

### CRITICITA'

Il largo impiego di Ig ev in Piemonte, anche rispetto ai dati di altre Regioni (BD IMS), induce ad ipotizzare un certo margine di inappropriata prescrizione.

### OBIETTIVI

Ricondurre la prescrizione di Ig ev entro gli utilizzi che trovano conferma di appropriatezza nella pratica clinica e nelle linee guida nazionali ed internazionali

### AZIONI PROPOSTE

La Regione emetterà una Determina Dirigenziale entro il 28/02/2011 che dovrà prevedere il collegamento di ogni terapia con Ig ev ad una diagnosi specifica (ICD9-CM), in mancanza della quale, salvo giustificata motivazione, non sarà possibile la fornitura del farmaco da parte dei Servizi farmaceutici aziendali;

### RISVOLTI ECONOMICI

Si prevede di recuperare l'inappropriata prescrizione per Ig ev per un valore pari al 10% dell'erogato per anno (1,9 MLN). Quindi, **1,58 MLN per il 2011** (dieci dodicesimi) e **1,9 MLN per il 2012**.

### FONTI VERIFICA (INDICATORI)

prescrizioni Ig ev con diagnosi/ prescrizioni Ig ev totali

## 5. L'INTEGRATIVA E LA PROTESICA

### SITUAZIONE ATTUALE

L'Assistenza Integrativa e Protesica ha registrato un incremento medio del 7,44% dal 2002 al 2009 e del 5,07% nel triennio dal 2006 al 2009. Nel 2009 la crescita è pari al 2,40% a fronte di una media nazionale dell'1,69%.

Fino ad oggi ogni ASL si è organizzata non come servizio specifico, ma erogando le prestazioni tramite uffici/servizi dedicati a livello per lo più distrettuale, il più delle volte, senza un coordinamento tra le diverse sedi distrettuali e con riferimenti organizzativi e di responsabilità più vari. Tali uffici/servizi infatti in taluni casi fanno capo alla Medicina Legale, in altre realtà all'Assistenza Sanitaria Territoriale o piuttosto ai Distretti, molto spesso embricandosi – almeno per quanto riguarda l'integrativa – con l'Assistenza Farmaceutica Territoriale.

Anche il magazzino protesica, punto cruciale del sistema, è gestito in modo difforme tra le varie AA.SS.LL., in alcuni casi in appalto ed in altri gestito direttamente.

### CRITICITA'

- Mancanza di un Servizio specifico di Assistenza Integrativa e Protesica, riconducibile univocamente ad un livello organizzativo inequivocabilmente definito, la cui conseguenza è un grado critico di deresponsabilizzazione sulle procedure di fornitura e sul controllo della spesa, quest'ultima di entità tutt'altro che trascurabile;
- mancanza o parziale utilizzo di un sistema informatico a livello aziendale, inserito in un sistema informatico regionale (rete), che registri, elabori e fornisca, in tempo reale, i dati necessari al monitoraggio delle forniture e della conseguente spesa;
- difformi modalità di approvvigionamento dei dispositivi durevoli non personalizzati e del materiale monouso, con frammentazione delle acquisizioni dai vari fornitori, con variabilità di prezzi da ASL ad ASL;
- cessione o non curanza del dispositivo di cui agli elenchi 1 e 2 del nomenclatore dato all'assistito, con il suo utilizzo talora limitato nel tempo e la conseguente alienazione prematura di un bene ancora proficuamente fruibile, non avvalendosi invece della facoltà della Regione di disciplinare modalità di cessione in comodato per i quali sia possibile il riutilizzo, allo scopo di conseguire economie di gestione (Art. 4 comma 12 Decreto Ministeriale - Ministero della Sanità - 27 agosto 1999, n. 332);
- distribuzione del materiale monouso per un periodo trimestrale, che in considerazione della tipologia degli assistiti cui è destinato, conduce, in un significativo numero di casi, ad un inutilizzo antieconomico;
- scarsa appropriatezza da parte dei prescrittori con eccessivo ricorso alla concessione del monouso e degli ausili extra-tariffario.

### OBIETTIVI

- Indizione di Gare regionali per l'acquisto di materiale monouso e di ausili durevoli non personalizzati;
- economie derivanti da redistribuzione dei dispositivi di cui agli elenchi 1 e 2 del nomenclatore in comodato d'uso agli aventi diritto;
- maggiore appropriatezza nell'utilizzo del materiale monouso, con prescrizioni temporalmente più circoscritte (mensile);
- maggiore appropriatezza della fornitura del monouso e degli ausili extra-tariffario;
- economie derivanti dall'incremento dello sconto, a favore delle ASL, applicato dai fornitori (negozi autorizzati e farmacie) sulle forniture di materiale di medicazione, dal 5% al 10% sul prezzo al pubblico;

- diminuzione della spesa riguardante i presidi per diabetici a seguito della variazione dell’IVA dal 20% al 4% a decorrere dal 1° novembre 2010 (deliberazione già esecutiva).

## AZIONI PROPOSTE

Determina Dirigenziale che istituisca in Assessorato, entro il 31.1.2011, un Gruppo di Lavoro di Assistenza Integrativa-Protesica costituito da funzionari dell’Assessorato che si avvale della collaborazione di esperti delle ASR e dell’Agenas e che coordina tutte le seguenti attività suddivise nei vari obiettivi operativi:

### **5.1. Appropriately prescriptive and use**

La Regione emetterà una DGR entro il 30/04/2011 che dovrà prevedere:

- l’approvazione di linee di indirizzo di appropriatezza prescrittiva, in particolare per quanto riguarda la revisione del monouso e degli ausili fornibili in extratariffario, anche definendo le modalità di approvvigionamento, le procedure autorizzative per le modalità di fornitura, le procedure per il collaudo dei dispositivi previa puntuale valutazione dei fabbisogni;
- l’approvazione di linee di indirizzo di appropriatezza di utilizzo in particolare:
  - modificando la cadenza della distribuzione del materiale monouso da trimestrale a mensile evitando sprechi, dopo un’attenta valutazione del costo-beneficio rispetto al costo di distribuzione;
  - prevedendo l’acquisizione delle ASR dei dispositivi riutilizzabili, di cui agli elenchi 1 e 2 del nomenclatore, che vengono dati in comodato d’uso agli aventi diritto, con obbligo di restituzione del bene al termine dell’esigenza;
  - stabilendo il raggiungimento di un preciso obiettivo definito dal seguente indicatore: riutilizzo almeno del 70 % del totale degli ausili concessi per il periodo equivalente dell’ammortamento degli stessi (circa 5 anni).

### **5.2. Implementation and strengthening of an information system**

La Regione darà mandato entro il 28/02/2011 al CSI Piemonte per l’implementazione e il potenziamento da concludere entro il 31.12.2011, del sistema informativo già esistente (*PROTES*) per quanto riguarda:

- lo sviluppo della Rete Regionale per l’assolvimento del debito informativo da parte delle ASL verso la Regione e dalla Regione verso il Ministero;
- la parte gestionale del concedibile-concesso all’avente diritto;
- la gestione del magazzino;
- la gestione economico-finanziaria;
- accesso al sistema per i prescrittori (specialisti e medici di medicina generale)
- collegamento di *PROTES* con l’applicativo *WEBCARE* utilizzato dai fornitori (negozi autorizzati e farmacie) per l’erogazione di prodotti di assistenza integrativa;
- lo sviluppo di reportistica ed analisi dati per il livello centrale regionale e per le singole ASR.

### **5.3. Centralization of the acquisition of goods and services and improvement of economic conditions**

La Regione emetterà una DGR entro il 30/01/2011 (già prevista nel capitolo “Acquisizione di altri beni e servizi”) che affiderà ad SCR la gestione delle gare regionali per la fornitura alle

AA.SS.LL. sia del materiale monouso, sia degli ausili non personalizzati e riutilizzabili da indire entro il 30/9/2011 e di altri beni rilevanti.

Incarico all' Ufficio di Assistenza Integrativa-Protesica dell'Assessorato di valutare, entro il 28/2/2011, gli aspetti economici della distribuzione degli ausili agli assistiti ai fini di produrre delle linee guida, entro il 31/5/2011, che definiscano la riorganizzazione di tale processo in modo più efficiente ed efficace.

Avvio di una nuova negoziazione con i fornitori (negozi autorizzati e farmacie) sulle forniture di materiale di medicazione con l'obiettivo di un aumento della percentuale di sconto dal 5% al 10% da raggiungere entro il 31/3/2011.

#### **5.4. Riorganizzazione dei servizi di assistenza integrativa e protesica, della logistica e degli approvvigionamenti delle Asr**

La Regione emetterà una DGR entro 28.2.2011 che prevederà:

- l'indicazione alle ASL di costituzione di un Servizio dedicato, con accorpamento delle funzioni in un unico soggetto (Servizio Assistenza – Integrativa Protesica) a livello Aziendale per migliorare la forte disomogeneità presente attualmente nelle ASR con una disaggregazione delle funzioni dell'Integrativa e della Protesica su più servizi e uffici. Tale servizio, all'interno del dipartimento di riferimento, risponde funzionalmente alla Direzione Sanitaria Aziendale.
- l'assegnazione a tale servizio e, di conseguenza, alla Direzione Generale dell'ASR (con l'inserimento dell'obiettivo nel Sistema di Valutazione dei Commissari/DG), di un tetto massimo di 42 euro pro capite per l'assistenza integrativa e protesica per il 2011 e di 40 euro pro capite per il 2012. Tali obiettivi sono prudenziali in quanto rappresentano la media delle 5 ASR del Piemonte con performance migliore che hanno il 40% della popolazione totale della Regione. Si è stimato che tale risparmio si possa ottenere con buoni margini attuando tutte le azioni sopra descritte.
- la riorganizzazione della logistica e dei magazzini centrali in coerenza con quanto definito nel capitolo sulla Logistica definendo soprattutto i seguenti aspetti:
  - l'individuazione delle aree di stoccaggio dei dispositivi (proprie o in locazione);
  - il servizio di ritiro e consegna dei presidi;
  - il servizio di manutenzione e sanificazione dei presidi (ponendo, per questi punti, particolare attenzione alla cessione in appalto dei servizi, al fine di evitare il concretizzarsi di conflitti di interesse, in particolare da parte degli eventuali appaltatori);
  - partecipazione del personale sanitario nella gestione degli ausili;
  - organizzazione e gestione di un magazzino aziendale (o inter-aziendale tra ASL contigue), collegato al Sistema Informativo, attraverso il quale è possibile ricorrere al riutilizzo, già dalla fase prescrittiva in quanto le giacenze risultano visibili a tutti gli attori del processo di assegnazione.

#### RISVOLTI ECONOMICI

Nel 2009 la spesa totale per l'integrativa e la protesica è stata pari a 208,5 Mln di € che corrisponde a 47 € pro capite. L'obiettivo definito da una apposita DGR (come descritto sopra) prevede di portare la spesa pro-capite:

- per il **2011** a 42 €, che corrisponde a una spesa complessiva di circa 186 Mln di € e quindi a un risparmio complessivo di **20 Mln di €** rispetto al tendenziale 2011;
- per il **2012** a 40 €, che corrisponde a una spesa complessiva di circa 177 Mln di € e quindi a un risparmio complessivo di **30 Mln di €** rispetto al tendenziale 2012;

Tale obiettivi sono prudenzialmente perseguibili grazie all'implementazione delle azioni appena descritte considerando anche che attualmente le 5 ASR più performanti e che rappresentano il 40% della popolazione sono in linea con l'obiettivo e quindi è ragionevole pensare che accentrando il governo del sistema e attuando le azioni in modo uniforme venga raggiunto il risultato.

A maggior supporto di tale ragionamento si riporta di seguito la stima di alcune delle azioni previste. Non è possibile prevedere una stima puntuale di tutte le azioni poiché non si hanno a disposizione i dati disaggregati di consumo e di spesa (elemento che si dovrebbe superare con l'attuazione dell'obiettivo IP2).

- La gara regionale per l'acquisto di ausili monouso condurrà ad una riduzione del costo di acquisto stimabile nel 15% - 20% sul prezzo di listino. [come già verificato in alcune AA.SS.LL. piemontesi (es. Biella)].

Dall'esame dei dati di spesa del 2008 è possibile stimare i risparmi a livello regionale, per i soli ausili monouso, secondo la seguente tabella:

	<b>residenti</b>	<b>Spesa</b>	<b>spesa pro capite</b>
stima spesa regionale	4.432.000	€ 42.905.443,02	€ 9,68

<b>Scontistica</b>	<b>spesa</b>	<b>Risparmio</b>
sconto 15%	€ 36.469.626,56	€ 6.435.816,45
sconto 20%	€ 34.324.354,41	€ 8.581.088,60
sconto 30%	€ 30.033.810,11	€ 12.871.632,91

- La gara regionale per l'acquisto degli ausili riutilizzabili, che inciderà sul costo totale della spesa protesica per il 20% - 30%. (Dall'esperienza fatta dall'ex ASL 15 di Cuneo, sulla scorta dei dati rilevati nel 2007 - 2008-2009, il risparmio incomincia ad essere significativo quando supera la soglia del 15 % sul totale degli ausili concessi per anno, percentuale entro la quale dovranno stare i costi per la gestione del magazzino, consegna e ritiro, manutenzione e sanificazione del presidio).

## INDICATORI

Riutilizzo almeno 70 % del totale degli ausili concessi per il periodo equivalente dell'ammortamento degli stessi (circa 5 anni).

Tetto massimo di spesa di 42 euro pro capite per l'assistenza integrativa e protesica per il 2011 e di 40 euro pro capite per il 2012.

## **6. ACQUISTI DI ALTRI BENI E SERVIZI**

### SITUAZIONE ATTUALE

Con DGR 9-9007 del 20 Giugno 2008 la Regione si è dotata di un sistema di acquisizione di beni e servizi in ambito sanitario "a rete", nel quale oltre a garantire l'adesione alle convenzioni CONSIP qualora presenti, sono state programmate e messe in opera aggregazioni di acquisti a livello di aree sovra-zonali, ed a livello regionale tramite la Società di Committenza Regionale (SCR) costituita ex legge regionale n. 19 del 6 Agosto 2007.

Le finalità da perseguire nell'ambito di tale sistema sono state così enunciate:

- aggregazione della domanda e standardizzazione dei fabbisogni di beni/servizi;
- standardizzazione delle codifiche e delle anagrafiche dei prodotti;
- conseguimento economie di scala;
- razionalizzazione delle procedure di acquisto.

Con DGR n. 3-360 del 20.07.2010 e DGR n. 62-896 del 25.10.2010 la Regione ha impartito alle Aziende Sanitarie ulteriori indirizzi per i processi di acquisizione dei beni e servizi, sia a livello singolo che associato, prevedendo in particolare che, salvo specifici casi da segnalare alla Regione nell'ambito di appositi monitoraggi, nella valutazione dei prodotti il prezzo venga considerato in misura non inferiore al 70%, e che per gli acquisti di importo uguale o superiore ad euro 100.000 venga predeterminata una base d'asta calcolata sul prezzo storico del bene e/o servizio da acquisire e se inferiore, sulla base della media dei prezzi rilevati dalle altre aziende sanitarie.

### CRITICITA'

Nell'attuazione della programmazione degli acquisti a livello centralizzato si sono riscontrate le seguenti criticità:

- difficoltà nella fase di aggregazione della domanda, soprattutto inerente i Dispositivi Medici (DM), in presenza di codifiche diverse nelle varie realtà aziendali;
- difficoltà nella standardizzazione dei fabbisogni e nella gestione dell'appropriatezza nell'uso dei DM;
- mancanza di un governo del sistema a livello regionale.

Si rende necessario revisionare la programmazione degli acquisti di area sovra-zonale in relazione alla nuova organizzazione della rete delle ASL/ASO, e dettagliare maggiormente l'indicazione circa il peso da attribuire agli elementi di valutazioni delle offerte in un'ottica che tenga conto, caso per caso, dell'opportunità di "stressare" il mercato sul fattore prezzo piuttosto che sul fattore qualità.

### OBIETTIVI

Per giungere al contenimento della spesa per beni e servizi occorre perseguire i seguenti obiettivi:

- appropriatezza della domanda e del consumo dei DM;
- aggregazione e standardizzazione della domanda dei DM;
- revisione della programmazione delle gare di area sovra-zonale e regionale;
- monitoraggio dei prezzi.

