. n. 78/2010 e relativa circolare MEF n. 12/2011	Costituzione dei fondi contrattuali da parte delle ASR nel rispetto delle disposizioni di riferimento	30.09.2014	Trasmissione report di monitoraggio		Effettuazione monitoraggio regionale	Effettuazione monitoraggio regionale
		10.1: Contenimento della spesa per il personale	10.1.4: Contenimento della spesa per il personale 2010-2015	DGR n. 7-5838 del 31 maggio 2013. D.G.R. n. 1 - 6035 del 2 luglio 2013		Attuazione dei provvedimenti	Riduzione del costo del personale del SSR e revisione delle consistenze organiche aziendali, entro il 31/12/2013, secondo le disposizioni di cui alla D.G.R. n. 1 - 6035 del 2 luglio 2013. Rilevazione entro il mese successivo al termine di ogni trimestre del numero di persone fisiche ed equivalenti cessate ed assunte e verifica dell'andamento dei costi con evidenza e motivazione degli scostamenti, rispetto ai dati delle rilevazioni ai fini del conto annuale.	Contenimento dei costi del personale secondo i criteri indicati nei programmi operativi e conseguente riduzione delle consistenze organiche aziendali, entro il 31/12/2014. Rilevazione entro il mese successivo al termine di ogni trimestre del numero di persone fisiche cessate ed assunte e verifica dell'andamento dei costi con evidenza e motivazione degli scostamenti, rispetto ai dati delle rilevazioni ai fini del conto annuale.	Contenimento dei costi del personale secondo i criteri indicati nei programmi operativi e conseguente riduzione delle consistenze organiche aziendali, entro il 31/12/2015. Rilevazione entro il mese successivo al termine di ogni trimestre del numero di persone fisiche cessate ed assunte e verifica dell'andamento dei costi con evidenza e motivazione degli scostamenti, rispetto ai dati delle rilevazioni ai fini del conto annuale.
			10.1.5: Riduzione delle consulenze e delle prestazioni aggiuntive	DGR n. 7-5838 del 31 maggio 2013		Attuazione del provvedimento	Riduzione del costo del personale atipico e delle consulenze secondo quanto previsto dalla DGR n. 7-5838 del 31 maggio 2013.	Riduzione del costo del personale atipico e delle consulenze secondo quanto previsto dalla DGR n. 7-5838 del 31 maggio 2013.	Riduzione del costo del personale atipico e delle consulenze secondo quanto previsto dalla DGR n. 7-5838 del 31 maggio 2013.
			10.1.6: Riduzione della spesa per SUMAI	DGR n. 7-5838 del 31 maggio 2013		Attuazione del provvedimento	Riduzione spesa per la specialistica ambulatoriale secondo quanto previsto dalla DGR n. 7-5838 del 31 maggio 2013.	Riduzione spesa per la specialistica ambulatoriale secondo quanto previsto dalla DGR n. 7-5838 del 31 maggio 2013.	Riduzione spesa per la specialistica ambulatoriale secondo quanto previsto dalla DGR n. 7-5838 del 31 maggio 2013.
		11.1: Azioni coerenti con il Piano nazionale di Prevenzione.		5885 - Proroga del piano regionale della prevenzione e DD n. 579 del 24/07/2013 Approvazione delle schede programma del piano regionale della prevenzione		Adozione del provvedimento	Proposte al Coordinamento Nazionale della Prevenzione per la redazione del Piano Nazionale 2014-2018	Monitoraggio dell'attuazione del Piano	Monitoraggio dell'attuazione del Piano

SCADENZARIO PROGRAMMI OPERATIVI 2013 - 2015 - REGIONE PIEMONTE										
AREA	PROGRAMMA	OBIETTIVO/INTERVENTO	AZIONE	OUTPUT	SCADENZA	INDICATORE DI PROCESSO	INDICATORE DI RISULTATO 2013	INDICATORE DI RISULTATO 2014	INDICATORE DI RISULTATO 2015	
	11: Sanità pubblica	11.2: Qualificazione dei Programmi di screening (oncologici, malattie infettive, etc.) e adeguamento degli screening aziendali agli standard nazionali.		Individuazione dei centri di esecuzione e di lettura test HPV. Individuazione dei Centri regionali di riferimento per l'assicurazione di qualità nello screening della cervice uterina e del colonretto e implementazione della regolamentazione del Centro di Riferimento per lo screening del tumore della mammella	31/12/2013	Adozione dei provvedimenti	SCREENING MAMMOGRAFICO: copertura da esami = 50% (2013) 60% (2014) popolazione bersaglio. SCREENING CERVICO-VAGINALE: copertura da inviti = 90% (2013) 97% (2014) popolazione bersaglio. SCREENING COLO-RETTALE: copertura da inviti = 78% (2013) 90% (2014) popolazione bersaglio	Avvio della conversione del programma al test HPV. Sviluppo del percorso di assicurazione di qualità nello screening della cervice uterina e del colonretto e regolamentazione del Centro di Riferimento per lo screening del tumore della mammella	Programma HPV a regime. Completa eliminazione degli esami diagnostici di screening al di fuori della "Prevenzione Serena"	
		11.3: Prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro.		Elaborazione dei piani di prevenzione	31/12/2013	Adozione dei provvedimenti	Adozione del piano di prevenzione in edilizia e del piano di prevenzione in agricoltura in almeno l'80% delle ASL	Adozione del piano di prevenzione in edilizia e del piano di prevenzione in agricoltura nel 100% delle ASL	Adozione del piano di prevenzione in edilizia e del piano di prevenzione in agricoltura nel 100% delle ASL	
	12: Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare	12.1: Riorganizzazione e riqualificazione del "nodo" regionale.		Modalità di accesso alla Banca Dati Nazionale a regime con il nuovo sistema	31/12/2013	Audit favorevoli dell'FVO e del Ministero della Salute su aree che comportano l'accesso a banche dati regionali e nazionali	Rispetto dei tempi e delle modalità di rendicontazione delle attività previste nei LEA	Rispetto dei tempi e delle modalità di rendicontazione delle attività previste nei LEA	Rispetto dei tempi e delle modalità di rendicontazione delle attività previste nei LEA	
		12.2: Coerenza delle linee di attività programmate a livello regionale con quelle riportate nel Piano Nazionale Integrato 2011-2014.		Inserimento regolare delle informazioni previste nella griglia predisposta dal Ministero della Salute per la redazione della relazione annuale	31/12/2013	Valutazioni positive dell'FVO e del Ministero della Salute sull'Autorità Competente regionale e sulle ASL sottoposte ad audit	Rispetto delle scadenze previste nella griglia LEA e caricamento dei flussi informativi su NSIS	Rispetto delle scadenze previste nella griglia LEA e caricamento dei flussi informativi su NSIS	Rispetto delle scadenze previste nella griglia LEA e caricamento dei flussi informativi su NSIS	
		12.3: Definizione di un piano regionale integrato dei controlli ufficiali, o il suo eventuale aggiornamento con tutte le linee di attività previste dalla pianificazione nazionale.		aggiornamento annuale delle indicazioni operative sulla base dei risultati conseguiti nell'anno precedente e delle necessità di aggiornamento a nuove disposizioni nazionali o comunitarie	31/12/2013	Valutazioni positive dell'FVO e del Ministero della Salute sull'Autorità Competente regionale e sulle ASL sottoposte ad audit	Rispetto delle scadenze previste nella griglia LEA	Rispetto delle scadenze previste nella griglia LEA	Rispetto delle scadenze previste nella griglia LEA	
		12.4: Miglioramento della rete dei laboratori, con ampliamento del bacino di metodiche accreditate a supporto delle attività regionali di controllo ufficiale, riducendo l'aggravio sui soggetti extraregionali.		Riduzione dell'aggravio sui soggetti extra-regionali	31/12/2014	Verifica dell'avvenuta riduzione dell'aggravio				Miglioramento della rete dei laboratori per i controlli per la veterinaria e la sicurezza alimentare
		12.5: Assegnazione di obiettivi ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali, con ribaltamento a cascata su tutta la struttura operativa.		Adozione del Piano Aziendale Integrato di Sicurezza Alimentare	31/12/2013	Rendicontazione delle attività di vigilanza e controllo dell'anno precedente	Raggiungimento degli obiettivi del Piano e rispetto dei tempi di rendicontazione dei LEA	Raggiungimento degli obiettivi del Piano e rispetto dei tempi di rendicontazione dei LEA	Raggiungimento degli obiettivi del Piano e rispetto dei tempi di rendicontazione dei LEA	
		12.6: Adozione e attuazione di un sistema di audit sulle Autorità Competenti, nonché implementazione di piano di formazione per le stesse, che investe tutti gli attori del controllo ufficiale, sul pacchetto igiene.		Effettuazione dei 6 audit sull'autorità competente	31/12/2013	Coerenza delle valutazioni espresse dagli auditor regionali con le valutazioni espresse da auditor comunitari, ministeriali e di Paesi Terzi (in industrie alimentari che esportano).	Avvio del processo di armonizzazione degli standard organizzativi delle autorità competenti locali incaricate dei controlli di sicurezza alimentare	Consolidamento del processo di armonizzazione delle organizzazioni incaricate dei controlli di sicurezza alimentare e rafforzamento delle competenze e dell'esperienza degli auditor designati dalla Regione Piemonte	Report di monitoraggio degli audit	
				13.1.1: Rete per il trattamento delle patologie cardiovascolari acute		Report di monitoraggio Registro FAST STEMI. Disciplina dei trasporti secondari urgenti. Aggiornamento sistema SAE	31/12/2013; 30/06/2014; 31/12/2014	Adozione dei relativi provvedimenti	Primo report semestrale sul registro FAST STEMI (integrato con il sistema informatico regionale) su indicatori di processo (accessi - percorsi - tempi e trattamenti) e indicatori di outcome della rete per le patologie cardiovascolari acute	Definizione del protocollo multidisciplinare sui trasferimenti secondari urgenti e di rientro dei pazienti tra centri Hub e Spoke della rete per le patologie cardiovascolari acute. Acquisizione, inserimento e controllo dei dati raccolti tramite il sistema SAE.

SCADENZARIO PROGRAMMI OPERATIVI 2013 - 2015 - REGIONE PIEMONTE									
AREA	PROGRAMMA	OBIETTIVO/INTERVENTO	AZIONE	OUTPUT	SCADENZA	INDICATORE DI PROCESSO	INDICATORE DI RISULTATO 2013	INDICATORE DI RISULTATO 2014	INDICATORE DI RISULTATO 2015
4. Area "Livelli Essenziali di assistenza"	13: Reti assistenziali per intensità di cure	13.1: Individuazione dei presidi secondo il modello Hub & Spoke secondo la logica dell'intensità delle cure (es. rete trauma, oncologia, ictus, trapianti); relativa individuazione dei Centri di riferimento.	13.1.2: Rete per il trattamento dell'ictus	Attività sovraospedaliera in rete. Uniformità del percorso trombolisi endovenosa. Elaborazione di percorsi condivisi e conseguente messa in rete delle neuroimmagini. Registro Ictus.	31/03/2014; 30/06/2014; 31/12/2015	Adozione dei relativi provvedimenti	Individuazione sedi per attività sovraospedaliera in rete (guardia neurologica h24 – pronta disponibilità diagnostica angio-TAC). Aggiornamento protocollo preospedaliero e intraospedaliero e definizione percorso per la trombolisi endovenosa	Miglioramento del percorso di ottimizzazione della rete di collegamento tra Centri Ictus di 1° e 2° livello. Definizione di un minimal data set necessario alla creazione di un registro ictus integrato con la rete informatica regionale	Utilizzo al 100% della rete di trasmissioni d'immagini TEMPOR. Istituzione del Registro Ictus
			13.1.3: Rete per il trattamento dei pazienti politraumatizzati	Aggiornamento delle Linee guida per la riabilitazione precoce e per la presa in carico del paziente nella fase post acuta	30/06/2014	Approvazione del provvedimento di approvazione delle linee guida	Definizione dei contenuti delle Linee guida	Avvio del percorso per la riabilitazione precoce e per la presa in carico del paziente nella fase post acuta in almeno 3 ASR	Incremento di almeno il 20% di pazienti politraumatizzati presi in carico dai servizi territoriali nella fase post acuta
			13.1.4: Rete oncologica	Identificazione dei centri Hub e dei centri Spoke della Rete. Garantire la chirurgia plastico-ricostruttiva. Definizione del percorso di follow up sulla tossicità tardiva nei pazienti affetti da patologia oncologica in età pediatrica. Identificazione degli indicatori di struttura, di processo, di esito, di efficienza, di valutazione delle attività di ricerca e di formazione. Audit sul gradimento della popolazione e report sulla misurazione dell'outcome	31/12/2013; 31/03/2014; 30/06/2014; 31/12/2014	Adozione dei relativi provvedimenti	Concentrazione almeno del 60% della casistica chirurgica oncologica negli ospedali hub della rete oncologica regionale.	Concentrazione almeno del 70% della casistica chirurgica oncologica negli ospedali hub della rete oncologica regionale.	Concentrazione almeno dell'80% della casistica chirurgica oncologica negli ospedali hub della rete oncologica regionale.
			13.1.5: La rete regionale di donazione e di trapianto di organi, tessuti e cellule	Iniziativa a sostegno alle attività di trapianto soprattutto quelle con maggior volume di attività	31/12/2013; 30/04/2014; 30/06/2014; 31/12/2014	Adozione di provvedimenti per il rafforzamento della rete dei coordinatori aziendali per potenziare il prelievo di organi, tessuti e cellule	Implementazione della rete informativa dei prelievi e trapianti di organi e tessuti e cellule	Implementazione del registro regionale dei donatori di cellule staminali emopoietiche. Applicazione del programma di trapianto rene-pancreas e del programma di trapianto di rene. Consolidamento del progetto Marea e del trapianto di rene da vivente anche attraverso l'individuazione di una specifica tariffa di prelievo.	Incremento di almeno il 20% della donazione di organi e tessuti da donatore deceduto
			13.1.6: Rete regionale di Allergologia	Attuazione della DGR n. 52-4255 del 30/07/2012 "Precisazioni ed integrazioni alla DGR 22-10727 del 09/02/2009 "Organizzazione della Rete Regionale di Allergologia: Coordinamento di Area Funzionale Sovrazonale e Coordinamento Regionale"	30/06/2014	Adozione di provvedimenti inter-aziendali di sviluppo dei percorsi protetti	Definizione dei contenuti per i provvedimenti inter-aziendali e regionali	Realizzazione del coordinamento di area sovrazonale	Report di monitoraggio sul coordinamento sovrazonale
			13.2: Definizione dei percorsi di cura, nonché dei percorsi diagnostico terapeutici relativi ad alcune aree di particolare interesse, in aggiunta all'area oncologica e cardiovascolare, che prevedano la integrazione ospedale/territorio.	13.2.1: PDTA - Oncologia	Adozione di PDTA in oncologia	30/06/2014	Adozione del provvedimento di approvazione del PDTA	Definizione dei contenuti del PDTA in oncologia	Miglioramento degli standard di qualità della rete oncologica
		13.2.2: PDTA – Cardiovascolare	Adozione di PDTA	30/06/2014	Adozione del provvedimento di approvazione del PDTA	Definizione dei contenuti del PDTA cardiovascolare	Miglioramento dell'appropriatezza e della qualità dei servizi per la diagnosi ed il trattamento delle malattie cardiovascolari	Monitoraggio sull'applicazione del nuovo PDTA	

