

Deliberazione della Giunta Regionale 23 aprile 2014, n. 15-7486

Assistenza specialistica ambulatoriale: attuazione punto 14.3.4 dei Programmi operativi per il triennio 2013-2015 di cui alla D.G.R. n. 25-6992 del 30.12.2013.

A relazione dell'Assessore Cavallera:

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

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

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

Ai sensi dell'art. 15, comma 20, del D.L. n. 95/2012 - convertito, con modificazioni, in legge n. 135/2012 - la Regione, in esito alle valutazioni emerse in sede di tavolo ministeriale di verifica sull'attuazione del PRR, data la necessità di non compromettere l'attribuzione in via definitiva delle risorse finanziarie, in termini di competenza e di cassa, condizionate alla piena attuazione del Piano di rientro stesso, ha predisposto, ai sensi della L. 135/2012 (spending review), i Programmi operativi per il triennio 2013-2015, approvati con D.G.R. n. 25-6992 del 30.12.2013.

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

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

I suddetti Programmi prevedono il completamento degli interventi solo parzialmente attuati durante la vigenza del Piano di rientro 2010-2012, ovvero formalmente attuati ma non implementati.

Per quanto concerne l'Assistenza specialistica ambulatoriale, tale area necessita di un riordino organizzativo-gestionale funzionale ad una maggiore efficienza nel rispetto della garanzia degli interventi LEA appropriati. A tal fine è necessario porre in essere con urgenza azioni volte a:

- migliorare il grado di appropriatezza prescrittiva;
- riorganizzazione efficiente dei punti di erogazione;
- maggiore governo della domanda che, nel rispetto dei LEA, avvicini i consumi per abitante della Regione Piemonte agli standard nazionali (nel 2012 sono state erogate 16,42 prestazioni per abitante a fronte di uno standard nazionale di 12).

Lo standard nazionale di 12 prest./abitante, composto da 9 prestazioni di laboratorio analisi e 3 da altre prestazioni, è stato estrapolato dai documenti tecnici di lavoro Agenas sulle attività di specialistica ambulatoriale, confermato da valutazioni della letteratura tecnico-scientifica in materia.

Premesso quanto sopra, effettuata un' analisi critica dei consumi (alti volumi ed alto dispendio) specificati nei Programmi Operativi 2013-2015, con particolare riferimento alle aree di laboratorio analisi, radiologia e altra diagnostica, recupero e rieducazione funzionale, è stato ritenuto necessario procedere a confronti con le singole realtà aziendali al fine di valutare e porre in essere tutte le azioni per la maggior efficienza ed efficacia delle attività specialistiche ambulatoriali.

In alcune aree già da tempo sono stati avviati specifici interventi riguardanti sia l'appropriatezza prescrittiva, sia la riorganizzazione delle reti e precisamente nelle aree dei Laboratori di analisi, Radiologia (in specifico TC e RM) e Recupero e Rieducazione Funzionale.

Per quanto riguarda l'area di laboratorio analisi gli obiettivi prioritari interessano sia l'aspetto organizzativo-gestionale che quello dell'appropriatezza prescrittiva. Rispetto al primo punto la Regione Piemonte intende perseguire la riorganizzazione della rete dei laboratori di analisi, con l'obiettivo immediato di giungere alla concentrazione reale dell'attività specialistica in singoli laboratori di riferimento, individuati in base alle caratteristiche di attività, competenza e tecnologie già disponibili ed operative e in attuazione della D.G.R. n. 11-5524 del 14/03/2013 e della D.D. n. 506 del 27/06/2013. L'identificazione di tali laboratori di riferimento con l'Azienda individuata come Hub non prescinde, tuttavia, da una esperienza diagnostica specialistica completa già acquisita e non deve prevedere la parcellizzazione fra più Laboratori di singole attività specialistiche. A tal fine, con successivo provvedimento regionale, verranno dettagliati, laddove è necessario, i laboratori di riferimento (HUB) per l'accentramento della diagnostica specialistica. Verranno altresì definiti i Centri di produzione e validazione emocomponenti con relative aree di riferimento. La realizzazione dei dipartimenti interaziendali di medicina di Laboratorio, che la Regione Piemonte raccomanda con forza, costituisce uno strumento indispensabile per il pieno raggiungimento di questo obiettivo.

