Deliberazione della Giunta Regionale 27 maggio 2024, n. 35-8651
Approvazione del Programma operativo regionale per il miglioramento dei processi della mobilità sanitaria interregionale relativa ai ricoveri ospedalieri in attuazione dell'art. 1, comma 494, della legge 30.12.2020, n. 178 .Approvazione Scheda operativa di sintesi per il miglioramento della mobilità sanitaria interregionale per ricoveri''.

REGIONE PIEMONTE

Seduta N° **458** Adunanza 27 MAGGIO 2024

Il giorno 27 del mese di maggio duemilaventiquattro alle ore 09:50 in via ordinaria, presso la sede della Regione Piemonte, Piazza Piemonte 1 - Torino si è riunita la Giunta Regionale con l'intervento di Alberto Cirio Presidente , Fabio Carosso Vice Presidente e degli Assessori Chiara Caucino, Elena Chiorino, Marco Gabusi, Luigi Genesio Icardi, Matteo Marnati, Maurizio Raffaello Marrone, Vittoria Poggio, Marco Protopapa, Fabrizio Ricca, Andrea Tronzano con l'assistenza di Guido Odicino nelle funzioni di Segretario Verbalizzante.

DGR 35-8651/2024/XI

OGGETTO:
Approvazione del Programma operativo regionale per il miglioramento dei processi della mobilità sanitaria interregionale relativa ai ricoveri ospedalieri in attuazione dell'art. 1, comma 494, della legge 30.12.2020, n. 178 .Approvazione Scheda operativa di sintesi per il miglioramento della mobilità sanitaria interregionale per ricoveri".

A relazione di: Icardi

Premesso che:
- l'art. 1, comma 2, del D.Lgs. 502/92 e s.m.i. vincola l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) al rispetto dei principi, della dignità della persona, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse;
- l'art. 2, comma 1, del D.Lgs. 502/92 e s.m.i., stabilisce che spettano alle regioni l'esercizio delle funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera, nel rispetto dei principi stabiliti dalle leggi nazionali;
- l'art. 2, comma 2, del D.Lgs. 502/92 e s.m.i. prevede che, in particolare, spettano alle regioni la determinazione dei principi sull'organizzazione dei servizi e sull'attività destinata alla tutela della salute delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, nonché le attività di indirizzo tecnico, promozione e supporto nei confronti delle medesime;
- l'art. 12, comma 3, del D.Lgs. 502/92 e s.m.i. dispone che il Fondo sanitario nazionale è ripartito con riferimento al triennio successivo entro il 15 ottobre di ciascun anno, in coerenza con le previsioni del disegno di legge finanziaria per l'anno successivo, dal CIPE, su proposta del Ministro della sanità, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome; la quota capitaria di finanziamento da assicurare alle regioni viene determinata sulla base di un sistema di coefficienti parametrici, in relazione ai livelli uniformi di prestazioni sanitarie in

tutto il territorio nazionale, determinati ai sensi dell'articolo 1, con riferimento ai seguenti elementi: a) popolazione residente; b) mobilità sanitaria per tipologia di prestazioni, da compensare, in sede di riparto, sulla base di contabilità analitiche per singolo caso fornite dalle unità sanitarie locali e dalle aziende ospedaliere attraverso le regioni e le province autonome; c) consistenza e stato di conservazione delle strutture immobiliari, degli impianti tecnologici e delle dotazioni strumentali.

Dato atto che:
- la compensazione interregionale della mobilità sanitaria è stata inizialmente regolata dalle circolari del Ministero della Salute 100/SCPS/4.4583 del 23 marzo 1994, 100/SCPS/4.6593 del 9 maggio 1996 e 100/SCPS/4.344 spec. del 28 gennaio 1997, attuative delle previsioni di cui al citato comma 3 dell'art. 12 del d.lgs. n. 502/1992;
- il Patto per la salute 2010-2012 (Intesa n. 243/CSR del 3 dicembre 2009), all'articolo 19, ha proposto l'introduzione di *"adeguati strumenti di governo della domanda tramite accordi tra Regioni confinanti per disciplinare la mobilità sanitaria"*. L'art. 19 del Patto citato, in particolare, con riguardo alla mobilità interregionale, dispone che *"nel rispetto dell'organizzazione dei servizi di assistenza ospedaliera e specialistica e del perseguimento del livello di appropriatezza nell'erogazione, le Regioni individuino adeguati strumenti di governo della domanda tramite accordi tra Regioni confinanti per disciplinare la mobilità sanitaria al fine di: a. evitare fenomeni distorsivi indotti da differenze tariffarie e da differenti gradi di applicazione delle indicazioni di appropriatezza definite a livello nazionale; b. favorire collaborazioni interregionali per attività, la cui scala ottimale di organizzazione possa risultare superiore all'ambito territoriale regionale; c. facilitare percorsi di qualificazione ed appropriatezza dell'attività per le Regioni interessate dai Piani di rientro; d. individuare meccanismi di controllo dell'insorgere di eventuali comportamenti opportunistici di soggetti del sistema attraverso la definizione di tetti di attività condivisi e funzionali al governo complessivo della domanda";*
- l'articolo 1, comma 576, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 (legge di stabilità 2016) ha previsto, con decorrenza dall'anno 2016, la stipula di accordi bilaterali tra le Regioni con riguardo al tema della mobilità sanitaria interregionale, ai sensi dell'art. 19 del Patto per la Salute 2010-2012; ancorchè la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome abbia approvato, nella riunione del 24 novembre 2016, lo schema tipo di riferimento per gli accordi bilaterali (28 novembre 2016, prot. 5544/C7SAN);
- il Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 recante *"Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera"*, all'articolo 3, si avvale della mobilità sanitaria come uno degli elementi correttivi necessari al calcolo del fabbisogno di posti letto per mille abitanti a livello regionale, determinando l'aumento o il decremento di questo parametro in base alle caratteristiche della mobilità. La costituzione di Bacini di utenza che superano i confini regionali, specie per le piccole Regioni, hanno, infatti, evidenziato la possibilità di una mobilità interregionale fisiologica necessaria a garantire sostenibilità e qualità delle cure;
- la Conferenza Stato-Regioni nella riunione del 18 dicembre 2019 ha sancito l'intesa concernente il *"Patto per la salute per gli anni 2019-2021"*, del quale la Scheda 4 *"Mobilità sanitaria"*, che assume una rilevanza strategica, sancisce che *"La mobilita sanitaria costituisce esplicitazione del principio di unitarietà del SSN e del diritto di libera scelta del cittadino, esercitabile nell'ambito del quadro normativo vigente, sia in relazione alla salvaguardia degli equilibri economico-finanziari, dell'appropriatezza delle cure, del diritto alla prossimità dei servizi, sia in coerenza con le funzioni che fanno capo alle Regioni e agli Enti del Servizio sanitario nell'esercizio delle loro competenze in materia di programmazione e di committenza. La lettura e l'evoluzione dei fenomeni di mobilita sanitaria, regolati nell'ambito di intese nazionali relativamente agli aspetti economico-finanziari, al valore tariffario delle prestazioni ed alla loro appropriatezza, evidenzia situazioni di criticità sia nelle aree di confine che nei flussi di mobilità interregionali, in particolare dal sud al*

nord del paese, anche per carenze dell'offerta complessiva di prestazioni. La mobilità dei pazienti deve essere considerata a tutti gli effetti come un tema da attribuire alle competenze di programmazione delle regioni di residenza dei pazienti e quindi strettamente correlato con gli adempimenti conseguenti al Nuovo sistema di garanzia (NSG) ed al programma nazionale delle liste di attesa (PNGLA)";
- la legge di Bilancio 30 Dicembre 2020, n.178, articolo 1, comma 494, recependo quanto già sancito dal Piano della Salute 2019-21, affida al Comitato LEA il compito di elaborare "*un programma nazionale di valutazione e di miglioramento dei processi di mobilità sanitaria, al fine di salvaguardare i normali livelli di mobilità e di fornire adeguate alternative per la tutela di un più equo e trasparente accesso alle cure, nei casi di mobilità non fisiologica" e "specifici programmi destinati alle aree di confine nonché ai flussi interregionali per migliorare e sviluppare i servizi di prossimità al fine di evitare criticità di accesso e rilevanza sociali e finanziari a carico dei cittadini";*
- con nota del Mistero della Salute prot. n. 0712941 del 18/07/2023, recante "*Adempimenti di cui all'articolo 1, comma 494, della legge 30 Dicembre 2020, n.178. Programma nazionale di valutazione e di miglioramento dei processi di mobilità sanitaria*", dà atto che, al fine di adempiere al mandato normativo assegnato al Comitato LEA dalla legge di Bilancio 30 dicembre 2020, n.178, articolo 1, comma 494, il Ministero della Salute, in collaborazione con AGENAS, ha sviluppato una metodologia per lo studio della mobilità con lo scopo di consentire l'analisi del fenomeno della mobilità sanitaria ospedaliera, descrivendone i processi e analizzandone le determinanti, creando un sistema di valutazione omogeneo sul territorio nazionale. Successivamente alla versione approvata dal Comitato Lea nella riunione del 7/11//2022, il modello è stato aggiornato allineando i criteri di definizione dell'alta complessità a quelli previsti nell' "Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria – Regole tecniche anno 2021" (Rep. Atti n. 187/CSR del 14/09/2022), nel quale sono individuati 84 DRG di alta complessità per la mobilità degli adulti e 119 DRG per la mobilità pediatrica.

