

1.5.2. Appropriatelyzza prescrittiva e di utilizzo

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

AZIONI PROPOSTE

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

Riorganizzazione della rete dei laboratori

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

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

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

Appropriatezza prescrittiva e di utilizzo

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

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

RISVOLTI ECONOMICI

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

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

FONTI DI VERIFICA (INDICATORI)

rispetto tempistiche rete
 % delle indicazioni S (suggerito) sul totale dei tracciati C
 % riduzione delle prescrizioni delle analisi

PROGRAMMA ATTUATIVO – REGIONE PIEMONTE

ALLEGATO 1							
Prestazione 2009 tracciato C	Somma Di Quantit	tariffi	euro	limitazioni alla prescrizione	% prevista	euro	differenza
90.07.5 ammonio [p]	13538	10,70	144.856,60		0,00%	-	144.856,60
90.09.2 aspartato aminotransferasi (ast) (got) [s]	1913303	1,60	3.061.284,80	prescrivibile o suggerito esclusivamente da specialista nell'ambito di protocolli validati dalla regione e per esenti per patologia	50,00%	1.530.642,40	1.530.642,40
90.10.4 bilirubina totale	358676	1,50	538.014,00	prescrivibile o suggerito esclusivamente da specialista nell'ambito di protocolli validati dalla regione e per esenti per patologia	0,00%	-	538.014,00
90.11.5 calcitonina	22340	17,15	383.131,00	prescrivibile o suggerito esclusivamente da specialista nell'ambito di protocolli validati dalla regione e per esenti per patologia	50,00%	191.565,50	191.565,50
90.11.6 calcio ionizzato	21597	6,30	136.061,10	prescrivibile o suggerito esclusivamente da specialista nell'ambito di protocolli validati dalla regione e per esenti per patologia	50,00%	68.030,55	68.030,55
90.13.3 cloruro [s/u/du]	137200	1,50	205.800,00	prescrivibile o suggerito esclusivamente da specialista nell'ambito di protocolli validati dalla regione e per esenti per patologia	50,00%	102.900,00	102.900,00
90.14.1 colesterolo hdl	1573731	2,20	3.462.208,20	prescrivibile ogni anno (esclusi esenti per patologia)	50,00%	1.731.104,10	1.731.104,10
90.14.2 colesterolo ldl	308149	0,90	277.334,10	non rimborsabile: è un calcolo	0,00%	-	277.334,10
90.14.3 colesterolo totale	1764531	1,50	2.646.796,50	prescrivibile ogni anno (esclusi esenti per patologia)	50,00%	1.323.398,25	1.323.398,25
90.43.2 trigliceridi	1686510	2,45	4.131.949,50	prescrivibile ogni anno (esclusi esenti per patologia)	50,00%	2.065.974,75	2.065.974,75
90.14.4 colinesterasi (pseudo-che)	46016	1,85	85.129,60	prescrivibile o suggerito esclusivamente da specialista nell'ambito di protocolli validati dalla regione e per esenti per patologia	50,00%	42.564,80	42.564,80
90.15.4 creatininasasi (cpk o ck)	318831	2,35	749.252,85	prescrivibile o suggerito esclusivamente da specialista nell'ambito di protocolli validati dalla regione e per esenti per patologia	50,00%	374.626,43	374.626,43
90.15.5 creatininasasi isoenzima mb (ck-mb)	5542	4,40	24.384,80	prescrivibile o suggerito esclusivamente da specialista nell'ambito di protocolli validati dalla regione e per esenti per patologia	50,00%	12.192,40	12.192,40
90.23.5 fosfatasi alcalina	645949	1,65	1.065.815,85	prescrivibile o suggerito esclusivamente da specialista nell'ambito di protocolli validati dalla regione e per esenti per patologia	50,00%	532.907,93	532.907,93
90.24.1 fosfatasi alcalina isoenzima osseo	5753	12,40	71.337,20	prescrivibile o suggerito esclusivamente da specialista nell'ambito di protocolli validati dalla regione e per esenti per patologia	50,00%	35.668,60	35.668,60
90.24.3 fosfato inorganico [s/u/du]	157883	1,90	299.977,70	prescrivibile o suggerito esclusivamente da specialista nell'ambito di protocolli validati dalla regione e per esenti per patologia	50,00%	149.988,85	149.988,85
90.24.5 fosforo	43944	1,20	52.732,80	prescrivibile o suggerito esclusivamente da specialista nell'ambito di protocolli validati dalla regione e per esenti per patologia	50,00%	26.366,40	26.366,40
90.25.5 gamma glutamil transpeptidasi (gamma gt) [s/u]	1482278	1,50	2.223.417,00	prescrivibile ogni due anni (esclusi esenti per patologia)	50%	1.111.708,50	1.111.708,50
90.29.2 lattato deidrogenasi (ldh) [s/f]	286079	1,55	446.522,45	prescrivibile o suggerito esclusivamente da specialista nell'ambito di protocolli validati dalla regione e per esenti per patologia	50,00%	223.261,23	223.261,23