## AZIONI PROPOSTE

Le azioni da intraprendere possono essere suddivise, in base agli obiettivi posti, in tre principali gruppi:

- indicazioni alle aziende relative alle modalità di acquisto
- standardizzazione della domanda e appropriatezza nell'utilizzo dei dispositivi medici;
- revisione della programmazione delle gare di area sovra-zonale in relazione alle nuove aggregazioni territoriali delle Asl/ASO e centralizzazione di alcune procedure di gara a livello regionale, per una migliore aggregazione della domanda.

Per perseguire tali obiettivi è indispensabile la costituzione, entro il 31/01/2011, di un apposito ufficio regionale presso l'Assessorato alla Salute che coordinerà i provveditori, i farmacisti aziendali e tutti gli operatori coinvolti dal processo degli acquisti.

### 6.1. Indicazioni alle aziende relative alle modalità di acquisto

Con DGR n. 3-360 del 20.07.2010 e DGR n. 62-896 del 25.10.2010 la Regione ha impartito alle Aziende Sanitarie ulteriori indirizzi per i processi di acquisizione dei beni e servizi, sia a livello singolo che associato, prevedendo in particolare che, salvo specifici casi da segnalare alla Regione nell'ambito di appositi monitoraggi, nella valutazione dei prodotti il prezzo venga considerato in misura non inferiore al 70%, e che per gli acquisti di importo uguale o superiore ad euro 100.000 venga predeterminata una base d'asta calcolata sul prezzo storico del bene e/o servizio da acquisire e se inferiore, sulla base della media dei prezzi rilevati dalle altre aziende sanitarie. Inoltre ha fornito disposizioni sul contenimento dell'introduzione dell'uso di nuovi beni e sull'utilizzo di quelli forniti in esclusiva.

### 6.2. Standardizzazione domanda e appropriatezza utilizzo Dispositivi Medici

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

- la costituzione di un gruppo di lavoro per l'acquisizione e l'utilizzo del motore di ricerca che consenta un più snello allineamento delle anagrafiche aziendali,. Inoltre sarà anche compito del gruppo di lavoro analizzare le anagrafiche ed i consumi delle Aziende entro 1 anno dall'acquisizione del SW;
- la costituzione delle commissioni per i DM nell'ambito delle ASR con indicazione del numero dei componenti e delle figure professionali da coinvolgere, entro il 28/2/2011. I compiti delle commissioni sono i seguenti:
  - stesura del repertorio dei DM aziendale informatizzato, con standardizzazione dei beni da utilizzarsi e con attribuzione codifiche univoche (CND e codice repertorio nazionale DM);
  - verifica e autorizzazione all'inserimento nel repertorio di nuovi DM, richiesti dagli utilizzatori, previa analisi effettiva necessità e valutazioni di HTA di concerto con la struttura di HTA dell'A.Re.S.S.;
  - verifica effettiva infungibilità dei prodotti richiesti da unico fornitore per caratteristiche tecniche specifiche;
  - stesura linee guida per corretto utilizzo dei DM.  
Ogni anno i Commissari/DG delle ASR dovranno produrre una relazione sul lavoro svolto da tali commissioni;
- il regolamento di funzionamento delle commissioni e il crono programma delle funzioni assegnate come segue:
  - dall'insediamento, analisi richieste di nuovi prodotti;
  - entro 18 mesi dall'insediamento, stesura del repertorio aziendale dei DM con criteri di standardizzazione dei prodotti da includere;
  - entro 1 anno dall'insediamento, analisi dei prodotti già in uso acquistati da ditta unica per caratteristiche tecniche specifiche, al fine di verificarne l'effettiva infungibilità;
  - entro 1 anno dall'insediamento, stesura linee guida per il corretto utilizzo di DM ad alto costo.

- l'assegnazione di tetti di spesa per le principali voci degli acquisti da assegnare ad ogni singola azienda sanitaria.



### 6.3. Centralizzazione procedure di acquisto e criteri di valutazione dei prodotti

La programmazione delle gare di area sovra-zonale verrà revisionata sia in relazione alle nuove aggregazioni territoriali delle ASL e ASO, sia in relazione alla necessità di aggregare la domanda di beni sanitari a basso contenuto tecnologico, ma a elevato consumo, a livello regionale per ottenere maggiori economie di scala. Tale processo sarà favorito dalla presenza di prontuari dei DM aziendali e di un Prontuario terapeutico regionale per i farmaci che consentiranno una omogeneizzazione a monte dei prodotti da utilizzarsi con una conseguente più agevole aggregazione della domanda e formulazione dei capitolati speciali di gara.

A tal fine la Regione emanerà una DGR entro il 31/01/2011 che dovrà prevedere:

- l'affidamento ad SCR Piemonte delle gare regionali per gli anni 2011 e 2012 con l'obbligo di effettuare per le tipologie di Dispositivi Medici (DM) a basso contenuto tecnologico e di facile standardizzazione, almeno le seguenti gare con le seguenti tempistiche:

#### ANNO 2011

- Farmaci	indizione gara entro il 30.06.2011
- Aghi e siringhe	indizione gara entro il 30.06.2011
- Ausili di assistenza integrativa e protesica	indizione gara entro 30.09.2011

#### ANNO 2012

- Prodotti di medicazione (garze, cerotti, ecc.)	indizione gara entro 31.01.2012
- Guanti medicali	indizione gara entro 28.02.2012
- Disinfettanti	indizione gara entro 31.03.2012
- Mezzi di contrasto	indizione gara entro 30.04.2012
- Sacche nutrizionali	indizione gara entro 31.05.2012

SCR sarà coadiuvata dall'ufficio apposito dell'Assessorato nella raccolta dei fabbisogni di queste tipologie di DM al fine di avere tutte le informazioni indispensabili per predisporre le gare.

Inoltre, SCR dovrà almeno rispettare l'indicatore definito dall'ufficio dell'Assessorato che definisce la % di gare minime da effettuare a livello regionale;

- l'obbligo di svolgere le gare, per i DM a medio ed alto contenuto tecnologico, a livello di aggregazione aziendale, sulla base del lavoro svolto dalle commissioni per il prontuario dei DM, e sulla base della rivisitazione della programmazione effettuata ai sensi della DGR 9-9007 del 20 Giugno 2008, e sotto il diretto controllo dell'apposito ufficio costituito presso l'Assessorato che definirà anche un indicatore che dovrà essere rispettato (% di gare effettuate in aggregazione tra aziende);
- l'obbligo delle ASR di aderire al risultato delle gare una volta che sono state concluse e aggiudicate ufficialmente;
- l'obbligo di istituire, entro il 30/6/2011, l'Osservatorio Regionale Prezzi on line al fine di rendere disponibili i prezzi dei prodotti acquistati dalle Aziende Sanitarie Regionali con l'impegno di produrre semestralmente una relazione sintetica con delle indicazioni operative da attuare alla luce dei dati emersi;
- la revisione della pianificazione degli acquisti in aggregazione tra aziende entro il 30/4/2011 in relazione alle nuove aggregazioni territoriali delle ASL e ASO;
- la stesura, entro il 28/2/2011, di linee guida per l'identificazione delle categorie merceologiche alle quali applicare diversi livelli di valutazione qualitativa/economica. In esse verranno approfondite le indicazioni date alle Aziende Sanitarie Regionali con DGR 3-360 del 20/07/2010 e DGR n. 62-896 del 25 ottobre 2010 in merito al criterio di valutazione dei prodotti, mantenendo il criterio del 70% al prezzo nel caso di DM a basso contenuto

tecnologico, ma consentendo di stabilire un diverso criterio di valutazione della qualità qualora si tratti di DM a medio e/o elevato contenuto tecnologico. Nelle linee guida si prevederà la presenza dei Servizi di Ingegneria Clinica nell'ambito delle Commissioni di valutazione dei DM ad alto contenuto tecnologico.

## RISVOLTI ECONOMICI

Il tendenziale dell'anno 2011 prevedeva l'aumento dei costi tenendo in considerazione l'andamento inflattivo degli ultimi anni, la costante evoluzione tecnologica (che come noto comporta maggiori oneri), la programmata attivazione di nuovi servizi e/o implementazione di quelli esistenti (per esempio nuove emodinamiche, allocazione di reparti e/o servizi in nuove strutture, nuovi Hospice, Rsa per le cui attività sarebbero stati consumati beni e impiegati servizi).

La mancata attivazione dei suddetti nuovi servizi e la mancata implementazione di quelli esistenti (sospesi in attesa del riordino del SSR), nonché il rallentamento nell'impiego di nuove tecnologie, conducono a stimare in 29,654 milioni di euro le economie ad essi associate.

Inoltre, i provvedimenti assunti con le DGR n. 3-360 del 20.07.2010 e DGR n. 62-896 del 25.10.2010, che prevedono stringenti azioni di controllo dei consumi e dei costi, che proseguono la loro efficacia anche negli anni 2011 e 2012, nonché l'effetto del peggioramento del quadro economico a livello nazionale che ha influito positivamente sull'andamento dei prezzi, produrrà un'economia stimata in 34,390 milioni di euro.

Complessivamente, per l'azione 6.1 la riduzione stimata per il 2011 è pari per **64,044 milioni di euro**.

**Nel 2012 tale effetto si attenerà a circa 20 milioni di euro**, in quanto, è previsto per l'aggregato di costi altri beni e servizi un incremento nell'anno 2012 di circa 77 milioni di euro, in grande parte attribuibili a due fattori: l'incremento delle manutenzioni degli edifici, in conseguenza dell'adeguamento alle norme di sicurezza previste dalle norme vigenti (quali la L.626/1994), il mantenimento delle attrezzature sanitarie in condizioni di efficienza e sicurezza.

Per la stima dei risparmi correlati alle azioni 6.2 e 6.3, si parte dalle voci del C.E. del 2009 che sono coinvolte:

### CE SPESA 2009:

- BO1035: 31.920.000 €
- BO1040: 244.345.000 €
- BO1045: 111.506.000 €
- **TOTALE: 387.771.000 €**

Dall'esperienza accumulata negli ultimi anni soprattutto in alcune ASR, si possono effettuare le seguenti stime di risparmi:

- per il **2011** pari al 2,5% della spesa totale = 9.694.275 € considerando l'ultimo trimestre. Quindi il valore è pari a **2.500.000 €**
- per il **2012** pari al 2,5% della spesa totale = **9.500.000 €**

Inoltre, con riferimento all'azione 6.2.1 sono stimati risparmi per l'introduzione del SW di semantica che garantisce l'armonizzazione delle anagrafiche aziendali nella seguente misura:

**2011: 500.000 €**

**2012: 1.500.000 €**

Si tenga presente che il SW di semantica avrà verosimilmente un canone d'utilizzo che può essere stimato in una spesa di circa 250.000 euro all'anno.

FONTI DI VERIFICA

Relazione dell'Ufficio Assessorato su:

- % di gare effettuate a livello regionale da SCR Piemonte
- % di gare effettuate in aggregazione tra aziende

Relazioni dei Direttori Generali sul lavoro svolto dalle Commissioni dei DM

Relazione di SCR Piemonte sui dati di attività dell'Osservatorio Regionale Prezzi

## **7. ACQUISTO PRESTAZIONI DA PRIVATO**

### SITUAZIONE ATTUALE

I contratti con gli erogatori privati sono siglati a livello di singola ASL, d'abitudine sulla base del tariffato storico, con rari casi di reale programmazione sulla base del numero di prestazioni necessarie per gli assistiti. Negli ultimi anni la Regione ha sempre siglato accordi di durata di due anni. A dicembre 2010 è scaduto il biennio 2009-2010 e dovranno quindi essere negoziati i nuovi contratti.

### CRITICITÀ

Tale modalità di contrattazione non ha finora consentito una reale programmazione sanitaria, ma ha portato ad una individuazione di tetti di spesa non sempre congruenti con le esigenze: controllando meglio tale programmazione è possibile ridurre il rischio che le attività degli erogatori possano indirizzarsi verso prestazioni diagnostiche e terapeutiche a maggiore redditività, indipendentemente dal reale fabbisogno.

### OBIETTIVI

#### **7.1. Definizione dei contratti**

In merito alle voci relative a assistenza specialistica da privato, assistenza ospedaliera da privato: individuare a livello regionale il numero di prestazioni necessarie per gli assistiti, anche su base territoriale. Individuazione delle attività in cui l'erogatore pubblico ha maggiori difficoltà di risposta, e delega all'erogatore privato di attività a seguito di appropriata contrattazione.

### AZIONI PROPOSTE

La Regione emetterà una DGR entro il 28/02/2011 che dovrà prevedere la proroga degli attuali contratti per i primi tre mesi del 2011 con riduzione del tetto del 5% rispetto al I trimestre 2010 con riferimento all'assistenza ospedaliera e alla specialistica ambulatoriale.

La Regione emetterà una DGR entro il 30/04/2011 che prevederà:

- la valutazione delle reali esigenze di prestazioni da erogatori privati in coerenza con il fabbisogno complessivo di prestazioni per tipologia (con particolare attenzione all'appropriatezza), con la ri-organizzazione del SSR del Piemonte e delle principali reti assistenziali. La valutazione dovrà portare a creare una vera integrazione tra pubblico e privati;
- le linee guida che aggiornano la struttura di contratto proponendo uno schema di riferimento che preveda non solo un tetto di spesa complessivo, ma anche il livello di prestazioni e di spesa aggregato per tipologie;
- l'indicazione dei tetti per ogni singola struttura definiti dalla Regione previa concertazione con le Aziende Ospedaliere e le ASL che preveda per il 2011 il 5% di riduzione rispetto al 2010 e per il 2012 un valore uguale al 2011 in riferimento all'assistenza ospedaliera e alla specialistica ambulatoriale;
- l'iter procedurale e i termini temporali per la sottoscrizione dei contratti per l'anno 2010 (valutando se prevederli annuali o biennali) da parte dei privati, da concludersi entro il 30 aprile 2010;

- la sospensione dall'accREDITamento agli erogatori privati che non sottoscrivessero gli accordi definiti entro i termini suddetti;
- l'obbligo di invio mensile dei flussi amministrativi da parte degli erogatori privati alle ASL di competenza;
- la conferma del processo di controllo e verifica dei dati trasmessi a livello aziendale con il rafforzamento dell'azione di analisi, verifica e controllo della regione con riferimento anche ai budget concordati;
- revisione delle regole alla base del processo di autorizzazione, accREDITamento e contrattualizzazione;

In merito alle voci relative a Assistenza riabilitativa da privato, Altra assistenza da privato, e Assistenza da pubblico, la Regione formula un tetto di spesa per ciascuna azienda di contenimento che tenga conto della programmazione regionale in coerenza con le reti assistenziali.

### RISVOLTI ECONOMICI

Grazie al processo di riforma del SSR e alla razionalizzazione delle reti assistenziali che comporta l'applicazione dell'appropriatezza del processo di diagnosi e cura, si prevede un risparmio del 5% sui contratti coi privati dell'assistenza ospedaliera (circa 550 mln di €) e della specialistica ambulatoriale (circa 200 mln di €) rispetto al contrattualizzato nell'anno 2010. Nei valori non sono compresi i summaisti.

Quindi in riferimento al tendenziale 2011 e a quello del 2012, si prevede un risparmio rispettivamente di **68 mln di €** (23,5 mln per l'assistenza specialistica e 44,8 mln per l'assistenza ospedaliera) e di **94,13 mln di €** (38,4 mln per l'assistenza specialistica e 55,7 mln per l'assistenza ospedaliera).

Si rileva che le due voci di spesa programmate sono costanti tra il 2011 e il 2012 in quanto la riduzione del 5% per il 2012, ancora in fase negoziale, non è stata prudenzialmente recepita come ulteriore economie, anche se si ritiene fondamentale realizzarla in funzione della riorganizzazione delle reti assistenziali.

Per quanto riguarda le voci di spesa relative ad Altra Assistenza da Privato, Assistenza da Pubblico e Assistenza Riabilitativa da Privato, è previsto per il 2011 un incremento programmatico dell'inflazione dell'1,5% più l'effetto di trascinamento dell'incremento del tariffario previsto a metà del 2010. Tale effetto è esclusivamente riferito alla voce relativa all'Assistenza Residenziale per gli Anziani. Per il 2012 è previsto solo l'incremento dell'inflazione dell'1,5% su tutte le voci appena descritte.