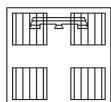
SCADENZARIO PROGRAMMI OPERATIVI 2013 - 2015 - REGIONE PIEMONTE									
AREA	PROGRAMMA	OBIETTIVO/INTERVENTO	AZIONE	OUTPUT	SCADENZA	INDICATORE DI PROCESSO	INDICATORE DI RISULTATO 2013	INDICATORE DI RISULTATO 2014	INDICATORE DI RISULTATO 2015
				Avvio, in forma sperimentale, del PDTA-DM e suo consolidamento a regime	31/03/2014; 31/07/2014; 30/06/2015; 31/12/2015	Adozione dei provvedimenti regionali	Avvio, in forma sperimentale, ai sensi della D.G.R. n. 61-13646/2010, del PDTA-DM nelle realtà la cui organizzazione e pianificazione interaziendale sia coerente con l'obiettivo perseguito	Monitoraggio del percorso avviato attraverso i relativi flussi regionali e verifica delle revisioni/integrazioni dei PdQ aziendali. Definizione della rete diabetologica (centri Hub e spoke)	Consolidamento a regime del PDTA-DM, articolando nella rete, coordinata con quelle delle cure primarie, tutte le attività specialistiche per la prevenzione, la diagnosi e la terapia del diabete. Monitoraggio relativo all'attivazione della rete diabetologica ed al completo sviluppo del PDTA-DM
				Attuazione di quanto previsto dalla DGR n. 6-5519 del 14/03/2013 e dalle DD.D. n. 532 del 4 luglio 2013 e n. 651 del 29 agosto 2013	31/12/2013; 31/12/2014	Verifica, inizialmente mensile e, dal 01/01/2014, trimestrale, del rispetto della tempistica relativamente alle azioni previste dal PO, attraverso specifici report da parte delle ASR	Effettuazione delle riconversioni, delle disattivazioni e delle riorganizzazioni previste dalla DGR n. 6-5519 del 14/03/2013 e dalle DD.D. n. 532 del 4 luglio 2013 e n. 651 del 29 agosto 2013 nel periodo di riferimento. Conferma degli indicatori LEA (assistenza ospedaliera) relativi al tasso di ospedalizzazione ed all'appropriatezza dei ricoveri	Effettuazione delle riconversioni, delle disattivazioni e delle riorganizzazioni previste dalla DGR n. 6-5519 del 14/03/2013 e dalle DD.D. n. 532 del 4 luglio 2013 e n. 651 del 29 agosto 2013 nel periodo di riferimento. Miglioramento degli indicatori LEA (assistenza ospedaliera) relativi al tasso di ospedalizzazione ed all'appropriatezza dei ricoveri	Pieno adempimento LEA 2011 punto f). Ulteriore miglioramento degli indicatori LEA (assistenza ospedaliera) relativi al tasso di ospedalizzazione ed all'appropriatezza dei ricoveri. Miglioramento dell'outcome: almeno 2 indicatori in almeno 5 strutture ospedaliere rispetto ai dati PNE
		14.1: Rete ospedaliera e riconversioni	14.1.1: Ridefinizione della rete ospedaliera acuti e post-acuti	Attuazione di quanto previsto dalla DGR n. 6-5519 del 14/03/2013	31/12/2013; 31/12/2014	Verifica e approvazione regionale dei programmi attuativi predisposti dalle ASR	Disattivazione/riconversione degli Ospedali: Valdese di Torino, Maria Adelaide di Torino, San Giovanni Antica Sede di Torino, Civile di Castellamonte, Sant'Agostino di Avigliana, Ospedale di Caraglio, Mauriziano di Valenza	Disattivazione/riconversione degli Ospedali di Genova, Civile di Venaria, Valdese di Torre Pellice, Valdese di Pomaretto	Trasferimento in sede più idonea degli ospedali Ofalmico di Torino e Amedeo di Savoia di Torino con contestuale riorganizzazione e razionalizzazione delle funzioni specialistiche
			14.1.2: Riconversione delle strutture ospedaliere di piccole dimensioni o con ridotta attività	Attuazione di quanto previsto dalla DGR n. 6-5519 del 14/03/2013	31/12/2013; 31/12/2014	Verifica di coerenza con i criteri regionali per l'eventuale approvazione degli atti aziendali	Approvazione, con DGR, degli Atti Aziendali proposti da ciascuna ASR	Riconduzione delle Strutture Complesse e delle Strutture Semplici agli standard approvati, dal "Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza ed efficacia nell'utilizzo delle risorse", in data 26.03.2012.	Verifica e monitoraggio dell'attuazione, da parte delle ASR, degli interventi e delle azioni previste dagli atti aziendali. Report semestrale di monitoraggio
			14.1.3: Emanazione o aggiornamento delle linee guida regionali per l'adozione degli atti aziendali	D.G.R. n. 21-5144 del 28.12.2012 e DGR 16-6418 del 30.09.2013	31/03/2014				
		14.2: Cure palliative e terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico	14.2.1: Cure Palliative e terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico	Programmi formativi. Individuazione dei percorsi attuativi della normativa nazionale. Definizione di un sistema tariffario di riferimento. Definizione della Rete di Cure Palliative e di Terapia del Dolore rivolta ai pazienti in età pediatrica. Dimensionamento dell'offerta di servizi al fabbisogno rilevato.	31/12/2013; 30/06/2014; 31/12/2014; 31/12/2015	Approvazione dei relativi provvedimenti	Report sui programmi formativi rivolti agli operatori. DD per l'individuazione di dettaglio dei percorsi attuativi della normativa nazionale. DGR della Rete di Cure Palliative e di Terapia del Dolore rivolta ai pazienti in età pediatrica	Sistema tariffario di riferimento in base alle risultanze del Tavolo previsto dall'Intesa Stato-Regioni del 25 luglio 2012. PDTA per i percorsi di terapia antalgica relativi ad almeno 2 tipologie di dolore. Report sull'attività della Rete di Terapia del Dolore entro il 30/06/2014.	Presenza di 1 posto letto in hospice ogni 56 deceduti di tumore. Attuazione della Rete di Cure Palliative e di Terapia del Dolore rivolta ai pazienti in età pediatrica.
	14: Riequilibrio Ospedale-Territorio		14.3.1: Unità di cure primarie e studi multiprofessionali e Accordi con MMG/PLS: individuazione o rimodulazione delle forme di associazionismo	Sviluppo di un piano di rimodulazione e di riqualificazione delle forme associative della medicina convenzionata	Il termine previsto dalla L. n. 189/2012 per l'aggiornamento degli A.I.R. è di novanta giorni dall'avvenuta approvazione dei nuovi A.C.N.	Approvazione del Piano	Avvio del tavolo regionale per il rinnovo dell'A.I.R. (se A.C.N. approvato entro settembre 2013)	Disciplina regionale delle nuove forme associative delle cure primarie	Incremento di almeno il 10% di MMG che operano in Medicina di Rete e di PLS che operano in Pediatria di Rete. Sviluppo del modello organizzativo delle cure primarie fondato sul CAP aziendale e sulla rete distrettuale AFT-UCCP in almeno 3 ASL.
			14.3.2: Il Centro di Assistenza Primaria (CAP)	Sviluppo della rete dei CAP	31/12/2013; 31/12/2014; 31/12/2015	Adozione dei provvedimenti necessari	Avvio operativo dei CAP di Arona e Avigliana	Avvio operativo dei CAP di Fossano, Venaria e di Castellamonte, Valenza e Santhia	Completamento della rete dei CAP (almeno 1 in ciascuna ASL) ed attivazione dei relativi Nuclei di continuità delle cure
		14.3: Assistenza primaria	14.3.3: Presidi residenziali di assistenza primaria	Attivazione della rete prevista dal PO	31/12/2013; 31/12/2014; 31/12/2015	Individuazione di uno specifico strumento per la rilevazione ed il monitoraggio delle attività (definizione di una scheda territoriale specifica).	Avvio della riconversione dei posti letto ospedalieri in posti letto di continuità assistenziale	Completamento della rete prevista di 1.100 posti letto di continuità assistenziale	Raggiungimento del tasso di occupazione dei posti letto di continuità assistenziale di almeno il 90%

SCADENZARIO PROGRAMMI OPERATIVI 2013 - 2015 - REGIONE PIEMONTE									
AREA	PROGRAMMA	OBIETTIVO/INTERVENTO	AZIONE	OUTPUT	SCADENZA	INDICATORE DI PROCESSO	INDICATORE DI RISULTATO 2013	INDICATORE DI RISULTATO 2014	INDICATORE DI RISULTATO 2015
			14.3.4: Assistenza specialistica ambulatoriale	Recepimento dei contenuti dell'azione da parte delle ASR	31/12/2013; 31/12/2014; 31/12/2015	Verifica del recepimento negli atti aziendali, da parte dei direttori generali delle ASR, delle previsioni di cui alla Deliberazione della Giunta Regionale 14/03/2013, n. 11-5524	Trasferimento nei laboratori di analisi di almeno il 50% delle diagnostiche presenti in reparti clinici. Organizzazione della logistica in ciascuna area sovrazonale, prevedendo la razionalizzazione dei trasporti anche di altre discipline	Integrazione dei laboratori di riferimento di una stessa Area sovrazonale tra loro sulla base delle specifiche cliniche e organizzative e, laddove possibile e conveniente, con altri laboratori di riferimento regionale - Minor ricorso alle prestazioni di terapia fisica, TC e RM	Presenza di non più di 7/8 Laboratori hub sul territorio regionale
			14.3.5: Piano Regionale di contenimento delle liste di attesa	Integrazione dell'offerta privata accreditata e contrattata con quella pubblica attraverso l'uso diffuso del sistema CUP. Revisione classi di priorità	31/12/2013; 30/06/2014; 31/12/2014	Adozione dei necessari provvedimenti	Pieno adempimento LEA 2011, punto h) Liste d'attesa, ovvero valorizzazione dei campi per quanto riguarda il monitoraggio ex post.	Aggiornamento/integrazione dei criteri di utilizzo delle classi di priorità clinica. Elaborazione di indirizzi operativi alle strutture di ricovero per la revisione periodica delle liste d'attesa con controllo della effettiva attuazione	Incremento di almeno il 20% delle prestazioni erogate da strutture private accreditate e oggetto di accordo contrattuale in rapporto al totale delle prestazioni prenotate attraverso il sistema CUP.
			14.4.1: Riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell'assistenza territoriale per disabili	Revisione organizzativo-gestionale delle strutture semi-residenziali e residenziali per disabili, entro il 31/03/2014. Revisione tariffaria coerente con la definizione del nuovo modello di assistenza da erogare nelle strutture pubbliche e private per le prestazioni residenziali e semiresidenziali, entro il 31/03/2015	01/06/2014; 01/06/2014	Adozione dei provvedimenti	Mantenimento dei livelli di servizio del 2012	Incremento dei casi trattati in cure domiciliari in lungo assistenza per disabili e incremento dei casi trattati in semi-residenziale e residenziale a 1 per mille abitanti	Incremento dei casi trattati in cure domiciliari in lungo assistenza per disabili e incremento dei casi trattati in semi-residenziale e residenziale a 1,2 per mille abitanti
			14.4.2: Riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell'assistenza territoriale per anziani	Revisione del sistema di cure domiciliari in lungo assistenza e definizione del sistema tariffario inerente il modello di remunerazione delle prestazioni di assistenza residenziale e semiresidenziale per anziani non autosufficienti, entro il 31/12/2013. Adozione provvedimento sui "Tempi di attesa"	31/12/2013; 30/06/2014	Adozione dei provvedimenti	Mantenimento dei livelli di servizio del 2012	Raggiungimento al 75% dello standard di 1,6 casi di lungoaassistenza domiciliare per 100 soggetti ultra sessantacinquenni e raggiungimento al 75% dello standard di 1,7 per 100 anziani non autosufficienti ospiti in RSA.	Raggiungimento dello standard di 1,6 casi di lungoaassistenza domiciliare per 100 soggetti ultra sessantacinquenni e raggiungimento dello standard di 1,7 per 100 anziani non autosufficienti ospiti in RSA
			14.4.3: Riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell'assistenza domiciliare integrata	Modifica ed integrazioni della D.G.R., n. 41-5952 del 07/05/2002 e s.m.i. "Linee guida per l'attivazione del Servizio di Cure domiciliari nelle Aziende sanitarie Locali della Regione Piemonte" entro il 31/12/2014. Individuazione dello strumento multidimensionale per la presa in carico degli assistiti in ADI, entro il 30/06/2014. Attivazione di una procedura web per collegare i MMG agli applicativi presenti nelle ASL entro il 31/12/2015.	31/12/2014; 30/06/2014; 31/12/2015	Adozione dei necessari provvedimenti	Mantenimento del livello LEA 2012, pari a 3,2 casi trattati in ADI per 100 soggetti ultra sessantacinquenni	Raggiungimento del livello LEA pari a 3,75 casi trattati in ADI per 100 soggetti ultra sessantacinquenni	Raggiungimento dello standard LEA (4 casi trattati in ADI per 100 soggetti ultra sessantacinquenni) entro il 30/06/2015
	(segue) 14: Riequilibrio Ospedale-Territorio	14.4: Assistenza territoriale							