Il secondo punto, riferito all'appropriatezza, è rivolto ad un miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva in rapporto al quesito diagnostico che dovrebbe portare contemporaneamente anche ad un avvicinamento allo standard nazionale di consumo di prestazioni per abitante. Nel 2013 in Regione Piemonte è stato osservato un consumo di 11,50 prest./abitante a fronte di uno standard nazionale di 9 prest./abitante.

Anche per l'area della Radiologia l'obiettivo dell'appropriatezza prescrittiva in rapporto alla quesito diagnostico/ patologia conclamata è prioritario sia per garantire equità d'accesso alla prestazioni da parte dei cittadini, sia per un corretto utilizzo delle risorse con particolare riferimento alle grandi attrezzature TC e RM.

E' stato osservato che il consumo pro-capite di prestazioni utilizzando tali apparecchiature è significativamente superiore allo standard nazionale. Un esempio molto forte è rappresentato dalle

prestazioni RM, che in Regione Piemonte nel 2013 sono state 8,80 per 100 abitanti a fronte di un indice di consumo nazionale di max 7,5 secondo la griglia indicatori LEA.

Per l'area del Recupero e Rieducazione funzionale, a seguito di una attenta analisi dell'attuazione delle linee guida, già formulate con D.G.R. n. 49-12479 del 2/11/2009 e D.G.R. n. 42-941 del 3/11/2010, che evidenziano un importante scostamento dei comportamenti prescrittivi in rapporto alle stesse, è emersa la necessità di intensificare le azioni per la realizzazione della loro piena attuazione. Un primo obiettivo individuato, che va in tale direzione, è rappresentato dal minor ricorso alla terapia fisica in quanto tali prestazioni, come affermato nell'Allegato A alla D.G.R. n. 42-941 del 3/11/2010, si presentano come quelle a forte rischio di inappropriata anche per l'uso eccessivo delle stesse.

Pertanto, tenuto conto degli elementi sopra descritti, valutato quanto emerso dagli incontri con le Aziende Sanitarie Regionali nei mesi di dicembre 2013 e gennaio 2014, vagliati i singoli piani di intervento presentati dalle stesse nel mese di gennaio 2014, previsti nell'azione 14.3.4 dei Programmi Operativi 2013-2015, e tenuto conto del diverso grado di elaborazione dei piani, si è ritenuto, al fine di una fattiva realizzazione di quanto indicato nei Programmi Operativi, di individuare specifici obiettivi per singola Azienda che rispettano lo stato di avanzamento verso gli obiettivi stabiliti nei Programmi Operativi stessi.

I valori individuati verso i quali devono tendere le singole Aziende Sanitarie Locali sono stati individuati per la totalità delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, per l'area delle prestazioni di laboratorio analisi, per le prestazioni TC e RM e per le prestazioni di terapia fisica:

1. prestazioni specialistiche ambulatoriali regionali

Atteso che il consumo globale di prestazioni specialistiche ambulatoriali in Regione Piemonte nel 2013 è stato di 15,94 prest/abitante, e che lo standard nazionale di riferimento è individuato in 12 prest/abitante, si stabilisce che per il 2014, al fine dell'avvicinamento allo standard, le singole Aziende Sanitarie Locali devono abbassare il rapporto prestazioni per abitante come indicato nella tabella sotto riportata:

ASL residenza	quota procapite anno 2013	ST max	Diff	Recupero minimo 50% anno 2014	Anno 2014 - percentuale di riduzione della quota procapite
201-TO1	17,45	12	5,45	2,73	15,62 %
202-TO2	19,20	12	7,20	3,60	18,75 %
203-TO3	15,41	12	3,41	1,71	11,07 %
204-TO4	16,05	12	4,05	2,03	12,62 %
205-TO5	14,74	12	2,74	1,37	9,30 %
206-VC	16,07	12	4,07	2,04	12,67 %
207-BI	15,13	12	3,13	1,57	10,35 %
208-NO	15,53	12	3,53	1,77	11,37 %
209-VCO	14,64	12	2,64	1,32	9,01 %
210-CN1	12,90	12	0,90	0,45	3,49 %
211-CN2	15,13	12	3,13	1,57	10,35 %
212-AT	15,89	12	3,89	1,94	12,24 %
213-AL	17,03	12	5,03	2,51	14,76 %
Regione	15,94	12	3,94	1,97	12,35 %