L'effetto complessivo di questo è minore di quanto previsto nel tendenziale.

### FONTI DI VERIFICA (INDICATORI)

Indicatori di verifica del mantenimento dei tetti di spesa e di volume di attività per ciascun'ASL distinta tra ricoveri, prestazioni ambulatoriali, residenzialità ecc...

## 8. PROGETTI REGIONALI NELL'AMBITO DEL RIORDINO DEL SISTEMA

In ambito regionale sono previsti dei progetti necessari per supportare il processo di riforma del Servizio Sanitario Regionale piemontese che vengono di seguito descritti.

In attesa del completamento e del perfezionamento progettuale e dell'inizio della sua implementazione, prudenzialmente non sono state considerati dei risparmi in riferimento a tutte le manovre previste.

### 8.1. LOGISTICA

#### SITUAZIONE ATTUALE

La sostenibilità economico-finanziaria delle Aziende, il soddisfacimento dei servizi sanitari, l'elevazione del livello qualitativo, l'evoluzione tecnologica continua, richiedono l'aggiornamento continuo dei processi. E' emersa la consapevolezza, in altre regioni italiane e Paesi europei, che è possibile un significativo recupero di efficienza dei servizi tramite la riorganizzazione dei processi, orientata alla centralizzazione e alla specializzazione.

Tra i processi interessati, a seguito dell'accorpamento delle ASLL, quelli degli approvvigionamenti e della logistica sono considerati ad alto potenziale di risparmio.

Attualmente sono state definite 5 sovra - zone di acquisto che stanno operando dal 2008 per razionalizzare gli approvvigionamenti, mettendo a fattor comune i materiali simili, in modo da eseguire gare di maggiore entità garantendo risparmi in termini di prezzi di acquisto, riduzione del numero di procedure, riduzione delle attività amministrative.

A valle di questo primo passo di centralizzazione, lo step successivo coinvolge la gestione fisica dei prodotti acquistati e quindi viene interessata la logistica delle Aziende; in quest'ambito, l'Assessorato alla Salute ha dato mandato nel 2008 all'A.Re.S.S. di studiare la rete logistica delle AA.SS.RR. piemontesi e di fornire una prima fotografia dell'esistente e successivamente di indicare delle soluzioni di razionalizzazione.

Da tale fotografia emerge che l'attuale rete logistica sanitaria regionale è frammentata e non più in linea con le nuove procedure di approvvigionamento e con il ridotto numero di entità aziendali. Nello specifico, sono state individuati ben 47 magazzini farmacia e 48 magazzini generali dislocati in tutta la regione a fronte di 21 Aziende sanitarie sino al 2010.

Sono stati avviati 2 studi di fattibilità per la creazione di piattaforme logistiche per la sovra zona di Asti – Alessandria e per le ASO della città di Torino: entrambi i progetti hanno evidenziato come l'accorpamento dei magazzini delle aziende in un unico sito con modalità gestionali ben definite ed univoche, riesca a garantire risparmi considerevoli.

#### CRITICITA'

Le criticità evidenziate in ambito logistico possono essere riassunte nei seguenti punti:

- frammentazione dei magazzini ospedalieri con conseguenti ridondanze di scorte, eccessivo numero di risorse utilizzate, mancata saturazione dei trasporti e riprese dei materiali, sistemi informativi locali e carenti, non adeguatezza dei locali, duplicazione dei compiti all'interno delle Aziende;
- mancanza di un'anagrafica unica di magazzino e convergenza o transcodifica dei codici aziendali.
- assenza di integrazione operativa tra le Aziende per permettere di adottare procedure operative inter- aziendali;
- riqualificazione dell'attuale personale di magazzino nell'ambito dell'ufficio logistico o in altri ruoli: non tutto il personale attuale viene rimpiegato nel flusso logistico. Gli esuberanti devono essere ricollocati;
- definizione dell'assetto giuridico – amministrativo per la gestione della piattaforma logistica.

## OBIETTIVI

Le criticità appena descritte possono essere principalmente superate perseguendo due obiettivi principali:

### **8.1.1. Riorganizzazione rete logistica e realizzazione delle piattaforme logistiche integrate**

L'obiettivo primario è una riqualificazione logistica dell'intera rete sanitaria regionale, eliminando ridondanze di sedi e personale, puntando ad una integrazione geografica dei magazzini. Ciò si ottiene avviando delle piattaforme integrate indicativamente per ogni sovra zona che consentano una sinergia gestionale, una semplificazione dei flussi fisici e informativi inerenti i materiali, una maggiore visibilità dei prodotti comuni alle aziende e lo sviluppo della tracciabilità dei materiali all'interno delle strutture. Tali obiettivi risultano in linea con quanto verificatosi o in corso di realizzazione nelle regioni italiane che per prime hanno affrontato il *re-engineering* della logistica (Toscana, Emilia Romagna, Veneto).

Ciò si può realizzare con le seguenti attività:

- analisi dell'attuale rete logistica SSR;
- riduzione del numero di magazzini, creando sinergie logistiche tra strutture affini e definendo piattaforme logistiche integrate a livello sovra zonale;
- diminuzione del numero di risorse aziendali dedicate alla gestione dei materiali;
- riduzione degli stock nei magazzini, inserendo efficaci sistemi di controllo delle scorte e introducendo parametri di riordino dinamici monitoraggio dei consumi dei luoghi di utilizzo;
- aumento dell'efficienza della distribuzione (riduzione degli errori, limitazione della pratica dell'emergenza nei rifornimenti ai reparti);
- *re-engineering* dei processi logistici interni, grazie alla definizione di procedure e modi di lavoro comuni;
- riqualificazione del personale addetto alla logistica interna (farmacista clinico, magazziniere di reparto, esperto logistico);
- inserimento di sistemi elettronici per la lettura dei prodotti, integrati con i software di gestione;
- monitoraggio e controllo della domanda nei punti di utilizzo, tramite sistemi informativi o modalità organizzative per la definizione di trend di consumo.

Tutto ciò consente di ottenere risparmi economici derivanti da un'efficiente gestione dei materiali, riduzione delle scorte nei magazzini centrali e nei punti di utilizzo, riduzione dei consumi e degli scaduti e infine dei costi fissi per la gestione delle risorse dedicate alle strutture logistiche come nel seguito dettagliato.

### **8.1.2. Riorganizzazione dei percorsi fisici delle persone**

E' anche importante raggiungere tale obiettivo studiando, condividendo e realizzando la razionalizzazione dei percorsi dei pazienti, degli operatori sanitari e dei visitatori all'interno delle strutture sanitarie.

## AZIONI PROPOSTE DELLA LOGISTICA

Al fine di poter perseguire gli obiettivi sopra descritti, si rendono necessario adottare le seguenti azioni:

- la Regione emetterà una DGR entro il 28/02/2011 in cui:
  - viene richiesto alle ASR di utilizzare un questionario appositamente redatto per la raccolta dei dati logistici (come richiesto dalla DGR n. 62-896 del 25.10.2010, allegato B punto L), posticipando il termine ultimo di invio dati al 31 marzo 2011;

- si procede all'elaborazione i dati logistici entro il 30/4/2011;
- la Regione emetterà una DGR entro il 30 aprile 2011 che:
  - approverà il progetto istituzione piattaforma logistica AT-AL, stabilendogli assetti giuridici - amministrativi della piattaforma integrata;
  - darà mandato alle ASR della sovra zona AT-AL di espletare la gara per l'affidamento dei servizi logistici di piattaforma integrata un base alla definizione di capitolati per l'assegnazione a terzi della piattaforma logistica (ove si decide per la terziarizzazione);
- la Regione emetterà una DGR entro il 30 giugno 2011 con i seguenti contenuti:
  - linee guida per l'aggregazione a livello sovra zonale dei magazzini (farmacia, generali) e conseguente costituzione di gruppi di coordinamento;
  - individuazione di figure con esperienza logistica all'interno dell'aziende;
  - introduzione di sistemi organizzativi/informatici per il monitoraggio dei consumi nei luoghi di utilizzo;
- espletamento procedura di gara per la terziarizzazione della piattaforma logistica e della distribuzione dei materiali sovra zona AT-AL (01 luglio – 30 agosto 2011).
- aggiudicazione della gara entro settembre 2011.
- avvio operativo della piattaforma logistica sovra zona AT- AL da luglio 2012.
- la Regione emetterà una DGR entro il 31 luglio 2011 che:
  - approverà progetto nuova organizzazione logistica della seconda piattaforma entro il 30 giugno 2011;
  - richiederà che la definizione del capitolato di gara e/o modello organizzativo seconda piattaforma logistica regionale sia svolta entro 31 ottobre 2011;
  - richiederà che l'espletamento procedura di gara per la terziarizzazione della seconda piattaforma logistica e della distribuzione dei materiali sia effettuato entro il 31 dicembre 2011;
  - richiederà che la gare sia aggiudicata entro gennaio 2012;
  - richiederà che l'avvio operativo della seconda piattaforma logistica regionale avvenga a partire da ottobre 2012;
  - definirà entro il 31 ottobre 2011 un sistema di KPI (*Key Performance Indicator*) per la logistica e indicatori di consumi legati alle attività svolte.

Nel corso del 2011, si avvierà un percorso di studio della riorganizzazione logistica legata ai flussi dei pazienti, personale sanitario e visitatori.

Nel novembre 2012, verrà dettagliato un crono programma delle attività per il successivo biennio per la realizzazione delle restanti piattaforme logistiche integrate.

#### RISVOLTI ORGANIZZATIVI DELLA LOGISTICA

Con l'avvio delle piattaforme logistiche integrate, i flussi informativi relativi alla logistica delle singole aziende devono essere trasmessi alla Regione per l'effettuazione di analisi e comparazioni.

Ciò consentirà di definire dei parametri economici standard e delle indicazioni di obiettivi di efficienza per tutte le aziende.

Al fine di garantire una efficiente gestione dei flussi dei materiali, della loro tracciabilità e appropriatezza nei consumi, occorre integrare le attuali strutture aziendali con personale dedicato a tali compiti. In particolare, risultano necessari le definizioni delle figure del logistico aziendale e del farmacista clinico. Entrambi avranno compiti di monitoraggio dei consumi e dei flussi di materiali rispettivamente dal punto di vista gestionale e clinico.

#### RISVOLTI ECONOMICI DELLA LOGISTICA

**PIATTAFORMA LOGISTICA SOVRA ZONA AT-AL:** stante le indicazioni temporali sopra riportate, si avranno le seguenti ripartizioni di costi/benefici per il biennio oggetto di analisi:



2011: non risultano variazioni rispetto alla situazione attuale in quanto saranno in esecuzione le attività di definizione della gara e espletamento della stessa.

2012: l'avvio della piattaforma (come sopra riportato) viene previsto dal luglio 2012. Pertanto si prevedono i seguenti valori economici:

Investimenti: +150.000 €

Maggiori costi dovuti ad un parziale mantenimento di 2 organizzazioni logistiche: +153.000 €

Risparmi complessivi (al lordo dei maggiori costi): -522.000 €

Tale voce è dovuta alle seguenti componenti:

- risparmio oneri finanziari per accorpamento scorte;
- risparmio oneri finanziari per miglioramento indice di rotazione;
- risparmio flussi di cassa per riduzioni scorte;
- riduzione consumi di reparto per l'introduzione delle figure logistiche nelle aziende (logistico e farmacista).

Sull'arco temporale di 9 anni (periodo massimo di riferimento per contratto di servizi) il risparmio complessivo attualizzato della sovra-zona AT-AL è pari a 9,9 milioni €.

*SITUAZIONE COMPLESSIVA REGIONALE*: A seguito della attivazione delle piattaforme logistiche su tutta la Regione Piemonte, si possono ipotizzare dei risparmi complessivi a regime (a partire indicativamente dal 2014) pari a circa 9 milioni €/anno. Tale stima risulta prudentiale, in considerazione delle attuali difficoltà di integrazione delle anagrafiche e conseguentemente dei prodotti comuni delle aziende sanitarie. La riduzione dei costi può invece risultare via via crescente allorquando vi sia l'azione combinata di:

- conoscenza dei prodotti comuni tra le aziende e aggregazione delle scorte;
- tracciabilità dei materiali lungo tutta la catena dai fornitori ai pazienti;
- miglioramento del servizio grazie anche all'individuazione di *provider* specializzati;
- inserimento di figure aziendali destinate ad hoc al processo logistico oggi completamente assenti.

Occorre inoltre evidenziare come il miglioramento dei flussi logistici consente parimenti una riduzione dei rischi clinici connessi ad una gestione oggi per lo più approssimativa e non specializzata.

Inoltre, a tale computo, non vengono ancora conteggiate le riduzioni di personale dedicate ai magazzini che andranno in quiescenza e non verranno sostituite. L'attuale consistenza è pari a circa 700 unità (addetti di magazzino, tra personale interno ed esterno); la riduzione nell'arco di 9 anni può prudenzialmente essere prevista pari al 50%. Quindi per il 2012 potrebbero ridursi il personale di circa 30 unità.

In attesa del completamento e del perfezionamento progettuale e dell'inizio della sua implementazione, prudenzialmente non sono state considerati dei risparmi.

#### FONTI DI VERIFICA (INDICATORI) DELLA LOGISTICA

- Rispetto tempistiche di trasmissione dei dati logistici delle ASR ad A.Re.S.S.;
- adozioni Delibere Regionali;
- aggiudicazione gara piattaforma logistica sovra zona AT-AL;
- comparazioni tra costi di gestione attuali e futuri;

definizione e utilizzo di KPI (*Key Performance Indicator*) per la logistica e indicatori di consumi legati alle attività sv

## **8.2. HTM HEALTH, technology management: riordino della spesa nel settore delle apparecchiature biomediche mediante azioni supportate dalla rete regionale dei servizi di ingegneria clinica**

### SITUAZIONE ATTUALE

Il settore delle apparecchiature biomediche comprende oltre 115mila beni in uso presso le Aziende Sanitarie della Regione Piemonte, per un valore di sostituzione complessivo stimato in oltre 1 miliardo di euro. A queste si sommano le tecnologie ad utilizzo domiciliare, che stanno assumendo un impatto progressivamente crescente.

Le funzioni di gestione delle tecnologie sanitarie sono assolte dai Servizi di Ingegneria Clinica aziendali, per i quali è stato proposto un modello organizzativo "in rete" approvato dalla Regione con D.D. n. 41 del 27/01/2010.

Occorre fare due precisazioni:

- in coerenza con il prossimo assetto del SSR del Piemonte, è opportuno distinguere due percorsi di azione separati e complementari per il settore dell'assistenza ospedaliera e dell'assistenza territoriale;
- per una attuazione efficace delle strategie proposte, dovrebbe essere considerata una articolazione triennale del progetto che, se avviato in tempi brevi, avrà sviluppo nel triennio 2011-2013.

### **8.2.1. HTM, Area Ospedaliera**

#### CRITICITÀ

Le criticità riguardanti l'area ospedaliera possono essere così schematizzate:

- volume del parco tecnologico che, alla luce dei nuovi assetti proposti, risulta sovradimensionato, causando diseconomie di sistema, con punti di erogazione "duplicati" sia all'interno del medesimo cluster ospedaliero, sia tra livello ospedaliero e territoriale;
- politiche di investimento e di gestione manutentiva non coordinate né sincronizzate tra loro, causando spesa impropria e scarsa efficacia degli interventi;
- funzioni di ingegneria clinica non sufficientemente presidiate in alcune AA.SS.RR., con conseguente perdita del controllo della spesa e della conoscenza del proprio parco tecnologico;
- ricorso a forme improprie di acquisizione che possono risultare antieconomiche (spesa corrente, service tecnologici, trattative in esclusiva, ...);
- politiche di investimento regionali carenti e non orientate ad una programmazione centrale o a piani allocativi.

