

Deliberazione della Giunta Regionale 28 dicembre 2012, n. 24-5147

Attuazione Piano di rientro. Individuazione criteri per una appropriata allocazione delle attrezzature di TC e RM.

A relazione dell'Assessore Monferino:

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

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

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

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

Per quanto concerne invece l'individuazione dei criteri per la corretta distribuzione sul territorio regionale delle grandi apparecchiature il gruppo di lavoro formato con D.D. n. 59 del 28/01/2011, composto da qualificati professionisti con specifica competenza ed esperienza tecnico-scientifica e/o titolari delle funzioni svolte nella materia oggetto dell'attività del gruppo o nell'organizzazione di ASL., che ha prodotto i lavori propedeutici alla formulazione della deliberazione sopra indicata, ha effettuato i necessari lavori tecnici al fine di formulare una proposta di pianificazione sostenibile ed efficiente dell'offerta delle grandi attrezzature con riferimento a TC e RM.

I criteri utilizzati per l'elaborazione della proposta hanno tenuto conto della necessità di:

- garantire una equità di accesso con una diffusione appropriata delle suddette tecnologie;
- l'utilizzo delle apparecchiature deve corrispondere a criteri di pieno utilizzo, in rapporto ad un ricorso appropriato. Tali aspetti, peraltro, sono tra gli elementi fondanti dell'Accordo Stato-Regioni del 22 novembre 2001, propedeutico all'emanazione del D.P.C.M. 29/11/2001 sulla definizione dei livelli essenziali di assistenza, che al punto 4.3 prevede che le Regioni stabiliscano i criteri e le modalità per contenere il ricorso e l'erogazione di prestazioni che non soddisfino il principio di appropriatezza organizzativa e di economicità nell'utilizzazione delle risorse;
- garantire una coerenza con quanto previsto dalla D.C.R. 616/2000 che detta i requisiti necessari per l'autorizzazione e l'accreditamento delle attività di diagnostica per immagini. Tale provvedimento individua tre livelli di strutture: la Tac è prevista per strutture di diagnostica per

immagini di 2° livello collocate in ospedali che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero e per case di cura eroganti attività di alta specializzazione, mentre la RM è prevista per le strutture di diagnostica di terzo livello collocate presso Aziende Ospedaliere a rilievo nazionale (AO/AOU);

- proporzionare la dotazione delle apparecchiature in rapporto al reale fabbisogno clinico ed alla casistica trattata da ciascuna struttura.

E' stato ritenuto opportuno effettuare una ricognizione aggiornata dell'attuale parco macchine TC e RM esistenti sul territorio, che mettesse in evidenza l'allocazione delle apparecchiature, il livello di obsolescenza delle apparecchiature installate, l'intensità di campo, il numero delle prestazioni eseguite sia per pazienti ricoverati che ambulatoriali, la potenzialità operativa delle apparecchiature. Tale aspetti permettono di capire la potenzialità del parco macchine in rapporto al suo utilizzo, al reale fabbisogno, e, soprattutto, ai reali vantaggi clinici.

L'analisi dei risultati risente di alcune considerazioni generali relativamente al fatto che il settore privato è dotato di una maggiore flessibilità organizzativa e di una spiccata capacità di adattarsi/guidare la domanda. Questa tendenza è particolarmente evidente proprio per la RM.

L'offerta di prestazioni da parte del privato può riguardare tanto prestazioni che richiedono tecnologie con un basso investimento tecnologico (ad es. RM articolare) che prestazioni ad alto contenuto tecnologico. Tale situazione è caratterizzata da un'ampia variabilità e trova diverse situazioni a livello locale. Il criterio di riferimento in questo caso dovrebbe essere rappresentato dal fatto che il settore pubblico è chiamato innanzitutto a svolgere le prestazioni ad alta complessità clinico-diagnostica.

Il rapporto 2004 ANIE- SIRM – AIMN propone due criteri per la valutazione dell'obsolescenza delle tecnologie basati sulla definizione di due età limite, per accettabilità della qualità clinica e accettabilità per le garanzie di sicurezza, differenti per tipologia di sistema.