Considerato che
- l'osservazione, il monitoraggio e il miglioramento della mobilità sanitaria interregionale assume un ruolo primario nella programmazione sanitaria della Regione Piemonte ai fini della garanza di un servizio ottimale per i cittadini-utenti, sempre peraltro secondo il principio della libera scelta e delle lista di attesa; la compensazione derivante dai processi di mobilità sanitaria diviene una componente significativa per l'equilibrio dei bilanci della Regione;
- la Regione Piemonte intende garantire il bisogno e la domanda di salute, consolidando l'offerta sanitaria ospedaliera e territoriale attraverso il pieno utilizzo delle strutture pubbliche e private accreditate;
- sulla base della metodologia formulata dal Ministero della Salute, in collaborazione con AGENAS, la Regione Piemonte ha definito il proprio piano di miglioramento della mobilità regionale trasmesso al Tavolo congiunto con nota prot. SIVEAS n. 43 del 29 settembre 2023;
- il modello della rete sanitaria e socio-sanitaria prevede l'organizzazione in Aree funzionali omogenee, come di seguito illustrato:
- Area Omogenea Torino: ASL Città di Torino ASL TO4, ASL TO5, AOU Città della Salute e della Scienza di Torino; AO OIRM;
- Area Omogenea Torino Ovest: ASL TO3, AOU S.Luigi di Orbassano, AO Ordine Mauriziano di Torino;
- Area Omogenea Piemonte Sud Ovest: ASL CN 1, ASL CN 2, AO S.Croce e Carle di Cuneo ed Area Omogenea Piemonte Sud Est: ASL AL, ASL AT, AOU SS.Antonio e Biagio e C. Arrigo di Alessandria;
- Area Omogenea Piemonte Nord Est: ASL NO, ASL VCO, ASL VC, ASL BI, AOU Maggiore della Carità di Novara;
- con la nota prot. n. 3381/A1400B del 8 febbraio 2024 è stato richiesto alle Aree omogenee/ASR lo

sviluppo di un progetto di analisi e miglioramento dei processi della mobilità sanitaria interregionale da trasmettere al competente Settore della Direzione Sanità entro il 29 febbraio 2024 in forma congiunta per le ASR Area Torino, Area Piemonte Nord ed Area Piemonte sud , secondo il seguente schema di riferimento:
- analisi della situazione relativa al sistema di erogazione e alla mobilità passiva interregionale a livello di Aziende Sanitarie e per Area di programmazione;
- individuazione delle principali criticità e priorità di intervento;
- definizione degli obiettivi relativi al recupero della mobilità, con i relativi indicatori di monitoraggio;
- definizioni e proposta delle azioni di miglioramento efficaci e fattibili, con tempistica di realizzazione e relativi indicatori di monitoraggio.
- i progetti elaborati e trasmessi dalle Aree omogenee/ASR, agli atti del competente Settore della Direzione Sanità, sono stati oggetto di valutazione e sistematizzazione in ambito direzionale ed hanno consentito, a tutela di un più equo e trasparente accesso alle cure, di consolidare un programma operativo regionale finalizzato al miglioramento dei processi di mobilità sanitaria interregionale ed al contenimento dei fenomeni di mobilità locali/regionali relativi ai ricoveri ospedalieri sempre peraltro nel rispetto del principio della libera scelta dei cittadini utenti del servizio sanitario e delle liste di attesa;
- con DGR n. 7-8279 del 11.3.2024 la Giunta regionale ha provveduto all'assegnazione ai direttori generali/commissari delle aziende sanitarie regionali, ai sensi dell'art. 2, comma 2, del d.lgs. n. 171/2016 e s.m.i. e dell'art. 1, comma 865, l. n. 145/2018, degli obiettivi economici-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi finalizzati all'attribuzione della quota integrativa al trattamento economico per l'anno 2024. Fra gli obiettivi relativi alla qualità delle prestazioni erogate è stato assegnato l'obiettivo del recupero della mobilità passiva con lo scopo di procedere ad un'analisi dei principali DRG oggetto di fuga dei residenti in Regione Piemonte con contestuale riduzione per quantità offrendo la possibilità di usufruire le prestazioni sul territorio.

Ritenuto necessario, con il presente provvedimento, di:
- approvare il "Programma operativo regionale per il miglioramento dei processi della mobilità sanitaria interregionale per i ricoveri ospedalieri" di cui all'allegato A) al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale, che, in attuazione delle previsioni di cui all'*articolo 1, comma 494, della legge 30 Dicembre 2020, n.178,* definisce, a livello regionale, un sistema di armonizzazione dei flussi dei pazienti e della erogazione dei ricoveri in ambito ospedaliero anche al fine di migliorare i processi di mobilità sanitaria interregionale**;**
- approvare la "Scheda operativa di sintesi per il miglioramento della mobilità sanitaria interregionale per ricoveri", di cui all'allegato B) al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale – articolata nelle sezioni relative agli obiettivi specifici, indicatori e valori target, cronoprogramma delle azioni e tempi di realizzazione e relativo monitoraggio – quale strumento attuativo del Programma operativo di cui all'alinea precedente, finalizzato, sulla base dell'analisi delle potenziali cause di migrazione delle persone assistite ed della stima della mobilità potenzialmente recuperabile, ad impostare le relative azioni di miglioramento anche in attuazione della DGR n. 7-8279 del 11.3.2024;
- di demandare alle Aree omogenee/Aziende sanitarie regionali la compilazione e la trasmissione della "Scheda operativa" alla Direzione Sanità, entro 20 giorni dalla data di approvazione del presente provvedimento, che saranno monitorate dal competente Settore della Direzione Sanità attraverso un set di indicatori comune e basato sulla metodologia del programma nazionale di valutazione e di miglioramento dei processi di mobilità sanitaria.

Attestato che, ai sensi della DGR n. 8-8111 del 25 gennaio 2024 ed in esito e nei limiti delle finalità descritte nell'istruttoria sopra richiamata, il presente provvedimento non comporta effetti contabili diretti né effetti prospettici sulla gestione finanziaria, economia e patrimoniale della Regione

Piemonte, in quanto definisce azioni operative da realizzare ad oneri finanziari invariati, senza finanziamenti aggiuntivi alle ASR e le relative coperture dovranno essere reperite nell'ambito del finanziamento annualmente assegnato in sede di riparto annuale del fondo sanitario regionale o attraverso i risparmi derivanti dalla riduzione della mobilità passiva interregionale.

Attestata la regolarità amministrativa del presente provvedimento ai sensi della D.G.R. n. 1- 4046 del 17/10/2016, così come modificata con D.G.R. n. 1-3361 del 14/6/2021.