2. prestazioni specialistiche ambulatoriali di laboratorio analisi

Atteso che il consumo di prestazioni di laboratorio analisi in Regione Piemonte nel 2013 è stato di 11,50 prest/abitante, e che lo standard nazionale di riferimento è individuato in 9 prest/abitante, si stabilisce che per il 2014, al fine dell'avvicinamento allo standard, le singole Aziende Sanitarie Locali devono abbassare il rapporto prestazioni per abitante come indicato nella tabella sotto riportata:

ASL residenza	quota procapite anno 2013	ST max	Diff	Recupero minimo 50% anno 2014	Anno 2014 - percentuale di riduzione della quota procapite
201-TO1	11,08	9	2,08	1,04	9,39 %
202-TO2	13,08	9	4,08	2,04	15,60 %
203-TO3	10,36	9	1,36	0,68	6,56 %
204-TO4	11,49	9	2,49	1,25	10,84 %
205-TO5	10,14	9	1,14	0,57	5,62 %
206-VC	11,64	9	2,64	1,32	11,34 %
207-BI	11,06	9	2,06	1,03	9,31 %
208-NO	11,26	9	2,26	1,13	10,04 %
209-VCO	10,03	9	1,03	0,52	5,13 %
210-CN1	9,23	9	0,23	0,12	1,25 %
211-CN2	10,93	9	1,93	0,97	8,83 %
212-AT	11,43	9	2,43	1,22	10,63 %
213-AL	12,97	9	3,97	1,99	15,30 %
Regione	11,5	9	2,5	1,25	10,87 %

3. prestazioni specialistiche ambulatoriali di TC e RM.

La Giunta Regionale con D.G.R. n. 15-2091 del 24/05/2011 ha individuato i criteri di appropriatezza prescrittiva per le prestazioni ambulatoriali che utilizzano apparecchiature di TC e RM, tra cui quelli per un corretto utilizzo da parte dei medici prescrittori dei criteri di priorità clinica individuati dal provvedimento stesso.

L'analisi dell'andamento dell'erogato di tali prestazioni rileva un incremento del loro utilizzo, tale che i Programmi Operativi 2013-2015 hanno previsto una riduzione del ricorso a tali prestazioni, in quanto il consumo pro capite risulta superiore allo standard nazionale.

La riduzione programmata per i consumi di TC e RM a livello regionale, di cui al punto 14.3.4.3 dei suddetti Programmi Operativi, è del 10% per l'anno 2014 sull'erogato 2013 e del 5% per l'anno 2015 sull'erogato 2014.

Atteso che le ASL, all'interno dei piani di intervento presentati nel mese di gennaio 2014 in attuazione di quanto stabilito dagli stessi Programmi Operativi 2013-2015, le azioni previste su tali prestazioni risultano generiche e carenti di obiettivi numerici di rientro dell'indice di consumo prest/abitante verso lo standard previsto a livello nazionale, si stabilisce che per il 2014, le singole Aziende Sanitarie Locali devono abbassare il rapporto prestazioni per abitante come indicato nelle tabelle sotto riportate:

RM

ASL_ RESIDENZA	Popolazione	QUANTITA prestazioni 2013	quota pro capite 2013 per 100 abitanti	riduzione 2014 per 100 ab	totale riduzione 2014	tetto 2014	percentuale riduzione
201	464.893	55.025	11,84	2,25	10.460	44.565	19%
202	407.198	39.070	9,59	1,25	5.090	33.980	13%
203	581.487	59.462	10,23	1,50	8.722	50.740	15%
204	516.458	51.867	10,04	1,50	7.747	44.120	15%
205	307.166	27.808	9,05	1,00	3.072	24.736	11%
206	173.618	11.262	6,49	0,00	-	11.262	0%
207	172.811	12.438	7,20	0,00	-	12.438	0%
208	345.245	26.605	7,71	0,00	-	26.605	0%
209	170.675	13.498	7,91	0,50	853	12.645	6%
210	418.719	25.429	6,07	0,00	-	25.429	0%
211	170.520	11.913	6,99	0,00	-	11.913	0%
212	205.554	12.917	6,28	0,00	-	12.917	0%
213	439.708	35.533	8,08	0,50	2.199	33.334	6%
Totale complessivo	4.374.052	382.827	8,75	10	38.143	344.684	10%