90.32.5 magnesio totale [s/u/du](sg)er	101903	2,00	203.806,00	prescrivibile o suggerito esclusivamente da specialista nell'ambito di protocolli validati dalla regione e per esenti per patologia	50,00%	101.903,00	101.903,00
90.35.4 osteocalcina (bcp)	3770	29,90	112.723,00	prescrivibile o suggerito esclusivamente da specialista nell'ambito di protocolli validati dalla regione e per esenti per patologia	50,00%	56.361,50	56.361,50
90.35.5 paratormone (pth) [s]	76816	24,75	1.901.196,00	prescrivibile o suggerito esclusivamente da specialista nell'ambito di protocolli validati dalla regione e per esenti per patologia	50,00%	950.598,00	950.598,00
90.36.2 ph ematico	2869	8,80	25.247,20	non prescrivibile: richiedere emogasanalisi	0,00%	-	25.247,20
90.38.4 proteine (elettroforesi delle) [s] - incluso: dosaggio proteine totali.	773175	5,50	4.252.462,50	prescrivibile ogni anno (esclusi esenti per patologia)	50,00%	2.126.231,25	2.126.231,25
90.40.4 sodio [s/u/du](sg)er	1148493	1,50	1.722.739,50	prescrivibile o suggerito esclusivamente da specialista nell'ambito di protocolli validati dalla regione e per esenti per patologia	50,00%	861.369,75	861.369,75
90.41.5 tireoglobulina (tg)	29897	18,45	551.599,65	prescrivibile o suggerito esclusivamente da specialista nell'ambito di protocolli validati dalla regione e per esenti per patologia	50,00%	275.799,83	275.799,83
90.42.3 tiroxina libera (ft4)	537540	10,70	5.751.678,00	prescrivibile o suggerito esclusivamente da specialista nell'ambito di protocolli validati dalla regione e per esenti per patologia	50,00%	2.875.839,00	2.875.839,00
90.43.3 triiodotironina libera (ft3)	392958	10,80	4.243.946,40	prescrivibile o suggerito esclusivamente da specialista nell'ambito di protocolli validati dalla regione e per esenti per patologia	50,00%	2.121.973,20	2.121.973,20
90.43.5 urato [s/u/du]	1101499	1,55	1.707.323,45	prescrivibile ogni due anni	50%	853.661,73	853.661,73
90.44.1 urea [s/p/u/du]	798342	1,65	1.317.264,30	prescrivibile o suggerito esclusivamente da specialista nell'ambito di protocolli validati dalla regione e per esenti per patologia	50,00%	658.632,15	658.632,15
90.44.4 urine esame parziale (acetone e glucosio quantitativo)	23428	0,85	19.913,80	non prescrivibile: richiedere esame completo urine	0%	-	19.913,80
90.56.5 antigene prostatico specifico (psa)	455737	12,50	5.696.712,50	prescrivibile o suggerito esclusivamente da specialista nell'ambito di protocolli validati dalla regione e per esenti per patologia	50%	2.848.356,25	2.848.356,25
90.56.6 antigene prostatico libero (psa free)	186534	14,25	2.658.109,50	prescrivibile o suggerito esclusivamente da specialista nell'ambito di protocolli validati dalla regione e per esenti per patologia	50%	1.329.054,75	1.329.054,75
90.68.3 ige totali	34288	13,10	449.172,80	prescrivibile o suggerito esclusivamente da specialista nell'ambito di protocolli validati dalla regione e per esenti per patologia	50,00%	224.586,40	224.586,40
90.70.4 leucociti (conteggio e formula leucocitaria microscopica) [(sg)]	3135	5,15	16.145,25	prescrivibile o suggerito esclusivamente da specialista nell'ambito di protocolli validati dalla regione e per esenti per patologia	0,00%	-	16.145,25
90.70.5 leucociti (conteggio) [(sg)]	265	1,20	318,00	prescrivibile o suggerito esclusivamente da specialista nell'ambito di protocolli validati dalla regione e per esenti per patologia	0,00%	-	318,00
90.71.3 piastrine (conteggio) [(sg)]	3265	1,50	4.897,50	prescrivibile o suggerito esclusivamente da specialista nell'ambito di protocolli validati dalla regione e per esenti per patologia	0,00%	-	4.897,50
91.10.2 treponema pallidum anticorpi (e i a.)	48806	7,80	380.686,80	prescrivibile o suggerito esclusivamente da specialista nell'ambito di protocolli validati dalla regione e per esenti per patologia	50%	190.343,40	190.343,40
91.10.3 treponema pallidum anticorpi (i.f.) [ffa-abs]	307	9,60	2.947,20	prescrivibile o suggerito esclusivamente da specialista nell'ambito di protocolli validati dalla regione e per esenti per patologia	50%	1.473,60	1.473,60
91.10.4 treponema pallidum anticorpi (ricerca qualit. mediante emoagglutin. passiva) [tpha]	6585	4,10	26.998,50	prescrivibile o suggerito esclusivamente da specialista nell'ambito di protocolli validati dalla regione e per esenti per patologia	50%	13.499,25	13.499,25
91.10.5 treponema pallidum anticorpi (ricerca quantit. mediante emoagglutin. passiva) [tpha]	28162	6,80	191.501,60	prescrivibile o suggerito esclusivamente da specialista nell'ambito di protocolli validati dalla regione e per esenti per patologia	50%	95.750,80	95.750,80
TOTALE ANNUO ATTUALE	-	-	51.243.395,50				
RIENTRO TARIFFATO PREVISTO	-	-					25.990.204,38
RIENTRO REALE PREVISTO del MAT di CONSUMO	-	-			33%		8.576.767,44