Visti
- la DGR 19 novembre 2014, n. 1-600, come modificata dalla DGR 23 gennaio 2015, n. 1-924 "Adeguamento della rete ospedaliera agli standard della legge 135/2012 e del Patto per la Salute 2014/2016 e linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale";
- la DCR 20 dicembre 2022,n. 257 – 25346. Decreto del Ministero della salute 23 maggio 2022, n. 77 (Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale). Recepimento e approvazione del provvedimento generale di programmazione "Assistenza territoriale nella Regione Piemonte".
- la DGR n. 2-1980 del 23.09.2020, titolata "Decreto-Legge 14 agosto 2020, n. 104. Obiettivi programmatici e riparto risorse alle Aziende pubbliche del SSR per il recupero delle liste di attesa relative a prestazioni ambulatoriali, di screening oncologici e di ricovero ospedaliero non erogate nel periodo dell'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-Cov-2" con cui è stato approvato, all'allegato A, il Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di ricovero e di screening oncologici;
- la DGR 25 febbraio 2022, n. 14-4699 recante "Riorganizzazione delle attività di controllo in merito alla qualità ed appropriatezza delle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate. Modificazioni ed integrazioni alle DD.G.R. n. 35-6651 del 11.11.2013 e n. 23-8286 del 11.01.2019;
- la DGR n.4-4878 del 14.04.2022 avente ad oggetto "Piano straordinario di recupero delle Liste d'attesa. Ulteriori disposizioni attuative, ad integrazione della D.G.R. n. 48-4605 del 28.01.2022 e autorizzazioni di spesa per le Aziende Sanitarie Regionali. Modifica della D.G.R. 38-846 del 22.02.2019 sui termini di validità delle ricette relative alle prestazioni diagnostico-specialistiche di primo accesso";
- la DGR n.20-6920 del 22.05.2023 avente ad oggetto "Approvazione della rimodulazione del Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di ricovero e di screening oncologici, ai sensi dell'art. 4, comma 9 octies del D.L. 29 dicembre 2022, n. 198. Aggiornamento della D.G.R. n. 48-4605 del 28.01.2022 e della D.G.R. n. 4-4878 del 14.04.2022";
- la DGR 22 maggio 2023, n. 20-6920 "Approvazione della rimodulazione del Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di ricovero e di screening oncologici, ai sensi dell'art. 4, comma 9 octies del D.L. 29 dicembre 2022, n. 198. Aggiornamento della D.G.R. n. 48-4605 del 28.01.2022 e della D.G.R. n. 4-4878 del 14.04.2022";
- la DGR 20 novembre 2023, n. 16-7729 "Definizione delle ulteriori azioni programmatorie di rilevanza regionale e aziendale finalizzate alla realizzazione dell'obiettivo di riduzione delle liste di attesa relative alle visite e prestazioni ambulatoriali. Integrazioni alle DGR n.4-4878 del 14.04.2022 e n.20-6920 del 22.05.2023 sulle modalità di attuazione del controllo di valorizzazione economico-finanziaria delle prestazioni di specialistica ambulatoriale";
- la DD 21 Dicembre 2023, n. 1954 di approvazione delle "Linee di indirizzo per il percorso chirurgico nella Regione Piemonte";
- la DD 21 dicembre 2023, n. 1955 recante "Approvazione del Manuale metodologico "Linee di indirizzo per lo sviluppo dei Percorsi di Salute e Diagnostico-Terapeutici Assistenziali";
- la DGR 11 marzo 2024 n. 7-8279 recate "Assegnazione ai direttori generali/commissari delle

aziende sanitarie regionali, ai sensi dell'art. 2, comma 2, d.lgs n. 171/2016 e s.m.i. e dell'art. 1, comma 865, l. n. 145/2018, degli obiettivi economici-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi finalizzati all'attribuzione della quota integrativa al trattamento economico per l'anno 2024".

Tutto ciò premesso, la Giunta Regionale unanime

delibera

1. di approvare il "Programma operativo regionale per il miglioramento dei processi della mobilità sanitaria interregionale per i ricoveri ospedalieri" di cui all'allegato A) al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale, che, in attuazione delle previsioni di cui all'*articolo 1, comma 494, della legge 30 Dicembre 2020, n.178*, definisce, a livello regionale, un sistema di armonizzazione dei flussi dei pazienti e della erogazione dei ricoveri in ambito ospedaliero, anche al fine di migliorare i processi di mobilità sanitaria interregionale;
2. di approvare la "Scheda operativa di sintesi per il miglioramento della mobilità sanitaria interregionale per ricoveri", di cui all'allegato B) al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale – articolata nelle sezioni relative agli obiettivi specifici, indicatori e valori target, cronoprogramma delle azioni e tempi di realizzazione e relativo monitoraggio – quale strumento attuativo del Programma operativo di cui all'alinea precedente, finalizzato, sulla base dell'analisi delle potenziali cause di migrazione delle persone assistite ed della stima della mobilità potenzialmente recuperabile, ad impostare le relative azioni di miglioramento,anche in attuazione della DGR n. 7-8279 del 11.3.2024;
3. di demandare alle Aree omogenee/Aziende sanitarie regionali la compilazione e la trasmissione della "Scheda operativa" alla Direzione Sanità, entro 20 giorni dalla data di approvazione del presente provvedimento, che saranno monitorate dal competente Settore della Direzione Sanità attraverso un set di indicatori comune e basato sulla metodologia del programma nazionale di valutazione e di miglioramento dei processi di mobilità sanitaria;
4. che il presente provvedimento non comporta effetti contabili diretti né effetti prospettici sulla gestione finanziaria, economica e patrimoniale della Regione Piemonte, come attestato in premessa.

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

Sono parte integrante del presente provvedimento gli allegati riportati a seguire [1], archiviati come file separati dal testo del provvedimento sopra riportato:

1. DGR-8651-2024-All_1-Programma_mobilità.pdf Allegato

1 L'impronta degli allegati rappresentata nel timbro digitale QRCode in elenco è quella dei file pre-esistenti alla firma digitale con cui è stato adottato il provvedimento

REGIONE PIEMONTE

REGIONE PIEMONTE

PROGRAMMA REGIONALE PER IL MIGLIORAMENTO DEI PROCESSI DELLA MOBILITA' SANITARIA INTERREGIONALE PER I RICOVERI OSPEDALIERI

MAGGIO 2024

INDICE

1,	INTRODUZIONE E FINALITÀ		PAG.	3
2.	CONTESTO NORMATIVO		PAG.	3
3.	DINAMICHE DEMOGRAFICHE E STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE		PAG.	4
4.	MODELLO ATTUALE DI EROGAZIONE DEI SERVIZI		PAG.	6
5.	LINEE STRATEGICHE DI SVILUPPO DEL PROGRAMMA		PAG.	9
6.	PROGRAMMAZIONE REGIONALE E PIANI DI AREA OMOGENEA/ASR PER IL MIGLIORAMENTO DEI PROCESSI DELLA MOBILITA' SANITARIA INTERREGIONALE PER I RICOVERI OSPEDALIERI		PAG.	10
7.	MONITORAGGIO		PAG.	12
8.	RIFERIMENTI ESSENZIALI		PAG.	13
9.	CLASSIFICAZIONE DEI RICOVERI/DGR PER COMPLESSITA'		PAG.	16
10.	SCHEDA OPERATIVA DI SINTESI'		PAG.	19

1. INTRODUZIONE E FINALITÀ

La mobilità sanitaria interregionale è sicuramente un fenomeno che merita attenzione sul piano delle analisi e delle proposte di azioni di miglioramento.

Il tema ricomprende profili complessi concernenti, da un lato, la necessità di assicurare alle persone assistite una pari tutela del diritto alla salute e, dall'altro lato, questioni relative agli assetti organizzativi e gestionali dei servizi sanitari regionali e della interrelazione fra gli stessi.

Nell'attuale contesto, in cui le priorità sono la razionalizzazione dell'impiego delle risorse e l'ottimizzazione della domanda attraverso l'appropriatezza delle prestazioni offerte, la libertà di scelta del cittadino e quindi la mobilità sanitaria assumono una valenza fondamentale nell'ambito dell'intero sistema sanitario nazionale.

Sulla base della metodologia formulata dal Ministero della Salute, in collaborazione con AGENAS, il presente documento ha lo scopo di definire il programma di miglioramento della mobilità sanitaria interregionale nella Regione Piemonte, al fine dello sviluppo dei piani specifici delle Aree Omogenee e delle Aziende Sanitarie.

Tale programma è comunque da ricollegarsi al contesto normativo di riferimento ed alle dinamiche geografiche ed epidemiologiche e si inerisce nell'attuale sistema di offerta e, come tale, è in continua evoluzione.

2. CONTESTO NORMATIVO

Il presente Programma regionale si colloca in uno specifico contesto normativo nazionale e regionale, con indirizzi programmatori funzionali a migliorare la rete ospedaliera e la rete territoriale, e di miglioramento del sistema sanitario regionale nel suo complesso.

Il Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) 2012-2015 ha consolidato il concetto di gerarchia fra ospedali e ha strutturato la rete ospedaliera assegnando un ruolo funzionale – e non solo territoriale - a ciascun ospedale, secondo un adeguato livello di qualità delle cure.

Il Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" all'articolo 3 utilizza la mobilità sanitaria come uno degli elementi correttivi necessari al calcolo del fabbisogno di posti letto per mille abitanti a livello regionale, portando all'aumento o al decremento di questo parametro in base alle caratteristiche della mobilità. La costituzione di Bacini di utenza che superano i confini regionali, specie per le piccole Regioni hanno evidenziato la possibilità di una mobilità interregionale fisiologica necessaria a garantire sostenibilità e qualità delle cure.

L'articolo 1, comma 576, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 (legge di stabilità 2016) ha quindi previsto, con decorrenza dall'anno 2016, la stipula di accordi bilaterali tra le Regioni con riguardo al tema della mobilità sanitaria interregionale, ai sensi dell'art. 19 del Patto per la Salute 2010-2012; ancorchè la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome abbia approvato, nella riunione del 24 novembre 2016, lo schema tipo di riferimento per gli accordi bilaterali (28 novembre 2016, prot. 5544/C7SAN).