SCADENZARIO PROGRAMMI OPERATIVI 2013 - 2015 - REGIONE PIEMONTE									
AREA	PROGRAMMA	OBIETTIVO/INTERVENTO	AZIONE	OUTPUT	SCADENZA	INDICATORE DI PROCESSO	INDICATORE DI RISULTATO 2013	INDICATORE DI RISULTATO 2014	INDICATORE DI RISULTATO 2015
			14.4.4: Riorganizzazione, riqualificazione e implementazione dell'assistenza ai pazienti psichiatrici	Riordino della rete di offerta territoriale in base a quanto previsto dalla DGR n. 87-6289 del 2 agosto 2013 di recepimento del "Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale"	31/12/2014; 31/12/2015	Adozione dei provvedimenti attuativi della DGR n. 87-6289 del 2 agosto 2013 di recepimento del "Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale"	Pieno adempimento Lea 2011, punto aab) Acquisizione dati relativi all'assistenza per salute mentale NSIS - SISM	Riconversione di almeno il 10% dei posti letto in strutture residenziali per pazienti psichiatrici in assistenza domiciliare	Riconversione di almeno il 20% dei posti letto in strutture residenziali per pazienti psichiatrici in assistenza domiciliare
			14.4.5: Assistenza territoriale ai soggetti tossicodipendenti	D.G.R. 14/03/2013, n. 12-5525, D.G.R. 2/08/2013, n. 36-6239	31/12/2014	Attuazione della DGR	Verifica sottoscrizione Accordi contrattuali, tra le singole ASL contraenti e le Strutture accreditate per le dipendenze che insistono sul territorio di competenza, sui posti da contrattualizzare corrispondenti al fabbisogno per l'area delle dipendenze	Ridefinizione dei posti complessivi da contrattualizzare, dei posti da riconvertire e dei posti da sopprimere rispetto agli attuali 1.246 posti accreditati	Verifica del fabbisogno e ridefinizione dei posti da contrattualizzare per il biennio 2016-2017
			14.4.6: Assistenza territoriale ai soggetti minori	DGR n.15-6181 del 29/07/2013. Ridefinizione di modalità uniformi NPI - RRF di presa in carico dei minori. Revisione linee-guida assistenza respiratoria. Definizione modalità uniformi per la presa in carico dei disturbi neuropsichiatrici in età evolutiva.	30/06/2014	Adozione dei relativi provvedimenti	Mantenimento dei livelli di servizio del 2012	Incremento del numero di casi presi in carico con modalità uniformi NPI-RRF. Monitoraggio sull'implementazione nelle ASR delle linee guida assistenza respiratoria. Monitoraggio sulle modalità di presa in carico NPI in età evolutiva	Attuazione in almeno il 20% dei casi della classificazione ICF nei confronti dei minori con problemi sanitari. Monitoraggio sull'implementazione nelle ASR delle linee guida assistenza respiratoria. Monitoraggio sulle modalità di presa in carico NPI in età evolutiva
	15: Rete Emergenza-Urgenza	15.1: Programma attuativo per la rete dell'emergenza - urgenza	15.1.1: Programma attuativo per la rete dell'emergenza territoriale	Conclusione del riordino della rete del 118 previsto dalla DGR 44-1980 del 29/04/2011 e dalla DGR 3-2249 del 27/06/2011	31/12/2013; 30/06/2014; 30/06/2014 30/06/2015	Adozione degli specifici provvedimenti	Conclusione definizione fabbisogno personale sanitario per lo svolgimento della funzione Emergenza 118 entro il 31/12/2013	Conclusione procedura bandi di mobilità e riordino dell'assetto delle postazioni conseguentemente alla riorganizzazione del sistema dell'emergenza ospedaliera e dell'implementazione per i trasporti secondari d'emergenza, con l'introduzione di eventuali nuove tipologie di mezzi, entro il 30/06/2014	Attuazione operativa del riordino dell'assetto postazioni, entro il 30/06/2015
			15.1.2: Rete emergenza ospedaliera	Realizzazione del cronoprogramma di cui alla DGR n. 6-5519 relativamente alla revisione della rete ospedaliera ed alla conseguente riduzione delle strutture eroganti la funzione di pronto soccorso	31/12/2013; 31/12/2014; 31/12/2015	Monitoraggio costante degli indicatori forniti dall'elaborazione degli archivi informatizzati alimentati dal flusso EMUR	Disattivazione del PS dell'ospedale di Fossano; Riconversione del PS degli ospedali della Valle Belbo e di Ovada in PPI	Disattivazione del PS dell'ospedale di Giaveno e del PPI dell'ospedale di Venaria	Riconversione del DEA I livello dell'ospedale di Borgosesia in PS H 24
	16: Sanità penitenziaria	16.1: Ricognizione procedure di trasferimento delle competenze dal Dipartimento Amministrazione penitenziaria al SSR implementazioni per la tutela della salute in carcere		Monitoraggio semestrale sullo stato dell'arte	31/12/2013	Report periodico sullo stato dell'arte	Approvazione del primo report e definizione di indicatori di performance dei servizi	Valutazione degli standard qualitativi raggiunti ed eventuali interventi correttivi	Completamento del processo di trasferimento delle competenze al SSR
			16.2: Disattivazione Ospedali psichiatrici giudiziari e individuazione dei percorsi di presa in carico dei relativi pazienti. Risultati programmati	Definizione del modello di intervento per la presa in carico, cura e riabilitazione dei pazienti con patologie psichiatriche riconducibili ad OPG, nonché di individuazione dei siti delle nuove strutture	31/12/2013	Invio del progetto alle Autorità competenti	Completamento della definizione del modello di intervento	Avvio del percorso di superamento degli OPG	Attuazione del percorso di superamento degli OPG

SCADENZARIO PROGRAMMI OPERATIVI 2013 - 2015 - REGIONE PIEMONTE									
AREA	PROGRAMMA	OBIETTIVO/INTERVENTO	AZIONE	OUTPUT	SCADENZA	INDICATORE DI PROCESSO	INDICATORE DI RISULTATO 2013	INDICATORE DI RISULTATO 2014	INDICATORE DI RISULTATO 2015
(segue) 4. Area "Livelli Essenziali di assistenza"		16.3: Tutela della salute in carcere		Cartella clinica elettronica in carcere	30/06/2014; 31/12/2015	Report di monitoraggio periodico dello stato dell'arte	Introduzione della cartella clinica elettronica nella C.C. di Asti e nella C.C. di Cuneo	Relazione finale sugli esiti della sperimentazione. Verifica dell'attivazione della procedura di segnalazione informatica attraverso la firma dei Protocolli Operativi	Monitoraggio di verifica dell'adozione dell'applicativo elettronico
	17: Assistenza farmaceutica	17.1: Razionalizzazione spesa farmaceutica ospedaliera	17.1.1: Commissione terapeutica regionale. Revisione del PTOR	Aggiornamento trimestrale PTOR	30/09/2013 - 4 scadenze anno	Adozione del provvedimento di aggiornamento del PTOR	4 aggiornamenti del PTOR / anno; monitoraggio aderenza al PTRP dei PTA aziendali: ogni 6 mesi tramite CTA aziendale; monitoraggio aderenza al PTRP dei Consigli Terapeutici riportati nelle lettere di dimissione da ricovero o a seguito di visita specialistica: ogni 6 mesi tramite CFI.	4 aggiornamenti del PTOR / anno; monitoraggio aderenza al PTRP dei PTA aziendali: ogni 6 mesi tramite CTA aziendale; monitoraggio aderenza al PTRP dei Consigli Terapeutici riportati nelle lettere di dimissione da ricovero o a seguito di visita specialistica: ogni 6 mesi tramite CFI.	4 aggiornamenti del PTOR / anno; monitoraggio aderenza al PTRP dei PTA aziendali: ogni 6 mesi tramite CTA aziendale; monitoraggio aderenza al PTRP dei Consigli Terapeutici riportati nelle lettere di dimissione da ricovero o a seguito di visita specialistica: ogni 6 mesi tramite CFI.
			17.1.2: Razionalizzazione dell'uso del farmaco in ospedale	Provvedimento di assegnazione obiettivo per i Direttori Generali di riduzione della spesa farmaceutica ospedaliera	30/09/2013	Adozione del provvedimento - DGR 34-6516 del 14.10.2013	Pieno adempimento LEA 2010 punto ar). Verifica sull'andamento rispetto all'obiettivo atteso (1 settimana di settembre 2013)	Riduzione del 4,2% della spesa farmaceutica ospedaliera, rispetto al 2013, che si attesta a € 62,9 per giornata di degenza/accesso	Riduzione del 5,8% della spesa farmaceutica ospedaliera, rispetto al 2014, che si attesta a € 59,2 per giornata di degenza/accesso
			17.1.3: Progetto dose unica del farmaco (DUF)	Valutazione dei dati qualitativi ed economici del progetto dell'ASL AL	31/07/2013; 31/12/2014; 31/12/2015	Report sulla valutazione ed estensione del progetto alle ASL TO 4, TO 5 e AT, operativo dal gennaio 2014	Relazione conclusiva sulla sperimentazione dell'ASL AL	Riduzione della spesa farmaceutica ospedaliera nelle ASL TO 4, TO 5 e AT, rispetto al 2013, pari a complessivi 2 €/mln	Riduzione della spesa farmaceutica ospedaliera nelle ASL TO 4, TO 5 e AT, rispetto al 2014, pari a complessivi 3,2 €/mln
	17.2: Razionalizzazione della spesa farmaceutica territoriale	17.2.1: Definizione specifica di percorsi per categorie di farmaci "alto spendenti"	Provvedimento di assegnazione obiettivo per i Direttori Generali su incremento percentuale a brevetto scaduto di STATINE, ed ANTIDEPRESSIVI	30/09/2013; 31/12/2014; 31/12/2015	Adozione del provvedimento - DGR 34-6516 del 14.10.2013	Riduzione della spesa 2013, per le Classi di farmaci C10AA, NO6AB e NO6AX di 8 €/mln (pari al 30% del gap complessivo, per le tre Classi di farmaci, di 26,5 €/mln tra spesa del Piemonte 2012 e valore atteso dal "Monitoraggio dell'assistenza farmaceutica territoriale e ospedaliera nelle Regioni in piano di rientro", elaborato dal Ministero della Salute)	Riduzione della spesa 2014, per le Classi di farmaci C10AA, NO6AB e NO6AX, di 8 €/mln rispetto al 2013 (pari ad un ulteriore 30% del gap complessivo, per le tre Classi di farmaci, di 26,5 €/mln tra spesa del Piemonte 2012 e valore atteso dal "Monitoraggio dell'assistenza farmaceutica territoriale e ospedaliera nelle Regioni in piano di rientro", elaborato dal Ministero della Salute)	Mantenimento dello stesso valore di spesa 2014 per le Classi di farmaci C10AA, NO6AB e NO6AX	
		17.2.2: Monitoraggio della attività prescrittiva e incentivi per la prescrizione dei farmaci a brevetto scaduto attraverso il supporto del Sistema Tessera Sanitaria	Provvedimento di assegnazione obiettivo per i Direttori Generali su incremento percentuale a brevetto scaduto di ACE INIBITORI e SARTANI	30/09/2013; 31/12/2014; 31/12/2015	Adozione del provvedimento - DGR 34-6516 del 14.10.2013	aumento di 5/6 punti percentuale (rispetto ai consumi 2012) di DDD a Brevetto scaduto di ACE-INIBITORI e SARTANI sul totale delle DDD prescritte degli stessi farmaci, entro il 31/12/2013	aumento di 5 punti percentuale (rispetto ai consumi 2013) di DDD a Brevetto scaduto di ACE-INIBITORI e SARTANI sul totale delle DDD prescritte degli stessi farmaci, entro il 31/12/2014	aumento di 5 punti percentuale (rispetto ai consumi 2014) di DDD a Brevetto scaduto di ACE-INIBITORI e SARTANI sul totale delle DDD prescritte degli stessi farmaci, entro il 31/12/2015	
	17.3: Budget dei MMG e dei PLS attraverso il supporto del Sistema Tessera Sanitaria	Attribuzione di specifico obiettivo sul monitoraggio costante del budget per i MMG e PLS, attraverso il supporto del Sistema Tessera Sanitaria	31/12/2013; 31/12/2014; 31/12/2015	Adozione del provvedimento	Definizione dei contenuti dell'obiettivo per le ASR	Incrementare di almeno il 20%, rispetto al 2013, i controlli con il sistema TS su correttezza dei Codici Fiscali, correttezza e congruità informativa nella compilazione delle ricette, esenzioni, non solo per reddito	Incrementare di almeno il 25%, rispetto al 2014, i controlli con il sistema TS su correttezza dei Codici Fiscali, correttezza e congruità informativa nella compilazione delle ricette, esenzioni, non solo per reddito		
	17.4: Misure di compartecipazione alla spesa	Monitoraggio su entrate da tickets. Monitoraggio su variazione dei consumi		Monitoraggio annuale	Calcolo della variazione vs anno precedente	Calcolo della variazione vs anno precedente	Calcolo della variazione vs anno precedente		
		18.1.1: Definizione di un programma regionale articolato nelle dimensioni del Governo Clinico e che contenga anche metodologia e strumenti per la gestione degli eventi avversi	Programma regionale per la gestione del rischio clinico	30/06/2014; 31/12/2015	Approvazione del Programma	Riduzione del numero di eventi avversi in almeno 3 ASR	Riduzione del numero di eventi avversi in almeno 5 ASR		
			18.1.2: Monitoraggio dei Piani di miglioramento attuati dalle aziende a seguito dell'occorrenza di eventi sentinella.	Integrazione della Linea di indirizzo n. 1/2010 "Linee di indirizzo per la segnalazione e gestione degli eventi sentinella" con un protocollo di monitoraggio	31/12/2013 31/12/2014 31/12/2015	Adozione provvedimenti	Numero eventi sentinella monitorato (azioni di miglioramento) / Numero eventi sentinella occorsi (per cui è possibile effettuare analisi e programmare azioni di miglioramento) non inferiore al 20%	Numero eventi sentinella monitorato (azioni di miglioramento) / Numero eventi sentinella occorsi (per cui è possibile effettuare analisi e programmare azioni di miglioramento) non inferiore al 50%	