TC

ASL_ RESIDENZ A	Popolazione	QUANTITA prestazioni 2013	quota pro capite per 100 abitanti	riduzione 2014 per 100 ab	totale riduzione 2014	tetto 2014	percentuale riduzione 2014
201	464.893	33.453	9,46	1,125	5.230	28.223	16%
202	407.198	21.986	6,96	0,500	2.036	19.950	9%
203	581.487	33.095	7,79	0,500	2.907	30.188	9%
204	516.458	34.877	9,25	0,900	4.648	30.229	13%
205	307.166	16.562	7,33	0,500	1.536	15.026	9%
206	173.618	9.579	7,47	0,500	868	8.711	9%
207	172.811	9.723	7,26	0,500	864	8.859	9%
208	345.245	20.033	8,03	0,625	2.158	17.875	11%
209	170.675	7.922	6,15	0,125	213	7.709	3%
210	418.719	18.304	6,56	0,250	1.047	17.257	6%
211	170.520	6.622	5,37			6.622	0%
212	205.554	8.674	5,69	0,125	257	8.417	3%
213	439.708	29.168	8,52	0,750	3.298	25.870	11%
Totale complessivo	4.374.052	249.998	7,71	10,0	25062	224.936	10,0

4. prestazioni specialistiche ambulatoriali di Terapia Fisica

Come già più sopra relazionato, una puntuale analisi dell'attuazione delle linee guida, di cui alla D.G.R. n. 49-12479 del 2/11/2009 e s.m.i., fa emergere un significativo scostamento dei comportamenti prescrittivi dalle linee guida individuate. In particolare, analizzando il contenuto dei Progetti riabilitativi Individuali (PRI) predisposti in corso di visita specialistica, è stato osservato che il ricorso alle prestazioni di terapia fisica è ancora molto rilevante differentemente da quanto indicato nelle linee guida per le singole disabilità.

Atteso che l'azione 14.3.4.2 dei Programmi Operativi 2013-2015 prevede specificatamente un minor ricorso alle prestazioni di terapia fisica e che i piani di intervento sulla specialistica ambulatoriale presentati dalle ASL risultano carenti dell'individuazione delle azioni per raggiungere tale obiettivo, si stabilisce che per il 2014, le singole Aziende Sanitarie Locali devono intervenire sui prescrittori affinché i PRI siano predisposti con un minor contenuto di prestazioni di terapia fisica nella percentuale indicata nella tabella sotto indicata:

Terapia Fisica

ASL_RESIDENZA	Popolazione	QUANTITA prestazioni 2013	quota pro capite per 100 abitanti	riduzione 2014 per 100 ab	totale riduzione 2014 (15%)	tetto 2014	percentuale riduzione
201	464.893	324.229	69,74	14,00	65.085	259.144	20%
202	407.198	264.472	64,95	12,00	48.864	215.608	18%
203	581.487	225.279	38,74	6,00	34.889	190.390	15%
204	516.458	144.573	27,99	3,00	15.494	129.079	11%
205	307.166	105.308	34,28	5,00	15.358	89.950	15%
206	173.618	35.612	20,51	2,00	3.472	32.140	10%
207	172.811	53.599	31,02	4,00	6.912	46.687	13%
208	345.245	151.170	43,79	7,00	24.167	127.003	16%
209	170.675	61.088	35,79	5,50	9.387	51.701	15%
210	418.719	70.430	16,82	1,00	4.187	66.243	6%
211	170.520	96.611	56,66	9,50	16.199	80.412	17%
212	205.554	21.795	10,60	0,00	0	21.795	0%
213	439.708	115.639	26,30	3,00	13.191	102.448	11%
Totale complessivo	4.374.052	1.669.805	38,18	5,88	257.207	1.412.598	15%