La Conferenza Stato-Regioni nella riunione del 18 dicembre 2019 ha quindi sancito l'intesa concernente il Patto per la salute per gli anni 2019-2021, del quale la Scheda 4 "Mobilità sanitaria" assume una rilevanza strategica, secondo cui: la mobilita sanitaria costituisce esplicitazione del principio di unitarietà del SSN e del diritto di libera scelta del cittadino, esercitabile nell'ambito del quadro normativo vigente, sia in relazione alla salvaguardia degli equilibri economico-finanziari, dell'appropriatezza delle cure, del diritto alla prossimità dei servizi, sia in coerenza con le funzioni che fanno capo alle Regioni e agli Enti del Servizio sanitario nell'esercizio delle loro competenze in materia di programmazione e di committenza. La lettura e l'evoluzione dei fenomeni di mobilita sanitaria, regolati nell'ambito di intese nazionali relativamente agli aspetti economico-finanziari, al valore tariffario delle prestazioni ed alla loro appropriatezza, evidenzia situazioni di criticità sia nelle aree di confine che nei flussi di mobilità interregionali, in particolare dal sud al nord del paese, anche per

carenze dell'offerta complessiva di prestazioni. La mobilità dei pazienti deve essere considerata a tutti gli effetti come un tema da attribuire alle competenze di programmazione delle regioni di residenza dei pazienti e quindi strettamente correlato con gli adempimenti conseguenti al Nuovo sistema di garanzia (NSG) ed al programma nazionale delle liste di attesa (PNGLA).

La legge di Bilancio 30 Dicembre 2020, n.178, articolo 1, comma 494, recependo quanto già sancito dal Piano della Salute 2019-21 scheda 4, affida al Comitato LEA il compito di elaborare "un programma nazionale di valutazione e di miglioramento dei processi di mobilità sanitaria, al fine di salvaguardare i normali livelli di mobilità e di fornire adeguate alternative per la tutela di un più equo e trasparente accesso alle cure, nei casi di mobilità non fisiologica" e "specifici programmi destinati alle aree di confine nonché ai flussi interregionali per migliorare e sviluppare i servizi di prossimità al fine di evitare criticità di accesso e rilevanza sociali e finanziari a carico dei cittadini".

Tali provvedimenti sono stati licenziati con la finalità di ricercare la più sostenibile corrispondenza fra ciascun bisogno sanitario e le prestazioni erogate presso diversi tipi di luoghi di cura, dall'ospedale al domicilio degli assistiti.

L'emergenza sanitaria determinata dal COVID ha quindi imposto riflessioni sul significato complessivo del Servizio Sanitario. Il rapporto ospedale-ospedale, derivante dalla specializzazione della rete ospedaliera, ed il rapporto ospedale-territorio, derivante dalla necessità di gestire percorsi di cura articolati per prevenzione, cura, assistenza e riabilitazione, sono stati centrali nel dibattito sulle strategie per riscontrare l'emergenza sanitaria.

I provvedimenti regionali avviati nella seconda parte del 2020, il Patto della salute 2019-2021, la Legge che ha convertito il Decreto "Rilancio" e il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza "Next Generation Italia", prefigurano linee di intervento della sanità nel medio periodo, ancora in divenire.

In tale ambito con la D.G.R. 25 febbraio 2022, n. 14-4699 "Riorganizzazione delle attività di controllo in merito alla qualità ed appropriatezza delle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate. Modificazioni ed integrazioni alle DD.G.R. n. 35-6651 del 11.11.2013 e n. 23-8286 del 11.01.2019" è stato ulteriormente consolidato il sistema dei controlli a livello regionale.

3. DINAMICHE DEMOGRAFICHE E STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE

Le peculiarità della Regione Piemonte, sia sotto il profilo demografico che socioeconomico, nonché il raccordo con la programmazione sanitaria, anche in termini di risposta alla domanda di salute della popolazione di riferimento oltre che l'assetto strutturale storico e prospettico, sono aspetti conoscitivi fondamentali per comprendere la mobilità sanitaria ospedaliera della regione e oggetto dello studio proposto.

L'attuale quadro epidemiologico nella Regione Piemonte è caratterizzato da bisogni di salute articolati e complessi, che richiedono anche la presa in carico di persone affette da patologie di lunga durata, gestibili vicino al loro luogo di vita; occorre pertanto organizzare i servizi in prossimità ai bisogni dei pazienti, nei territori dei Distretti delle Aziende Sanitarie Locali.

Peraltro nell'anno 2020 l'impatto della pandemia Covid-19 ha fatto emergere in maniera dirompente la necessità che il Servizio sanitario regionale debba riorganizzare la propria capacità di offerta per far fronte nel prossimo futuro ad una serie di bisogni strutturali della propria popolazione; le risposte sanitarie e socio-sanitarie per soggetti fragili (grandi anziani, disabili, persone con gravi problemi di salute mentale…) devono operare in rete e in collegamento con le potenzialità offerte dai percorsi sul territorio, accanto a un'implementazione delle cure al domicilio dei pazienti, il tutto in stretta integrazione con gli Ospedali.

In tale ambito, un percorso di riorganizzazione della rete e dei servizi sanitari, ripensato per far fronte alla diffusione di malattie croniche, può tornare utile anche per affrontare un'epidemia infettiva.

Evoluzione della popolazione

La popolazione residente in Piemonte è aumentata tra il 2001 e il 2011 per poi contrarsi e raggiungere 4.311.000 abitanti nel 2022. La piramide per età è del tutto analoga a quella dei paesi industrializzati, con la maggior quota di residenti nella fascia di età 50-59 e con una preponderanza di persone oltre i 70 anni.

Nella figura seguente viene presentata la piramide di età della popolazione della Regione Piemonte, con riferimento all'anno 2022

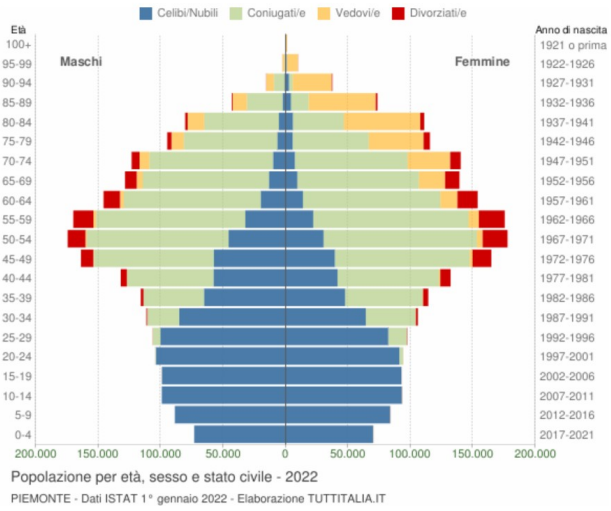

Figura. Piramide delle età della popolazione della Regione Piemonte (anno 2022)

Le previsioni ISTAT della popolazione relative al periodo 2018-2038 indicano una diminuzione della popolazione piemontese di 97.000 unità: tale perdita è determinata dall'intensificazione del processo di invecchiamento e dalla la bassa natalità che caratterizza da tempo la regione.

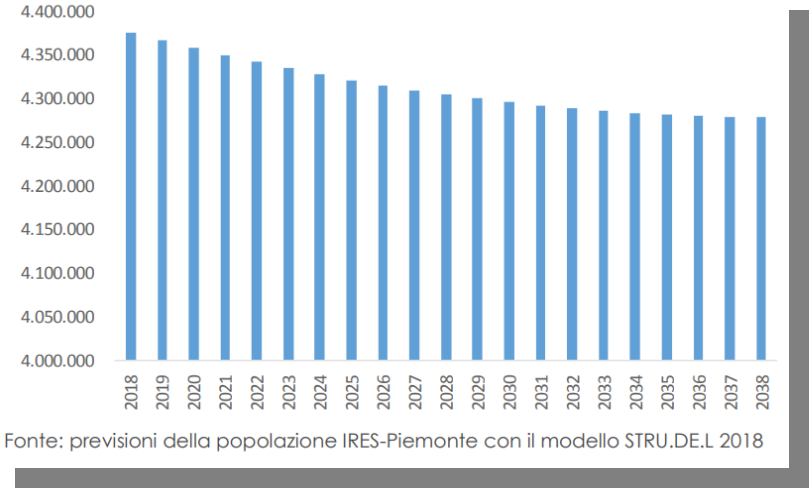

Tabella. La popolazione residente in Piemonte dal 2018 al 2038 (previsioni al 1° gennaio)

Nella tabella che segue viene presentata la speranza di vita alla nascita per ASL di residenza (fonte SEPI Piemonte).