SCADENZARIO PROGRAMMI OPERATIVI 2013 - 2015 - REGIONE PIEMONTE											
AREA	PROGRAMMA	OBIETTIVO/INTERVENTO	AZIONE	OUTPUT	SCADENZA	INDICATORE DI PROCESSO	INDICATORE DI RISULTATO 2013	INDICATORE DI RISULTATO 2014	INDICATORE DI RISULTATO 2015		
18: Sicurezza e rischio clinico		18.1: Sicurezza e rischio clinico.	18.1.3: Monitoraggio sistematico dell'uso della check list in Sala Operatoria.	Monitoraggio annuale adozione check list in sala operatoria	31/12/2013	Adozione provvedimenti e report monitoraggio	Verifica situazione a livello aziendale e adozione provvedimento di approvazione standard minimi della check list in Sala Operatoria	Presenza della check list in Sala Operatoria in almeno il 50% delle sale operatorie delle ASR e delle Strutture private	Presenza della check list in Sala Operatoria in almeno l'80% delle sale operatorie delle ASR e delle Strutture private		
			18.1.4: Implementazione e monitoraggio della Raccomandazione per la sicurezza nella terapia oncologica.	Sviluppo delle Raccomandazioni ministeriali del novembre 2012 in materia di "Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici"	31/12/2013	Recepimento e attuazione Raccomandazioni ministeriali a livello aziendale	Adozione del provvedimento di costituzione del gruppo di lavoro	Effettuazione, da parte di almeno il 50% delle ASR, dell'autovalutazione sulla sicurezza nella terapia oncologica	Effettuazione, da parte di almeno il 75% delle ASR, dell'autovalutazione sulla sicurezza nella terapia oncologica		
			18.1.5: Previsione dell'inserimento dell'implementazione dei documenti ministeriali sulla qualità e sicurezza dei pazienti (Raccomandazioni, Manuale per la sicurezza in Sala Operatoria) tra i criteri di valutazione dei D.G.	Inserimento, tra gli obiettivi incentivanti per l'anno 2014 e, conseguentemente, tra i criteri di valutazione dell'operato dei direttori generali delle ASR, l'implementazione dei documenti ministeriali in materia di qualità e sicurezza dei pazienti	31/12/2014	Adozione del provvedimento		Riduzione del numero di eventi avversi prevenibili in almeno 3 ASR Implementazione di almeno il 50% delle Raccomandazioni ministeriali	Riduzione del numero di eventi avversi prevenibili in almeno 5 ASR Implementazione di almeno l'80% delle Raccomandazioni ministeriali		
			18.1.6: Progetto tematico "Prevenzione delle cadute nelle strutture sanitarie"	Predisposizione di opuscoli tipo per gli utenti e informazione ai pazienti e ai familiari che prestano loro assistenza sui rischi derivanti comportamenti non idonei in relazione allo stato di salute	31/12/2013	Adozione del provvedimento definizione Linee di indirizzo regionali	Approvazione Linee di indirizzo regionali	Riduzione del numero di cadute nelle strutture sanitarie in almeno 5 ASR	Riduzione del numero di cadute nelle strutture sanitarie in almeno 10 ASR		
			18.1.7: Progetto tematico "Sicurezza in sala operatoria"	Elaborazione di un documento che definisca gli standard minimi di tutte le checklist in uso nelle aziende piemontesi entro il 31.12.2013 e le modalità di verifica entro il 31.12.2014	31/12/2013 31/12/2014	Adozione del provvedimento definizione indicatori soglia e strumenti misurazione qualità	Definizione indicatori soglia	Riduzione della mortalità a 24 ore, a 30 giorni e delle infezioni del sito chirurgico in almeno 5 ASR	Riduzione della mortalità a 24 ore, a 30 giorni e delle infezioni del sito chirurgico in almeno 10 ASR		
			18.1.8: Progetto tematico "Scheda unica di terapia"	Elaborazione di un modello di scheda unica di terapia regionale (di possibile informatizzazione).	31/12/2013	Adozione del provvedimento di definizione standard minimi a livello regionale	Adozione del provvedimento costituzione gruppo di lavoro	Adozione della Scheda unica di terapia in 10 ASR	Adozione della Scheda unica di terapia in tutte le ASR		
			18.1.9: Programma Regionale per l'Emergenza intraospedaliera	Riduzione arresti cardiaci intra-ospedalieri	31/12/2014	Avvio a regime registro regionale arresti cardiaci intra-ospedaliera. Aggiornamento piani aziendali per l'emergenza intraospedalier		Riduzione dei tempi di attivazione e di risposta del medical emergency team - MET	Riduzione arresti cardiaci intra-ospedalieri		
			18.1.10: Programma per la gestione dei rischi sanitari della responsabilità civile della Regione Piemonte	Linee guida, predisposte dal Comitato regionale, inerenti la regolamentazione delle procedure di gestione dei sinistri	31/12/2013; 30/06/2014	Adozione del provvedimento di costituzione del Comitato regionale per la gestione dei rischi sanitari, entro il 31/12/2013. Adozione del provvedimento di approvazione delle Linee guida, entro il 30/6/2014	Mantenimento dei costi 2012 per l'assicurazione dei rischi sanitari della responsabilità civile	Mantenimento dei costi 2013 per l'assicurazione dei rischi sanitari della responsabilità civile	Mantenimento dei costi 2014 per l'assicurazione dei rischi sanitari della responsabilità civile		
			19: Attuazione del Piano dei pagamenti	19.1: Attuazione del Piano dei pagamenti		Effettuazione e monitoraggio delle procedure previste dal MEF		Adozione dei provvedimenti nei tempi previsti dal MEF	Riduzione dei tempi di pagamento degli Enti del SSR	Riduzione dei tempi di pagamento degli Enti del SSR	Tempi di pagamento dei fornitori a 90-120 giorni



MODELLO DI RILEVAZIONE DEI COSTI DEI LIVELLI DI ASSISTENZA DELLE AZIENDE UNITA' SANITARIE LOCALI E DELLE AZIENDE OSPEDALIERE

STRUTTURA RILEVATA		
REGIONE	010	ASL /AO 999

OGGETTO DELLA RILEVAZIONE	
CONSUNTIVO ANNO	1

	Macrovocci economiche	Consumi e manutenzioni di esercizio		Costi per acquisti di servizi			Personale del ruolo sanitario	Personale del ruolo professionale	Personale del ruolo tecnico	Personale del ruolo amministrativo	Ammortamenti	Sopravvenienze / insussistenze	Altri costi	Totale
		sanitari	non sanitari	prestazioni sanitarie	servizi sanitari per erogazione di prestazioni	servizi non sanitari								
Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro														
10100	Igiene e sanità pubblica	17.315	674	719	30.993	8.097	34.751	147	2.172	7.026	1.670	0	2.771	106.334
10200	Igiene degli alimenti e della	249	263	107	7.742	2.806	15.671	81	606	2.161	882	0	809	31.376
10300	Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro	265	319	314	9.858	3.713	23.611	371	1.140	3.351	1.138	0	1.108	45.187
10400	Sanità pubblica veterinaria	585	799	5.580	4.511	9.048	66.053	253	3.317	8.013	2.322	0	3.573	104.052
10500	Attività di prevenzione rivolte alle persone	1.776	282	973	975	2.364	7.415	23	492	1.338	595	0	916	17.150
10600	Servizio medico legale	870	460	1.223	6.003	4.824	20.055	76	1.025	6.021	890	0	2.860	44.307
19999	Totale	21.059	2.798	8.916	60.082	30.851	167.555	950	8.752	27.910	7.496	0	12.036	348.406
Assistenza distrettuale														
20100	Guardia medica	214	81	48.553	57	465	605	3	99	762	130	0	445	51.413
20200	Medicina generale	1.100	366	383.856	916	2.879	4.413	26	679	5.004	1.083	0	3.070	403.393
20201	-- Medicina generica	907	299	320.822	783	2.343	3.814	23	569	4.055	871	0	2.691	337.176
20202	--Pediatria di libera	194	67	63.035	134	536	599	3	110	949	212	0	379	66.217
20300	Emergenza sanitaria	22.720	426	45.709	2.739	7.368	43.292	143	3.154	2.161	2.204	0	2.480	132.396
20400	Assistenza farmaceutica	318.902	3.865	743.968	4.733	25.961	39.437	201	6.498	7.419	7.665	0	3.935	1.162.584
20401	--Ass. farmaceutica erogata tramite le	37.330	1.718	646.784	884	2.285	3.486	14	306	1.500	1.745	0	1.143	697.197
20402	--Altre forme di erogazione	281.572	2.147	97.184	3.849	23.676	35.951	187	6.192	5.919	5.919	0	2.792	465.387
20500	Assistenza Integrativa	9.798	74	113.145	1.685	1.127	1.611	10	167	1.679	1.471	0	270	131.036
20600	Assistenza specialistica	216.658	17.097	319.599	50.145	177.827	587.236	2.581	61.067	66.188	46.709	0	43.853	1.588.961

MODELLO DI RILEVAZIONE DEI COSTI DEI LIVELLI DI ASSISTENZA DELLE AZIENDE UNITA' SANITARIE LOCALI E DELLE AZIENDE OSPEDALIERE

STRUTTURA RILEVATA		
REGIONE	010	ASL /AO
		999

OGGETTO DELLA RILEVAZIONE
CONSUNTIVO ANNO
1

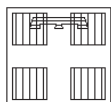
	Macrovoce economiche	Consumi e manutenzioni di esercizio		Costi per acquisti di servizi			Personale del ruolo sanitario	Personale del ruolo professionale	Personale del ruolo tecnico	Personale del ruolo amministrativo	Ammortamenti	Sopravvenienze / insussistenze	Altri costi	Totale
		sanitari	non sanitari	prestazioni sanitarie	servizi sanitari per erogazione di prestazioni	servizi non sanitari								
20601	--Attività clinica	89.771	9.652	165.963	27.433	89.201	308.377	1.255	33.056	38.262	24.005	0	28.274	815.250
20602	--Attività di	82.313	3.931	56.276	9.716	45.327	148.613	628	15.246	14.098	10.412	0	8.259	394.819
20603	--Attività di diagnostica strumentale e	44.574	3.514	97.360	12.996	43.299	130.246	698	12.764	13.828	12.292	0	7.321	378.892
20700	Assistenza Protetica	743	96	77.456	254	1.928	2.297	18	306	2.828	1.830	0	445	88.202
20800	Assistenza territoriale ambulatoriale e	20.872	3.260	85.620	25.701	29.878	166.732	506	14.133	12.974	6.868	0	11.998	378.540
20801	--assistenza programmata a domicilio	10.173	1.065	43.219	11.106	9.258	48.493	144	3.446	4.191	2.634	0	2.887	136.616
20802	--assistenza alle donne, famiglia, coppie	1.996	741	12.778	2.816	3.917	23.085	72	918	1.647	838	0	1.896	50.704
20803	--Assistenza	2.807	654	4.379	7.436	7.619	52.476	152	3.339	3.235	1.567	0	3.213	86.877
20804	--Assistenza	490	20	14.243	140	268	1.405	3	55	167	54	0	86	16.933
20805	--Assistenza ai	4.227	540	5.237	3.865	6.852	35.492	111	3.692	2.423	1.255	0	2.960	66.654
20806	--Assistenza agli	886	200	1.809	153	1.405	4.141	21	2.401	1.207	396	0	826	13.444
20807	--Assistenza ai malati	260	36	3.661	58	483	1.153	3	245	82	84	0	85	6.148
20808	--Assistenza a	33	3	294	126	76	488	0	37	21	40	0	46	1.164
20900	Assistenza territoriale	2.166	547	76.947	2.438	4.511	16.667	57	2.185	1.071	720	0	1.189	108.499
20901	--Assistenza	1.439	336	9.557	1.470	2.419	13.762	48	1.162	585	432	0	774	31.984
20902	--Assistenza	86	23	55.395	610	337	776	2	73	249	42	0	62	57.654
20903	--Assistenza ai	27	5	1.111	94	62	367	1	173	47	8	0	24	1.918
20904	--Assistenza agli	611	183	10.881	259	1.677	1.733	5	544	177	234	0	307	16.609
20905	--Assistenza a	0	0	3	0	0	1	0	0	0	0	0	0	4
20906	--Assistenza ai malati	3	1	0	4	17	29	1	234	13	6	0	22	330

MODELLO DI RILEVAZIONE DEI COSTI DEI LIVELLI DI ASSISTENZA DELLE AZIENDE UNITA' SANITARIE LOCALI E DELLE AZIENDE OSPEDALIERE

STRUTTURA RILEVATA		
REGIONE	<input type="text" value="010"/>	ASL /AO <input type="text" value="999"/>

OGGETTO DELLA RILEVAZIONE
CONSUNTIVO ANNO <input type="text" value="1"/>

	Macro voci economiche	Consumi e manutenzioni di esercizio		Costi per acquisti di servizi			Personale del ruolo sanitario	Personale del ruolo professionale	Personale del ruolo tecnico	Personale del ruolo amministrativo	Ammortamenti	Sopravvenienze / insussistenze	Altri costi	Totale
		sanitari	non sanitari	prestazioni sanitarie	servizi sanitari per erogazione di prestazioni	servizi non sanitari								
21000	Assistenza territoriale	7.001	1.465	527.165	9.527	9.986	26.097	105	5.081	2.945	1.697	0	2.452	593.527
21001	--Assistenza	1.248	391	83.621	1.865	3.635	9.871	42	1.697	610	379	0	672	104.030
21002	--Assistenza	119	20	113.425	371	198	1.446	5	139	387	159	0	100	116.370
21003	--Assistenza ai	510	82	25.255	881	564	3.268	17	472	297	55	0	258	31.658
21004	--Assistenza agli	4.518	803	283.991	6.118	4.829	8.421	31	2.030	1.268	840	0	1.053	313.904
21005	--Assistenza a	9	0	2.321	84	49	55	0	5	2	1	0	1	2.528
21006	--Assistenza ai malati	597	168	10.272	202	690	3.033	10	731	224	206	0	324	16.458
21100	Assistenza Idrotermale	6	1	8.280	5	21	2	0	7	157	57	0	44	8.578
29999	Totale	600.180	27.276	2.422.019	98.196	261.929	888.387	3.648	93.370	103.031	70.377	0	70.138	4.638.550
Assistenza ospedaliera														
30100	Attività di pronto	59.385	4.959	879	8.106	46.876	212.491	723	20.895	10.340	11.828	0	9.419	385.901
30200	Ass. ospedaliera per acuti	473.076	38.945	538.853	69.966	359.067	1.154.977	5.812	154.410	82.455	95.480	0	63.508	3.036.549
30201	--in Day Hospital e	100.659	7.550	109.657	11.997	67.997	207.130	1.014	30.529	17.127	19.276	0	12.541	585.475
30202	--in degenza ordinaria	372.417	31.395	429.197	57.969	291.069	947.848	4.798	123.881	65.328	76.204	0	50.967	2.451.073
30300	Interventi ospedalieri a	20	0	0	11	31	10	1	1	1	1	0	1	78
30400	Ass. ospedaliera per	4.200	523	17.981	493	4.280	13.209	52	2.792	743	1.199	0	696	46.169
30500	Ass. ospedaliera per	6.028	888	60.753	1.135	7.094	37.864	109	4.598	2.359	2.247	0	1.489	124.564
30600	Emocomponenti e servizi professionali	37.954	439	68	728	5.725	19.917	78	1.432	1.370	1.400	0	1.069	70.179
30700	Trapianto organi e tessuti	47	23	0	28	91	312	3	102	28	9	0	57	698
39999	Totale	580.710	45.776	618.534	80.466	423.163	1.438.780	6.779	184.230	97.297	112.163	0	76.239	3.664.137
49999	TOTALE	1.201.949	75.850	3.049.468	238.744	715.943	2.494.722	11.378	286.352	228.238	190.036	0	158.413	8.651.093