La valutazione, infatti, del grado di obsolescenza deve tenere conto della fase nella quale si trova la specifica tecnologia rispetto al proprio ciclo di vita e non può essere stabile nel tempo, ma in evoluzione. Sia in relazione all'evoluzione tecnologica che all'offerta delle apparecchiature.

Va altresì ricordato che, al fine di stabilire l'esistenza dei presupposti necessari per provvedere alla sostituzione di una apparecchiatura, tali criteri devono essere incrociati anche con i criteri economici (macchinari non obsoleti + contenimento della spesa).

Di seguito si descrivono gli approfondimenti effettuati sulle due tipologie di apparecchiature.

TC

L'indagine effettuata, che ha interessato i fattori sopra descritti, ha fatto emergere quanto segue:

1. Nel settore pubblico le apparecchiature di TC sono presenti in tutti gli ospedali, e, quindi, l'attuale parco tecnologico TC appare congruo sotto il profilo quantitativo;
2. il maggior numero di apparecchiature TC ha un grado di obsolescenza compresa nei 10 anni, soglia ritenuta accettabile in termini di efficacia, di efficienza e di sicurezza.

Le apparecchiature con un grado di obsolescenza superiore a 10 anni dovranno essere oggetto di una programmazione finalizzata alla loro sostituzione. Tale programmazione dovrà tenere conto di alcuni fattori:

- a. coerenza tra tipologia di apparecchiatura e la mission della struttura
- b. produttività
- c. impatto sui fattori produttivi
- d. bilancio aziendale
- e. nuovo assetto del SSR quale indicato nel Piano Socio Sanitario regionale 2012-2015.

Le TC esistenti hanno prodotto prestazioni ambulatoriali a carico del SSR per un totale nel 2010 di 296.181 a fronte di 277.269 prestazioni del 2009 ed il consumo medio regionale di prestazioni di TC a livello ambulatoriale è stato nel 2010 di 64 prestazioni per 1.000 abitanti a fronte di 60 nel 2009. Il consumo medio è risultato omogeneo nelle Aree territoriali facenti capo alle Federazioni Sovrazonali di Torino e provincia, del Piemonte Nord Est e Sud Est; i cittadini residenti nel territorio facente capo alla federazione del Piemonte Sud Ovest (Cuneo e provincia) hanno presentato un consumo di 59 prestazioni ogni 1000 abitanti.

Nel 2011 complessivamente si è rilevato in tutte le aree territoriali un minor ricorso alle prestazioni di TC ed il fenomeno si presenta con caratteristiche omogenee.

La D.G.R. n. 98-9422 del 1° agosto 2008 e s.m.i. aveva definito il fabbisogno di prestazioni sanitarie e della conseguente capacità produttiva. Per le apparecchiature TC aveva individuato il fabbisogno di 2,4 apparecchiature ogni 100.000 abitanti per prestazioni ambulatoriali e per pazienti degenti. Il risultato dato dall'applicazione di tale indicatore ha fatto emergere che la dotazione complessiva era adeguata sia al fabbisogno complessivo che per il solo SSR e che pertanto, non si prevedeva di concedere autorizzazioni.

Negli anni 2009, 2010 e 2011 il numero di apparecchiature è rimasto sostanzialmente lo stesso in un contesto in cui si sta evolvendo l'organizzazione del SSR.

Attualmente la situazione è la seguente:

Federazione sovrazonale	N° apparecchiature TC presenti)
Torino Sud Est	14
Torino Nord	24
Torino Ovest	25
Piemonte Nord Est	22
Piemonte Sud Ovest	14
Piemonte Sud Est	20

Quanto sopra premesso si ritiene che l'attuale parco macchine TC è sufficiente per l'erogazione delle prestazioni da garantire quale livello essenziale di assistenza, in un contesto di appropriatezza prescrittiva e di esecuzione, da parte delle strutture pubbliche e private accreditate operanti per conto del SSR.