Il contesto epidemiologico piemontese relativo alla mortalità divisa per 19 gruppi di cause prevalenti è descritto nella tabella seguente, con riferimento all'anno 2020 (dati ricavabili dal sistema statistico regionale, PiSta! - RUPAR Piemonte).

Cause di morte: 19 grandi gruppi	N.	%
Malattie dell'apparato circolatorio	19.386	29%
Tumori maligni	13.386	20%
Covid-19	10.894	17%
Malattie dell'apparato respiratorio	4.754	7%
Malattie del sistema nervoso	2.726	4%
Disturbi psichici	2.696	4%
Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche	2.456	4%
Stati morbosi e maldefiniti	2.152	3%
Malattie dell'apparato digerente	1.879	3%
Traumatismi e avvelenamenti	1.811	3%
Malattie infettive	1.127	2%
Malattie dell'apparato genito-urinario	1.037	2%
Tumori benigni, in situ, incerti	593	1%
Malattie osteomuscolari e del connettivo	358	1%
Malattie del sangue, degli organi emopoietici e disordini immunitari	237	0%
Malformazioni congenite e cause perinatali	130	0%
Malattie della pelle e del sottocutaneo	122	0%
Complicanze della gravidanza, del parto e del puerperio	0	0%
Altre cause	0	0%
Totale complessivo	**65.744**	**100%**

Tabella. Mortalità per gruppi di cause prevalenti nella Regione Piemonte (anno 2020)

4. MODELLO ATTUALE DI EROGAZIONE DEI SERVIZI

L'attuale rete di erogazione nella Regione Piemonte è così configurata:

- 12 ASL. a cui si aggiunge dal 2021 l'Azienda zero;
- 33 Distretti;
- 12 Dipartimenti di Prevenzione e Servizi di Igiene e Sanità Pubblica;
- 2 Aziende Ospedaliere e 4 Aziende Ospedaliere Universitarie;
- 37 Ospedali a gestione diretta e 2 Ex Sperimentazioni Gestionali;
- 3 IRCCS privati;
- 42 Case di Cura private;
- 5 Istituti qualificati presidi della A.S.L.

In linea con gli orientamenti internazionali e nazionali, il Piemonte adotta il "Piano regionale di prevenzione", per definire le aree di intervento e i programmi d'azione, in collaborazione con le Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie.

Nella figura che segue viene rappresentata l'articolazione geografica delle Aziende Sanitare Locali nella Regione Piemonte.

Figura. Articolazione geografica delle Aziende Sanitare Locali nella Regione Piemonte.

Il modello della rete sanitaria e sociosanitaria prevede l'organizzazione in Aree funzionali omogenee, come di seguito illustrato:

- Area Omogenea Torino: ASL Città di Torino ASL TO4, ASL TO5, AOU Città della Salute di Torino, AO OIRM Torino;
- Area Omogenea Torino Ovest: ASL TO3, AOU S.Luigi di Orbassano, - AO Ordine Mauriziano di Torino;
- Area Omogenea Piemonte Sud Ovest: ASL CN 1, ASL CN 2, AO S.Croce e Carle di Cuneo ed Area Omogenea Piemonte Sud Est: ASL AL, ASL AT, AOU SS.Antonio e Biagio e C. Arrigo di Alessandria;
- Area Omogenea Piemonte Nord Est: ASL NO, ASL VCO, ASL VC, ASL BI, AOU Maggiore della Carità di Novara;

La rete ospedaliera per l'emergenza della Regione Piemonte è stata definita con la DGR 1-600/2014 e con la DGR 1/924/2015 e prevede un organizzazione in 6 Aree di programmazione di riferimento, con l'individuazione di DEA di II livello, DEA di I livello, Ospedali di base con PS, PS di area disagiata.

L'evoluzione che si intravede è quella di un modello che abbandona, anche semanticamente, la suddivisione tra rete ospedaliera e rete territoriale, per approdare a una "rete di cure", basata su una concreta collaborazione interdisciplinare, interprofessionale e intersettoriale, che ricomponga la frammentazione tra i diversi sistemi di cura, ospedalieri e territoriali.

Come sottolineato in diverse sedi di ricerca sul tema, l'indirizzo tracciato deve orientarsi verso l'organizzazione di processi trasversali di presa in carico della cronicità e dell'acuzie, al fine di superare la specializzazione e la separazione nell'erogazione dei servizi sanitari, per una risposta più appropriata ai bisogni della popolazione.

Il rafforzamento dell'assistenza primaria anche in chiave di committenza, affiancata dai servizi specialistici di primo livello, collegata ad un capillare sistema di emergenza urgenza, integrata dalla funzione ospedaliera, anche secondo il modello dell'assistenza per intensità di cura, in un contesto

che garantisce la presa in carico del paziente e la continuità assistenziale è quindi l'assetto di riferimento.

L'attuale articolazione dei Distretti per A.S.L. è riportata nella Tabella seguente.

ASL	DISTRETTI	Popolazione Totale
ASL CITTA' DI TORINO	CdT - Distretto sud est	202.130
	CdT - Distretto sud ovest	253.695
	CdT - Distretto nord ovest	215.435
	CdT - Distretto nord est	186.650
	TOTALE	**857.910**
ASL TO3	TO3 - Area Metropolitana Centro	142.489
	TO3 - Area Metropolitana Nord	87.243
	TO3 - Area Metropolitana Sud	96.347
	TO3 - Pinerolese	133.328
	TO3 - Val Susa - Val Sangone	117.904
	TOTALE	**577.311**
ASL TO4	TO4 - Area Ciriacese/Valli di Lanzo	121.298
	TO4 - Chivasso - San Mauro Torinese	119.712
	TO4 - Cuorgne'	77.631
	TO4 - Ivrea	107.248
	TO4 - Settimo Torinese	84.790
	TOTALE	**510.679**
ASL TO5	TO5 - Chieri-Carmagnola	154.070
	TO5 - Moncalieri-Nichelino	152.067
	TOTALE	**306.137**
ASL VC	VC - Vercelli	166.512
	TOTALE	**166.512**
ASL BI	BI - Biella/Cossato	166.456
	TOTALE	**166.456**
ASL NO	NO - Area Nord	151.658
	NO - Area Sud	88.900
	NO - Urbano di Novara	103.287
	TOTALE	**343.845**
ASL VCO	VCO - VCO	166.826
	TOTALE	**166.826**
ASL CN1	CN1 - Nord Est	89.302
	CN1 - Nord Ovest	79.558
	CN1 - Sud Est	84.728
	CN1 - Sud Ovest	162.051
	TOTALE	**415.639**
ASL CN2	CN2 - 1 - Alba	104.565
	CN2 - 2 - Bra	66.014
	TOTALE	**170.579**
ASL AT	AT - Asti Nord/Sud/Centro	200.788
	TOTALE	**200.788**
ASL AL	AL - Alessandria/Valenza	149.871
	AL - Casale Monferrato	79.477
	AL - Novi Ligure/Tortona	131.415
	AL - Ovada/Acqui Terme	67.772
	TOTALE	**428.535**
PIEMONTE	TOTALE COMPLESSIVO	4.311.217

Tabella 1. Distretti delle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte e relativa popolazione (01.01.2022)

5. LINEE STRATEGICHE DI SVILUPPO DEL PROGRAMMA

La nota del Mistero della Salute prot. 18/07/2023.0712941 “Adempimenti di cui all’articolo 1, comma 494, della legge 30 Dicembre 2020, n.178. Programma nazionale di valutazione e di miglioramento dei processi di mobilità sanitaria” da atto che al fine di adempiere al mandato normativo assegnato al Comitato LEA dalla legge di Bilancio 30 dicembre 2020, n.178, articolo 1, comma 494, il Ministero della Salute, in collaborazione con AGENAS, ha sviluppato una metodologia per lo studio della mobilità con lo scopo di consentire l’analisi del fenomeno della mobilità sanitaria ospedaliera, descrivendone i processi e analizzandone le determinanti, creando un sistema di valutazione omogeneo sul territorio nazionale. Successivamente alla versione approvata dal Comitato Lea nella riunione del 7/11//2022, il modello è stato aggiornato allineando i criteri di definizione dell’alta complessità a quelli previsti nell’ “Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria – Regole tecniche anno 2021” (Rep. Atti n. 187/CSR del 14/09/2022), nel quale sono individuati 84 DRG di alta complessità per la mobilità degli adulti e 119 DRG per la mobilità pediatrica.