1.6.La radiodiagnostica

SITUAZIONE ATTUALE

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

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

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

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

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

CRITICITA'

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

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

OBIETTIVI

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

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

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

AZIONI PROPOSTE:**1.6.1. Appropriatezza prescrittiva**

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

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

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

1.6.2. Revisione della rete

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

RISVOLTI ECONOMICI

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

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

FONTI DI VERIFICA (INDICATORI)

indicatori sull'utilizzo delle grandi apparecchiature tra i quali tempo macchina, orari di apertura al pubblico, professionalità coinvolte, ecc

% delle indicazioni S (suggerito) sul totale dei tracciati C rispetto della revisione della rete

ALLEGATO 1						
prestazione	importo netto totale (9 mesi) riconosciuto	quantità	(x) prescrivibile o suggerito esclusivamente da specialista nell'ambito di protocolli validati dalla Regione, e per esenti per patologia (xx) non prescrivibile fuori dai programmi di screening, escluso sospetto diagnostico	% di rientro	valore	
ASL						
88.93.R5 ONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA Cervicale, toracica, lombosacrale	3.999.828	26.231	x	3%	119.994,53	
88.76.1E COGRAFIA ADDOME COMPLETO	3.879.604	67.778	x	3%	116.388,13	
88.72.6E COCARDIOGRAFIA	3.224.550	50.763	x	3%	96.736,49	
88.016 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO	2.962.362	15.152	x	3%	88.870,87	
88.94.A R5 ONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHELETRICA -piccole articolazioni +ginocci	2.532.912	21018	x	3%	75.987,37	
88.94.1R5 ONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHELETRICA -Grandi articolazioni RM di spa	2.296.785	15.561	x	3%	68.903,56	
87.41.1 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO TC del torace ipo	2.090.230	12.913	x	3%	62.706,90	
88.91.2 R5 ONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E	1.647.601	5.699	x	3%	49.428,02	
88.77.2 E CO(COLOR) DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI INFERIORI DISTRETTUALE, ARTERIOSA	1.436.300	34.222	x	3%	43.088,99	
ASO						
88.016 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO	2.856.388	14.728	x	3%	85.691,64	
88.93.R5 ONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA Cervicale, toracica, lombosacrale	1.399.478	9.130	x	3%	41.984,34	
88.91.2 R5 ONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E	1.261.718	4.224	x	3%	37.851,56	
88.94.A R5 ONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHELETRICA -piccole articolazioni +ginocci	961.036	7.936	x	3%	28.831,08	
88.73.5 E CO(COLOR) DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAORTICIA riposo o dopo prova fisica o farmacologica	649.599	14.361	x	3%	19.487,96	
PRESIDI e IRCCS						
92.86.6 TOMOSCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA (PET)	2.044.791	1936	x	10%	204.479,08	
88.93.R5 ONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA Cervicale, toracica, lombosacrale	939.543	6.117	x	10%	93.954,26	
88.016 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO	682.863	3.546	x	10%	68.286,29	
87.41.1 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO TC del torace ipo	507.546	3.157	x	10%	50.754,60	
88.94.A R5 ONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHELETRICA -piccole articolazioni +ginocci	466.709	3.874	x	10%	46.670,86	
88.72.6E COCARDIOGRAFIA	438.234	6.873	x	10%	43.823,41	
88.77.2 E CO(COLOR) DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI INFERIORI DISTRETTUALE, ARTERIOSA	297.007	6.867	x	10%	29.700,74	
88.94.1R5 ONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHELETRICA -Grandi articolazioni RM di spa	276.008	1.872	x	10%	27.600,80	
88.91.1R5 ONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO	247.236	1.318	x	10%	24.723,60	
88.91.2 R5 ONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E	226.330	759	x	10%	22.632,79	
88.71.4 DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO Ecografia di ghiandole salivari, collo per linfoni	141.444	5.944	x	10%	14.144,78	
STRUTTURE PRIVATE						
88.93.R5 ONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA Cervicale, toracica, lombosacrale	8.414.946	55.969	x	10%	841.494,58	
88.94.A R5 ONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHELETRICA -piccole articolazioni +ginocci	6.534.711	55.154	x	10%	653.471,05	
88.76.1E COGRAFIA ADDOME COMPLETO	6.013.032	113.029	x	10%	601.303,22	
92.86.6 TOMOSCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA (PET)	4.516.994	4.278	x	10%	451.699,45	
88.72.6E COCARDIOGRAFIA	4.351.868	73.079	x	10%	435.186,80	
88.91.2 R5 ONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E	3.521.541	12.026	x	10%	352.154,11	
88.94.1R5 ONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHELETRICA -Grandi articolazioni RM di spa	3.380.716	22.926	x	10%	338.071,58	
88.77.2 E CO(COLOR) DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI INFERIORI DISTRETTUALE, ARTERIOSA	3.227.701	77.218	x	10%	322.770,10	
88.91.1R5 ONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO	2.924.555	15.729	x	10%	292.455,50	
88.73.5 E CO(COLOR) DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAORTICIA riposo o dopo prova fisica o farmacologica	2.625.516	63.378	x	10%	262.551,61	
88.016 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO	1.466.288	7.512	x	10%	146.628,83	
88.93.2 R5 ONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) secondo distretto	1.322.775	9.235	x	10%	132.277,52	
87.41.1 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO TC del torace ipo	941.946	5.806	x	10%	94.194,57	
88.71.4 DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO Ecografia di ghiandole salivari, collo per linfoni	872.704	40.659	x	10%	87.270,36	
88.93.1R5 ONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO Cervicale	797.376	3.351	x	10%	79.737,64	
87.03.4 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELLE ARCADE DENTARIE (DENTALS CAN) TC dei denti (arc)	760.078	10.746	x	10%	76.007,83	
88.74.1E COGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE incluso :fegato e vie biliari, pancreas, milza, reni e surreni, retri	736.040	21.177	x	10%	73.604,02	
88.91.4 R5 ONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL MASSICCO FACIALE, SENZA E CON CONTRASTO	599.887	2.441	x	10%	59.988,71	
87.11.3 ORTOPANORAMICA DELLE ARCADE DENTARIE Arcate dentarie complete superiore e inferiore (OPT)	536.549	63.214	x	10%	53.654,89	
88.99.2 DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X.Lombare, femorale, ultradist	510.609	20.594	x	10%	51.060,89	
87.37.1 MAMMOGRAFIA BILATERALE. (2 proiezioni)	507.238	22.836	xx	80%	405.790,08	
TOTALE RAPPORTATO A 9 MESI					7.374.096,18	
TOTALE RAPPORTATO A 12 MESI					9.832.128,24	
TOTALE RAPPORTATO A 9 MESI (senza Presidi e IRCCS e strut. Private)					935.951,44	
TOTALE RAPPORTATO A 9 MESI (senza Presidi e IRCCS e strut. Private)					1.247.935,25	

2. IL PERSONALE

SITUAZIONE ATTUALE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CRITICITÀ

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

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

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

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

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

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

Tabella costo del personale 2004

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

Tabella 1

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

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

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

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

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

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

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

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

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

OBIETTIVI

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

AZIONI PROGRAMMATE PER REALIZZARE GLI OBIETTIVI

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

1) Personale dipendente:

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

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

2) Contratti di lavoro atipici:

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

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

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

4) Divieto attivazione di servizi:

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

5) Divieto conferimento commesse:

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

6) Divieto esternalizzazione servizi:

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

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

7) Specialisti convenzionati:

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

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

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

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

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

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

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

RISVOLTI ECONOMICI

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

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

Tabella costo tendenziale – programmato del personale

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

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

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

Tabella Effetti numerici della manovra sulla consistenza organica

Rif	N° persone su base annua	Personale in servizio al 30/9/2010 (*)	2011 programmato				Assunzioni	Diminuzione	Personale in servizio al 31/12
			Cessazioni totale	Cessazioni personale assistenza	Cessazioni altro personale	% assunzione personale assistenza			
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

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

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

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

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

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

Tra i 1569 "cessati" troviamo:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TABELLA EFFETTI ECONOMICI

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

TABELLA EFFETTI ECONOMICI (SEGUE)

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

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

Tabella effetti economici della riduzione di personale

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

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

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

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

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

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

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

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

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

FONTI DI VERIFICA (INDICATORI):

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

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

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

3. LA FARMACEUTICA TERRITORIALE

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

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

Fonte Agenas, Aifa e Corte dei Conti

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

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

SITUAZIONE ATTUALE

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

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

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

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

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

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

CRITICITA'

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

OBIETTIVI

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

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

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

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

AZIONI PROPOSTE

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

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

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

Nella DGR si specificherà che:

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

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

RISVOLTI ECONOMICI

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

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

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

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

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

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

FONTI VERIFICA (INDICATORI)

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

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

SITUAZIONE ATTUALE

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

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

CRITICITA'

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

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

OBIETTIVO

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

AZIONI PROPOSTE

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

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

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

RISVOLTI ECONOMICI

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

FONTI VERIFICA (INDICATORI)

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

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

SITUAZIONE ATTUALE

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

CRITICITA'

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

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

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

OBIETTIVI

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

AZIONI PROPOSTE

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

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

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

RISVOLTI ORGANIZZATIVI

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

RISVOLTI ECONOMICI

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

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

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

FONTI DI VERIFICA (indicatori)

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

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

SITUAZIONE ATTUALE

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

CRITICITA'

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

OBIETTIVI

Considerato che la revisione del PT-RP dovrebbe comportare una positiva ricaduta sulle prescrizioni farmaceutiche territoriali in termini di appropriatezza e di contenimento della spesa convenzionata, è necessario poter valutare l'adesione dei prescrittori al PT-RP non solo durante il ricovero, ma anche all'atto del suggerimento delle terapie da assumere al domicilio. Il continuo monitoraggio delle prescrizioni in dimissione in funzione della loro ricaduta potrà, pertanto, consentire di individuare e correggere eventuali situazioni di mancata aderenza al PT-RP.