#### OBIETTIVI

- concentrazione dei punti di erogazione tecnologica con conseguente riduzione della spesa di investimento e manutentiva;
- maggiore governo delle politiche manutentive e sostitutive aziendali e centrali, ottenuto rafforzando le funzioni tecnico-gestionali di ingegneria clinica aziendali e centrali, con conseguente riduzione della spesa manutentiva e di investimento;
- adozione di politiche di acquisizione di beni, ricambi e servizi raggruppata/ centralizzata a livello sovrazonale o regionale.

## AZIONI PROPOSTE

Il perseguimento degli obiettivi proposti sarà raggiunto attraverso la sinergia delle seguenti azioni, per ciascuna delle quali si esplicitano gli atti necessari:

1. verifica e imputazione condivisa dei parametri di spesa sulle voci di interesse e rafforzamento delle procedure di monitoraggio della dotazione di tecnologie biomediche: tale azione è necessaria per garantire la disponibilità di dati confrontabili ed attendibili sull'andamento della spesa del settore oltre che sulla consistenza delle dotazioni tecnologiche, estendendo il monitoraggio dei flussi FITeB. *Atto*: emissione di linea-guida regionale sulla corretta ed omogenea imputazione dei costi relativi ai settori di interesse per il progetto. Progressiva estensione del monitoraggio FITeB a tutto il parco tecnologico regionale. Adozione di DGR che recepisce la linea guida ed estende il debito informativo FITeB. *Tempistiche*: linea-guida e DGR entro giugno 2011, per avere dati "puliti" già nel 2° semestre 2011. Progressiva estensione del monitoraggio FITeB nel corso del 2011-2012;
2. definizione dell'entità delle risorse in conto capitale da investire annualmente: risulta fondamentale, per poter perseguire le riduzioni delle spese di manutenzione e noleggio, destinare ogni anno una quota certa e congrua per gli investimenti in tecnologie. Questa può essere definita in modo oggettivo a partire dalla conoscenza del parco tecnologico esistente e delle sue principali linee di sviluppo. *Atto*: elaborazione di Linea guida per la programmazione degli investimenti tecnologici in conto capitale e relativo recepimento con DGR. *Tempistiche*: entro giugno 2011;
3. programmazione e controllo degli investimenti tecnologici: applicazione della DGR di cui al punto precedente, mediante attivazione di una Commissione Regionale, avente funzione di organo programmatico e di controllo sui finanziamenti destinati ad interventi sul parco tecnologico biomedico. *Atto*: istituzione ed attivazione della Commissione con DGR. *Tempistiche*: entro giugno 2011;
4. definizione delle corrette strategie per il noleggio tecnologico ed azioni correttive: per contenere le acquisizioni in spesa corrente, talora primariamente opportune ma altre volte utilizzate quali alternative all'assenza di fondi in conto capitale, si rende necessario predisporre linee-guida sul corretto ricorso a tali forme. *Atto*: elaborazione di Linea guida per il corretto ed omogeneo utilizzo delle diverse forme di investimento disponibili per l'acquisizione di beni tecnologici e relativo recepimento con DGR. *Tempistiche*: entro giugno 2011;
5. individuazione delle aree di duplicazione tecnologica, in sinergia con gli interventi di riorganizzazione delle Reti Cliniche Specialistiche: tale azione sta alla base di tutta l'impostazione della manovra, poiché la riduzione del numero assoluto di apparecchiature in dotazione alle strutture ospedaliere è essenziale per perseguire il riordino economico atteso. L'azione è fortemente connessa alle scelte di riorganizzazione della rete ospedaliera in corso. *Atti*: emissione di un report con valenza di direttiva tecnica sulle azioni di alleggerimento tecnologico da intraprendere a cura delle ASR. Istituzione con DGR di una "cabina di regia" regionale, composta da un rappresentante dell'Ingegneria Clinica per ciascuna delle ASR interessate e da rappresentanti regionali, per il coordinamento ed il monitoraggio delle azioni di alleggerimento tecnologico. *Tempistiche*: Primo report entro settembre 2011. Attivazione della cabina di regia entro fine 2011;
6. azioni di raggruppamento e gestione di acquisti tecnologici omologhi: trattandosi di problemi complessi, è importante che vi sia un nucleo tecnico specialistico che si occupi delle problematiche tecniche ingenerate dalle azioni di coordinamento dei fabbisogni tecnologici delle Aziende, per poi procedere con acquisizioni raggruppate. *Atto*: Adozione di DGR avente ad oggetto "Costituzione di una funzione centralizzata a livello regionale per la pianificazione delle acquisizioni di tecnologie biomediche". *Tempistiche*: DGR ed avviamento della funzione entro fine 2011. Progressiva messa a regime nel corso del 2012;
7. gestione centralizzata delle acquisizioni in esclusiva: le acquisizioni in esclusiva si prestano massimamente ad una gestione della trattativa centralizzata, dalla quale è possibile ottenere significative economie di scala. Si intende costituire un osservatorio regionale delle

- tecnologie effettivamente soggette ad esclusiva. *Atto*: Costituzione della funzione di osservatorio. DGR che riconosce la funzione nei confronti delle aziende. *Tempistiche*: attivazione sperimentale dell'osservatorio entro aprile 2011. DGR istitutiva della funzione entro settembre 2011. Completa messa a regime nel corso del 2012;
8. azioni di raggruppamento e gestione degli acquisti di servizi manutentivi e ricambi: analogamente alle azioni 4. e 5., è opportuno che vi sia un nucleo tecnico specialistico che si occupi delle problematiche tecniche/tecnologiche relative al coordinamento delle acquisizioni di servizi manutentivi e ricambi (spesso forniti da Assistenze esclusiviste), per poi procedere con acquisizioni raggruppate. *Atto*: Adozione di DGR avente ad oggetto "Costituzione di una funzione centralizzata a livello regionale per la pianificazione delle acquisizioni di servizi e ricambi manutentivi". *Tempistiche*: DGR ed avviamento della funzione entro fine 2011. Progressiva messa a regime nel corso del 2012;
9. riposizionamento delle funzioni e delle risorse di ingegneria clinica, in funzione del nuovo assetto delle Aziende Sanitarie Regionali: è necessario garantire adeguato presidio delle funzioni di ingegneria clinica alla luce della riorganizzazione della rete. *Atto*: adozione di DGR avente ad oggetto "Revisione della Rete Regionale dei Servizi di Ingegneria Clinica", sulla base di analisi e proposte di riassetto. *Tempistiche*: DGR entro settembre 2011. Progressivo riposizionamento delle funzioni nel corso del 2011-2012;
10. entro il mese di novembre 2012 verrà redatto un crono-programma delle attività per il proseguimento degli obiettivi del piano negli anni successivi; sono tuttavia riportate nella tabella seguente alcune ipotesi relative all'evoluzione nel corso dell'anno 2013.

#### RISVOLTI ORGANIZZATIVI

I risvolti organizzativi coinvolgono:

- il livello regionale, proseguendo e rafforzando le attività di supporto eseguite dal gruppo di lavoro HTM per quanto riguarda la programmazione regionale degli investimenti anche attraverso piani allocativi, la centralizzazione delle strategie di acquisizione, lo sviluppo della rete di ingegneria clinica, il monitoraggio delle dotazioni e della loro acquisizione e gestione;
- il livello aziendale/sovrazonale, attraverso il rafforzamento delle funzioni di ingegneria clinica dove non sufficientemente presidiate e la loro riorganizzazione alla luce del nuovo assetto della rete ospedaliera.

#### RISVOLTI ECONOMICI

Assunti i seguenti valori di riferimento (stime g.d.l. HTM su base Flusso Informativo FITeB, conti economici regionali, studi ed esperienze acquisiti):

a) valore di rinnovo del parco tecnologico biomedicale di proprietà (stima da Flusso FITeB e altre rilevazioni)	650 mln €
b) valore di acquisto del parco tecnologico biomedicale non di proprietà, ovvero in noleggio, comodato, service (stima da Flusso FITeB e altre rilevazioni)	300 mln €
A. spesa annua per investimenti regionali da destinare alla voce a) (quota da garantire nell'ambito del bilancio regionale, al netto da eventuali finanziamenti statali e contributi da privati)	50 mln €
B. spesa annua per noleggi di cui alla voce b) (stima da bilancio regionale)	50 mln €
C. spesa annua per consumabili esclusivi connessi all'uso di tecnologie biomediche (stima del gruppo di lavoro)	60 mln €
D. spesa annua per la manutenzione dei beni di cui alla voce b) (stima da bilancio regionale)	65 mln €
E. spesa annua per ricambi manutentivi dei beni di cui alla voce a)	5 mln €

(stima da bilancio regionale)	
F. spesa annua per la funzione di ingegneria clinica regionale (stima da specifica rilevazione)	6 mln €
G. spesa annua per servizi informatici connessi alle funzioni di ingegneria clinica (stima da specifica rilevazione)	0,5 mln €

Si osserva che i valori di a) e b) influenzano proporzionalmente i fattori di spesa A,B,C,D,E,F; si pone pertanto la necessità essenziale di diminuire o contenere il valore dei primi, ovvero ridurre il numero assoluto di apparecchiature in funzione. Tale approccio è reso possibile dalla nuova configurazione a tendere delle Aziende Sanitarie: gli Ospedali raggruppati nei nuovi cluster aziendali non sono più in competizione tra di loro ma sinergici, consentendo un certo grado di riduzione dei duplicati tecnologici.

Similmente, la rete delle Strutture Ospedaliere non è più in competizione con la rete Territoriale sulle prestazioni per le quali non sia indispensabile l'accesso del cittadino ad una struttura ospedaliera: in conseguenza, gli Ospedali dovranno effettuare un'operazione di "alleggerimento" tecnologico sulle prestazioni di vocazione e pertinenza territoriale.

Pertanto:

- la voce a) viene ridotta per effetto di uno studio per la razionalizzazione dei punti di erogazione delle prestazioni tecnologiche, nell'ambito dei nuovi raggruppamenti ospedalieri
- la voce b) viene ridotta applicando nuove regole, da definire e formalizzare nell'ambito del progetto, riguardanti i soli beni per cui risulta opportuno e conveniente il ricorso al noleggio

*Voci di spesa A, B e C:* traggono un beneficio di primo livello dalla riduzione di a) e b) (minor numero di apparecchiature da sostituire per obsolescenza / fine vita). Si propone inoltre di perseguire risparmi di spesa di secondo livello, progettando ed attuando azioni di raggruppamento degli acquisti omologhi e di centralizzazione della contrattazione per le forniture tecnologiche aventi carattere di esclusività.

*Voci di spesa D ed E:* trae un beneficio di primo livello dalla riduzione di a) e b) (minor numero di apparecchiature da mantenere). Si propone inoltre di perseguire risparmi di spesa di secondo livello, progettando ed attuando azioni di contrattazione raggruppata degli accordi manutentivi con i Fornitori esclusivisti di assistenza tecnica; attraverso azioni di acquisto centralizzato delle parti di ricambio; attraverso il potenziamento del primo intervento diagnostico/ispettivo a cura della funzione di ingegneria clinica interna, con conseguente alleggerimento della spesa generata dai fornitori di assistenza esterni.

*Voci di spesa F e G:* uniche voci previste in aumento, per garantire le competenze, le risorse umane e gli strumenti necessari all'attuazione di tutti i punti precedenti. L'aumento viene peraltro ampiamente compensato dalla diminuzione delle altre voci, con ciò garantendo gli obiettivi complessivi del piano di rientro.

La tabella seguente riassume le relazioni in crescita o in diminuzione tra le azioni proposte e le voci di spesa identificate: a partire dai valori di riferimento stimati, si riporta:

- il valore tendenziale a crescere che si prospetterebbe nel triennio senza azioni di controllo;
- il valore-obiettivo nel prossimo triennio di attuazione del piano;
- i risparmi o gli investimenti annui previsti per il prossimo triennio, rispetto all'anno 2010.

CAPITOLI DI SPESA →  AZIONI ↓	CONTO CAPITALE		SPESA CORRENTE						Saldo sp.corr.
	Acquisti di apparecchiature sanitarie (A)	Saldo c.capitale	Noleggi di apparecchiature sanitarie (B)	Consumabili esclusivi Per uso medico (C)	Servizi manutentivi su apparecchiature sanitarie (D)	ricambi per apparecchiature sanitarie (E)	Servizi di ingegneria clinica (F)	Servizi informatici per ingegneria clinica (G)	
1. Verifica e imputazione condivisa dei parametri di spesa sulle voci di interesse e rafforzamento delle procedure di monitoraggio della dotazione di tecnologie biomediche									
2. Definizione dell'entità delle risorse in conto capitale da investire annualmente	∞				∞	∞			
3. Programmazione e controllo degli investimenti tecnologici	∞		∞	∞					
4. Definizione delle corrette strategie per il noleggio tecnologico ed azioni correttive	∞		∞						
5. Individuazione delle aree di duplicazione tecnologica ed azioni di alleggerimento	∞∞		∞	∞	∞∞	∞	∞	∞	
6. Azioni di raggruppamento degli acquisti tecnologici omologhi	∞				∞		∞	∞	
7. Gestione centralizzata delle acquisizioni in esclusiva			∞	∞	∞				
8. Azioni di raggruppamento degli acquisti di servizi manutentivi e di ricambi					∞	∞			
9. Riposizionamento delle risorse e delle funzioni di ingegneria clinica					∞	∞	∞	∞	
<b>VALORI ECONOMICI ANNUI DI RIFERIMENTO</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>60</b>	<b>65</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>0,5</b>	<b>186,5</b>
TENDENZIALE SENZA AZIONI NEL TRIENNIO (ipotesi +6% nel triennio 2011-2013)	53	53	53	64	69	5,3	6,4	0,6	198,3
OBIETTIVO DEL PIANO NEL TRIENNIO 2011-2013	53	53	43	57	62	5	8	1	176
<b>OBIETTIVO ANNO 2011: delta 2011 vs. 2010</b>	<b>+1</b>	<b>+1</b>	<b>-2</b>	<b>0</b>	<b>-1</b>	<b>+0,1</b>	<b>+0,5</b>	<b>+0,2</b>	<b>-2,2</b>
<b>OBIETTIVO ANNO 2012: delta 2012 vs. 2010</b>	<b>+2</b>	<b>+2</b>	<b>-4</b>	<b>-2</b>	<b>-2</b>	<b>0</b>	<b>+1,5</b>	<b>+0,4</b>	<b>-6,1</b>
OBIETTIVO ANNO 2013: delta 2013 vs. 2010	+3	+3	-7	-3	-3	0	+2	+0,5	-10,5

Valori espressi in Milioni di €

In attesa del completamento e del perfezionamento progettuale e dell'inizio della sua implementazione, prudenzialmente non sono state considerati dei risparmi.

#### FONTI DI VERIFICA (INDICATORI)

Emissione degli atti  
Conto Economico regionale (sottoconti di pertinenza)  
Azioni di monitoraggio specifiche

### **8.2.2. HTM Area Territoriale**

#### CRITICITÀ

Le criticità riguardanti l'area territoriale possono essere così schematizzate:

- rischio di perdita della capacità di gestione tecnologica da parte delle Aziende Territoriali, alle quali nel nuovo modello organizzativo, seppure con lo scorporo delle funzioni ospedaliere, competerà l'erogazione di una quota non marginale di prestazioni tecnologiche, complementari a quelle ospedaliere;
- settore delle tecnologie domiciliari, poco presidiato dal punto di vista della gestione tecnico-logistica delle apparecchiature, con conseguente inefficienza economica complessiva.

#### OBIETTIVI

- Razionalizzazione dei punti di erogazione tecnologica territoriali, complementare a quanto proposto per le strutture ospedaliere, con conseguente riduzione della spesa di investimento e manutentiva;
- maggiore governo delle politiche di investimento e manutentive delle tecnologie domiciliari, ottenuto rafforzando le funzioni tecnico-gestionali, al fine di ridurre gli ingenti importi di noleggio e/o riacquisto di tecnologie oggi investite;
- adozione di politiche di acquisizione di beni, ricambi e servizi raggruppata/ centralizzata a livello sovrazonale o regionale.