Le linee strategiche del presente piano di miglioramento della mobilità sanitaria per i ricoveri ospedalieri nella Regione Piemonte sono le seguenti:

- analisi, in relazione alle dinamiche demografiche e ai bisogni della popolazione, del sistema di erogazione dei servizi alla luce dei principali provvedimenti,
- analisi dei dati sui flussi di mobilità sanitaria per una corretta programmazione sanitaria sul territorio regionale e per una razionalizzazione del sistema di offerta;
- individuazione dei principali ambiti di criticità e le priorità di intervento;
- implementazione delle azioni di miglioramento sia a livello regionale che aziendale;
- semplificazione delle procedure e assicurazione della trasparenza organizzativa;
- garanzia della comunicazione, l’informazione e la partecipazione delle persone assistite e delle famiglie al processo di cura;
- messa in atto un sistema di monitoraggio e miglioramento continuo con i principali portatori di interesse.

L’ultimo accordo, approvato il 7 giugno 2023, dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome e in vigore per le attività dell'anno 2022 ha individuato, in linea con i precedenti, i tracciati record per i sette7 flussi finanziari che corrispondono ad altrettante tipologie di prestazioni erogate:

A. Ricoveri ospedalieri e day hospital, differenziati per pubblico e privato

B. Medicina generale

C. Specialistica ambulatoriale, differenziati per pubblico e privato

D. Farmaceutica

E. Cure termali

F. Somministrazione diretta di farmaci

G. Trasporti con ambulanza ed elisoccorso

In generale la mobilità sanitaria interregionale per i ricoveri ospedalieri è costituita da due componenti complementari fra loro:

- mobilità attiva: descrive l’attrazione esercitata dalle Strutture Sanitarie, siano esse pubbliche e private accreditate, in favore di utenti che risiedono in altre Regioni/Province autonome;
- mobilità passiva: descrive la fuga dei propri assistiti, verso Strutture Sanitarie, siano esse pubbliche e private accreditate, fuori dalla propria Regione/Provincia autonoma di residenza

Altresì la mobilità si suddivide in tre macrocategorie:

- casuale
- apparente

- effettiva

La mobilità effettiva è a sua volta suddivisibile per le seguenti sottocategorie (tabella allegata):

- ricoveri classificati con DRG di alta complessità
- ricoveri classificati con DRG di media o bassa complessità
- ricoveri classificati con DRG a rischio inappropriatezza

Tutte le sottocategorie possono essere a loro volta suddivise in

- ricoveri in prossimità
- ricoveri non prossimità.

Tutte le categorie di mobilità possono essere, infine, articolate in

- ricoveri oncologici o non oncologici,
- tipologia di MDC e DRG,
- ricoveri ordinari o day hospital,
- ricoveri per acuti o post acuti,
- ricoveri per macro-tipologia di strutture e per classe di età del paziente
- ricoveri per classe di età del paziente

La mobilità effettiva è a sua volta suddivisa nelle sottocategorie: ricoveri classificati con DRG di alta complessità, ricoveri classificati con DRG di media o bassa complessità, ricoveri classificati con DRG a rischio inappropriatezza. Le sottocategorie sono a loro volta suddivisibili in ricoveri in prossimità o non prossimità.

6. PROGRAMMAZIONE REGIONALE E PIANI DI AREA OMOGENEA/ASR PER IL MIGLIORAMENTO DEI PROCESSI DELLA MOBILITA' SANITARIA INTERREGIONALE PER I RICOVERI OSPEDALIERI

Nella tabella che segue viene presentata la sintesi dell'andamento della mobilità attiva e passiva interregionale e del relativo differenziale per gli anni 2019-2022 per i residenti della Regione Piemonte per i ricoveri ospedalieri da flusso SDO.

		MOBILITA' ATTIVA		MOBILITA' PASSIVA		SCOST. ATT. vs PASS.	
ANNO	FLUSSO	PREST. N.	IMPORTO EURO	PREST. N.	IMPORTO EURO	PREST. N.	IMPORTO EURO
2022	A - RICOVERI	39.370	186.396.691	40.367	161.547.152	-997	24.849.538
2021	A - RICOVERI	34.969	169.915.653	37.230	152.611.289	-2.261	17.304.363
2020	A - RICOVERI	29.378	140.293.551	30.328	121.665.696	-950	18.627.855
2019	A - RICOVERI	41.157	182.502.980	45.587	173.764.433	-4.430	8.738.546

Tabella. Andamento della mobilità attiva e passiva interregionale per ricoveri ospedalieri e differenziali per tipologia di flusso (anni 2019-2022)

Il setting relativo ai ricoveri è quello quantitativamente più rilevante in termini assoluti per quanto riguarda la mobilità, peraltro con un differenziale attivo per Regione Piemonte di 24.849.538 Euro

Il Programma regionale per il miglioramento dei processi della mobilità definisce gli obiettivi, le azioni e le modalità organizzative individuate da Regione Piemonte per il contenimento della mobilità passiva.

Sulla base della metodologia formulata dal Ministero della Salute, in collaborazione con AGENAS, la Regione Piemonte ha definito il proprio piano di miglioramento della mobilità interregionale trasmesso al tavolo congiunto prot. SIVEAS 43 del 29 settembre 2023.

Analisi dell'attività erogata e dei fattori produttivi

Per quanto riguarda l'attività erogata in ambito chirurgico va sottolineato che nel corso dell'anno 2023 nelle diverse Strutture di erogazione della Regione Piemonte è stata recuperata pressochè totalmente l'attività dell'anno 2019, ridotta a seguito delle emergenza COVID. In particolare nell'anno 2019 e nell'anno 2023 si registrano rispettivamente 201.167 e 200.110 ricoveri chirurgici, con un recupero del 99,5%.

Per quanto riguarda invece i fattori produttivi, la DGR 13 luglio 2023, n. 2-7226 "Approvazione Schema Protocollo d'Intesa da sottoscriversi tra la Regione Piemonte, le AA.SS.RR., gli Atenei piemontesi e le OO.SS. del Comparto Sanità e le OO.SS. della Dirigenza Area Sanità: attuazione del piano straordinario per il personale sanitario", ha previsto una specifica implementazione del personale nelle Aziende Sanitarie Regionali.

Obiettivi ed azioni

Con la nota 3381/A1400B del 8 febbraio 2024 è stato quindi richiesto alle Aree omogenee/ASR lo sviluppo di progetto di analisi e miglioramento dei processi della mobilità sanitaria interregionale entro il 29 febbraio 2024 in forma congiunta per le ASR Area Torino, Area Piemonte Nord ed Area Piemonte sud, secondo il seguente schema di riferimento:

- analisi della situazione relativa al sistema di erogazione e alla mobilità passiva interregionale a livello di Aziende Sanitarie e per Area di programmazione;

- individuazione delle principali criticità e priorità di intervento;

- definizione degli obiettivi relativi al recupero della mobilità, con i relativi indicatori di monitoraggio;

- definizioni e proposta delle azioni di miglioramento efficaci e fattibilii, con tempistica di realizzazione e relativi indicatori di monitoraggio.

I Piani elaborati dalle Aree Omogenee/ASR sono agli atti della Direzione Sanità.

In tale ambito l'obiettivo primario è di limitare la mobilità interregionale per il ricorso a prestazioni di media-bassa complessità e, in via prioritaria, per i ricoveri in regime ordinario attribuiti ai 108 DRG "ad alto rischio di inappropriatezza" e per altre tipologie di ricovero a medesimo rischio.

Nella scheda operativa di sintesi allegata al presente programma, sulla base dei bisogno e della domanda espressa, le Aree Omogenee/ASR procedono a consolidare l'analisi della propria mobilità passiva interregionale verso le altre Regioni e relative Aziende erogatrici, da condurre per singolo DGR e per la relativa complessità (alta complessità, media e bassa complessità e a rischio di inappropriatezza).

Le Aree Omogenee/ASR procedono altresì a consolidare l'analisi della propria capacità produttiva delle strutture pubbliche e private accreditate che insistono sul territorio. Per quanto riguarda l'attività di ricovero occorrerà analizzare a titolo esemplificativo il livello di occupazione dei posti letto delle discipline interessate e, nel caso di prestazioni chirurgiche, il livello di saturazione delle sedute operatorie, i margini di recupero ecc. anche in rapporto alle risorse utilizzabili.

Pertanto, rispetto all'anno 2022 assunto come riferimento, si individuano i seguenti target di miglioramento:

- anno 2024: recupero di almeno il 30 percento della mobilità per i primi 15 DGR in mobilità e a maggiore incidenza di fuga (in coerenza con la DGR 11 marzo 2024, n. 7-8279 di assegnazione ai direttori generali/commissari delle aziende sanitarie regionali);

- anno 2025: recupero di almeno il 40 percento della mobilità per i primi 15 DGR in mobilità e a maggior incidenza di fuga;

- anno 2026: recupero di almeno il 50 percento della mobilità per i primi 15 DGR in mobilità e a maggior incidenza di fuga;

Si procede quindi con la individuazione delle criticità e delle potenziali cause di migrazione delle persone assistite e con la stima della mobilità potenzialmente recuperabile.