AZIONI PROPOSTE

- completa attuazione della distribuzione del 1° ciclo di terapia attraverso le farmacie ospedaliere (atto di indirizzo regionale da adottarsi entro il 31/3/2011);
- monitoraggio delle prescrizioni in dimissione da parte delle farmacie ospedaliere e predisposizione di un report trimestrale da inviare ai direttori generali e all'Assessorato regionale per l'individuazione di eventuali criticità e la messa in atto di azioni correttive.

RISVOLTI ORGANIZZATIVI

E' necessario che le farmacie ospedaliere siano dotate di personale sufficiente e di adeguati supporti informatici per poter adempiere a quanto previsto.

RISVOLTI ECONOMICI

L'intervento, finalizzato al monitoraggio dell'attuazione della revisione del PT-RP in funzione delle ricadute sulle prescrizioni territoriali, grazie all'incremento della distribuzione in dimissione (ipotizzabile in circa il 5% - valore 2010 distribuzione in dimissioni, visita, etc, pari a 29 MLN € - file F) potrà determinare un risparmio quantificabile in **0,4 MLN €/anno**. La stima di risparmio deriva da una sperimentazione diretta svolta in una ASR.

FONTI VERIFICA (INDICATORI)

prescrizioni non coerenti con PT-RP su totale
incremento del valore della specifica tipologia di file F (distribuzione in dimissione o dopo visita ambulatoriale) di un valore minimo del 5%

4. ASSISTENZA FARMACEUTICA OSPEDALIERA

Con legge 24 dicembre 2007, n. 244 (finanziaria 2008) il tetto della spesa farmaceutica ospedaliera, espresso in percentuale della spesa sanitaria a programma (fondo sanitario regionale - FSR -), è stato fissato a partire dall'anno 2008 al 2,4%.

Come nella maggior parte delle Regioni, anche in Piemonte si rilevano forti criticità per quanto concerne il rispetto del tetto del 2,4%.

L'andamento è analogo a quello rilevato negli anni precedenti.

Anno	Valore da CE	Incidenza % su FSR	Scostamento assoluto dal tetto
2008	304.230	4,1	+1,7
2009	328.994	4,2	+1,8

Fonte Agenas, Aifa e Corte dei Conti

Principale determinante del generalizzato incremento della spesa farmaceutica ospedaliera viene ritenuta l'immissione sul mercato di farmaci innovativi, più efficaci nel trattamento di patologie complesse, ma di costo molto elevato (10 – 20 mila €/anno per paziente).

Allo scopo di ridurre l'incidenza sulla spesa farmaceutica ospedaliera (DL 78/2010, convertito, con modificazioni, nella L 122/2010), con determinazione AIFA del 2/11/2010 è stata operata la riclassificazione in fascia A di un elenco di farmaci di fascia H dispensati direttamente ai pazienti. Il provvedimento è in vigore dal 9/11/2010 e, per la Regione Piemonte, si tratta di un trasferimento di costi stimabile in 40,5 MLN € per anno.

Considerate le difficoltà di tutte le Regioni nel contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera entro il tetto di legge, gli organismi centrali hanno adottato politiche di orientamento dei prescrittori all'appropriatezza di utilizzo dei farmaci (Registro AIFA ONCO, Monitoraggio Intensivo,...) e di corresponsabilizzazione dell'industria farmaceutica alla sostenibilità del sistema (es. pay back, risk sharing, payment by results,..).

Anche la Regione Piemonte ha già intrapreso azioni volte a garantire l'appropriatezza e la razionalizzazione prescrittiva di particolari categorie di farmaci, utilizzando lo strumento dei "Registri" quale base per monitoraggio dei trattamenti, selezione dei prescrittori e programmazione della spesa.

Sono attivi i Registri regionali informatizzati per la prescrizione di:

- 1) ormone somatotropo;
- 2) teriparatide e bifosfonati uso e.v.;
- 3) biologici utilizzati in reumatologia e dermatologia;
- 4) terapia di malattie rare;
- 5) vaccini iposensibilizzanti;

Per rendere più cogente l'obbligo di prescrizione tramite i registri regionali, il conferimento dei dati nei registri stessi è stato assimilato a debito informativo verso la Regione (DGR 18-804 del 15/10/2010).

Con DGR 22-11512 del 3/6/2009 sono stati definiti gli standard minimi di attività delle farmacie ospedaliere, in particolare riguardo a gestione degli scaduti in reparto, centralizzazione delle preparazioni antiblastiche, formazione, etc.

Dal monitoraggio di verifica conclusosi in novembre 2010, non risulta ancora il completo adeguamento delle ASR agli indirizzi regionali.

In conclusione, esistono già adeguati strumenti normativi nazionali e regionali per il governo e la stabilizzazione della spesa farmaceutica ospedaliera regionale, ma è necessario introdurre

sistemi per l'effettiva applicazione di tali normative e sono necessari ulteriori interventi regionali mirati per il recupero delle aree di inappropriata che ancora si rilevano. Per l'efficacia delle azioni da intraprendere sarà necessario ricercare preliminarmente condivisione ed adesione al progetto da parte di tutti i soggetti interessati e prevederne il puntuale monitoraggio in itinere.

4.1. Appropriata dell'utilizzo dei farmaci oncologici ad alto costo

SITUAZIONE ATTUALE

La spesa farmaceutica ospedaliera regionale è determinata per circa 1/3 dai farmaci oncologici/innovativi (115 MLN € - dati IMS).

Alcuni di questi farmaci, in considerazione del rilevante impatto sulla spesa SSR e per il completamento dei profili di sicurezza, sono sottoposti a monitoraggio intensivo AIFA (DM 21/11/2003). La prescrizione e l'utilizzo a carico SSR deve, pertanto, essere effettuata sulla base dei criteri di appropriatezza indicati dall' AIFA in fase di inserimento dei dati nel Registro centralizzato nazionale.

Per i farmaci innovativi di costo elevato (40-60.000€ anno/pz), approvati con procedure rapide e per i quali non è ancora ben definito il profilo di efficacia, può essere prevista nel decreto di autorizzazione una rimborsabilità condizionata ai risultati terapeutici (cost sharing, payment by results,..). Per ottenere i rimborsi dei farmaci inseriti nei registri secondo gli accordi negoziali AIFA i prescrittori sono tenuti a completare il percorso di monitoraggio indicato nel registro.

La spesa regionale per farmaci oncologici sottoposti a monitoraggio AIFA è di 70 MLN €/anno 2010.