#### AZIONI PROPOSTE

Il perseguimento degli obiettivi proposti sarà raggiunto attraverso la sinergia delle seguenti azioni, per ciascuna delle quali si esplicitano gli atti necessari:

1. verifica e imputazione condivisa dei parametri di spesa sulle voci di interesse e rafforzamento delle procedure di monitoraggio della dotazione di tecnologie biomediche, applicata alle tecnologie territoriali/domiciliari. *Cfr. Azione 1 – Area Ospedaliera;*
2. definizione dell'entità delle risorse in conto capitale da investire annualmente: applicata alle tecnologie territoriali. *Cfr. Azione 2 – Area Ospedaliera;*
3. programmazione e controllo degli investimenti tecnologici: applicata alle tecnologie territoriali. *Cfr. Azione 3 – Area Ospedaliera;*
4. definizione delle corrette strategie per il noleggio tecnologico ed azioni correttive, applicata alle tecnologie territoriali/domiciliari. *Cfr. Azione 4 – Area Ospedaliera;*
5. azioni di raggruppamento e gestione di acquisti tecnologici omologhi, applicata alle tecnologie territoriali/domiciliari. *Cfr. Azione 6 – Area Ospedaliera;*
6. azioni di raggruppamento e gestione degli acquisti di servizi manutentivi e ricambi, applicata alle tecnologie territoriali/domiciliari. *Cfr. Azione 8 – Area Ospedaliera;*
7. azioni organizzative per l'ottimizzazione del riutilizzo dei presidi tecnologici domiciliari: le tecnologie domiciliari devono essere sottoposte a procedure tecnico-logistiche che ne



garantiscono il riutilizzo e l'efficiente gestione, così da ridurre le spese per riacquisto o noleggio dei beni. Atto: Adozione di DGR avente ad oggetto "Revisione delle modalità tecniche di erogazione di presidi ed ausili domiciliari tecnologici agli Assistiti". Tempistiche: DGR entro settembre 2011;

8. rafforzamento delle risorse necessarie alla gestione delle problematiche di cui ai punti precedenti, necessario a garantire un adeguato presidio delle funzioni di gestione tecnica, alla luce della riorganizzazione del settore territoriale/ domiciliare. *Cfr. Azione 9 – Area Ospedaliera*;
9. entro il mese di novembre 2012 verrà redatto un crono-programma delle attività per il proseguimento degli obiettivi del piano negli anni successivi; sono tuttavia riportate nella tabella seguente alcune ipotesi relative all'evoluzione nel corso dell'anno 2013.

### RISVOLTI ORGANIZZATIVI

I risvolti organizzativi coinvolgono:

- il livello regionale, proseguendo e rafforzando le attività di supporto eseguite dal gruppo di lavoro HTM per quanto riguarda la programmazione regionale degli investimenti anche attraverso piani allocativi, la centralizzazione delle strategie di acquisizione, lo sviluppo della rete di ingegneria clinica, il monitoraggio delle dotazioni e della loro acquisizione e gestione;
- Il livello aziendale/sovrazonale, attraverso il rafforzamento delle funzioni di ingegneria clinica dove non sufficientemente presidiate e la loro riorganizzazione alla luce del nuovo assetto delle ASL territoriali.

### RISVOLTI ECONOMICI

Assunti i seguenti valori di riferimento (stime g.d.l. HTM AReSS su base Flusso Informativo FITeB, conti economici regionali, studi ed esperienze acquisiti):

a) valore di rinnovo del parco tecnologico biomedicale di proprietà c/o strutture territoriali (stima del gruppo)	80 mln €
b) valore di acquisto del parco tecnologico biomedicale di proprietà / in noleggio c/o Assistiti (stima del gruppo)	100 mln €
(A) spesa annua per investimenti da destinare alla voce a) (stima del gruppo)	5 mln €
(B) spesa annua per acquisti/noleggi di cui alla voce b) (stima del gruppo)	30 mln €
(C) spesa annua per la manutenzione dei beni di cui alla voce a) (stima del gruppo)	6 mln €
(D) spesa annua per la manutenzione / riciclo dei beni di cui alla voce b) (stima del gruppo)	3 mln €
(E) spesa annua per la funzione di ingegneria clinica regionale (stima del gruppo)	1 mln €
(F) spesa annua per servizi informatici connessi alle funzioni di ingegneria clinica (stima da specifica rilevazione)	0,2 mln €

Si osserva che i valori di a) e b) sono destinati ad essere mantenuti e probabilmente incrementati, nell'ottica di alleggerire la rete ospedaliera dalle prestazioni tecnologiche di vocazione e pertinenza territoriale.

La voce di spesa A potrà trarre un beneficio marginale dalla progettazione ed attuazione di azioni di raggruppamento degli acquisti omologhi.

La voce di spesa B potrà trarre un beneficio decisamente consistente dalla razionalizzazione degli investimenti in acquisto piuttosto che in noleggio e dalla gestione sistematica del riciclo.



La voce di spesa C sarà interessata da risparmi di spesa modesti, ottenuti progettando ed attuando azioni di contrattazione raggruppata degli accordi manutentivi con i Fornitori esclusivisti di assistenza tecnica; attraverso azioni di acquisto centralizzato delle parti di ricambio; attraverso il potenziamento del primo intervento diagnostico/ispettivo a cura della funzione di ingegneria clinica interna, con conseguente alleggerimento della spesa generata dai fornitori di assistenza esterni.

Le voci di spesa D, E ed F sono previste in modesto aumento, per garantire le competenze e le risorse necessarie all'attuazione di tutti i punti precedenti, con particolare riferimento alle azioni di rientro e ricircolo dei presidi domiciliari riutilizzabili. L'aumento viene peraltro ampiamente compensato dalla diminuzione delle altre voci, con ciò garantendo gli obiettivi complessivi del piano di rientro.

La tabella seguente riassume le relazioni in crescita o in diminuzione tra le azioni proposte e le voci di spesa identificate: a partire dai valori di riferimento stimati, si riporta:

- il valore tendenziale a crescere che si prospetterebbe nel triennio senza azioni di controllo;
- il valore-obiettivo nel prossimo triennio di attuazione del piano;
- i risparmi o gli investimenti annui previsti per il prossimo triennio, rispetto all'anno 2010.

CAPITOLI DI SPESA →  AZIONI ↓	CONTO CAPITALE		SPESA CORRENTE					Saldo sp.corr.
	Acquisti di apparecchiature sanitarie (A)	Saldo c. capitale	Noleggi/acquisti attrezzature sanitarie domic. (B)	Servizi manutentivi su apparecchiature sanitarie (C)	Manutenzione / riciclo attrezzature sanitarie domiciliari (D)	Servizi di ingegneria clinica (E)	Servizi informatici per ingegneria clinica (F)	
1. Verifica e imputazione condivisa dei parametri di spesa sulle voci di interesse e rafforzamento delle procedure di monitoraggio della dotazione di tecnologie biomediche								
2. definizione dell'entità delle risorse in conto capitale da investire annualmente	□			□				
3. programmazione e controllo degli investimenti tecnologici	□		□					
4. definizione delle corrette strategie per il noleggio tecnologico ed azioni correttive	□		□					
5. azioni di raggruppamento degli acquisti tecnologici omologhi	□		□	□				
6. azioni di gestione sistematica del riciclo di attrezzature domiciliari			□□□	□	□□			
7. azioni di raggruppamento degli acquisti di servizi manutentivi e di ricambi				□				
8. riposizionamento delle risorse e delle funzioni di ingegneria clinica				□	□	□	□	
<b>VALORI ECONOMICI ANNUI DI RIFERIMENTO</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>30</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>0,2</b>	<b>40,2</b>
TENDENZIALE SENZA AZIONI NEL TRIENNIO (ipotesi +6% nel triennio 2011-2013)	5,3	5,3	32	6,4	3,2	1	0,2	42,8
OBIETTIVO DEL PIANO NEL TRIENNIO 2011-2013	5,3	5,3	24	6	4,5	1,3	0,4	36,2
OBIETTIVO ANNO 2011: delta 2011 vs. 2010	+0,1	<b>+0,1</b>	-1	0	0,2	0	0	<b>-0,8</b>
OBIETTIVO ANNO 2012: delta 2012 vs. 2010	+0,2	<b>+0,2</b>	-4	0	1	0,1	0,1	<b>-2,8</b>
OBIETTIVO ANNO 2013: delta 2013 vs. 2010	+0,3	<b>+0,3</b>	-6	0	1,5	0,3	0,2	<b>-4</b>

Valori espressi in Milioni di €

In attesa del completamento e del perfezionamento progettuale e dell'inizio della sua implementazione, prudenzialmente non sono state considerati dei risparmi.

FONTI DI VERIFICA (INDICATORI)

Emissione degli atti

### 8.3. EDILIZIA SANITARIA

#### SITUAZIONE ATTUALE

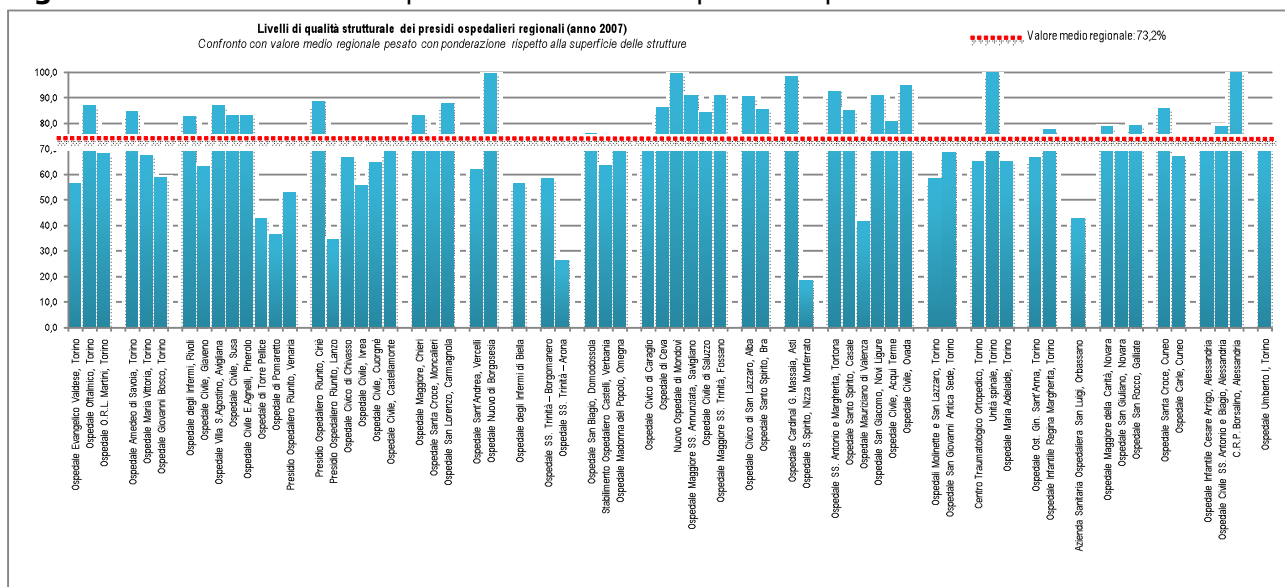
Il patrimonio ospedaliero regionale pubblico è costituito da 64 strutture (intesi come complessi edilizi singolarmente individuati) afferenti alle diverse aziende sanitarie regionali (non sono considerate le strutture private anche se equiparate ex. Artt. 41/43).

Di seguito viene effettuata una analisi dell’offerta delle strutture pubbliche per l’assistenza ospedaliera attraverso l’individuazione degli indicatori che forniscono una valutazione sintetica dello stato di conservazione e rispondenza ai requisiti minimi per l’accreditamento regionale, così come definiti dalla DCR 22 febbraio 2000, n. 616-3149 e s.m.i. L’analisi si riferisce alle strutture ospedaliere pubbliche presenti sul territorio regionale secondo il quadro aggiornato alla situazione di luglio 2010. La qualità edilizia è determinata, sulla base degli strumenti di analisi e di valutazione tecnico/economica, attraverso le seguenti variabili:

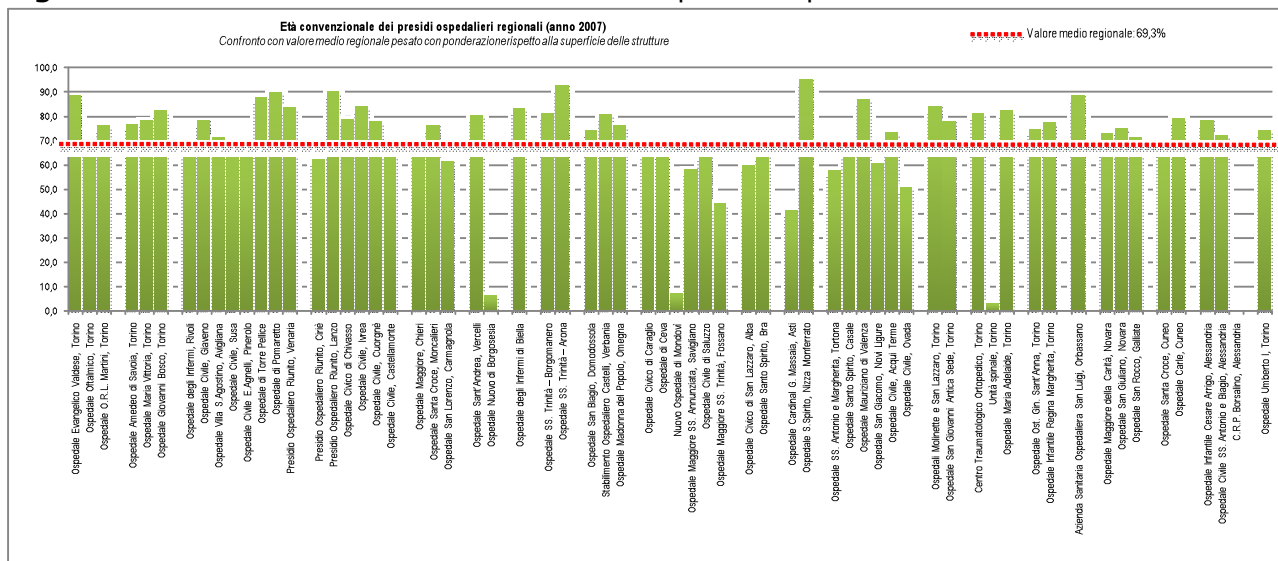
- a. *livello di qualità strutturale*: misura della conformità della struttura edilizia ai requisiti tecnologici e strutturali per l’accreditamento dei presidi ospedalieri;
- b. *vetustà o Età convenzionale della struttura*: individuazione della fase della vita operativa nella quale si stanno svolgendo le dinamiche evolutive attuali della struttura: fase di avvio, fase di rodaggio, fase di vita utile, fase di usura, fase di collasso;
- c. *costi di adeguamento della struttura*: ordine di grandezza delle risorse economiche per l’attuazione degli interventi edilizi utili per il pieno soddisfacimento dei requisiti tecnologici e strutturali per l’accreditamento;
- d. *valore di sostituzione della struttura*: ordine di grandezza delle risorse economiche da impiegare per la realizzazione di una nuova ed equivalente struttura sanitaria (piena conformità ai requisiti tecnologici e strutturali per l’accreditamento; stesso numero di posti letto e medesima tipologia di prestazioni sanitarie erogate).

La lettura congiunta degli indicatori di adeguatezza strutturale sopra esposti permette di fare considerazioni sull’efficacia e/o convenienza teorica all’effettuazione di interventi di adeguamento delle strutture edilizie esistenti, e dunque di eseguire valutazioni di opportunità di esecuzione degli interventi stessi (figure 1-2-3).