MODELLO DI RILEVAZIONE DEI COSTI DEI LIVELLI DI ASSISTENZA DELLE AZIENDE UNITA' SANITARIE LOCALI E DELLE AZIENDE OSPEDALIERE

STRUTTURA RILEVATA		
REGIONE	010	ASL /AO 999

OGGETTO DELLA RILEVAZIONE	
CONSUNTIVO ANNO	1

	Macrovocci economiche	Consumi e manutenzioni di esercizio		Costi per acquisti di servizi			Personale del ruolo sanitario	Personale del ruolo professionale	Personale del ruolo tecnico	Personale del ruolo amministrativo	Ammortamenti	Sopravvenienze / insussistenze	Altri costi	Totale
		sanitari	non sanitari	prestazioni sanitarie	servizi sanitari per erogazione di prestazioni	servizi non sanitari								
Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro														
10100	Igiene e sanità pubblica	17.140	674	707	26.175	8.018	34.168	145	2.136	6.908	1.670	0	5.407	103.147
10200	Igiene degli alimenti e della	246	263	105	6.539	2.778	15.408	79	596	2.125	882	0	1.578	30.600
10300	Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro	262	319	309	8.326	3.676	23.215	364	1.121	3.295	1.138	0	2.163	44.188
10400	Sanità pubblica veterinaria	579	799	5.489	3.810	8.959	64.944	249	3.261	7.878	2.322	0	6.972	105.262
10500	Attività di prevenzione rivolte alle persone	1.758	282	957	824	2.341	7.290	22	484	1.316	595	0	1.787	17.657
10600	Servizio medico legale	862	460	1.203	5.070	4.776	19.718	75	1.008	5.920	890	0	5.582	45.564
19999	Totale	20.847	2.798	8.770	50.743	30.549	164.743	934	8.605	27.441	7.496	0	23.490	346.418
Assistenza distrettuale														
20100	Guardia medica	211	81	47.758	48	460	595	3	98	749	130	0	869	51.002
20200	Medicina generale	1.089	366	377.572	774	2.851	4.339	25	668	4.920	1.083	0	5.992	399.679
20201	-- Medicina generica	897	299	315.569	661	2.320	3.750	22	559	3.987	871	0	5.252	334.189
20202	--Pediatria di libera	192	67	62.003	113	531	589	3	109	933	212	0	740	65.490
20300	Emergenza sanitaria	22.491	426	44.961	2.313	7.296	42.566	140	3.101	2.125	2.204	0	4.840	132.462
20400	Assistenza farmaceutica	315.684	3.865	731.787	3.997	25.707	38.775	198	6.389	7.295	7.665	0	7.679	1.149.041
20401	--Ass. farmaceutica erogata tramite le	36.954	1.718	636.195	747	2.263	3.428	14	300	1.475	1.745	0	2.230	687.069
20402	--Altre forme di erogazione	278.731	2.147	95.593	3.250	23.444	35.348	184	6.088	5.820	5.919	0	5.448	461.972
20500	Assistenza Integrativa	9.699	74	111.293	1.424	1.116	1.584	9	164	1.651	1.471	0	526	129.010
20600	Assistenza specialistica	214.472	17.097	314.366	42.351	176.090	577.381	2.538	60.042	65.077	46.709	0	85.586	1.601.709

MODELLO DI RILEVAZIONE DEI COSTI DEI LIVELLI DI ASSISTENZA DELLE AZIENDE UNITA' SANITARIE LOCALI E DELLE AZIENDE OSPEDALIERE

STRUTTURA RILEVATA		
REGIONE	<input type="text" value="010"/>	ASL /AO <input type="text" value="999"/>

OGGETTO DELLA RILEVAZIONE
CONSUNTIVO ANNO <input type="text" value="1"/>

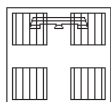
	Macrovoce economiche	Consumi e manutenzioni di esercizio		Costi per acquisti di servizi			Personale del ruolo sanitario	Personale del ruolo professionale	Personale del ruolo tecnico	Personale del ruolo amministrativo	Ammortamenti	Sopravvenienze / insussistenze	Altri costi	Totale
		sanitari	non sanitari	prestazioni sanitarie	servizi sanitari per erogazione di prestazioni	servizi non sanitari								
20601	--Attività clinica	88.865	9.652	163.246	23.169	88.330	303.202	1.234	32.501	37.620	24.005	0	55.180	827.005
20602	--Attività di	81.482	3.931	55.355	8.205	44.885	146.119	618	14.991	13.861	10.412	0	16.118	395.977
20603	--Attività di diagnostica strumentale e	44.125	3.514	95.766	10.976	42.876	128.060	686	12.550	13.596	12.292	0	14.287	378.728
20700	Assistenza Protetica	736	96	76.188	215	1.909	2.258	18	301	2.781	1.830	0	869	87.200
20800	Assistenza territoriale ambulatoriale e	20.661	3.260	84.218	21.706	29.586	163.934	497	13.895	12.756	6.868	0	23.415	380.797
20801	--assistenza programmata a domicilio	10.071	1.065	42.511	9.380	9.167	47.679	141	3.388	4.120	2.634	0	5.634	135.791
20802	--assistenza alle donne, famiglia, coppie	1.975	741	12.569	2.379	3.878	22.697	71	903	1.620	838	0	3.700	51.371
20803	--Assistenza	2.778	654	4.308	6.280	7.544	51.595	150	3.283	3.181	1.567	0	6.271	87.611
20804	--Assistenza	485	20	14.010	118	266	1.382	3	54	165	54	0	168	16.724
20805	--Assistenza ai	4.184	540	5.151	3.264	6.785	34.896	109	3.630	2.383	1.255	0	5.776	67.975
20806	--Assistenza agli	878	200	1.780	129	1.391	4.071	21	2.360	1.187	396	0	1.612	14.024
20807	--Assistenza ai malati	257	36	3.601	49	479	1.133	3	241	80	84	0	165	6.128
20808	--Assistenza a	33	3	289	107	75	480	0	36	21	40	0	90	1.173
20900	Assistenza territoriale	2.144	547	75.687	2.059	4.467	16.387	56	2.149	1.053	720	0	2.321	107.590
20901	--Assistenza	1.424	336	9.400	1.242	2.395	13.531	48	1.143	575	432	0	1.511	32.036
20902	--Assistenza	85	23	54.488	516	334	763	2	71	245	42	0	121	56.689
20903	--Assistenza ai	27	5	1.093	80	61	361	1	170	46	8	0	46	1.897
20904	--Assistenza agli	605	183	10.703	219	1.661	1.704	5	534	174	234	0	598	16.618
20905	--Assistenza a	0	0	3	0	0	1	0	0	0	0	0	0	4
20906	--Assistenza ai malati	3	1	0	3	16	28	1	230	13	6	0	44	346

MODELLO DI RILEVAZIONE DEI COSTI DEI LIVELLI DI ASSISTENZA DELLE AZIENDE UNITA' SANITARIE LOCALI E DELLE AZIENDE OSPEDALIERE

STRUTTURA RILEVATA		
REGIONE	<input type="text" value="010"/>	ASL /AO <input type="text" value="999"/>

OGGETTO DELLA RILEVAZIONE
CONSUNTIVO ANNO <input type="text" value="1"/>

	Macrovoce economiche	Consumi e manutenzioni di esercizio		Costi per acquisti di servizi			Personale del ruolo sanitario	Personale del ruolo professionale	Personale del ruolo tecnico	Personale del ruolo amministrativo	Ammortamenti	Sopravvenienze / insussistenze	Altri costi	Totale
		sanitari	non sanitari	prestazioni sanitarie	servizi sanitari per erogazione di prestazioni	servizi non sanitari								
21000	Assistenza territoriale	6.931	1.465	518.534	8.046	9.888	25.659	103	4.996	2.896	1.697	0	4.786	585.006
21001	--Assistenza	1.236	391	82.252	1.575	3.599	9.705	41	1.668	600	379	0	1.312	102.758
21002	--Assistenza	118	20	111.568	313	196	1.422	5	136	380	159	0	196	114.515
21003	--Assistenza ai	505	82	24.841	744	559	3.213	17	464	292	55	0	503	31.274
21004	--Assistenza agli	4.472	803	279.341	5.167	4.782	8.280	31	1.996	1.247	840	0	2.055	309.015
21005	--Assistenza a	9	0	2.283	71	48	55	0	5	2	1	0	3	2.477
21006	--Assistenza ai malati	591	168	10.104	171	683	2.982	9	719	220	206	0	632	16.486
21100	Assistenza Idrotermale	6	1	8.145	4	20	2	0	7	154	57	0	85	8.480
29999	Totale	594.124	27.276	2.382.364	82.933	259.370	873.478	3.587	91.803	101.302	70.377	0	136.882	4.623.497
Assistenza ospedaliera														
30100	Attività di pronto	58.786	4.959	865	6.846	46.418	208.925	711	20.545	10.166	11.828	0	18.382	388.430
30200	Ass. ospedaliera per acuti	468.303	38.945	530.031	59.090	355.559	1.135.595	5.715	151.819	81.072	95.480	0	123.943	3.045.551
30201	--in Day Hospital e	99.643	7.550	107.861	10.132	67.333	203.654	997	30.016	16.840	19.276	0	24.475	587.777
30202	--in degenza ordinaria	368.660	31.395	422.170	48.958	288.226	931.941	4.718	121.802	64.232	76.204	0	99.468	2.457.774
30300	Interventi ospedalieri a	20	0	0	9	31	10	1	1	1	1	0	3	77
30400	Ass. ospedaliera per	4.157	523	17.686	417	4.238	12.987	51	2.745	731	1.199	0	1.359	46.094
30500	Ass. ospedaliera per	5.967	888	59.758	958	7.025	37.228	107	4.521	2.320	2.247	0	2.906	123.925
30600	Emocomponenti e servizi professionali	37.571	439	67	615	5.669	19.583	77	1.408	1.347	1.400	0	2.086	70.260
30700	Trapianto organi e tessuti	47	23	0	24	90	307	3	100	27	9	0	111	739
39999	Totale	574.851	45.776	608.407	67.959	419.029	1.414.635	6.665	181.138	95.664	112.163	0	148.790	3.675.077
49999	TOTALE	1.189.822	75.850	2.999.541	201.634	708.949	2.452.856	11.187	281.547	224.407	190.036	0	309.163	8.644.992



MODELLO DI RILEVAZIONE DEI COSTI DEI LIVELLI DI ASSISTENZA DELLE AZIENDE UNITA' SANITARIE LOCALI E DELLE AZIENDE OSPEDALIERE

STRUTTURA RILEVATA		
REGIONE	010	ASL /AO 999

OGGETTO DELLA RILEVAZIONE	
CONSUNTIVO ANNO	1

	Macrovocci economiche	Consumi e manutenzioni di esercizio		Costi per acquisti di servizi			Personale del ruolo sanitario	Personale del ruolo professionale	Personale del ruolo tecnico	Personale del ruolo amministrativo	Ammortamenti	Sopravvenienze / insussistenze	Altri costi	Totale
		sanitari	non sanitari	prestazioni sanitarie	servizi sanitari per erogazione di prestazioni	servizi non sanitari								
Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro														
10100	Igiene e sanità pubblica	16.952	674	710	26.175	8.008	34.147	145	2.134	6.903	1.670	0	5.403	102.921
10200	Igiene degli alimenti e della	243	263	106	6.539	2.775	15.399	79	595	2.124	882	0	1.577	30.582
10300	Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro	259	319	310	8.326	3.672	23.200	364	1.120	3.293	1.138	0	2.162	44.163
10400	Sanità pubblica veterinaria	572	799	5.515	3.810	8.948	64.904	248	3.259	7.874	2.322	0	6.967	105.217
10500	Attività di prevenzione rivolte alle persone	1.739	282	962	824	2.338	7.286	22	484	1.315	595	0	1.785	17.632
10600	Servizio medico legale	852	460	1.209	5.070	4.770	19.706	75	1.007	5.916	890	0	5.578	45.533
19999	Totale	20.617	2.798	8.812	50.743	30.511	164.640	934	8.600	27.424	7.496	0	23.471	346.047
Assistenza distrettuale														
20100	Guardia medica	209	81	47.987	48	460	595	3	98	748	130	0	868	51.227
20200	Medicina generale	1.077	366	379.385	774	2.847	4.336	25	667	4.917	1.083	0	5.988	401.466
20201	-- Medicina generica	887	299	317.085	661	2.317	3.748	22	559	3.985	871	0	5.248	335.682
20202	--Pediatria di libera	189	67	62.300	113	530	588	3	109	933	212	0	739	65.783
20300	Emergenza sanitaria	22.243	426	45.177	2.313	7.286	42.539	140	3.099	2.124	2.204	0	4.836	132.388
20400	Assistenza farmaceutica	312.210	3.865	735.302	3.997	25.675	38.751	198	6.385	7.290	7.665	0	7.673	1.149.010
20401	--Ass. farmaceutica erogata tramite le	36.547	1.718	639.250	747	2.260	3.426	14	300	1.474	1.745	0	2.229	689.710
20402	--Altre forme di erogazione	275.663	2.147	96.052	3.250	23.415	35.326	184	6.085	5.816	5.919	0	5.444	459.300
20500	Assistenza Integrativa	9.593	74	111.827	1.424	1.114	1.583	9	164	1.650	1.471	0	526	129.434
20600	Assistenza specialistica	212.111	17.097	315.876	42.351	175.867	577.022	2.536	60.004	65.037	46.709	0	85.516	1.600.127