Le azioni di miglioramento sono quindi da individuare, a titolo esemplificativo, nelle seguenti arre:

- governo del bisogno/ domanda e dei percorsi dei pazienti;

- efficientamento interno del sistema di offerta, in base ai fattori produttivi;

- aumento della produzione “appropriata”;

- efficientamento del ricorso a erogatori esterni privati accreditati, secondo la normativa vigente;

- altro.

In tale ambito il riferimento per lo sviluppo dei Percorsi nella Regione Piemonte è la D.D. 21 dicembre 2023, n. 1955 “Approvazione del Manuale metodologico "Linee di indirizzo per lo sviluppo dei Percorsi di Salute e Diagnostico-Terapeutici Assistenziali".

Attraverso la metodologia dell’audit clinico, assistenziale ed organizzativo viene quindi consolidato il ciclo di monitoraggio e di miglioramento continuo della mobilità passiva interregionale.

7. MONITORAGGIO

Secondo le indicazioni del Ministero della Salute e di Agenas, viene effettuato il monitoraggio attraverso un set di indicatori comune e basato sulla metodologia del programma nazionale di valutazione e di miglioramento dei processi di mobilità sanitaria

Il modello dei controlli delle attività di ricovero nella Regione Piemonte, già in atto da anni, prevede i seguenti livelli organizzativi:

- la Commissione Tecnica Regionale (CTR) che rappresenta il livello regionale ed ha il compito di pianificare e monitorare le attività di controllo, di predisporre il Piano Annuale dei Controlli (PAC), di dirimere le controversie fra Nuclei di controllo e strutture erogatrici. I componenti sono nominati con determinazione della Direzione Sanità;
- i Nuclei di Controllo Aziendali (NCA) che hanno il compito di effettuare i controlli presso le strutture di ricovero della propria azienda. Nelle ASL essi ricomprendono e conglobano i precedenti Nuclei di controllo interno (NCI) e Nuclei di controllo esterno (NCRE) e, quindi, devono occuparsi dei controlli di tutte le strutture di ricovero dell’ASL, pubbliche, equiparate, IRCCS e private accreditate;
- i Nuclei di Controllo di Area Omogenea (NCAO) composti dai membri dei Nuclei di controllo delle ASL afferenti all’Area Omogenea di Programmazione, che hanno il compito di controllare un campione delle cartelle delle Aziende ospedaliere presenti nell’area omogenea, campione estratto nell’ambito del Piano Annuale dei Controlli.

Annualmente la CTR, sulla base delle indicazioni della Direzione Sanità fornite dal settore A1413D - Programmazione dei servizi sanitari e socio-sanitari che ha la funzione di coordinamento dell’intero processo, e dall’eventuale ulteriore analisi delle tendenze desumibili dal flusso regionale di mobilità passiva degli anni precedenti andrà a definire un campione di prestazioni prioritarie per singola Azienda Sanitaria sulla base della residenza delle persone assistite in mobilità su cui incentrare i controlli che saranno inserite nel Piano Annuale dei Controlli (PAC).

I NCA e i NCAO procederanno con delle verifiche in termini di volumi, appropriatezza e valorizzazione e di analisi delle modalità di committenza e prescrittive da parte delle ASL e dei diversi professionisti della Regione Piemonte nei confronti delle Strutture erogatici extraregionali.

Valutazione

Gli indicatori della mobilità sanitaria interregionale e della erogazione di ricoveri rappresentano lo strumento attraverso il quale si possono conoscere le condizioni iniziali del fenomeno, identificare le eventuali criticità in relazione al soddisfacimento dei fabbisogni di salute dei propri cittadini, individuare gli ambiti che necessitano di azioni correttive e quantificare gli obiettivi ragionevolmente perseguibili in un definito ambito temporale.

Sono individuati i seguenti indicatori:

- Numero di ricoveri in mobilità passiva interregionale
- Numero di ricoveri di mobilità passiva interregionale in recupero
- Numero di ricoveri in attrazione da altre Regioni
- Saldo numero di ricoveri in fuga/attrazione
- Costo della fuga
- Ricavi dall'attrazione
- Saldo economico fuga/attrazione

8. RIFERIMENTI ESSENZIALI

- DGR 28 febbraio 2011, n. 44-1615. Adozione dell'Addendum al Piano di rientro e al Programma attuativo, commi da 93 a 97, della legge 23 dicembre 2009 n. 191

- DCR 3 aprile 2012, n. 167 – 14087. Approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2015 ed individuazione della nuova azienda ospedaliera Città della Salute e della Scienza di Torino e delle Federazioni sovrazonali

- DGR 14 marzo 2013, n. 6-5519. Programmazione sanitaria regionale. Interventi di revisione della rete ospedaliera piemontese, in applicazione della D.C.R. n. 167-14087 del 03.04.2012 (P.S.S.R. 2012-2015)

- DGR 30 dicembre 2013, n. 25-6992 Approvazione Programmi Operativi 2013-2015 predisposti ai sensi dell'art. 15, comma 20, del D.L. n. 95/2012 convertito, con modificazioni, in legge n. 135/2012

- DGR 19 novembre 2014, n. 1-600. Adeguamento della rete ospedaliera agli standard della legge 135/2012 e del Patto per la Salute 2014/2016 e linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale

- DGR 23 gennaio 2015, n. 1-924. Integrazioni alla DGR 1-600 del 19.11.2014 "Adeguamento della rete ospedaliera agli standard della legge 135/2012 e del Patto per la Salute 2014/2016 e linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale"

- DGR 29 giugno 2015, n. 26-1653. Interventi per il riordino della rete territoriale in attuazione del Patto per la Salute 2014/2016 e della D.G.R. n. 1-600 del 19.11.2014 e s.m.i.

- Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera

- DGR 27 luglio 2015, n. 42-1921 Modifiche ed integrazioni alla D.G.R. n. 21-5144 del 28.12.2012 s.m.i. All. 1 e approvazione All. A "Principi e i criteri per l'organizzazione delle Aziende Sanitarie regionali e l'applicazione dei parametri standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse, ex art. 12, comma 1, lett. b) Patto per la Salute 2010-2012", in cui viene definito il modello organizzativo della ASR

- DGR 25 febbraio 2022, n. 14-4699 "Riorganizzazione delle attività di controllo in merito alla qualità ed appropriatezza delle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate. Modificazioni ed integrazioni alle DD.G.R. n. 35-6651 del 11.11.2013 e n. 23-8286 del 11.01.2019"

- Decreto 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale

- Deliberazione 20 dicembre 2022,n. 257 – 25346. Decreto del Ministero della salute 23 maggio 2022, n. 77 (Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale). Recepimento e approvazione del provvedimento generale di programmazione "Assistenza territoriale nella Regione Piemonte".

- Accordo, ai sensi dell'articolo 9, comma 2, dell'intesa del 10 luglio 2014, Rep. Atti n. 82/CSR, concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016, sul documento recante "Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria aggiornato all'anno 2022 - Regole tecniche". Rep. Atti n. 134 /CSR del 7 giugno 2023.

- Analisi della Mobilità. Portale statistico AGENAS, Aggiornamento giugno 2023

- DGR 13 luglio 2023, n. 2-7226 "Approvazione Schema Protocollo d'Intesa da sottoscriversi tra la Regione Piemonte, le AA.SS.RR., gli Atenei piemontesi e le OO.SS. del Comparto Sanità e le OO.SS. della Dirigenza Area Sanità: attuazione del piano straordinario per il personale sanitario".

- DD 21 Dicembre 2023, n. 1954. Approvazione delle "Linee di indirizzo per il percorso chirurgico nella Regione Piemonte".

- DD 21 dicembre 2023, n. 1955 "Approvazione del Manuale metodologico "Linee di indirizzo per lo sviluppo dei Percorsi di Salute e Diagnostico-Terapeutici Assistenziali".

- DGR 11 marzo 2024 7-8279/202 "Assegnazione ai direttori generali/commissari delle aziende sanitarie regionali, ai sensi dell'art. 2, comma 2, d.lgs n. 171/2016 e s.m.i. e dell'art. 1, comma 865, l. n. 145/2018, degli obiettivi economici-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi finalizzati all'attribuzione della quota integrativa al trattamento economico per l'anno 2024".