CRITICITA'

In Regione Piemonte la pratica della compilazione del Registro AIFA non è ancora adeguatamente conosciuta e praticata, con effetti negativi in termini di recupero di costi per terapie non efficaci, come risulta dal confronto tra i dati inseriti nel Registro AIFA e i farmaci effettivamente erogati (file F). Infatti, l'onere del controllo e della richiesta di rimborso è un diritto/dovere delle ASR e, in mancanza di dati di esito, non è possibile chiedere alcun rimborso.

La prescrivibilità dei farmaci soggetti a monitoraggio intensivo è, inoltre, consentita in Regione Piemonte a tutti gli specialisti, con maggiore rischio di inappropriata laddove la prescrizione sia effettuata in strutture senza adeguata competenza clinica.

L'estesa prescrivibilità determina spesso anche la dispersione nella preparazione delle terapie antitumorali con conseguente aumento dei costi.

E', inoltre, da segnalare che non per tutti i farmaci autorizzati con le formule del cost sharing, risk sharing, payment by results,... l'AIFA ha attuato le procedure informatiche di rimborso. In mancanza delle stesse non è possibile per le regioni avviare l'iter di rimborso.

OBIETTIVI

Il conferimento dei dati nel Registro AIFA deve risultare prassi ordinaria per gli specialisti che prescrivono farmaci sottoposti a monitoraggio intensivo. La fornitura dei farmaci da parte dei Servizi farmaceutici aziendali può avvenire solo previa verifica degli effettivi adempimenti AIFA da parte dei prescrittori.

AZIONI PROPOSTE

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

- l'obbligo di inserire la copia della scheda AIFA nella cartella clinica del paziente, poichè il rispetto degli obblighi AIFA di monitoraggio deve essere condizione imprescindibile ai fini della fornitura dei farmaci da parte delle farmacie ospedaliere. L'obbligo per la farmacia ospedaliera di effettuare la fornitura del farmaco solo dopo verifica della scheda stessa; l'istituzione di una Commissione Regionale di Coordinamento delle Commissioni farmaceutiche interne (CFI) delle ASR e l'obbligo di autorizzare gli usi off-label ripetuti e sistematici sulla base di sistemi di valutazione HTA;
- l'incarico alla Commissione Regionale di Coordinamento di svolgere un Audit regionale di valutazione della conformità delle prescrizioni ai criteri di appropriatezza del Registro AIFA ogni semestre a partire dal 30/6/2011 e di intervenire con le ASR meno virtuose;
- l'obbligo da parte delle ASR di inviare trimestralmente report sulle somme recuperate con le procedure di rimborso AIFA e l'obbligo da parte della Commissione Regionale di Coordinamento di svolgere dei confronti tra le ASR e intervenire con le Aziende meno virtuose;
- l'approvazione dell'elenco delle Unità Operative abilitate alla prescrizione di specifici farmaci. L'elenco finale dovrà essere coerente con la riorganizzazione del sistema delle ASR piemontesi e dovrà prevedere una riduzione dei centri rispetto alla situazione attuale;
- l'obbligo della Commissione Regionale di Coordinamento di produrre un Piano di Formazione/Informazione delle ASR (direzioni/farmacie/specialisti) circa gli obiettivi del monitoraggio AIFA entro il 30/04/2010. La formazione si dovrà concludere entro il 2011;
- l'obbligo della Commissione Regionale di Coordinamento di attribuire entro il 30/03/2010 una percentuale diversa per ogni ARS di abbattimento della inappropriatazza. Tali percentuali per ogni ASR saranno definite tenendo conto del livello di inappropriatazza attuale di ogni ASR con l'obiettivo di ridurre in media a livello regionale l'inappropriatazza del 20%. Il rispetto di tali obiettivi sarà inserito nel Sistema di Valutazione dei Commissari/DG delle ASR.

Inoltre, sarà compito della Commissione Regionale Farmaceutica richiedere ad AIFA l'attuazione delle procedure di rimborso per tutti i farmaci finora autorizzati con tale formula.

RISVOLTI ECONOMICI

Per la stima della % di inappropriatazza sulla prescrizione dei farmaci in questione sono state comparate diagnosi/terapie analizzando 140 cartelle cliniche consecutive di pazienti trattati con farmaci ad alto costo in due ospedali con importante attività oncologica (ASO S.Giovanni Battista di Torino e IRCC Candiolo). La % di inappropriatazza riscontrata è stata valutata intorno al 20%. A livello prudenziale si considera una % per tutta la Regione pari al 10%.

Si ritiene quindi che sia ragionevole stimare una riduzione della spesa regionale dei farmaci oncologici pari al 10% (3,5 MLN €) per anno. Considerando che la azioni partono dal 1/3/2011 **per il 2011 il risparmio è pari a 2,9 mln (dieci dodicesimi) e per il 2012 è pari a 3,5 mln.**

FONTI DI VERIFICA (INDICATORI)

valore rimborso AIFA – da conto economico-/ consumo farmaci monitoraggio AIFA = a media regionale
rispetto dell'obiettivo di riduzione % dell'inappropriatazza

4.2. Centralizzazione in farmacia delle preparazioni antiblastiche

SITUAZIONE ATTUALE

Sulla base di esperienze già consolidate, la centralizzazione in farmacia delle preparazioni antiblastiche e la concentrazione delle terapie in un periodo ristretto (es un giorno predefinito della settimana, cosiddetto "drug-day") permette l'utilizzo completo delle dosi di farmaci, evitando sprechi di risorse.

Il valore delle soluzioni oncologiche infusionali utilizzate dalle ASR piemontesi ammonta a 19,6 MLN € (dati IMS) nel primo semestre 2010 (39,2 MLN € su base annua).

CRITICITA'

Nonostante siano già state date indicazioni per la centralizzazione in farmacia delle terapie antiblastiche (DGR 22- 11512 del 3/6/2009) non risulta il completo adeguamento delle ASR a tali disposizioni.

OBIETTIVI

Tutti i farmaci onco-ematologici per uso parenterale devono essere allestiti in dosi pronte all'uso e personalizzate esclusivamente presso i laboratori delle farmacie ospedaliere (FO). Tali attività, anche in forma consortile, dovranno essere garantite dalle FO entro il 30/6/2011.

AZIONI PROPOSTE

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

- l'approvazione dell'elenco delle farmacie ospedaliere individuate per le preparazioni antiblastiche che dovranno essere accreditate per tale funzione e disposizione che la procedura di accreditamento dovrà essere conclusa entro il 30/09/2011. L'elenco finale dovrà essere coerente con la riorganizzazione del sistema delle ASR piemontesi e dovrà prevedere una riduzione delle farmacie accreditate rispetto alla situazione attuale;
- l'obbligo per le Farmacie Ospedaliere di documentare la messa in atto di strumenti per la riduzione degli sprechi di dose (concentrazione della preparazione di ogni farmaco solo in un giorno predefinito della settimana – drug day- nelle Farmacie ospedaliere dei centri più piccoli; utilizzo di confezioni multi-dose; valutazione della stabilità dei farmaci per utilizzo successivo);
- l'obbligo delle FO di trasmettere Regione con cadenza bimestrale entro il decimo giorno del mese successivo, sulla base di tabella excel unica regionale, i dati relativi alle preparazioni effettuate che saranno analizzate prevedendo degli interventi nelle Asr che disattendono la norma.