Quanto sopra indicato, stabilito che gli obiettivi indicati sono realizzabili prevalentemente con una forte azione nei confronti dei medici prescrittori, analizzati i dati relativi alla provenienza dei medici prescrittori, si stabilisce che le singole ASL operino in sinergia con le Aziende Ospedaliere che risultano prescrittori per i propri assistiti per un importante numero di prestazioni. di cui alla tabella sottoriportata. A tal fine le ASR coinvolte dovranno redigere specifici protocolli di intesa entro 60 giorni dall'entrata in vigore del presente provvedimento, cui possono aderire anche le altre Aziende dell'area sovrazonale.

ASL	AO/AOU collegate
201-TO1 202-TO2	AOU Città della Salute, AO Ordine Mauriziano
203-TO3	AOU S.Luigi
208-NO	AOU Maggiore della Carità di Novara
210-CN1	AO S. Croce e Carle di Cuneo
213-AL	AO SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo di Alessandria

Le ASL, inoltre, dovranno realizzare specifiche iniziative in materia di appropriatezza che coinvolgano anche le strutture private accreditate che operano per conto del SSR e che sono presenti sul proprio territorio. Tali strutture, infatti, soprattutto in fase di redazione referto collegato a visita specialistica, possono indicare la necessità/opportunità di approfondimenti diagnostici/piano terapeutico, rispetto ai quali il medico di famiglia/pediatra di libera scelta/specialista convenzionato interno, condividendone l'indicazione, redige specifica prescrizione su ricettario SSN. Risulta evidente, quindi, che seppur l'eventuale inappropriata è letta attraverso la ricetta SSN, quest'ultima è stata redatta su indicazione di professionista di struttura privata accreditata con il SSR non titolare di ricetta SSN.

Tutto quanto sopra premesso,

rilevato che il presente atto riveste carattere di urgenza essendo finalizzato a consentire la piena realizzazione del percorso già avviato per attuare i Programmi Operativi 2013-2015 e garantire un appropriato utilizzo delle risorse da parte delle ASR sotto il profilo di efficacia ed efficienza, a tutela del mantenimento dell'erogazione delle prestazioni comprese nei LEA,

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

vista La D.G.R. n. 11-5524 del 14/03/2013;

vista la D.G.R. n. 15-2091 del 24/05/2011;

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

vista la D.G.R. n. 25-6992 del 30.12.2013;

vista la D.D. n. 506 del 27/06/2013;

la Giunta Regionale a voti unanimi, espressi nelle forme di legge, condividendo le argomentazioni del relatore

delibera

- di approvare, in attuazione di quanto previsto nei Programmi Operativi 2013-2015, di cui alla D.G.R. n. 25-6992 del 30.12.2013, gli obiettivi per le singole Aziende Sanitarie Regionali, quali descritti in premessa al presente provvedimento, al fine di un corretto utilizzo delle risorse sia sanitarie che economiche, nel rispetto della garanzia dei LEA;
- di stabilire che al raggiungimento degli obiettivi assegnati alle singole ASL e di cui alle tabelle ai punti 1, 2, 3, 4 descritti in premessa, dovranno partecipare in modo sinergico le Aziende Sanitarie indicate nella specifica tabella riportata in premessa al presente provvedimento, previa stipula, entro 60 giorni dall’entrata in vigore del presente provvedimento, di apposito protocollo di intesa. La valutazione sull’esito del raggiungimento degli obiettivi individuati vedrà coinvolte sia le ASL che le Aziende Ospedaliere di riferimento e di cui alla specifica tabella presente in premessa al presente provvedimento;
- di stabilire che gli obiettivi attribuiti alle singole Aziende costituiscono attuazione di quanto contenuto nel P.O. 2013-2015, di cui alla D.G.R. n. 25-6992 del 30.12.2013, e saranno oggetto di monitoraggio del Tavolo per il Governo del Programma Operativo secondo quanto previsto nel capitolo “Area: Governo del Sistema” al punto 1.2 dello stesso P.O.;
- di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri aggiuntivi a carico del bilancio regionale.

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. n. 22/2010.

(omissis)