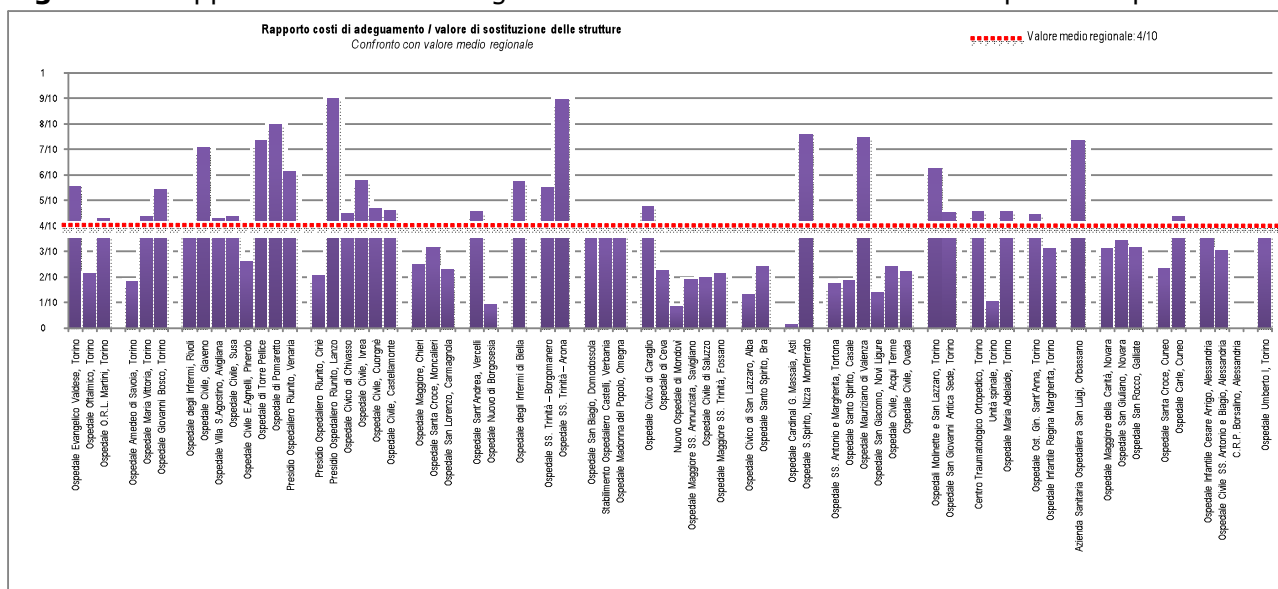
**Figura 1.** Valutazione della qualità strutturale dei presidi ospedalieri.



**Figura 2.** Valutazione dell'età convenzionale dei presidi ospedalieri.



**Figura 3.** Rapporto tra costi di adeguamento e valore di sostituzione dei presidi ospedalieri.



**CRITICITÀ**

Il quadro regionale delinea una situazione di senescenza e soprattutto di obsolescenza tecnologico/strutturale degli edifici ospedalieri. Infatti, a fronte ad una media regionale di qualità strutturale di circa 73,2% (livello medio/alto), l'indice di vetustà è pari a circa il 69,3 ovvero corrispondente alla fase di vita utile tardiva prossima alla fase di usura delle strutture. Considerando che la vetustà è concettualmente una funzione inversa della qualità, e che tale rapporto è influenzato in misura più che proporzionale dal livello di complessità tecnologica delle strutture, ne consegue che l'età avanzata in corrispondenza di una qualità medio/alta possa essere ricondotta non solo a condizioni di degrado e senescenza attribuibili al normale e fisiologico decadimento prestazionale dovuto all'uso ed al trascorrere del tempo, ma

soprattutto a condizioni di forte inadeguatezza tecnologico/strutturale degli edifici in esame. Tali condizioni, riconducibili non solo alle caratteristiche dei singoli elementi costitutivi i sistemi tecnologici, ma anche a limiti intrinseci dovuti a concezioni strutturali/morfologiche particolarmente rigide o comunque inappropriate rispetto alle funzioni ed alle relazioni, possono determinare condizioni di inadeguatezza difficilmente sanabili ed indurre quindi l'innalzamento dell'indice di età convenzionale attribuito ai presidi.

Ne consegue dunque che l'esecuzione di interventi di adeguamento delle strutture sia tanto più oneroso ed inefficace tanto più è elevata l'età convenzionale degli edifici, ovvero tanto più l'edificio si approssima alle fasi finali della propria vita utile (tabella 1).

**Tabella 1.** Valutazione dell'efficacia degli interventi di adeguamento.

Codice ASR	Presidi Ospedalieri	Posti letto Luglio 2010	Fasce e valori di età convenzionale: accertamento anno 2007	Face e valori di età convenzionale: previsione anno 2010	Classi di efficacia	EFFICACIA ED ENTITA' DEGLI INTERVENTI DI ADEGUAMENTO		
						Previsione dell'efficacia degli interventi di adeguamento	Costi di adeguamento anno 2007 ONERI INCLUSI	
ASL AT	Ospedale S.Spirito - Valle Belbo, Nizza M.to	83	94,9	95,9	Bassa efficacia	Bassa efficacia	€ 10.943.698,96	
ASL NO	Ospedale SS. Trinità, Arona	95	92,4	92,5		Bassa efficacia	€ 19.476.962,41	
ASL TO4	Presidio Ospedaliero Riunito, Lanzo	132	90,0	91,0		Bassa efficacia	€ 22.504.096,50	
ASL TO3	Ospedale di Pomaretto	53	89,5	90,5		Bassa efficacia	€ 10.138.640,66	
ASL TO1	Ospedale Evangelico Valdese, Torino	108	88,3	81,7		Bassa efficacia	€ 11.927.964,05	
AOU SAN LUIGI	Azienda Sanitaria Ospedaliera San Luigi, Orbassano	406	88,2	87,3		Bassa efficacia	€ 140.700.819,97	
ASL TO3	Ospedale di Torre Pellice	47	87,4	88,4		Bassa efficacia	€ 11.331.394,56	
ASL AL	Ospedale Mauriziano di Valenza	57	86,9	87,9		Bassa efficacia	€ 11.477.342,66	
ASL TO4	Ospedale Civile, Ivrea	255	83,8	83,3		Bassa efficacia	€ 31.638.874,70	
AOU MOLINETTE	Ospedale S. G.Battista Molinette, Torino	1282	83,8	83,0		Bassa efficacia	€ 278.873.818,56	
ASL TO3	Presidio Ospedaliero Riunito, Venaria	85	83,3	84,3		Bassa efficacia	€ 7.426.458,42	
ASL BI	Ospedale degli Infermi di Biella	454	83,0	83,2		Bassa efficacia	€ 54.583.000,05	
AO CTO	Ospedale Maria Adelaide, Torino	82	82,0	78,3		Efficacia mutante (bassa-media)	Bassa efficacia	€ 18.329.848,86
ASL TO2	Ospedale Giovanni Bosco, Torino	368	82,0	74,9			Media efficacia	€ 51.854.138,11
AO CTO	Centro Traumatologico Ortopedico, Torino	337**	81,0	77,8	Media efficacia		€ 60.609.501,32	
ASL NO	Ospedale SS. Trinità, Borgomanero	241	80,9	78,2	Bassa efficacia		€ 32.551.834,15	
ASL VCO	Stabilimento Ospedaliero Castelli, Verbania	352*	80,7	77,5	Media efficacia		€ 32.251.467,77	
ASL VC	Ospedale Sant'Andrea, Vercelli	317	80,4	79,3	Bassa efficacia	€ 37.716.669,52		
AO CUNEO	Ospedale Carle, Cuneo	732****	78,9	76,3	Media efficacia	Media efficacia	€ 19.890.769,10	
ASL TO4	Ospedale Civico, Chivasso	225	78,6	64,3		Media efficacia	€ 32.477.647,85	
ASL TO2	Ospedale Maria Vittoria, Torino	347	78,4	76,0		Media efficacia	€ 32.623.107,20	
AO ALESSANDRIA	Ospedale Infantile Cesare Arrigo, Alessandria	86	78,1	72,7		Media efficacia	€ 12.244.596,90	
ASL TO3	Ospedale Civile, Giaveno	49	78,0	73,2		Media efficacia	€ 14.018.896,41	
ASL TO4	Ospedale Civile, Cuorgnè	111	77,6	78,6		Media efficacia	€ 12.952.202,94	
AOU MOLINETTE	San Giovanni Antica Sede - SGAS	20	77,6	78,6		Media efficacia	€ 12.613.454,00	
AO OIRM-S.ANNA	Ospedale Infantile Regina Margherita, Torino	317	77,3	74,2		Media efficacia	€ 31.023.289,88	
ASL TO2	Ospedale Amedeo di Savoia, Torino	95	76,4	72,7		Media efficacia	€ 15.400.273,00	
ASL TO1	Ospedale O.R.L. Martini, Torino	232	75,9	62,4		Media efficacia	€ 34.903.361,98	
ASL TO5	Ospedale Santa Croce, Moncalieri	193	75,8	72,7	Media efficacia	€ 12.084.697,22		
ASL VCO	Ospedale Madonna del popolo, Omegna	352*	75,7	76,7	Media efficacia	€ 11.047.122,87		
AOU NOVARA	Ospedale San Giuliano, Novara	723***	74,8	75,8	Media efficacia	€ 6.089.271,55		
AO OIRM-S.ANNA	Ospedale Ost. Gin. Sant'Anna, Torino	482	74,4	75,0	Media efficacia	€ 41.967.527,95		
AO MAURIZIANO	Ospedale Umberto I, Torino	448	74,2	70,8	Media efficacia	€ 53.300.677,57		
ASL VCO	Ospedale San Biagio, Domodossola	352*	74,0	46,6	Media efficacia	€ 22.307.620,56		
ASL AL	Ospedale Civile, Acqui Terme	152	73,2	73,0	Media efficacia	€ 12.230.910,43		
AOU NOVARA	Ospedale Maggiore della Carità, Novara	723***	72,7	71,2	Media efficacia	€ 56.500.910,55		
AO ALESSANDRIA	Ospedale Civile SS. Antonio e Biagio, Alessandria	526	72,0	72,4	Media efficacia	€ 56.512.670,16		
ASL TO3	Ospedale Villa S.Agostino, Avigliana	41	71,1	65,5	Media efficacia	€ 7.868.968,05		
AOU NOVARA	Ospedale San Rocco, Galliate	74	71,1	70,4	Media efficacia	€ 6.879.521,40		
ASL TO1	Ospedale Oftalmico, Torino	73	69,0	59,8	Media efficacia	€ 8.811.873,05		
ASL TO5	Ospedale Maggiore, Chieri	158	68,3	68,5	Media efficacia	€ 10.238.732,18		
ASL CN1	Ospedale Civico di Caraglio	50	66,7	62,0	Media efficacia	€ 3.298.647,93		
ASL TO4	Ospedale Civile, Castellamonte	73	66,6	67,6	Media efficacia	€ 11.252.334,10		
ASL AL	Ospedale Santo Spirito, Casale M.to	268	66,3	54,1	Media efficacia	€ 22.779.120,46		

Codice ASR	Presidi Ospedalieri	Posti letto Luglio 2010	Fasce e valori di età convenzionale: accertamento anno 2007	Face e valori di età convenzionale: previsione anno 2010	Classi di efficacia	EFFICACIA ED ENTITA' DEGLI INTERVENTI DI ADEGUAMENTO	
						Previsione dell'efficacia degli interventi di adeguamento	Costi di adeguamento anno 2007 ONERI INCLUSI
ASL TO3	Ospedale degli Infermi, Rivoli	240	66,1	63,1		Media efficacia	€ 31.035.905,55
AO CUNEO	Ospedale Santa Croce, Cuneo	732****	66,0	63,6		Media efficacia	€ 31.495.596,95
ASL TO3	Ospedale Civile, Susa	72	65,3	55,0		Media efficacia	€ 8.738.313,24
ASL CN1	Ospedale di Ceva	108	65,2	63,6		Media efficacia	€ 6.467.597,96
ASL TO3	Ospedale Civile E. Agnelli, Pinerolo	298	65,0	66,0		Media efficacia	€ 17.709.235,84
ASL CN2	Ospedale Santo Spirito, Bra	146	64,6	65,0		Media efficacia	€ 8.118.257,11
ASL CN1	Ospedale Civile di Saluzzo	145	64,5	62,8		Media efficacia	€ 7.340.445,86
ASL TO4	Presidio Ospedaliero Riunito, Ciriè	242	62,0	62,1		Media efficacia	€ 9.293.722,59
ASL TO5	Ospedale San Lorenzo, Carmagnola	139	61,0	61,4		Media efficacia	€ 6.776.529,31
ASL AL	Ospedale San Giacomo, Novi Ligure	194	60,5	61,0		Media efficacia	€ 11.148.759,13
ASL CN1	Ospedale Civico di San Lazzaro, Alba	289	59,5	59,4		Media efficacia	€ 6.629.452,64
ASL CN1	Ospedale Maggiore SS. Annunziata, Savigliano	310	58,1	55,1		Alta efficacia	€ 13.365.796,35
ASL AL	Ospedale SS. Antonio e Margherita, Tortona	198	57,6	57,3		Media efficacia	€ 10.926.509,78
ASL AL	Ospedale Civile, Ovada	88	50,7	49,5		Alta efficacia	€ 4.239.572,76
ASL CN1	Ospedale Maggiore SS. Trinità, Fossano	93	43,8	44,8	Alta efficacia	Alta efficacia	€ 3.625.138,72
ASL AT	Ospedale Cardinal G. Massaia, Asti	496	41,1	31,7		Altissima efficacia	€ 2.447.744,90
ASL CN1	Nuovo Ospedale di Mondovì	196	7,0	8,0		Massima efficacia	€ 6.970.547,00
ASL VC	Ospedale Nuovo di Borgosesia	95	6,5	6,5		Massima efficacia	€ 3.112.801,00
AO CTO	Unità spinale, Torino	337**	0,0	1,0	Massima efficacia	Massima efficacia	€ 0,00
AO ALESSANDRIA	C.R.P. Borsalino, Alessandria	100	0,0	1,0		Massima efficacia	€ 0,00

Nonostante l'eterogeneità riscontrabile a livello di dimensionamento dei presidi (sia strutturale che di offerta sanitaria), ad oggi non riconducibile ad una chiara strutturazione funzionale della rete ospedaliera, è tuttavia possibile osservare che la metà (7 su 14) delle strutture caratterizzate da una elevata vetustà e bassa efficacia degli interventi di adeguamento, corrispondono a piccole strutture dotate di posti letto inferiori a 120.

Per tali strutture, inoltre, l'incidenza dei costi di adeguamento ai requisiti minimi strutturali per l'accreditamento rispetto al valore di sostituzione della struttura è molto al di sopra della media regionale, ovvero per adeguare tali strutture occorre investire risorse pari a quelle necessarie a ricostruire a nuovo ben più della metà delle strutture stesse (figura 3).

Una ulteriore considerazione viene introdotta a proposito della capacità insediativa dei presidi ospedalieri, che viene messa in relazione all'entità delle risorse necessarie per l'erogazione delle prestazioni sanitarie previste. Poiché l'entità di tali risorse può essere idealmente ripartita in una quota fissa – sostanzialmente coincidente con l'onere per la disponibilità e l'accesso alla prestazione sanitaria considerata – ed una quota variabile – dipendente dal volume effettivo di attività – si ipotizza una forma di proporzionalità inversa fra la capacità insediativa del presidio ospedaliero ed il costo necessario per l'erogazione delle prestazioni sanitarie previste, almeno fino a quando il volume di attività non determina l'onere aggiuntivo per un ulteriore livello di coordinamento ed organizzazione. A sostegno di quanto sopra esposto si consideri anche solo che, per una data prestazione sanitaria e per un fissato periodo di osservazione, l'incidenza dei costi fissi – ad esempio per le attrezzature e le risorse umane necessarie – diminuisce all'aumentare del volume di attività. Un maggiore volume di attività, pertanto, corrisponde ad un più elevato rendimento delle risorse fatte corrispondere ai costi fissi e quindi, in altre parole, ad una più ampia efficienza del sistema produttivo considerato.

Le criticità del sistema strutturale ospedaliero possono dunque essere così riassunte:

- obsolescenza del patrimonio ospedaliero regionale e dunque necessità di interventi di adeguamento sulle strutture;
- scarsa efficacia degli interventi di adeguamento sulle strutture tecnologicamente e strutturalmente obsolete;
- elevata incidenza dei costi di adeguamento rispetto al valore di sostituzione delle strutture;

- elevata incidenza delle criticità sopra esposte sulle strutture ospedaliere di piccole dimensioni (in termini di produzione per la cui misurazione viene assunto come riferimento il n° di posti letto);
- maggiore inefficienza gestionale delle strutture di piccole dimensioni;
- eterogeneità dimensionale e funzionale delle strutture non riconducibile ad un disegno organizzativo della rete chiaramente individuabile rispetto a tipologia e complessità delle prestazioni e delle relazioni tra strutture.