Residua però la necessità di fissare alcuni criteri minimi di allocazione di cui tenere conto all'atto di una eventuale riorganizzazione aziendale o in caso di esigenze di sostituzione apparecchiatura:

- apparecchiature TC multidetettore a 16 banchi è il requisito minimo tecnologico da garantire presso Ospedali sedi di DEA di 1° livello. Pertanto le sostituzioni che saranno effettuate in prospettiva dovranno corrispondere a tale criterio che, peraltro si ritiene valido anche per il livello ambulatoriale;
- apparecchiature TC multidetettore a 64 banchi in Ospedali pubblici sede di DEA di 2° livello e che svolgono attività di cardiologia con emodinamica, di cardiocirurgia, di neurologia/ortopedia (ospedali sede di Trauma Center);
- apparecchiature TC multidetettore a 256 banchi sono progettate per ottimizzare l'imaging cardiaco. Sono apparecchiature molto costose, anche in termini di manutenzione e, quindi, sono da riservarsi ad Ospedali con presenza di cardiocirurgia.

RM

Se prendiamo in esame le Regioni che hanno cercato di governare l'allocazione e l'uso di queste importanti e costose tecnologie emergono orientamenti diversi, tutti abbastanza lontani dalla realtà complessiva italiana che registra una apparecchiatura ogni 75.000 abitanti. Alcuni esempi:

Regione	Anno della norma	Utenza media per RMN	Carico minimo di lavoro per RM	Uso apparecchiature
Puglia	2006	102.000		
Liguria (solo osp.pubbl)	2000	108.000		Almeno 12 h/dì
Valle d'Aosta	1997	119.610	3.518 esami/anno	
Marche	1995	300.000	5.000 esami/anno	Almeno 12 h/dì per 6 giorni alla settimana

Stime sulle effettive necessità di esami RM appaiono oggi difficili da fare dato che la quantità di esami attualmente effettuati sono influenzati in modo significativo dalla presenza delle apparecchiature in un determinato ambito territoriale e da prescrizioni di prestazioni inappropriate. La RM è una tecnologia molto costosa per cui una adeguata pianificazione non può prescindere dalla ricerca di un miglior rapporto costo-efficacia.

Il principio generale di riferimento per una appropriata distribuzione sul territorio dovrebbe essere rappresentato:

1. dal fatto che il settore pubblico in generale è chiamato innanzitutto a svolgere prestazioni ad alta complessità clinico-diagnostica;
2. dalla necessità di garantire le necessarie prestazioni con tecnologie avanzate, avuto riguardo dei vincoli di bilancio individuati in una fase in cui la Regione è sottoposta a Piano di rientro;
3. dalla necessità di individuare l'ASL quale dimensione ottimale territoriale per la collocazione delle apparecchiature: Tale approccio permette di superare il concetto di apparecchiatura per presidio, favorendo un processo di migliore distribuzione delle risorse e di riorganizzazione funzionale all'interno delle singole Aziende teso a condividere, laddove possibile, il patrimonio disponibile, anche attraverso protocolli operativi con le Aziende Ospedaliere;

4. il recupero di appropriatezza prescrittiva per quelle ASL che registrano valori più alti riferiti al consumo di prestazioni RM per abitante.

A tale proposito si evidenzia che il consumo medio regionale sull'anno 2010 è risultato di 97 prestazioni/1000 abitanti a fronte di 95 prestazioni/1000 abitanti del 2009.

Se lo stesso dato viene considerato per singola area territoriale delle Federazioni sovrazionali quali individuate con il P.S.S.R. 2012-2105 rapportato al numero di apparecchiature RM presenti sul territorio, il risultato è il seguente:

Federazione sovrazonale	Prestazioni 2010/1000 abitanti	N° apparecchi. RM presenti)
Torino Sud Est	109/1000	13
Torino Nord	114/1000	17
Torino Ovest	118/1000	19 (di cui 1 privata)
Piemonte Nord Est	74/1000	18 (di cui 1 privata)
Piemonte Sud Ovest	73/1000	7
Piemonte Sud Est	90/1000	14

Il numero di apparecchiature comprende tutte le RM, incluse quelle da 0 a 0,5 tesla e l'età media è compresa nei 10 anni.