RISVOLTI ECONOMICI

Si stima che la centralizzazione delle preparazioni antiblastiche comporti un risparmio sui costi dei farmaci utilizzati corrispondente al 5% **(1,9 MLN €) nel 2011** e 10% **(3,8 MLN €) nel 2012**.

4.3. Unificazione delle procedure di gara

SITUAZIONE ATTUALE

Le aziende sanitarie stanno procedendo all'espletamento di gare per l'acquisizione di beni e servizi consorziandosi in aree sovra zonali o in alternativa ricorrendo alla ditta di committenza regionale (SCR). Per quanto riguarda i medicinali attualmente vige su tutto il territorio piemontese il regime di proroga in attesa della definizione di nuove procedure unificate di gara che consentano maggiori economie.

CRITICITA'

E' presente una certa eterogeneità nel processo di selezione dei farmaci acquistati e scarsa razionalizzazione delle risorse nella fase di acquisto.

OBIETTIVO

Migliorare il processo di selezione dei farmaci e recuperare economie nella fase di acquisto.

AZIONI PROPOSTE

La Regione emetterà una DGR entro il 31/01/2011 che dovrà prevedere:

- l'obbligo di SCR (Società di Committenza Regionale) di attivare entro il 30.06.2011 le procedure per le gare sui farmaci inclusi nel PT-RP aventi come base d'asta le condizioni attuali più favorevoli, almeno a livello regionale. Il capitolato di gara dovrà essere predisposto secondo il criterio delle categorie omogenee, così come individuate nel PT-RP;
- l'obbligo di SCR di predisporre una reportistica riportante tutti i dati necessari per l'attuazione della gara da inviare a tutte le ASR entro il 15/04/2011;
- l'obbligo delle ARS di inviare la reportistica compilata correttamente ad SCR entro il 15/5/2010;
- l'obbligo di SCR di concludere definitivamente la gara entro il 31/12/2011.

RISVOLTI ECONOMICI

Sulla base delle precedenti esperienze di aggregati di acquisto si ritiene di poter prevedere un'efficienza dal **2012** del 2% sul valore della spesa farmaceutica aziendale (**10 MLN €**)

4.4. Ottimizzazione dell'impiego dei farmaci stimolanti l'eritropoiesi nei pazienti uremici

SITUAZIONE ATTUALE

In Regione Piemonte esistono 25 Centri Dialisi, organizzati in una rete nefrologica ormai consolidata. Dai dati del Registro regionale Dialisi e Trapianti (RPDT) risultano in Piemonte oltre 3000 pazienti in dialisi e ogni anno si rilevano circa 600 nuovi trattamenti sostitutivi.

Un'importante quota di pazienti in dialisi (80%) è trattato con farmaci stimolanti l'eritropoiesi (ESA), con un costo medio per paziente di 2000-2.300 €/anno.

La spesa complessiva regionale per ESA (epoetine e darboepoetina) per pazienti in dialisi è stimata in 5,5 MLN € per l'anno 2010.

Il livello di appropriatezza d'uso degli ESA, in termini di aderenza alle linee guida nazionali ed internazionali, è ritenuto generalmente molto buono in Piemonte, come riscontrato nel corso

dell'audit regionale dei centri dialisi tenutosi a Torino nel novembre 2010. Sempre prendendo in considerazione i dati di AUDIT è possibile vedere come il target di emoglobina considerato accettabile si sta consolidando in Piemonte verso livelli inferiori rispetto a quelli stabiliti in precedenza dalla linee guida, soprattutto in alcuni gruppi di pazienti a rischio cardiovascolare elevato (da 11-12 g/Dl a 10.5–11.5 g/Dl). Come diretta conseguenza si sta assistendo ad una riduzione delle dosi complessive di ESA somministrate, con relativo decremento dei costi. Un decremento della dose media di emoglobina si è registrata nel corso degli ultimi 3 anni ed è evidente una riduzione dei costi del primo semestre del 2010 rispetto ai costi del 2009.

CRITICITA'

Una opportunità di economia nell'ambito del trattamento dell'anemia nei pazienti con Insufficienza renale è rappresentata dall'utilizzo dei biosimilari degli ESA, disponibili ad un costo attuale mediamente inferiore del 30-40% rispetto ai farmaci "originatori". Sulla base delle indicazioni delle società scientifiche l'uso dei farmaci biosimilari può essere riservato, con adeguati profili di sicurezza, ai pazienti naive al trattamento. Le stesse società scientifiche del resto sconsigliano variazioni dei tipi di ESA somministrati nel corso del tempo. Dalla rilevazione dei dati dell'AUDIT clinico sull'anemia relativi al 2009 la percentuale di pazienti trattati nei centri Piemontesi con ESA Biosimilari è ancora molto bassa, intorno al 2% dei casi trattati con ESA (anche se l'uso degli stessi è aumentato nel corso del 2010). I dati sono analoghi a quelli rilevati nelle altre regioni.

OBIETTIVI

Per la razionalizzazione della spesa regionale relativa agli ESA ai pazienti dializzati è opportuno estendere progressivamente, in tutti i centri piemontesi, l'utilizzo dei biosimilari ai nuovi pazienti trattati avviati al trattamento sostitutivo, monitorizzando l'uso e la reale efficacia clinica nel trattamento dell'anemia, oltre che la comparsa di eventuali effetti collaterali.

AZIONI PROPOSTE

La Regione con una determina dirigenziale (DD) si impegna a nominare entro il 31/01/2010 un tavolo regionale di coordinamento composto da esperti del settore con il compito di redigere entro il 28/02/2010 delle linee guida per l'utilizzo dei farmaci ESA-biosimilari e una scheda riepilogativa unica regionale per il monitoraggio delle prescrizioni. Inoltre, entro metà febbraio 2011, dovrà dare le indicazioni necessarie per integrare adeguatamente il Registro regionale RP.DT per consentire il puntuale monitoraggio dei trattamenti con ESA.