### OBIETTIVI

Nell'ottica della razionalizzazione e miglioramento dell'offerta sanitaria (complessiva ed adeguata utilizzazione delle risorse, accessibilità ed appropriatezza delle prestazioni e dei ricoveri, integrazione e continuità assistenziali) si propone un piano di azione rivolto agli edifici ospedalieri finalizzato a supportare il processo di riordino organizzativo e funzionale della rete sanitaria mirato ad un modello che preveda la diversificazione dei centri e l'attribuzione delle competenze secondo livelli di complessità delle prestazioni e di intensità delle cure. Quindi il principale obiettivo che si intende perseguire è:

#### **8.3.1. Dismissione / Rifunzionalizzazione / Riconversione di alcuni presidi ospedalieri**

In particolare, a partire dagli indirizzi di programmazione sanitaria regionale e sulla base delle potenzialità strutturali degli edifici coinvolti dalla riorganizzazione, le azioni proposte saranno rivolte a:

- ridurre le inefficienze strutturali riscontrabili sulle strutture più obsolete;
- contrastare l'incidenza dei costi gestionali per le piccole strutture;
- promuovere l'innovazione strutturale e tecnologica, anche attraverso la definizione ed implementazione di nuovi modelli funzionali;
- valorizzare le strutture esistenti attraverso l'implementazione di modelli funzionali più adeguati;
- supportare la riorganizzazione e redistribuzione di posti letto e delle specialità, in relazione alla complessità delle prestazioni ed alle esigenze dei territori di riferimento.

### AZIONI PROPOSTE

Gli interventi proposti consistono nell'implementazione di processi di valorizzazione dei presidi ospedalieri esistenti a mezzo della rifunzionalizzazione/riconversione delle strutture verso modelli d'uso più sostenibili ed efficaci (sia in relazione alle caratteristiche attuali delle strutture sia al loro ruolo nella rete sanitaria regionale, anche territoriale) ovvero, qualora ritenuto opportuno, a mezzo della loro dismissione.

Le strutture che possono consentire di raggiungere nel breve periodo i maggiori benefici in termini di razionalizzazione della spesa ed ottimizzazione funzionale sono quelle più onerose e inefficienti rispetto alle attuali condizioni d'uso, corrispondenti agli edifici che hanno maggiore età convenzionale (e dunque minore efficacia degli interventi di adeguamento) e minor numero di posti letto (inferiore a 120). Le strutture in oggetto sono evidenziate in rosso in tabella 1.

In seguito al riordino funzionale tali edifici potranno dunque erogare prestazioni appropriate, in termini di qualità e quantità dell'offerta, alle esigenze del territorio di riferimento (in base a quanto definito a livello di programmazione regionale), in edifici strutturalmente e tecnologicamente adeguati ed in condizioni operative di sicurezza.



E' esclusa da tale considerazione la struttura di Venaria per la quale sono già stati previsti specifici investimenti finalizzati alla dismissione dell'attuale presidio ed a una nuova realizzazione.

Ai fini dell'efficacia delle azioni proposte, è da considerarsi la necessità di integrare il piano riqualificazione nell'ambito della riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale che l'amministrazione regionale deciderà di implementare sul sistema sanitario piemontese, supportando strutturalmente ed operando sinergicamente con le scelte di riordino sanitario ed organizzativo previste: ne consegue che la definizione del dettaglio delle possibili scelte di rifunzionalizzazione/riconversione, nonché la valutazione degli investimenti (a livello strutturale e organizzativo) necessari alla loro realizzazione, dovrà avvenire in relazione agli indirizzi di programmazione sanitaria promossi dall'amministrazione regionale.

E' dunque possibile ipotizzare la realizzazione e la valutazione delle proposte di efficientamento secondo livelli successivi di azione scanditi dalla definizione degli indirizzi regionali in materia di politiche sanitarie e riorganizzazione dei servizi ospedalieri e territoriali, nonché dalla predisposizione dei piani e/o progetti di riordino delle singole strutture.

Si può dunque ipotizzare che il piano di azione proposto trovi attuazione sulla base delle modalità e delle fasi che saranno scandite da specifici azioni o provvedimenti amministrativi. In particolare si ritiene necessario l'emanazione, entro i primi 6 mesi del 2011 di una D.G.R. che:

- definisca l'articolazione e l'organizzazione della rete sanitaria regionale, le strutture oggetto di dismissione ovvero di riconversione, rifunzionalizzazione o nuova edificazione, nonché le tipologie funzionali ad esse attribuibili;
- in relazione alle tipologie funzionali individuate, preveda la determinazione di modelli e standard di riferimento per l'adeguamento o la realizzazione delle strutture;
- impegni le aziende sanitarie coinvolte dalla riorganizzazione ad elaborare i piani di riordino delle strutture oggetto di rifunzionalizzazione o riconversione, sulla base delle effettive potenzialità edilizie degli edifici ed entro 3 mesi dall'emanazione della D.G.R.;
- specifichi che, ai sensi di quanto disposto dalla DGR 29/3/2010 n. 29-13683, ed a seguito della presentazione dei progetti di riordino da parte delle Aziende, si svilupperanno le analisi necessarie a supportare la programmazione degli investimenti in edilizia per la riorganizzazione della rete sanitaria, e provvederà ad implementare processi di monitoraggio dell'attuazione degli interventi previsti.

### RISVOLTI ORGANIZZATIVI

Attribuzione alle strutture coinvolte di diverse e/o nuove funzioni e modalità di relazione nell'ambito della rete sanitaria regionale, con conseguente razionalizzazione del fabbisogno di personale, tecnologie ed attrezzature sanitarie, sistemi di Information & Communication Technology (ICT) a supporto delle attività previste, da valutarsi in seguito a specifica definizione dei modelli e modalità d'uso.

### RISVOLTI ECONOMICI

La dismissione delle strutture dalle attuali funzioni, a seguito di eventuale chiusura ovvero nelle more della definizione delle modalità di rifunzionalizzazione/riconversione, permette fin da subito di ottenere dei risparmi, in termini di mancata esecuzione di interventi di adeguamento strutturale alle funzioni ad oggi esercitate nelle strutture o comunque previste in relazione agli attuali modelli d'uso. Tali risparmi possono essere stimati sulla base delle seguenti considerazioni:

- in relazione alle attuali modalità d'uso gli edifici identificati, vetusti ed obsoleti sia negli aspetti tecnologici che negli assetti morfologici e costitutivi, sono inadeguati rispetto ai requisiti minimi previsti dalla normativa per l'accreditamento delle strutture sanitarie;



- essendo la rispondenza ai requisiti minimi di accreditamento un adempimento normativo e dunque una condizione indispensabile per l'esercizio delle attività sanitarie, le strutture sono tenute ad eseguire gli interventi edilizi necessari al raggiungimento delle condizioni di adeguatezza;
- le aziende sanitarie a mezzo dello strumento informatico Edisan-DES (sulla base della procedura di cui alla DGR 29/3/2010 n. 29-13683, hanno avanzato alla regione le richieste di finanziamento per il triennio 2010/2012 finalizzate al raggiungimento delle condizioni di adeguatezza strutturale rispetto alle attività ad oggi previste e/o prevedibili;
- essendo i requisiti correlati alla tipologia di struttura ed alla specificità delle funzioni in essa svolta, il decadimento delle attuali funzioni implica conseguentemente la mancata occorrenza di esecuzione degli interventi ad oggi pianificati;
- gli investimenti il cui avvio è stato pianificato per il triennio in oggetto sono dunque da considerarsi quali risparmi in termini di mancati costi per gli esercizi 2011-2012-2013.

Ai fini della valutazione dei risparmi economici, i mancati costi imputabili agli esercizi 2011-2013 sono computati con le seguenti modalità:

- ribaltamento sull'esercizio 2011 degli investimenti pianificati per il 2010 che non hanno trovato copertura economica nell'esercizio in corso;
- per gli interventi ribaltati/programmati per 2011, la cui esecuzione, per tipologia ed entità, è da prevedersi nell'arco temporale dell'anno di riferimento, imputazione all'esercizio 2011 dei costi complessivi degli interventi;
- per gli interventi ribaltati/programmati per 2011, la cui esecuzione, per tipologia ed entità, è da prevedersi su un arco di tempo pluriennale, imputazione all'esercizio 2011 delle quote di costo riferite alle spese tecniche di gara e progettazione;
- per gli interventi ribaltati/programmati per 2011, la cui esecuzione, per tipologia ed entità, è da prevedersi su un arco di tempo pluriennale, imputazione agli esercizi 2012-2013 (in egual misura) delle quote di costo riferite agli avanzamenti lavori annuali;
- per gli interventi programmati per 2012, la cui esecuzione, per tipologia ed entità, è da prevedersi nell'arco temporale dell'anno di riferimento, imputazione all'esercizio 2012 dei costi complessivi degli interventi;
- per gli interventi programmati per 2012, la cui esecuzione, per tipologia ed entità, è da prevedersi su un arco di tempo pluriennale, imputazione all'esercizio 2012 delle quote di costo riferite alle spese tecniche di gara e progettazione, nonché allo stato di avanzamento del primo anno di lavori (lo stato di avanzamento è ripartito in egual misura su due esercizi)
- per gli interventi programmati per 2012, la cui esecuzione, per tipologia ed entità, è da prevedersi su un arco di tempo pluriennale, imputazione all'esercizio 2013 delle quote di costo riferite allo stato di avanzamento del successivo anno di lavori (lo stato di avanzamento è ripartito in egual misura su due esercizi).

In conclusione, attraverso le riconversioni di circa 8 presidi ospedalieri si possono perseguire dei risparmi negli investimenti che possono essere stimati intorno a 8,7 mln di € nel 2011 e a 28,9 mln di euro nel 2012.

Si segnala inoltre che, a seguito della riconversione delle strutture in organismi con funzioni diverse e a minore complessità ed intensità di cura, è possibile ipotizzare risparmi annuali conseguenti a minori costi organizzativi e di manutenzione edile/impiantistica per l'esecuzione di attività di gestione ed esercizio nell'ambito di sistemi sanitari e tecnologici meno complessi.

#### FONTI DI VERIFICA (INDICATORI)

Gli indicatori già utilizzati per la valutazione dell'attuale offerta strutturale, potranno essere utilizzati per monitorare i processi di attuazione e gli effetti del piano di interventi proposto per l'adeguamento della rete sanitaria.

- Qualità strutturale, Età convenzionale e Costi di adeguamento.

## **8.4. Tessera sanitaria**

### **8.4.1. Progetto Tessera Sanitaria evoluzione "Medici in Rete" art 1, comma 810 LF 2007 e DPCM 26/3/2008**

#### PARTE DESCRITTIVA

Il provvedimento normativo dispone le modalità di trasmissione telematica dei dati delle prescrizioni dai medici (MMG,PLS,specialisti) al Ministero dell'economia e pone le basi per la ricetta elettronica.

#### SITUAZIONE ATTUALE

Ad un anno dall'inizio della sperimentazione il 17 dicembre 2010 in specifico incontro con il MEF, con la partecipazione dei rappresentanti del Ministero della Salute e di Sogei, preso atto del funzionamento del sistema di trasmissione delle prescrizioni elettroniche anche attraverso le nuove procedure informatiche rese disponibili dal Sistema Tessera Sanitaria, ai sensi dell'articolo 11, comma 16 del decreto legge n. 78 del 2010, si è convenuto di poter procedere alla chiusura delle attività sperimentali in regione Piemonte e all'avvio a regime secondo il programma recepito con la Determina Dirigenziale n. 7 del 10 gennaio 2011.

#### CRITICITÀ

L'adeguamento dei software utilizzati dai medici di gestione dello studio (cartelle ambulatoriali) per consentire l'invio dei dati delle ricette è avvenuto con ritardo e permangono criticità e inadeguatezze.

#### OBIETTIVI

- 31 gennaio 2011, chiusura della prima fase di sperimentazione delle disposizioni di cui al citato DPCM 26 marzo 2008 concernenti la trasmissione telematica dei dati delle ricette a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e l'estensione della sperimentazione a tutti i restanti medici prescrittori;
- 30 giugno 2011, chiusura della sperimentazione regionale e avvio a regime con esecutività delle disposizioni di cui agli accordi collettivi nazionali vigenti con i medici regionali convenzionati con il SSN inerenti le segnalazioni dei casi di inadempienza da parte di ogni singolo medico prescrittore rispetto a quanto previsto dal medesimo DPCM 26 marzo 2008, documentate attraverso le verifiche del Sistema Tessera Sanitaria. In particolare, tale inadempienza si intende verificata, nel caso in cui le ricette prescritte a partire dalla data del 1° luglio 2011 da ogni medico convenzionato, siano inferiori all'80% del totale delle ricette per le quali risultano erogate le prestazioni di farmaceutica e specialistica ambulatoriale al Sistema Tessera Sanitaria, tenuto anche conto del sistema regionale di monitoraggio delle prescrizioni specialistiche autorizzato ai sensi del comma 11 del citato articolo 50.

#### AZIONI PROPOSTE

- incontri tecnici e informativi con le OO.SS regionali dei MMG e PLS
- gestione dell'applicativo nel sistema TS per la definizione del contributo unitario da erogare ai medici sperimentatori della prima e della seconda fase di sperimentazione

- pianificazione con Sogei di eventuali ulteriori incontri di formazione rivolti ai medici prescrittori nella seconda fase di sperimentazione.

#### RISVOLTI ORGANIZZATIVI E REGOLE

A regime semplificazione delle pratiche connesse alla prenotazione ed erogazione delle prestazioni specialistiche e farmaceutiche.

Controllo e analisi puntuale della spesa pubblica delle prestazioni specialistiche e farmaceutiche indotta a carico del SSN;

a regime eliminazione del costo delle ricette SSN cartacee stampate dal Poligrafico dello Stato, dei costi di distribuzione, delle risorse utilizzate nella registrazione delle ricette per l'intero ciclo di vita (dalla consegna dei ricettari al medico prescrittore alla consuntivazione della prestazione erogata)

#### FONTI DI VERIFICA (INDICATORI)

I dati acquisiti saranno oggetto di elaborazione ed analisi di confronto e congruenza fra prescritto ed erogato, consultazione dei report informativi periodici e degli indicatori nel Cruscotto Sistema TS.

#### **8.4.2. Progetto Tessera Sanitaria evoluzione "Sperimentazione Ricetta elettronica Ospedaliera specialistica" art 1, comma 810 LF 2007 e DPCM 26/3/2008**

Progetto relativo alla sperimentazione "Ricetta Elettronica Ospedaliera specialistica" nella Regione Piemonte, che rappresenta la *fase 1* del progetto di ricetta elettronica su scala nazionale. Il progetto si colloca nel contesto del sistema di monitoraggio della spesa sanitaria, art. 50 della legge 24 novembre 2003, n. 326, e utilizza la stessa infrastruttura dei servizi applicativi che viene utilizzata per il collegamento in rete dei medici, DPCM 26 marzo 2008. La peculiarità del progetto "Sperimentazione Ricetta Elettronica Ospedaliera Specialistica" consiste nella erogazione di un servizio specifico atto alla fornitura di un numero di ricetta elettronica in grado di identificare univocamente le prescrizioni specialistiche effettuate dai medici ospedalieri su ricette non conformi a quelle di cui al DM 18 maggio 2004 (*non rosse*). Ciò al fine di consentire alle Strutture Sanitarie Pubbliche di tracciarne univocamente l'intero ciclo di vita, dal momento della prescrizione all'atto dell'erogazione.

#### SITUAZIONE ATTUALE

La sperimentazione è nelle fasi iniziali, la Regione Piemonte si è resa disponibile alla collaborazione, tenendo conto che la Regione è pilota per il progetto "Medici in rete". Si prevede l'automazione delle procedure di tracciatura delle prescrizione e delle erogazione di prestazioni specialistiche a carico del SSN nell'ambito di una struttura sanitaria pubblica. In particolare, si procederà con la sperimentazione nell'ambito di una struttura ospedaliera e/o territoriale.

#### CRITICITÀ

La sperimentazione prevede obbligatoriamente il coinvolgimento del CSI Piemonte in qualità di Sistema informatico del Sistema Informativo Sanitario regionale (gestione anagrafi regionali e flussi ART.50) ma la proposta tecnico economica presentata da CSI non è stata approvata in quanto non conforme alle specifiche richieste da regione e per l'importo economico non congruo.