MODELLO DI RILEVAZIONE DEI COSTI DEI LIVELLI DI ASSISTENZA DELLE AZIENDE UNITA' SANITARIE LOCALI E DELLE AZIENDE OSPEDALIERE

STRUTTURA RILEVATA		
REGIONE	010	ASL /AO
		999

OGGETTO DELLA RILEVAZIONE
CONSUNTIVO ANNO
1

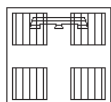
	Macrovoce economiche	Consumi e manutenzioni di esercizio		Costi per acquisti di servizi			Personale del ruolo sanitario	Personale del ruolo professionale	Personale del ruolo tecnico	Personale del ruolo amministrativo	Ammortamenti	Sopravvenienze / insussistenze	Altri costi	Totale
		sanitari	non sanitari	prestazioni sanitarie	servizi sanitari per erogazione di prestazioni	servizi non sanitari								
20601	--Attività clinica	87.887	9.652	164.030	23.169	88.218	303.013	1.234	32.481	37.596	24.005	0	55.135	826.421
20602	--Attività di	80.586	3.931	55.621	8.205	44.828	146.028	617	14.981	13.853	10.412	0	16.105	395.166
20603	--Attività di diagnostica strumentale e	43.639	3.514	96.226	10.976	42.821	127.981	685	12.542	13.587	12.292	0	14.276	378.540
20700	Assistenza Protetica	727	96	76.554	215	1.907	2.257	18	301	2.779	1.830	0	868	87.551
20800	Assistenza territoriale ambulatoriale e	20.434	3.260	84.623	21.706	29.548	163.832	497	13.887	12.748	6.868	0	23.396	380.798
20801	--assistenza programmata a domicilio	9.960	1.065	42.716	9.380	9.156	47.650	141	3.386	4.118	2.634	0	5.629	135.834
20802	--assistenza alle donne, famiglia, coppie	1.954	741	12.629	2.379	3.873	22.683	71	902	1.619	838	0	3.697	51.386
20803	--Assistenza	2.748	654	4.328	6.280	7.535	51.563	149	3.281	3.179	1.567	0	6.266	87.550
20804	--Assistenza	480	20	14.077	118	266	1.381	3	54	165	54	0	167	16.785
20805	--Assistenza ai	4.138	540	5.176	3.264	6.777	34.874	109	3.628	2.381	1.255	0	5.771	67.914
20806	--Assistenza agli	868	200	1.788	129	1.389	4.069	21	2.359	1.186	396	0	1.610	14.015
20807	--Assistenza ai malati	254	36	3.618	49	478	1.132	3	240	80	84	0	165	6.140
20808	--Assistenza a	32	3	290	107	75	479	0	36	21	40	0	90	1.174
20900	Assistenza territoriale	2.121	547	76.051	2.059	4.461	16.377	56	2.147	1.052	720	0	2.319	107.910
20901	--Assistenza	1.409	336	9.445	1.242	2.392	13.522	48	1.142	575	432	0	1.510	32.052
20902	--Assistenza	84	23	54.750	516	333	762	2	71	245	42	0	121	56.949
20903	--Assistenza ai	27	5	1.098	80	61	360	1	170	46	8	0	46	1.901
20904	--Assistenza agli	598	183	10.754	219	1.659	1.703	5	534	174	234	0	598	16.659
20905	--Assistenza a	0	0	3	0	0	1	0	0	0	0	0	0	4
20906	--Assistenza ai malati	3	1	0	3	16	28	1	230	13	6	0	44	345

MODELLO DI RILEVAZIONE DEI COSTI DEI LIVELLI DI ASSISTENZA DELLE AZIENDE UNITA' SANITARIE LOCALI E DELLE AZIENDE OSPEDALIERE

STRUTTURA RILEVATA		
REGIONE	010	ASL /AO
		999

OGGETTO DELLA RILEVAZIONE
CONSUNTIVO ANNO
1

	Macro voci economiche	Consumi e manutenzioni di esercizio		Costi per acquisti di servizi			Personale del ruolo sanitario	Personale del ruolo professionale	Personale del ruolo tecnico	Personale del ruolo amministrativo	Ammortamenti	Sopravvenienze / insussistenze	Altri costi	Totale
		sanitari	non sanitari	prestazioni sanitarie	servizi sanitari per erogazione di prestazioni	servizi non sanitari								
21000	Assistenza territoriale	6.854	1.465	521.025	8.046	9.876	25.643	103	4.993	2.894	1.697	0	4.782	587.383
21001	--Assistenza	1.222	391	82.647	1.575	3.594	9.699	41	1.667	600	379	0	1.311	103.126
21002	--Assistenza	117	20	112.104	313	196	1.421	5	136	380	159	0	196	115.047
21003	--Assistenza ai	500	82	24.960	744	558	3.211	17	464	292	55	0	502	31.385
21004	--Assistenza agli	4.423	803	280.683	5.167	4.776	8.275	31	1.995	1.246	840	0	2.053	310.293
21005	--Assistenza a	9	0	2.294	71	48	55	0	5	2	1	0	3	2.488
21006	--Assistenza ai malati	584	168	10.153	171	683	2.981	9	718	220	206	0	631	16.525
21100	Assistenza Idrotermale	6	1	8.184	4	20	2	0	7	154	57	0	85	8.519
29999	Totale	587.585	27.276	2.393.806	82.933	259.041	872.934	3.585	91.746	101.239	70.377	0	136.772	4.627.294
Assistenza ospedaliera														
30100	Attività di pronto	58.139	4.959	869	6.846	46.359	208.795	711	20.532	10.160	11.828	0	18.367	387.564
30200	Ass. ospedaliera per acuti	463.149	38.945	532.577	59.090	355.109	1.134.888	5.711	151.724	81.021	95.480	0	123.843	3.041.536
30201	--in Day Hospital e	98.546	7.550	108.379	10.132	67.248	203.527	996	29.998	16.829	19.276	0	24.455	586.937
30202	--in degenza ordinaria	364.602	31.395	424.197	48.958	287.861	931.361	4.715	121.727	64.192	76.204	0	99.388	2.454.600
30300	Interventi ospedalieri a	20	0	0	9	31	10	1	1	1	1	0	3	76
30400	Ass. ospedaliera per	4.112	523	17.771	417	4.233	12.979	51	2.744	730	1.199	0	1.358	46.117
30500	Ass. ospedaliera per	5.901	888	60.045	958	7.016	37.205	107	4.518	2.318	2.247	0	2.904	124.108
30600	Emocomponenti e servizi professionali	37.158	439	67	615	5.662	19.570	77	1.407	1.347	1.400	0	2.084	69.824
30700	Trapianto organi e tessuti	46	23	0	24	90	307	3	100	27	9	0	111	738
39999	Totale	568.524	45.776	611.329	67.959	418.498	1.413.754	6.661	181.026	95.604	112.163	0	148.670	3.669.964
49999	TOTALE	1.176.727	75.850	3.013.947	201.634	708.051	2.451.329	11.180	281.372	224.268	190.036	0	308.913	8.643.305



MODELLO DI RILEVAZIONE DEI COSTI DEI LIVELLI DI ASSISTENZA DELLE AZIENDE UNITA' SANITARIE LOCALI E DELLE AZIENDE OSPEDALIERE

STRUTTURA RILEVATA		
REGIONE	010	ASL /AO 999

OGGETTO DELLA RILEVAZIONE	
CONSUNTIVO ANNO	1

	Macrovocci economiche	Consumi e manutenzioni di esercizio		Costi per acquisti di servizi			Personale del ruolo sanitario	Personale del ruolo professionale	Personale del ruolo tecnico	Personale del ruolo amministrativo	Ammortamenti	Sopravvenienze / insussistenze	Altri costi	Totale
		sanitari	non sanitari	prestazioni sanitarie	servizi sanitari per erogazione di prestazioni	servizi non sanitari								
Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro														
10100	Igiene e sanità pubblica	17.527	674	735	30.993	8.097	35.334	150	2.209	7.144	1.670	0	2.250	106.783
10200	Igiene degli alimenti e della	252	263	109	7.742	2.806	15.934	82	616	2.197	882	0	657	31.541
10300	Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro	268	319	321	9.858	3.713	24.007	377	1.159	3.407	1.138	0	900	45.468
10400	Sanità pubblica veterinaria	592	799	5.709	4.511	9.048	67.161	257	3.373	8.147	2.322	0	2.902	104.820
10500	Attività di prevenzione rivolte alle persone	1.798	282	996	975	2.364	7.539	23	501	1.361	595	0	744	17.177
10600	Servizio medico legale	881	460	1.251	6.003	4.824	20.391	77	1.042	6.122	890	0	2.323	44.264
19999	Totale	21.318	2.798	9.121	60.082	30.851	170.367	966	8.899	28.378	7.496	0	9.776	350.052
Assistenza distrettuale														
20100	Guardia medica	216	81	49.671	57	465	615	3	101	774	130	0	362	52.475
20200	Medicina generale	1.114	366	392.697	916	2.879	4.487	26	691	5.088	1.083	0	2.494	411.841
20201	-- Medicina generica	918	299	328.211	783	2.343	3.878	23	578	4.123	871	0	2.186	344.213
20202	--Pediatria di libera	196	67	64.486	134	536	609	3	112	965	212	0	308	67.628
20300	Emergenza sanitaria	22.999	426	46.762	2.739	7.368	44.019	145	3.207	2.197	2.204	0	2.014	134.080
20400	Assistenza farmaceutica	322.816	3.865	761.102	4.733	25.961	40.099	205	6.607	7.544	7.665	0	3.196	1.183.791
20401	--Ass. farmaceutica erogata tramite le	37.788	1.718	661.680	884	2.285	3.545	14	311	1.526	1.745	0	928	712.425
20402	--Altre forme di erogazione	285.027	2.147	99.422	3.849	23.676	36.554	190	6.296	6.018	5.919	0	2.267	471.366
20500	Assistenza Integrativa	9.918	74	115.751	1.685	1.127	1.638	10	170	1.708	1.471	0	219	133.770
20600	Assistenza specialistica	219.317	17.097	326.959	50.145	177.827	597.092	2.624	62.092	67.299	46.709	0	35.618	1.602.780

MODELLO DI RILEVAZIONE DEI COSTI DEI LIVELLI DI ASSISTENZA DELLE AZIENDE UNITA' SANITARIE LOCALI E DELLE AZIENDE OSPEDALIERE

STRUTTURA RILEVATA		
REGIONE	010	ASL /AO
		999

OGGETTO DELLA RILEVAZIONE
CONSUNTIVO ANNO
1

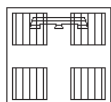
	Macrovoce economiche	Consumi e manutenzioni di esercizio		Costi per acquisti di servizi			Personale del ruolo sanitario	Personale del ruolo professionale	Personale del ruolo tecnico	Personale del ruolo amministrativo	Ammortamenti	Sopravvenienze / insussistenze	Altri costi	Totale
		sanitari	non sanitari	prestazioni sanitarie	servizi sanitari per erogazione di prestazioni	servizi non sanitari								
20601	--Attività clinica	90.872	9.652	169.785	27.433	89.201	313.553	1.276	33.611	38.904	24.005	0	22.964	821.258
20602	--Attività di	83.323	3.931	57.572	9.716	45.327	151.107	639	15.502	14.335	10.412	0	6.708	398.572
20603	--Attività di diagnostica strumentale e	45.121	3.514	99.602	12.996	43.299	132.432	709	12.979	14.060	12.292	0	5.946	382.950
20700	Assistenza Protetica	752	96	79.240	254	1.928	2.335	18	311	2.875	1.830	0	362	90.002
20800	Assistenza territoriale ambulatoriale e	21.128	3.260	87.592	25.701	29.878	169.530	514	14.370	13.191	6.868	0	9.745	381.777
20801	--assistenza programmata a domicilio	10.298	1.065	44.214	11.106	9.258	49.307	146	3.504	4.261	2.634	0	2.345	138.138
20802	--assistenza alle donne, famiglia, coppie	2.020	741	13.072	2.816	3.917	23.472	73	934	1.675	838	0	1.540	51.098
20803	--Assistenza	2.841	654	4.480	7.436	7.619	53.357	155	3.395	3.289	1.567	0	2.610	87.402
20804	--Assistenza	496	20	14.571	140	268	1.429	3	56	170	54	0	70	17.278
20805	--Assistenza ai	4.279	540	5.357	3.865	6.852	36.087	113	3.754	2.464	1.255	0	2.404	66.971
20806	--Assistenza agli	897	200	1.851	153	1.405	4.210	21	2.441	1.227	396	0	671	13.472
20807	--Assistenza ai malati	263	36	3.745	58	483	1.172	3	249	83	84	0	69	6.245
20808	--Assistenza a	33	3	300	126	76	496	0	38	22	40	0	38	1.172
20900	Assistenza territoriale	2.193	547	78.719	2.438	4.511	16.946	58	2.222	1.089	720	0	966	110.409
20901	--Assistenza	1.457	336	9.777	1.470	2.419	13.993	49	1.182	595	432	0	629	32.337
20902	--Assistenza	87	23	56.671	610	337	789	2	74	253	42	0	50	58.938
20903	--Assistenza ai	27	5	1.137	94	62	373	1	176	47	8	0	19	1.949
20904	--Assistenza agli	618	183	11.132	259	1.677	1.762	5	553	180	234	0	249	16.851
20905	--Assistenza a	0	0	3	0	0	1	0	0	0	0	0	0	4
20906	--Assistenza ai malati	3	1	0	4	17	29	1	238	13	6	0	18	330