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

- l'approvazione delle linee di indirizzo per l'utilizzo dei farmaci ESA-biosimilari stabilite dal tavolo regionale di coordinamento che dovranno definire:
 - quando utilizzare i farmaci biosimilari e quando invece gli originatori, rimarcando i margini di discrezionalità;
 - se esistono e quali sono le differenze, in termini decisionali, tra il gruppo delle eritropoietine e quello del filgastrim;
 - quali raccomandazioni formulare in merito allo switch tra originatori e biosimilari e tra biosimilari;
 - quali modalità adottare per l'approvvigionamento di questi prodotti;

- l'obbligo da parte delle farmacie di adozione vincolante di una specifica modulistica di richiesta personale con la motivazione del medico a fronte di scostamenti dalle linee di indirizzo;
- l'obbligo dei servizi farmaceutici aziendali di inviare con cadenza bimestrale alla Regione i reports di utilizzo e spesa per Centro prescrittore accompagnato alla motivazione del medico di scostamenti dalle linee di indirizzo, sulla base della scheda riepilogativa unica regionale;
- l'obbligo della Regione di analizzare trimestralmente i dati contenuti nella scheda riepilogativa al fine di prevedere interventi sulle Aziende che si discostano dalla media regionale. Tale azioni saranno svolte con il supporto tecnico del tavolo regionale di coordinamento.

RISVOLTI ECONOMICI

L'applicazione delle linee guida con il processo sopra descritto permetterà che:

- l'utilizzo di ESA biosimilari nei nuovi pazienti avviati al trattamento sostitutivo (tasso prevedibile di 600 nuovi ingressi per anno) generi un risparmio medio di circa 700€/paziente ed un risparmio regionale stimabile in circa 420.000 €/annuo per il 2011 e di circa 840.000 €/annuo per il 2012;
- l'abbassamento del target di emoglobina accettabile porti una riduzione stimata dei costi di circa 300.000 €/annuo per il 2011 e per il 2012.

Quindi il risparmio complessivo per il **2011 è di € 0,6 mln** (€ 0,72 mln annuo partendo da marzo) e per il **2012 di € 1,1 mln**.

FONTI VERIFICA (INDICATORI)

$$\frac{\text{N° pazienti dializzati naive trattati con ESA biosimilari (prevalenti/incidenti)}}{\text{N° pazienti dializzati naive trattati con PT ESA}} * 100 = 100\%$$

4.5. Ottimizzazione dell'impiego dei farmaci stimolanti l'eritropoiesi e stimolanti i fattori di crescita della serie granulocitaria nei pazienti oncologici

SITUAZIONE ATTUALE E CRITICITA'

Da un recente documento divulgato da AIOM, la gestione dei farmaci biosimilari può rappresentare un problema anche in ambito onco-ematologico. Infatti da un sondaggio tra gli oncologi effettuato da AIOM stessa solo il 18 % dei medici sapeva dare una definizione esatta di cosa fosse farmaco biosimilare e solo il 32 % si poneva il problema reale di possibile immunogenicità che qualsiasi farmaco biotech può dare e quindi dei potenziali rischi di tossicità che potrebbero derivare, nel passaggio tra un farmaco originator ad uno biosimilare, per un paziente non gestito in maniera appropriata. E' anche vero che l'Italia è tra i paesi Europei rispetto a Spagna Francia e Germania che dal punto di vista legislativo e quindi anche nell'aspetto di tutela medico-legale sta affrontando soltanto adesso il problema. D'altro canto dal punto di vista economico nel futuro rappresenterà quasi "un obbligo" utilizzare in maniera appropriata i farmaci biosimilari che hanno in media un costo inferiore dal 20% al 50% rispetto agli originator. Già il Servizio Farmaceutico Regionale aveva segnalato come la spesa delle eritropoietine rappresentasse uno dei gruppi di molecole con maggiore incidenza sulla spesa farmaceutica regionale. A seguito di ciò il Nucleo Tecnico HTA di Aress aveva elaborato un mini report per la valutazione di eventuali ambiti di inappropriata spesa. Nel maggior Ospedale Piemontese, il S. Giovanni Battista di Torino, si consumano in un anno 1.044.854 euro di eritropoietine in ambito oncologico e 1.373.885 euro di fattori di crescita della serie granulocitaria, con un risparmio ipotizzabile minimo (in caso di passaggio a biosimilari) di 210.000 euro per le eritropoietine e 280.000 euro per i fattori di crescita solo nell'anno 2011.

Dal 2007 Emea ha dato parere favorevole a tre eritropoietine nell'anemia dei tumori solidi e dal 2008 a tre fattori di stimolazione della serie granulocitaria, rendendoli disponibili per il mercato italiano. E' quindi necessario pianificare delle linee d'indirizzo nell'uso di queste tipologie di farmaci con l'obiettivo di una corretta informazione che tuteli sia l'operatore che il paziente e nello stesso tempo segua le direttive del piano di razionalizzazione della spesa regionale.

OBIETTIVI

Per la razionalizzazione della spesa regionale relativamente all'utilizzo di farmaci biosimilari per i pazienti onco-ematologici è opportuno individuare linee d'indirizzo regionale sull'utilizzo di questi farmaci e pianificare strumenti di monitoraggio specifici al fine di garantire, oltre al corretto trattamento dell'anemia e della neutropenia, anche un' appropriata e tempestiva attività di farmacovigilanza.

AZIONI PROPOSTE

La Regione si impegna a nominare con Determina Dirigenziale (DD) entro il 31/01/2010 un tavolo regionale di coordinamento composto da esperti del settore con il compito di redigere entro il 28/02/2010 delle linee guida per l'utilizzo dei farmaci ESA-biosimilari e stimolanti i fattori di crescita della serie granulocitaria e una scheda riepilogativa unica regionale per il monitoraggio delle prescrizioni e di attuare le azioni previste dalla DGR sotto riportata.

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

- l'approvazione delle linee di indirizzo per l'utilizzo dei farmaci ESA-biosimilari e stimolanti i fattori di crescita della serie granulocitaria definite dal tavolo regionale di coordinamento che dovranno definire:
 - quando utilizzare i farmaci biosimilari e quando invece gli originatori, rimarcando i margini di discrezionalità;
 - se esistono e quali sono le differenze, in termini decisionali, tra il gruppo delle eritropoietine e quello del filgastrim;
 - quali raccomandazioni formulare in merito allo switch tra originatori e biosimilari e tra biosimilari;
 - quali modalità adottare per l'approvvigionamento di questi prodotti;
- l'obbligo da parte delle farmacie di adozione vincolante di una specifica modulistica di richiesta personale con la motivazione del medico a fronte di scostamenti dalle linee di indirizzo;
- l'obbligo dei servizi farmaceutici aziendali di inviare con cadenza bimestrale alla Regione i reports di utilizzo e spesa per Centro prescrittore accompagnato alla motivazione del medico di scostamenti dalle linee di indirizzo, sulla base della scheda riepilogativa unica regionale;
- l'obbligo della Regione di analizzare trimestralmente i dati contenuti nella scheda riepilogativa al fine di prevedere interventi sulle Aziende che si discostano dalla media regionale. Tale azioni saranno svolte con il supporto tecnico del tavolo regionale di coordinamento;

RISVOLTI ECONOMICI

Si stima che l'impiego di epoetine e fattori crescita biosimilari in ambito oncoematologico possa tradursi in ambito regionale in un risparmio progressivo del 15-20% rispetto alla spesa dell'anno 2010 (8,1 MLN per epoetine e 8,2 MLN per fattori di crescita), ovvero **2,4 MLN**

nell'anno 2011 e 3,2 MLN nell'anno 2012. Tali valori sono stati stimati analizzando nel dettaglio dati di alcune Aziende Ospedaliere della Regione.