Risulta evidente che il consumo più elevato è presente nell'area di Torino e provincia, peraltro dotata del maggior numero di apparecchiature e del maggior numero di soggetti erogatori.

Nel 2011 complessivamente si è rilevato in tutte le aree territoriali un minor ricorso alle prestazioni di RMN ed il fenomeno si presenta con caratteristiche omogenee.

Per determinare la capacità produttiva necessaria, ovvero le apparecchiature in grado di garantire la produzione necessaria, occorre integrare il fabbisogno di prestazioni ambulatoriali con quello di prestazioni in costanza di ricovero (circa 20 %): il fabbisogno complessivo è stimato in 520.000 esami di cui 430.000 in via ambulatoriale. La produttività media delle apparecchiature rilevata in base ai dati 2010 è 6.046 esami, conseguentemente il fabbisogno di apparecchiature è di 1,9 ogni 100.000 abitanti.

La dotazione attuale è di 88 apparecchiature funzionanti, di cui 86 operanti nelle strutture pubbliche e private accreditate che operano per conto del SSR, e la stessa risulta, quindi, adeguata al fabbisogno complessivo.

Considerato ciò, potranno essere valutate, in ambito pubblico e privato accreditato operante con il SSR, esclusivamente le proposte di sostituzione per raggiunto livello di obsolescenza della tecnologia interessata basato sull'accettabilità della qualità clinica e sull'accettabilità delle garanzie di sicurezza. E' evidente, come già indicato precedentemente che tali criteri dovranno essere incrociati anche con i criteri economici al fine di soddisfare le esigenze di macchinari non obsoleti con il contenimento della spesa.

In questo contesto , però, è opportuno stabilire alcune specifiche di allocazione per la RM total body, prevedendo:

➤ l'allocazione di almeno una RM total body ad alto campo presso ciascun Ospedale di riferimento quale individuato nel Piano socio sanitario regionale di cui alla D.C.R. n. 167-14087 del 3/04/2012;

➤ l'allocazione di RM total body presso ciascun Ospedale cardine. I tesla per singola apparecchiatura sono individuati in rapporto alla tipologia di funzioni svolte presso l'Ospedale di riferimento quale definito nel Piano socio sanitario regionale di cui alla D.C.R. n. 167-14087 del 3/04/2012.

In tutti e due i casi dovranno essere valutati contemporaneamente anche le tipologie di pazienti trattati e la necessità di garantire i relativi percorsi diagnostico-terapeutici.

Premesso quanto sopra,

Il Relatore propone alla Giunta Regionale l'approvazione di quanto indicato in premessa. a modifica di quanto stabilito sull'argomento con D.G.R. n. 98-9422 del 1° agosto 2008;

La Giunta Regionale, udito il Relatore,

vista la L.R. n. 18/2007,

vista la D.G.R. n. 98-9422 del 1° agosto 2008 e s.m.i.,

vista la D.G.R. n. 1-415 del 2 agosto 2010,

vista la D.G.R. n. 44-1615 del 28 febbraio 2011,

vista la D.D. n. 59 del 28/01/2011,

vista la D.G.R. n. 15-2091 del 24 maggio 2011,

a voti unanimi resi nelle forme di legge,

delibera

- di individuare i criteri descritti in premessa al presente provvedimento per la pianificazione sostenibile ed efficiente dell'offerta delle grandi attrezzature con riferimento a TC e RM, nell'ambito delle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate ed operanti per conto del SSR,

- di stabilire che le ASR individuino ed attivino specifiche azioni sia organizzative che formative per un uso più efficiente ed appropriato delle apparecchiature di TC e RM in quanto condizione indispensabile per un uso razionale ed ottimale delle apparecchiature e per un equo accesso da parte dei pazienti. Il progetto aziendale definito dovrà essere trasmesso alla Direzione Sanità – Settore Organizzazione dei Servizi Sanitari ospedalieri e territoriali - per la conseguente valutazione.

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

(omissis)