MODELLO DI RILEVAZIONE DEI COSTI DEI LIVELLI DI ASSISTENZA DELLE AZIENDE UNITA' SANITARIE LOCALI E DELLE AZIENDE OSPEDALIERE

STRUTTURA RILEVATA		
REGIONE	<input type="text" value="010"/>	ASL /AO <input type="text" value="999"/>

OGGETTO DELLA RILEVAZIONE
CONSUNTIVO ANNO <input type="text" value="1"/>

	Macro voci economiche	Consumi e manutenzioni di esercizio		Costi per acquisti di servizi			Personale del ruolo sanitario	Personale del ruolo professionale	Personale del ruolo tecnico	Personale del ruolo amministrativo	Ammortamenti	Sopravvenienze / insussistenze	Altri costi	Totale
		sanitari	non sanitari	prestazioni sanitarie	servizi sanitari per erogazione di prestazioni	servizi non sanitari								
21000	Assistenza territoriale	7.087	1.465	539.306	9.527	9.986	26.535	106	5.167	2.994	1.697	0	1.992	605.868
21001	--Assistenza	1.264	391	85.547	1.865	3.635	10.036	43	1.725	621	379	0	546	106.050
21002	--Assistenza	121	20	116.037	371	198	1.471	5	141	393	159	0	82	118.998
21003	--Assistenza ai	517	82	25.836	881	564	3.322	17	480	302	55	0	209	32.266
21004	--Assistenza agli	4.573	803	290.531	6.118	4.829	8.563	32	2.065	1.289	840	0	855	320.499
21005	--Assistenza a	9	0	2.374	84	49	56	0	5	2	1	0	1	2.583
21006	--Assistenza ai malati	604	168	10.509	202	690	3.084	10	743	228	206	0	263	16.708
21100	Assistenza Idrotermale	6	1	8.471	5	21	2	0	7	159	57	0	35	8.764
29999	Totale	607.545	27.276	2.477.799	98.196	261.929	903.297	3.710	94.937	104.761	70.377	0	56.966	4.706.792
Assistenza ospedaliera														
30100	Attività di pronto	60.114	4.959	899	8.106	46.876	216.057	735	21.246	10.514	11.828	0	7.650	388.984
30200	Ass. ospedaliera per acuti	478.881	38.945	551.264	69.966	359.067	1.174.362	5.910	157.001	83.839	95.480	0	51.581	3.066.296
30201	--in Day Hospital e	101.894	7.550	112.182	11.997	67.997	210.606	1.031	31.041	17.414	19.276	0	10.186	591.174
30202	--in degenza ordinaria	376.987	31.395	439.082	57.969	291.069	963.756	4.879	125.961	66.425	76.204	0	41.395	2.475.122
30300	Interventi ospedalieri a	20	0	0	11	31	10	1	2	1	1	0	1	78
30400	Ass. ospedaliera per	4.251	523	18.395	493	4.280	13.431	53	2.839	756	1.199	0	566	46.786
30500	Ass. ospedaliera per	6.102	888	62.152	1.135	7.094	38.499	111	4.675	2.399	2.247	0	1.209	126.511
30600	Emocomponenti e servizi trasfusionali	38.420	439	70	728	5.725	20.251	79	1.456	1.393	1.400	0	868	70.828
30700	Trapianto organi e tessuti	48	23	0	28	91	318	3	103	28	9	0	46	695
39999	Totale	587.836	45.776	632.779	80.466	423.163	1.462.928	6.893	187.322	98.930	112.163	0	61.921	3.700.178
49999	TOTALE	1.216.699	75.850	3.119.700	238.744	715.943	2.536.593	11.569	291.158	232.068	190.036	0	128.663	8.757.023



MODELLO DI RILEVAZIONE DEI COSTI DEI LIVELLI DI ASSISTENZA DELLE AZIENDE UNITA' SANITARIE LOCALI E DELLE AZIENDE OSPEDALIERE

STRUTTURA RILEVATA		
REGIONE	010	ASL /AO 999

OGGETTO DELLA RILEVAZIONE	
CONSUNTIVO ANNO	1

	Macrovocci economiche	Consumi e manutenzioni di esercizio		Costi per acquisti di servizi			Personale del ruolo sanitario	Personale del ruolo professionale	Personale del ruolo tecnico	Personale del ruolo amministrativo	Ammortamenti	Sopravvenienze / insussistenze	Altri costi	Totale
		sanitari	non sanitari	prestazioni sanitarie	servizi sanitari per erogazione di prestazioni	servizi non sanitari								
Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro														
10100	Igiene e sanità pubblica	17.835	674	723	26.175	8.070	35.334	150	2.209	7.144	1.670	0	2.250	102.234
10200	Igiene degli alimenti e della	256	263	108	6.539	2.796	15.934	82	616	2.197	882	0	657	30.331
10300	Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro	273	319	316	8.326	3.700	24.007	377	1.159	3.407	1.138	0	900	43.922
10400	Sanità pubblica veterinaria	602	799	5.615	3.810	9.018	67.161	257	3.373	8.147	2.322	0	2.902	104.005
10500	Attività di prevenzione rivolte alle persone	1.829	282	979	824	2.357	7.539	23	501	1.361	595	0	744	17.033
10600	Servizio medico legale	897	460	1.231	5.070	4.808	20.391	77	1.042	6.122	890	0	2.323	43.310
19999	Totale	21.692	2.798	8.971	50.743	30.749	170.367	966	8.899	28.378	7.496	0	9.776	340.835
Assistenza distrettuale														
20100	Guardia medica	220	81	48.853	48	463	615	3	101	774	130	0	362	51.651
20200	Medicina generale	1.133	366	386.229	774	2.869	4.487	26	691	5.088	1.083	0	2.494	405.240
20201	-- Medicina generica	934	299	322.805	661	2.335	3.878	23	578	4.123	871	0	2.186	338.694
20202	--Pediatria di libera	199	67	63.424	113	534	609	3	112	965	212	0	308	66.547
20300	Emergenza sanitaria	23.402	426	45.992	2.313	7.343	44.019	145	3.207	2.197	2.204	0	2.014	133.263
20400	Assistenza farmaceutica	328.479	3.865	748.566	3.997	25.875	40.099	205	6.607	7.544	7.665	0	3.196	1.176.098
20401	--Ass. farmaceutica erogata tramite le	38.451	1.718	650.782	747	2.278	3.545	14	311	1.526	1.745	0	928	702.045
20402	--Altre forme di erogazione	290.028	2.147	97.785	3.250	23.597	36.554	190	6.296	6.018	5.919	0	2.267	474.053
20500	Assistenza Integrativa	10.092	74	113.845	1.424	1.123	1.638	10	170	1.708	1.471	0	219	131.772
20600	Assistenza specialistica	223.165	17.097	321.574	42.351	177.239	597.092	2.624	62.092	67.299	46.709	0	35.618	1.592.860

MODELLO DI RILEVAZIONE DEI COSTI DEI LIVELLI DI ASSISTENZA DELLE AZIENDE UNITA' SANITARIE LOCALI E DELLE AZIENDE OSPEDALIERE

STRUTTURA RILEVATA		
REGIONE	010	ASL /AO
		999

OGGETTO DELLA RILEVAZIONE
CONSUNTIVO ANNO
1

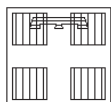
	Macrovoce economiche	Consumi e manutenzioni di esercizio		Costi per acquisti di servizi			Personale del ruolo sanitario	Personale del ruolo professionale	Personale del ruolo tecnico	Personale del ruolo amministrativo	Ammortamenti	Sopravvenienze / insussistenze	Altri costi	Totale
		sanitari	non sanitari	prestazioni sanitarie	servizi sanitari per erogazione di prestazioni	servizi non sanitari								
20601	--Attività clinica	92.467	9.652	166.989	23.169	88.906	313.553	1.276	33.611	38.904	24.005	0	22.964	815.496
20602	--Attività di	84.785	3.931	56.624	8.205	45.177	151.107	639	15.502	14.335	10.412	0	6.708	397.425
20603	--Attività di diagnostica strumentale e	45.913	3.514	97.962	10.976	43.156	132.432	709	12.979	14.060	12.292	0	5.946	379.938
20700	Assistenza Protetica	765	96	77.935	215	1.922	2.335	18	311	2.875	1.830	0	362	88.665
20800	Assistenza territoriale ambulatoriale e	21.499	3.260	86.149	21.706	29.779	169.530	514	14.370	13.191	6.868	0	9.745	376.611
20801	--assistenza programmata a domicilio	10.479	1.065	43.486	9.380	9.227	49.307	146	3.504	4.261	2.634	0	2.345	135.834
20802	--assistenza alle donne, famiglia, coppie	2.055	741	12.857	2.379	3.904	23.472	73	934	1.675	838	0	1.540	50.468
20803	--Assistenza	2.891	654	4.406	6.280	7.593	53.357	155	3.395	3.289	1.567	0	2.610	86.197
20804	--Assistenza	505	20	14.331	118	268	1.429	3	56	170	54	0	70	17.024
20805	--Assistenza ai	4.354	540	5.269	3.264	6.830	36.087	113	3.754	2.464	1.255	0	2.404	66.335
20806	--Assistenza agli	913	200	1.821	129	1.400	4.210	21	2.441	1.227	396	0	671	13.429
20807	--Assistenza ai malati	268	36	3.683	49	482	1.172	3	249	83	84	0	69	6.177
20808	--Assistenza a	34	3	295	107	76	496	0	38	22	40	0	38	1.148
20900	Assistenza territoriale	2.231	547	77.423	2.059	4.496	16.946	58	2.222	1.089	720	0	966	108.758
20901	--Assistenza	1.482	336	9.616	1.242	2.411	13.993	49	1.182	595	432	0	629	31.965
20902	--Assistenza	89	23	55.738	516	336	789	2	74	253	42	0	50	57.910
20903	--Assistenza ai	28	5	1.118	80	61	373	1	176	47	8	0	19	1.916
20904	--Assistenza agli	629	183	10.948	219	1.672	1.762	5	553	180	234	0	249	16.632
20905	--Assistenza a	0	0	3	0	0	1	0	0	0	0	0	0	4
20906	--Assistenza ai malati	3	1	0	3	17	29	1	238	13	6	0	18	330

MODELLO DI RILEVAZIONE DEI COSTI DEI LIVELLI DI ASSISTENZA DELLE AZIENDE UNITA' SANITARIE LOCALI E DELLE AZIENDE OSPEDALIERE

STRUTTURA RILEVATA		
REGIONE	010	ASL /AO
		999

OGGETTO DELLA RILEVAZIONE
CONSUNTIVO ANNO
1

	Macro voci economiche	Consumi e manutenzioni di esercizio		Costi per acquisti di servizi			Personale del ruolo sanitario	Personale del ruolo professionale	Personale del ruolo tecnico	Personale del ruolo amministrativo	Ammortamenti	Sopravvenienze / insussistenze	Altri costi	Totale
		sanitari	non sanitari	prestazioni sanitarie	servizi sanitari per erogazione di prestazioni	servizi non sanitari								
21000	Assistenza territoriale	7.212	1.465	530.424	8.046	9.953	26.535	106	5.167	2.994	1.697	0	1.992	595.596
21001	--Assistenza	1.286	391	84.138	1.575	3.622	10.036	43	1.725	621	379	0	546	104.362
21002	--Assistenza	123	20	114.126	313	198	1.471	5	141	393	159	0	82	117.031
21003	--Assistenza ai	526	82	25.411	744	562	3.322	17	480	302	55	0	209	31.711
21004	--Assistenza agli	4.653	803	285.746	5.167	4.813	8.563	32	2.065	1.289	840	0	855	314.827
21005	--Assistenza a	9	0	2.335	71	49	56	0	5	2	1	0	1	2.530
21006	--Assistenza ai malati	615	168	10.336	171	688	3.084	10	743	228	206	0	263	16.512
21100	Assistenza Idrotermale	6	1	8.331	4	20	2	0	7	159	57	0	35	8.623
29999	Totale	618.205	27.276	2.436.989	82.933	261.062	903.297	3.710	94.937	104.761	70.377	0	56.966	4.660.512
Assistenza ospedaliera														
30100	Attività di pronto	61.169	4.959	884	6.846	46.721	216.057	735	21.246	10.514	11.828	0	7.650	388.609
30200	Ass. ospedaliera per acuti	487.284	38.945	542.184	59.090	357.879	1.174.362	5.910	157.001	83.839	95.480	0	51.581	3.053.555
30201	--in Day Hospital e	103.682	7.550	110.334	10.132	67.773	210.606	1.031	31.041	17.414	19.276	0	10.186	589.025
30202	--in degenza ordinaria	383.602	31.395	431.850	48.958	290.106	963.756	4.879	125.961	66.425	76.204	0	41.395	2.464.531
30300	Interventi ospedalieri a	21	0	0	9	31	10	1	2	1	1	0	1	77
30400	Ass. ospedaliera per	4.326	523	18.092	417	4.266	13.431	53	2.839	756	1.199	0	566	46.466
30500	Ass. ospedaliera per	6.209	888	61.128	958	7.071	38.499	111	4.675	2.399	2.247	0	1.209	125.395
30600	Emocomponenti e servizi trasfusionali	39.094	439	68	615	5.706	20.251	79	1.456	1.393	1.400	0	868	71.369
30700	Trapianto organi e tessuti	49	23	0	24	90	318	3	103	28	9	0	46	692
39999	Totale	598.150	45.776	622.357	67.959	421.763	1.462.928	6.893	187.322	98.930	112.163	0	61.921	3.686.163
49999	TOTALE	1.238.047	75.850	3.068.317	201.634	713.575	2.536.593	11.569	291.158	232.068	190.036	0	128.663	8.687.509



MODELLO DI RILEVAZIONE DEI COSTI DEI LIVELLI DI ASSISTENZA DELLE AZIENDE UNITA' SANITARIE LOCALI E DELLE AZIENDE OSPEDALIERE