4.6. Razionalizzazione d'uso dei farmaci per il trattamento dell'ipertensione arteriosa polmonare

SITUAZIONE ATTUALE

L'ipertensione arteriosa polmonare (PAH) è malattia rara, cronica, invalidante e progressiva gravata da elevato tasso di mortalità qualora non trattata. La disponibilità di farmaci specifici ha modificato la prognosi della stessa migliorando sia la qualità di vita che le curve di sopravvivenza. La malattia rimane comunque gravata da prognosi sfavorevole. Quanto sopra riferito è da considerarsi ristretto alle forme di tipo arterioso (cioè dal punto di vista epidemiologico la forma idiopatica, quella associata a malattie del tessuto connettivo, a cardiopatie congenite, ad infezione HIV e a anemie emolitiche congenite), le uniche forme per le quali i farmaci sottoposti a verifica sono prescrivibili secondo registrazione AIFA.

Nell'ambito dei trattamenti per PAH i costi maggiori sono determinati dal farmaco Bosentan (4,2 MLN € nell'anno 2010 su una spesa regionale totale di 6,8 MLN € - dati file F)

CRITICITA'

- Si rileva una notevole dispersione delle prescrizioni per Bosentan che provengono da numerosi centri molti dei quali seguono meno di 5 pazienti ciascuno;
- risulta difficile identificare per il farmaco con maggior livello di costo (Bosentan) se la prescrizione sia per ipertensione polmonare o per le ulcere cutanee sclerodermiche;
- i dati disponibili rilevano la non completa corrispondenza tra piani terapeutici inseriti nel Registro regionale per le malattie rare e farmaci effettivamente erogati per PAH;
- un numero di pazienti non trascurabile assume terapia di combinazione (da 2 a 3 farmaci associati).

OBIETTIVI

- Garantire la corretta terapia a tutti pazienti affetti da ipertensione arteriosa polmonare idiopatica o associata a malattie rare in specie alle connettivopatie (80% circa del bacino di utenza dei farmaci sottoposti a controllo), trattabili secondo le linee guida e le indicazioni previste per le quali i singoli farmaci sono registrati ed in commercio;
- ridurre i costi relativi ai farmaci prescrivibili per l'ipertensione arteriosa polmonare rafforzando i controlli su diagnosi e prescrizioni al fine di limitare l'uso di tale farmaci ai reali aventi diritto sulla base di criteri di appropriatezza.

AZIONI PROPOSTE

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

- l'identificazione, nell'ambito della rete regionale delle malattie rare dei "Centri esperti" per il controllo delle prescrizioni di trattamenti ad alto costo ed alla criticità in termini di costi ed organizzazione del trattamento con farmaci somministrati in infusione continua;
- l'obbligo per i servizi farmaceutici di erogazione dei farmaci esclusivamente sulla base di piano terapeutico informatizzato del Registro regionale MARARE;
- l'approvazione della modifica dell'applicativo Marare con introduzione di schede di diagnosi, di piani terapeutici e di schede di follow-up in grado di garantire accuratezza dei percorsi

diagnostici e degli schemi di trattamento (a cura del tavolo scientifico del consorzio sull'ipertensione polmonare e del coordinamento regionale). Questo comporterà l'obbligo di esecuzione e registrazione del cateterismo cardiaco destro alla diagnosi, da ripetersi e da registrare ad ogni aggravamento che richieda implementazione del trattamento (scheda di follow-up), nonché della classe funzionale, come determinanti rispettivamente della diagnosi e delle indicazioni terapeutiche;

- la revisione delle diagnosi/prescrizioni con caratteristiche di criticità (a cura dei centri esperti del tavolo scientifico, del consorzio sull'ipertensione polmonare e del coordinamento regionale);
- la verifica incrociata dei piani terapeutici ancora cartacei verso i piani terapeutici informatizzati del Registro e revisione della correttezza diagnostica ed appropriatezza terapeutica; questo approccio permetterà di fare emergere anche quella quota (misurabile intorno al 20% del globale) relativa a prescrizioni per ipertensione arteriosa polmonare associata a malattie non incluse tra le malattie rare, ma ugualmente trattabile secondo linee guida;
- la separazione dei flussi di costo delle ulcere da quelli dell'ipertensione polmonare arteriosa per il farmaco (Bosentan) che, unico, ha oggi indicazioni per il trattamento delle ulcere cutanee sclerodermiche;
- la verifica costante e periodica della correttezza della diagnosi e della appropriatezza prescrittiva (a cura dei centri esperti);
- l'aggiornamento costante dei criteri diagnostici e degli schemi di trattamento in funzione dei nuovi dati scientifici e delle disponibilità di nuovi farmaci (a cura dei centri esperti e del consorzio sull'ipertensione polmonare).
- L'intervento non incide sui livelli assistenziali, ma intende garantire l'appropriatezza d'uso del farmaco, bosentan rispetto alle indicazioni autorizzate. Si realizza tramite l'adeguamento del registro regionale delle malattie rare (nuove schede diagnosi/requisiti inclusione ai trattamenti) e limitando la prescrivibilità ai soli centri qualificati.

RISVOLTI ECONOMICI

Si stima la riduzione del 20% della spesa regionale di Bosentan prescritto per malattia rara, che produce quindi un risparmio pari a 800.000 €. **Quindi nel 2011 il risparmio è pari a 0,66 mln e nel 2012 pari a 0,8 mln.**

FONTI VERIFICA (INDICATORI)

Gli indicatori proposti sono:

numero dei pazienti registrati con diagnosi di malattia trattabile secondo linee guida con i farmaci oggetto della presente revisione nel sito con l'applicativo marare + numero e tipologia di piani terapeutici informatizzati compilati sullo stesso applicativo;

numero e tipologia dei farmaci registrati in file F ed effettivamente erogati le stesse indicazioni;

valutazione comparativa dei dati ottenuto dalle due fonti.

4.7. Monitoraggio dell'appropriatezza d'uso delle immunoglobuline endovena

SITUAZIONE ATTUALE

Le immunoglobuline per uso endovenoso (Ig ev) costituiscono il principio attivo con maggiore incidenza (3,2 %) sulla spesa farmaceutica delle ASR piemontesi. Nel primo semestre 2010 risulta una spesa di Ig ev pari a 9,6 MLN € (19,2 MLN su base annua).