### OBIETTIVI

L'obiettivo della sperimentazione è tracciare le informazioni relative alla prescrizione delle prestazioni specialistiche e alla loro successiva erogazione all'interno delle Strutture Sanitarie Pubbliche

### AZIONI PROPOSTE

L'introduzione alla sperimentazione della ricetta elettronica ospedaliera specialistica in ambito regionale e aziendale dovrà essere supportata dalla definizione di un decreto/circolare ministeriale e da un impianto normativo (delibera regionale) entro il 30/6/2011.

### RISVOLTI ORGANIZZATIVI E REGOLE

Alla base del progetto vi è l'implementazione, da parte del SAC, del servizio di erogazione di numeri NRE, per l'emissione dei numeri di ricetta elettronica certificati, univoci a livello nazionale, e messi a disposizione della Regione/ASL.

Sarà cura della Regione/ASL comunicare preventivamente l'associazione tra il numero di ricetta elettronica e il medico prescrittore a cui è stato assegnato.

Il sistema informativo regionale si farà carico del riconoscimento e il controllo di autenticità della firma digitale apposta dal medico al momento della prescrizione e dell'invio al SAC della prescrizione effettuata.

La successiva fase di tracciamento della erogazione delle prestazioni avverrà, nella prima fase di sperimentazione, tramite l'invio tradizionale previsto dal comma 5, e successivamente nella fase di regime in modalità di cooperazione.

La possibilità di comunicazione e cooperazione tra i diversi sistemi gestionali delle SSP in ambito regionale, fornirà l'ulteriore valore aggiunto di eliminare il confinamento dei processi di prescrizione e erogazione nell'ambito della stessa SSP e di estendere i confini della sperimentazione su tutto il territorio regionale (Fase 2), arrivando così alla definizione di un modello per la realizzazione del prototipo di ricetta elettronica (Fase 3)

Il SAC sarà in grado di riconoscere la ricetta attraverso il numero di ricetta elettronica precedentemente fornito e abbinare quindi i dati relativi alla prescrizione con quelli dell'erogazione, fornendo alle ASL e alla regione opportuni prospetti riepilogativi finalizzati al potenziamento del monitoraggio della spesa sanitaria e della appropriatezza prescrittiva.

### FONTI DI VERIFICA (INDICATORI)

I dati acquisiti saranno oggetto di elaborazione ed analisi di confronto e congruenza fra prescritto ed erogato, consultazione dei report informativi periodici e degli indicatori nel Cruscotto Sistema TS

#### **8.4.3. Monitoraggio Tetti di spesa specialistica strutture private convenzionate tramite sistema TS**

### SITUAZIONE ATTUALE

Sono stati definiti tetti sulla spesa specialistica ambulatoriale per le strutture private convenzionate dalle singole aziende sanitarie.

### CRITICITÀ

I tetti sulla spesa specialistica ambulatoriale per le strutture private convenzionate dovrebbero essere stabiliti a livello centrale per tener conto della programmazione regionale complessiva.

### OBIETTIVI

Definire con deliberazione regionale il limite di spesa per l'esercizio 2011 per singola struttura privata convenzionata (Case di cura, centri di riabilitazione, laboratori e strutture specialistiche) entro il quale le ASL provvederanno a stipulare i contratti per disciplina/branca in relazione al fabbisogno.

### AZIONI PROPOSTE

Comunicazione alle ASL, alle strutture private e al Sistema TS dei tetti riferiti ad ogni singola struttura definiti con deliberazione regionale.

Si propone, in previsione della pubblicazione del nuovo nomenclatore ambulatoriale tariffario regionale di rivedere, prima della definizione dei tetti di spesa, le modalità di applicazione dello sconto sulle prestazioni erogate da soggetti privati, in applicazione della l. 296/2006.

### RISVOLTI ORGANIZZATIVI E REGOLE

Definire il limite di spesa per singola struttura privata convenzionata per il triennio 2011-2013 consentirebbe al sistema maggiori garanzie (vedere capitolo su "Acquisto prestazioni da privato").

### RISVOLTI ECONOMICI

Definire una percentuale (5%) in diminuzione sul valore totale dell'anno 2010.  
Rideterminazione sconto l. 296/2006.

### FONTI DI VERIFICA (INDICATORI)

utilizzo degli indicatori del Cruscotto del Sistema TS al fine del contenimento della spesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate dalle strutture private convenzionate nei tetti stabiliti per singola struttura.

#### **8.4.4. DM 11/12/2009 Controllo regionale del diritto all'esenzione per reddito tramite Sistema TS**

L'applicazione delle procedure previste dal succitato decreto ministeriale rende possibile la verifica preventiva delle condizioni di esenzione per motivi di reddito mediante la messa a disposizione delle relative informazioni nel sistema TS.

### SITUAZIONE ATTUALE

Con Determina Dirigenziale n 8 del 10 gennaio 2011, inviata ai Commissari delle ASR, è stato definito il cronoprogramma delle attività per la verifica delle esenzioni, in base al reddito, dalla compartecipazione alla spesa sanitaria, tramite il supporto del Sistema tessera sanitaria.

### CRITICITÀ

Attualmente il controlli vengono effettuati dalle ASL a campione e il recupero dei ticket non incassati presuppone un notevole dispendio di risorse, non sempre a buon fine.

### OBIETTIVI

Il sistema ha l'obiettivo di garantire le entrate relative alla compartecipazione dovuta dai cittadini, il controllo viene effettuato su tutti i cittadini che si avvalgono del diritto all'esenzione dall'Agenzia delle Entrate liberando le ASL dall'attività di verifica.

### AZIONI PROPOSTE

L'attuale normativa regionale utilizza per le esenzioni in assistenza farmaceutica lo stesso reddito nazionale della specialistica con criteri sulla fascia di età leggermente dissimili (nella assistenza specialistica non sono esenti i cittadini da 6 a 65 anni che nella farmaceutica sono invece esenti). Si propone una deliberazione regionale a cura del Settore Farmaceutico di applicazione dei medesimi criteri di esenzione utilizzati nella specialistica. Ciò consente un controllo univoco da parte dell'Agenzia delle Entrate su entrambe le prescrizioni e un risparmio sulla spesa regionale della farmaceutica.

### RISVOLTI ORGANIZZATIVI E REGOLE

#### **Prescrizioni ricette SSN:**

- entro il 15 marzo 2011 le aziende sanitarie locali, in collaborazione con la regione dovranno completare l'attività di formazione/informazione a MMG/PLS, operatori sanitari, cittadini sull'implementazione e diffusione della presente procedura;
- entro il 31 marzo 2011 le aziende sanitarie locali dovranno, utilizzando gli archivi MEF in loro possesso, completare la distribuzione, su supporto elettronico o cartaceo, a tutti i medici prescrittori degli elenchi delle posizioni di esenzione per reddito dei loro assistiti. Gli elenchi sono altresì a disposizione, con possibilità di estrazione, dei medici prescrittori muniti delle credenziali di accesso al sistema TS. L'accesso alle informazioni presenti in tali elenchi è, inoltre, possibile attraverso l'utilizzo della funzionalità "Ricetta elettronica via web" presente sul sistema TS;
- dal 1 aprile 2011 tutti i medici prescrittori dovranno utilizzare le procedure di cui all'art. 1 del DM 11.12.2009.

### PRESCRIZIONI RICETTE NO SSN (AUTOIMPEGNATIVE)

- entro il 31 marzo 2011 CSI Piemonte mette a disposizione di tutte le ASR nel sistema web dell'Anagrafe AURA l'elenco degli assistiti in posizione di esenzione inviato dall'Agenzia delle Entrate;
- dal 1 aprile 2011 tutti i medici prescrittori dipendenti ospedalieri dovranno utilizzare le procedure di cui all'art. 1 del DM 11.12.2009.

### RISVOLTI ECONOMICI

Aumento delle entrate delle ASR relative alla compartecipazione dei cittadini alla spesa.

### FONTI DI VERIFICA (INDICATORI)

consultazione dei report informativi periodici e degli indicatori nel Cruscotto Sistema TS, quadratura con i conti di ricavo del Conto Economico.

### **8.5. Sperimentazione gestionali**

Attualmente in regione Piemonte sono in atto due sperimentazioni gestionali:

- Centro Ortopedico di Quadrante
- Hopital du Piemont

Per quanto riguarda la prima è prevista la conclusione della sperimentazione ai sensi dell'articolo 18 della Legge Regionale n. 25 del 27 dicembre 2010. Per la seconda è allo studio una proposta di aggregazione tra strutture che determina la conclusione della sperimentazione e la conseguente destinazione all'attività ordinaria.

**H. LE MANOVRE 2011-2012**

<b>Manovre sui costi</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
<b>Personale</b>	<b>73.814</b>	<b>110.409</b>
Azione 2.2 - blocco prestazioni aggiuntive per il personale dipendente	6.000	6.000
Azione 2.3 - parziale blocco turn over personale dipendente	32.000	54.657
Azione 2.5 - mancata attivazione nuovi servizi a gestione diretta	35.814	49.752
<b>IRAP</b>	<b>6.108</b>	<b>8.774</b>
Irap	4.372	5.958
Conseguenza manovre 2.5	1.736	2.816
<b>Altre componenti di spesa</b>	<b>25.840</b>	<b>25.840</b>
Azione 2.4 - riduzione costo altre forme di acquisizione del personale	25.840	25.840
<b>Prodotti farmaceutici</b>	<b>14.440</b>	<b>28.700</b>
azione 4.1- appropriatezza farmaci oncologici di alto costo	2.900	3.500
azione 4.2- centralizzazione in farmacia delle preparazioni antitumorali	1.900	3.800
azione 4.3- unificazione procedure di gare	0	10.000
azione 4.4- ottimizzazione d'uso farmaci stimolanti e eritropoiesi	600	1.100
azione 4.5- ottimizzazione d'uso farmaci stimolanti eritropoiesi-pazienti oncologici	2.400	3.200
azione 4.6- razionalizzazione d'utilizzo farmaci per ipertensione arteriosa polmonare	660	800
azione 4.7- monitoraggio appropriatezza immunoglobuline endovena	1.580	1.900
Azione 3.2- ridefinizione oneri farmacie per distruzione in nome e per conto	4.400	4.400
<b>Altri Beni e servizi</b>	<b>84.944</b>	<b>60.700</b>
Azione 6.2.1- introduzione SW di semantica	500	1.500
Azione 6.1 Indicazione alle aziende relative alle modalità di acquisto	64.044	20.000
Azione 6.2 /6.3- centralizzazione procedure acquisto/tetti di spesa (dispositivi medici, ausili protesici..)	2.500	9.500
Azione 1.5.1- riorganizzazione reti di laboratorio	10.000	20.000
Azione 1.5.2- riorganizzazione laboratori, appropriatezza	7.000	8.500
Azione 1.6.1.-1.6.2- rete della diagnostica riorganizzazione, appropriatezza prescrittiva	900	1.200



<b>Farmaceutica convenzionata</b>	<b>5.900</b>	<b>7.700</b>
Azione 3.1 revisione prontuario terapeutica regionale	4.200	4.200
Azione 3.3 appropriatezza prescrittiva	1.300	3.100
Azione 3.4 appropriatezza prescrittiva in dimissione ospedaliera	400	400
<b>Assistenza specialistica da privato</b>	<b>23.566</b>	<b>38.404</b>
Azione 7.1 Definizione contratti con gli erogatori privati.	23.566	38.404
<b>Assistenza riabilitativa da privato</b>	<b>3.951</b>	<b>8.950</b>
Azione 7.1 Indicazione alle aziende relative alle modalità di acquisto (tetto di spesa)	3.951	8.950
<b>Assistenza protesica da privato</b>	<b>20.000</b>	<b>30.000</b>
Azione 5.1 Appropriatazza prescrittiva e di utilizzo		
Azione 5.2 Implementazione S.I.		
Azione 5.3 Centralizzazione acquisti		
Azione 5.4 Riorganizzazione dei servizi		
<b>Assistenza ospedaliera da privato</b>	<b>44.816</b>	<b>55.712</b>
Azione 7.1 Definizione contratti con gli erogatori privati.	44.816	55.712
<b>Altra assistenza da privato</b>	<b>2.400</b>	<b>19.146</b>
Azione 7.1 Indicazione alle aziende relative alle modalità di acquisto (tetto di spesa)	2.400	19.146
<b>Assistenza da pubblico</b>	<b>10.480</b>	<b>18.327</b>
Azione 7.1 Indicazione alle aziende relative alle modalità di acquisto (tetto di spesa)	10.480	18.327
<b>Accantonamenti</b>		<b>(20.000)</b>
<b>Totale</b>	<b>316.259</b>	<b>392.662</b>

**I. IL CONTO ECONOMICO PROGRAMMATICO 2011-2012**

<b>Aggregati di voci</b>	<b>Pre-Consuntivo 2010</b>	<b>Programmato 2011</b>	<b>Programmato 2012</b>
Contributi indistinti	7.752.167	7.818.791	7.990.023
Quota parte della manovra naz.le 2011-12 di 834 milioni (5/12) già finanziata.		26.250	26.250
Quota parte della manovra naz.le 2011-12 di 834 milioni (7/12) da finanziare.		36.750	36.750
Fondo regionale integrazione fondo	400.000	250.000	200.000
Altri contributi da pubblico	47.328	37.000	35.000
Contributi da privato	4.663	5.000	5.000
Ricavi prestazioni sanitari da pubblico	5.148	6.776	6.776
Ricavi prestazioni sanitari da privati	23.884	25.299	25.299
Concorso recupero	60.480	54.394	54.394
Compartecipazioni	111.626	114.780	114.780
Entrate varie	41.781	28.533	28.533
<b>Totale entrate</b>	<b>8.447.077</b>	<b>8.403.573</b>	<b>8.522.805</b>
Personale	(2.976.277)	(2.944.331)	(2.923.155)
Irap	(213.960)	(209.587)	(208.001)
Altre componenti di spesa	(293.750)	(263.250)	(272.396)
Prodotti farmaceutici	(613.281)	(608.841)	(607.047)
Altri Beni e servizi	(1.365.251)	(1.354.351)	(1.426.606)
Medicina di base	(475.521)	(477.051)	(479.436)
Farmaceutica convenzionata	(774.537)	(742.637)	(740.837)
Assistenza specialistica da privato	(283.399)	(273.205)	(273.205)
Assistenza riabilitativa da privato	(134.435)	(136.000)	(137.997)
Assistenza protesica da privato	(200.870)	(186.198)	(176.982)
Assistenza ospedaliera da privato	(567.570)	(534.378)	(534.378)
Altra assistenza da privato	(465.227)	(483.412)	(490.986)
Assistenza da pubblico	(139.314)	(143.863)	(145.500)
Mobilità passiva intraregionale	-	-	-
Accantonamenti	(4.840)	(13.098)	(33.098)
Interessi e altro	(35.008)	(36.425)	(36.508)
Saldo poste straordinarie	82.075	11.770	11.842
Saldo intramoenia	8.075	7.491	7.491
<b>Totale uscite</b>	<b>(8.453.090)</b>	<b>(8.387.366)</b>	<b>(8.466.799)</b>
<b>Saldo</b>	<b>(6.013)</b>	<b>16.207</b>	<b>56.006</b>

**J. LA PROGRAMMATICO 2011-2012**

Euro milioni	Preconsuntivo 2010		Programmatico 2011		Programmatico 2012	
Collettiva	384 (*)	4,3%	365	4,1%	370	4,1%
Distrettuale	4.760	52,9%	4.691	53,1%	4.737	53,1%
Ospedaliera	3.848	42,8%	3.784	42,8%	3.811	42,7%
<b>Totale</b>	<b>8.992</b>	<b>100%</b>	<b>8.840</b>	<b>100%</b>	<b>8.918</b>	<b>100%</b>

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

Lo sviluppo per sottolivello assistenziale è riportato nell'**allegato 4**.

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

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

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

Una riduzione superiore della spesa del livello assistenziale ospedaliero è attesa dopo il 2012 a seguito del riordino della rete sanitaria regionale che vedrà spostare maggiormente sulla distrettuale, a scapito della ospedaliera, le relative spese assistenziali.