STRUTTURA RILEVATA		
REGIONE	010	ASL /AO 999

OGGETTO DELLA RILEVAZIONE	
CONSUNTIVO ANNO	1

	Macrovocci economiche	Consumi e manutenzioni di esercizio		Costi per acquisti di servizi			Personale del ruolo sanitario	Personale del ruolo professionale	Personale del ruolo tecnico	Personale del ruolo amministrativo	Ammortamenti	Sopravvenienze / insussistenze	Altri costi	Totale
		sanitari	non sanitari	prestazioni sanitarie	servizi sanitari per erogazione di prestazioni	servizi non sanitari								
Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro														
10100	Igiene e sanità pubblica	18.152	674	726	26.175	8.081	35.501	150	2.219	7.177	1.670	0	2.250	102.776
10200	Igiene degli alimenti e della	261	263	108	6.539	2.800	16.010	83	619	2.208	882	0	657	30.429
10300	Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro	278	319	317	8.326	3.705	24.121	379	1.164	3.423	1.138	0	900	44.070
10400	Sanità pubblica veterinaria	613	799	5.636	3.810	9.030	67.479	258	3.389	8.186	2.322	0	2.902	104.422
10500	Attività di prevenzione rivolte alle persone	1.862	282	983	824	2.360	7.575	23	503	1.367	595	0	744	17.117
10600	Servizio medico legale	912	460	1.235	5.070	4.814	20.488	78	1.047	6.151	890	0	2.323	43.468
19999	Totale	22.077	2.798	9.005	50.743	30.791	171.172	971	8.941	28.512	7.496	0	9.776	342.282
Assistenza distrettuale														
20100	Guardia medica	224	81	49.038	48	464	618	3	102	778	130	0	362	51.847
20200	Medicina generale	1.153	366	387.689	774	2.873	4.508	26	694	5.112	1.083	0	2.494	406.773
20201	-- Medicina generica	950	299	324.025	661	2.338	3.896	23	581	4.143	871	0	2.186	339.974
20202	--Pediatria di libera	203	67	63.664	113	535	612	3	113	970	212	0	308	66.799
20300	Emergenza sanitaria	23.818	426	46.165	2.313	7.353	44.227	146	3.222	2.208	2.204	0	2.014	134.097
20400	Assistenza farmaceutica	334.311	3.865	751.396	3.997	25.910	40.289	206	6.638	7.580	7.665	0	3.196	1.185.052
20401	--Ass. farmaceutica erogata tramite le	39.134	1.718	653.242	747	2.281	3.562	15	312	1.533	1.745	0	928	705.216
20402	--Altre forme di erogazione	295.177	2.147	98.154	3.250	23.630	36.727	191	6.326	6.047	5.919	0	2.267	479.836
20500	Assistenza Integrativa	10.272	74	114.275	1.424	1.124	1.645	10	170	1.716	1.471	0	219	132.399
20600	Assistenza specialistica	227.127	17.097	322.790	42.351	177.482	599.915	2.637	62.385	67.617	46.709	0	35.618	1.601.727

MODELLO DI RILEVAZIONE DEI COSTI DEI LIVELLI DI ASSISTENZA DELLE AZIENDE UNITA' SANITARIE LOCALI E DELLE AZIENDE OSPEDALIERE

STRUTTURA RILEVATA		
REGIONE	010	ASL /AO 999

OGGETTO DELLA RILEVAZIONE
CONSUNTIVO ANNO 1

	Macrovoce economiche	Consumi e manutenzioni di esercizio		Costi per acquisti di servizi			Personale del ruolo sanitario	Personale del ruolo professionale	Personale del ruolo tecnico	Personale del ruolo amministrativo	Ammortamenti	Sopravvenienze / insussistenze	Altri costi	Totale
		sanitari	non sanitari	prestazioni sanitarie	servizi sanitari per erogazione di prestazioni	servizi non sanitari								
20601	--Attività clinica	94.108	9.652	167.620	23.169	89.028	315.035	1.283	33.770	39.088	24.005	0	22.964	819.722
20602	--Attività di	86.290	3.931	56.838	8.205	45.239	151.821	642	15.576	14.402	10.412	0	6.708	400.065
20603	--Attività di diagnostica strumentale e	46.728	3.514	98.332	10.976	43.215	133.058	713	13.040	14.127	12.292	0	5.946	381.940
20700	Assistenza Protetica	779	96	78.229	215	1.924	2.346	18	313	2.889	1.830	0	362	89.002
20800	Assistenza territoriale ambulatoriale e	21.880	3.260	86.475	21.706	29.820	170.332	517	14.438	13.254	6.868	0	9.745	378.293
20801	--assistenza programmata a domicilio	10.665	1.065	43.650	9.380	9.240	49.540	147	3.521	4.281	2.634	0	2.345	136.467
20802	--assistenza alle donne, famiglia, coppie	2.092	741	12.906	2.379	3.909	23.583	74	938	1.683	838	0	1.540	50.682
20803	--Assistenza	2.942	654	4.423	6.280	7.604	53.609	155	3.411	3.305	1.567	0	2.610	86.560
20804	--Assistenza	514	20	14.386	118	268	1.436	3	56	171	54	0	70	17.095
20805	--Assistenza ai	4.431	540	5.289	3.264	6.839	36.258	114	3.772	2.476	1.255	0	2.404	66.642
20806	--Assistenza agli	929	200	1.828	129	1.402	4.230	21	2.452	1.233	396	0	671	13.491
20807	--Assistenza ai malati	272	36	3.697	49	482	1.177	3	250	84	84	0	69	6.204
20808	--Assistenza a	35	3	297	107	76	498	0	38	22	40	0	38	1.152
20900	Assistenza territoriale	2.271	547	77.716	2.059	4.502	17.027	58	2.233	1.094	720	0	966	109.192
20901	--Assistenza	1.509	336	9.652	1.242	2.414	14.059	50	1.187	598	432	0	629	32.106
20902	--Assistenza	90	23	55.948	516	336	792	2	74	255	42	0	50	58.128
20903	--Assistenza ai	28	5	1.122	80	61	375	1	177	48	8	0	19	1.924
20904	--Assistenza agli	640	183	10.990	219	1.674	1.770	5	555	180	234	0	249	16.699
20905	--Assistenza a	0	0	3	0	0	1	0	0	0	0	0	0	4
20906	--Assistenza ai malati	3	1	0	3	17	29	1	239	13	6	0	18	331

MODELLO DI RILEVAZIONE DEI COSTI DEI LIVELLI DI ASSISTENZA DELLE AZIENDE UNITA' SANITARIE LOCALI E DELLE AZIENDE OSPEDALIERE

STRUTTURA RILEVATA		
REGIONE	<input type="text" value="010"/>	ASL /AO <input type="text" value="999"/>

OGGETTO DELLA RILEVAZIONE
CONSUNTIVO ANNO <input type="text" value="1"/>

	Macrovoce economiche	Consumi e manutenzioni di esercizio		Costi per acquisti di servizi			Personale del ruolo sanitario	Personale del ruolo professionale	Personale del ruolo tecnico	Personale del ruolo amministrativo	Ammortamenti	Sopravvenienze / insussistenze	Altri costi	Totale
		sanitari	non sanitari	prestazioni sanitarie	servizi sanitari per erogazione di prestazioni	servizi non sanitari								
21000	Assistenza territoriale	7.340	1.465	532.429	8.046	9.966	26.660	107	5.191	3.009	1.697	0	1.992	597.907
21001	--Assistenza	1.309	391	84.456	1.575	3.627	10.084	43	1.733	623	379	0	546	104.766
21002	--Assistenza	125	20	114.558	313	198	1.478	5	142	395	159	0	82	117.474
21003	--Assistenza ai	535	82	25.507	744	563	3.338	17	483	303	55	0	209	31.836
21004	--Assistenza agli	4.736	803	286.826	5.167	4.820	8.603	32	2.074	1.295	840	0	855	316.053
21005	--Assistenza a	9	0	2.344	71	49	57	0	5	2	1	0	1	2.540
21006	--Assistenza ai malati	625	168	10.375	171	689	3.099	10	747	229	206	0	263	16.582
21100	Assistenza Idrotermale	6	1	8.363	4	20	2	0	7	160	57	0	35	8.656
29999	Totale	629.180	27.276	2.446.201	82.933	261.420	907.567	3.727	95.386	105.256	70.377	0	56.966	4.686.289
Assistenza ospedaliera														
30100	Attività di pronto	62.255	4.959	888	6.846	46.785	217.079	739	21.346	10.563	11.828	0	7.650	390.937
30200	Ass. ospedaliera per acuti	495.935	38.945	544.234	59.090	358.369	1.179.914	5.938	157.744	84.236	95.480	0	51.581	3.071.464
30201	--in Day Hospital e	105.522	7.550	110.751	10.132	67.865	211.602	1.036	31.188	17.497	19.276	0	10.186	592.605
30202	--in degenza ordinaria	390.412	31.395	433.482	48.958	290.504	968.312	4.902	126.556	66.739	76.204	0	41.395	2.478.859
30300	Interventi ospedalieri a	21	0	0	9	31	10	1	2	1	1	0	1	77
30400	Ass. ospedaliera per	4.403	523	18.160	417	4.271	13.494	53	2.852	759	1.199	0	566	46.698
30500	Ass. ospedaliera per	6.319	888	61.359	958	7.080	38.681	112	4.697	2.410	2.247	0	1.209	125.962
30600	Emocomponenti e servizi trasfusionali	39.788	439	69	615	5.713	20.347	80	1.463	1.400	1.400	0	868	72.181
30700	Trapianto organi e tessuti	49	23	0	24	91	319	3	104	28	9	0	46	695
39999	Totale	608.770	45.776	624.710	67.959	422.341	1.469.844	6.925	188.208	99.397	112.163	0	61.921	3.708.014
49999	TOTALE	1.260.027	75.850	3.079.916	201.634	714.552	2.548.584	11.623	292.535	233.165	190.036	0	128.663	8.736.585

RL_Nuovo modello di Conto Economico

COD FUC	Com S	Codice New	Voce	Descrizione Voce	CONS 2012				Programmatico			
					2012	2013	2014	2015	2013	2014	2015	
999	R	EA0470	E.2.B.4.1)	Insussistenze passive v/buoni sanitari pubbliche della Regione	-	-	-	-	-	-	-	-
999	R	EA0480	E.2.B.4.2)	Insussistenze passive v/bfz	8.703,00	-	-	-	-	-	-	-
999	S	EA0490	E.2.B.4.2.A)	Insussistenze passive v/bfz relative alla mobilità euroregionale	-	-	-	-	-	-	-	-
999	S	EA0500	E.2.B.4.2.B)	Insussistenze passive v/bfz relative al personale	-	-	-	-	-	-	-	-
999	S	EA0510	E.2.B.4.2.C)	Insussistenze passive v/bfz relative alle convenzioni con medici di base	-	-	-	-	-	-	-	-
999	S	EA0520	E.2.B.4.2.D)	Insussistenze passive v/bfz relative alle convenzioni per le specialistiche	-	-	-	-	-	-	-	-
999	S	EA0530	E.2.B.4.2.E)	Insussistenze passive v/bfz relative all'acquisto preziosi, ausiliari di operatori psichiatrici	134,00	-	-	-	-	-	-	-
999	S	EA0540	E.2.B.4.2.F)	Insussistenze passive v/bfz relative all'acquisto di beni e servizi	198,00	-	-	-	-	-	-	-
999	S	EA0550	E.2.B.4.2.G)	Altre insussistenze passive v/bfz	8.373,00	-	-	-	-	-	-	-
999	S	EA0560	E.2.B.5)	Altri oneri straordinari	420,00	-	-	-	-	-	-	-
999	ZZ999			Totale preventivi e oneri straordinari (E)	16.284,00	-	-	-	-	-	-	-
999	XA000			Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	231.634,00	108.201,55	221.277,04	198.901,94	210.648,98	258.008,77	242.798,51	
999				Imposte e tasse	-	-	-	-	-	-	-	-
999	YA0010	Y.1)	IRAP		206.541,00	206.541,00	206.541,00	206.541,00	202.298,00	198.065,00	198.516,00	
999	YA0020	Y.1.A)	IRAP relativa a personale dipendente		188.688,00	188.688,00	188.688,00	188.688,00	184.699,00	180.700,00	179.411,00	
999	YA0030	Y.1.B)	IRAP relativa a collaboratori e personale assistito a lavoro dipendente		19.251,00	19.251,00	19.251,00	19.971,00	9.931,00	9.971,00		
999	YA0040	Y.1.C)	IRAP relativa ad attività di libera professione (intrafontale)		7.534,00	7.534,00	7.534,00	7.534,00	7.534,00	7.534,00		
999	YA0050	Y.1.D)	IRAP relativa ad attività commerciale		-	-	-	-	-	-		
999	YA0060	Y.2)	IRPEF		3.555,00	3.555,00	3.555,00	3.555,00	3.555,00	3.555,00		
999	YA0070	Y.2.A)	IRPEF su attività istituzionale		3.555,00	3.555,00	3.555,00	3.555,00	3.555,00	3.555,00		
999	YA0080	Y.2.B)	IRPEF su attività commerciale		-	-	-	-	-	-		
999	YA0090	Y.3)	Accantonamento a F.do imposte (Accertamenti, condoni, ecc.)		46,00	46,00	46,00	46,00	46,00	46,00		
999	ZZ999		Totale imposte e tasse		216.142,00	216.142,00	216.142,00	216.142,00	205.939,00	201.626,00	200.117,00	
999	ZZ999		RISULTATO DI ESERCIZIO		21.492,00	103.859,45	11.135,04	63.340,00	4.748,98	56.382,77	42.681,51	

CHECK #RF1 #RF1 #RF1 #RF1 #RF1 #RF1 #RF1

IV Trimestre	Tendenze				Programmatico		
	2012	2013	2014	2015	2013	2014	2015
0	0	0	0	0	0	0	0
8703	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0
134	0	0	0	0	0	0	0
198	0	0	0	0	0	0	0
8373	0	0	0	0	0	0	0
420	0	0	0	0	0	0	0
15284	0	0	0	0	0	0	0
231634	106261,55	221277,04	156801,04	0	210649	258008,77	242798,51
0	0	0	0	0	0	0	0
206541	206541	206541	206541	0	202298	198055	198516
188688	188688	188688	188688	0	184699	180700	179411
19251	19251	19251	19251	0	19071	9921	9971
7534	7534	7534	7534	0	7534	7534	7534
0	0	0	0	0	0	0	0
3555	3555	3555	3555	0	3555	3555	3555
3555	3555	3555	3555	0	3555	3555	3555
0	0	0	0	0	0	0	0
46	46	46	46	0	46	46	46
210142	210142	210142	210142	0	205899	201656	200117
21492	103859,45	11135,04	63340,00	0	4748,9777	56382,774	42681,513