9. CLASSIFICAZIONE DEI RICOVERI/DRG PER COMPLESSITA''

Allegato 1: Elenco DRG Ad alta complessità

Gli 84 DRG ad alta complessità sono descritti nel Testo dell'Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria con le regole valide per il 2021.

DRG24	DESCRIZIONE DRG24
191	Interventi su pancreas, fegato e di shunt con CC
192	Interventi su pancreas, fegato e di shunt senza CC
193	Interventi sulle vie biliari eccetto colecistectomia isolata con o senza esplorazione del dotto biliare comune con CC
001	Craniotomia, eta > 17 anni con CC
002	Craniotomia, eta > 17 anni senza CC
003	Craniotomia, eta < 18 anni
007	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso con CC
049	Interventi maggiori sul capo e sul collo
075	Interventi maggiori sul torace
076	Altri interventi sull'apparato respiratorio con CC
103	Trapianto di cuore o impianto di sistema di assistenza cardiaca
104	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco
105	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco
106	Bypass coronarico con PTCA
108	Altri interventi cardiotoracici
110	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare con CC
111	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare senza CC
146	Resezione rettale con CC
147	Resezione rettale senza CC
149	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC
156	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, eta < 18 anni
486	Altri interventi chirurgici per traumatismi multipli rilevanti
488	H.I.V. associato ad intervento chirurgico esteso
491	Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti superiori
495	Trapianto di polmone
496	Artrodesi vertebrale con approccio anteriore/posteriore combinato
497	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con CC
498	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC
504	Ustioni estese o ustioni a tutto spessore con ventilazione meccanica = 96 ore con innesto di cute
505	Ustioni estese o ustioni a tutto spessore con ventilazione meccanica = 96 ore senza innesto di cute
506	Ustioni estese a tutto spessore con innesto di cute o lesione da inalazione con CC o trauma significativo
507	Ustioni estese a tutto spessore con innesto di cute o lesione da inalazione senza CC o trauma significativo
508	Ustioni estese a tutto spessore senza innesto di cute o lesione da inalazione con CC o trauma significativo
509	Ustioni estese a tutto spessore senza innesto di cute o lesione da inalazione senza CC o trauma significativo
512	Trapianto simultaneo di pancreas/rene
513	Trapianto di pancreas
515	Impianto di defibrillatore cardiaco senza cateterismo cardiaco
519	Artrodesi vertebrale cervicale con CC
520	Artrodesi vertebrale cervicale senza CC
525	Impianto di altro sistema di assistenza cardiaca
528	Interventi vascolari intracranici con diagnosi principale di emorragia
529	Interventi di anastomosi ventricolare con CC
530	Interventi di anastomosi ventricolare senza CC
531	Interventi sul midollo spinale con CC
532	Interventi sul midollo spinale senza CC
535	Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco con infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca o shock
536	Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco senza infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca o shock
539	Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori con CC
541	Ossigenazione extracorporea a membrane o tracheostomia con ventilazione meccanica = 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo con intervento chirurgico maggiore
542	Tracheostomia con ventilazione meccanica = 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo senza intervento chirurgico maggiore

16

DRG24	DESCRIZIONE DRG24
543	Craniotomia con impianto di dispositivo maggiore o diagnosi principale di patologia acuta complessa del sistema nervoso centrale
544	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori
545	Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio
546	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con deviazione della colonna vertebrale o neoplasia maligna
547	Bypass coronarico con cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore
548	Bypass coronarico con cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore
549	Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore
550	Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore
551	Impianto di pacemaker cardiaco permanente con diagnosi cardiovascolare maggiore o di defibrillatore automatico (AICD) o di generatore di impulsi
565	Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita = 96 ore
286	Interventi sul surrene e sulla ipofisi
302	Trapianto renale
303	Interventi su rene e uretere per neoplasia
304	Interventi su rene e uretere, non per neoplasia con CC
353	Eviscerazione pelvica, isterectomia radicale e vulvectomia radicale
357	Interventi su utero e annessi per neoplasie maligne dell'ovaio o degli annessi
386	Neonati gravemente immaturi o con sindrome da distress respiratorio
387	Prematurità con affezioni maggiori
442	Altri interventi chirurgici per traumatismo con CC
471	Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori
473	Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, eta > 17 anni
480	Trapianto di fegato e/o trapianto di intestino
481	Trapianto di midollo osseo
484	Craniotomia per traumatismi multipli rilevanti
485	Reimpianto di arti, interventi su anca e femore per traumatismi multipli rilevanti
569	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore
570	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore
573	Interventi maggiori sulla vescica
575	Setticemia con ventilazione meccanica = 96 ore, età > 17 anni
578	Malattie infettive e parassitarie con intervento chirurgico

Allegato 1: Definizione di DRG potenzialmente inappropriato

Il Patto per la Salute 2010-2012 definisce una lista dei 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza se erogati in Regime ordinario.
Dal computo dei ricoveri a rischio inappropriatezza sono esclusi:

- ricoveri urgenti afferenti ai DRG 065, 131, 133, 134, 142, 184, 208, 243, 281, 282, 294, 324, 326, 395, 426, 427, 467;
- ricoveri per trapianto di cornea (codice di procedura ICD-9-CM 11.6*) afferenti al DRG 042;
- ricoveri afferenti al DRG 262 senza codici di procedura ICD-9-CM 85.20 e 85.21;
- ricoveri afferenti ai DRG 160, 162 e 163 erogati in regime ordinario con degenza di un giorno

Di seguito l'elenco dei 108 DRG potenzialmente inappropriati

DRG24	DES_DRG24	DRG24	DES_DRG24
006	Decompressione del tunnel carpale	429	Disturbi organici e ritardo mentale
008	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	465	Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria
013	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	466	Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria
019	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute
036	Interventi sulla retina	490	H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate
038	Interventi primari sull'iride	503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione

DRG24	DES_DRG24	DRG24	DES_DRG24
039	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	317	Ricovero per dialisi renale
040	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, eta > 17 anni	323	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni
041	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, eta < 18 anni	324	Calcolosi urinaria senza CC
042	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	326	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, eta > 17 anni senza CC
047	Altre malattie dell'occhio, eta > 17 anni senza CC	327	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, eta < 18 anni
051	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia	329	Stenosi uretrale, eta > 17 anni senza CC
055	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	332	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, eta > 17 anni senza CC
059	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, eta > 17 anni	333	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, eta < 18 anni
060	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, eta < 18 anni	339	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, eta > 17 anni
061	Miringotomia con inserzione di tubo, eta > 17 anni	340	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, eta < 18 anni
062	Miringotomia con inserzione di tubo, eta < 18 anni	342	Circoncisione, eta > 17 anni
065	Alterazioni dell'equilibrio	343	Circoncisione, eta < 18 anni
070	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, eta < 18 anni	345	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne
073	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, eta > 17 anni	349	Ipertrofia prostatica benigna senza CC
074	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, eta < 18 anni	351	Sterilizzazione maschile
088	Malattia polmonare cronica ostruttiva	352	Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile
227	Interventi sui tessuti molli senza CC	360	Interventi su vagina, cervice e vulva
228	Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con CC	362	Occlusione endoscopica delle tube
229	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne
232	Artroscopia	369	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile
241	Malattie del tessuto connettivo senza CC	377	Diagnosi relative a postparto e postaborto con intervento chirurgico
243	Affezioni mediche del dorso	381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia
245	Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC	384	Altre diagnosi preparto senza complicazioni mediche
248	Tendinite, miosite e borsite	395	Anomalie dei globuli rossi, eta > 17 anni
249	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	396	Anomalie dei globuli rossi, eta < 18 anni
251	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, eta > 17 anni senza CC	399	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario senza CC
252	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, eta < 18 anni	404	Linfoma e leucemia non acuta senza CC
254	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, eta > 17 anni senza CC	119	Legatura e stripping di vene
256	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	131	Malattie vascolari periferiche senza CC
262	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	133	Aterosclerosi senza CC
266	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	134	Ipertensione
268	Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	139	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC

DRG24	DES_DRG24	DRG24	DES_DRG24
270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	142	Sincope e collasso senza CC
276	Patologie non maligne della mammella	158	Interventi su ano e stoma senza CC
281	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, eta > 17 anni senza CC	160	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, eta > 17 anni senza CC
282	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, eta < 18 anni	162	Interventi per ernia inguinale e femorale, eta > 17 anni senza CC
283	Malattie minori della pelle con CC	163	Interventi per ernia, eta < 18 anni
284	Malattie minori della pelle senza CC	168	Interventi sulla bocca con CC
294	Diabete, eta > 35 anni	169	Interventi sulla bocca senza CC
295	Diabete, eta < 36 anni	183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, eta > 17 anni senza CC
299	Difetti congeniti del metabolismo	184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, eta < 18 anni
301	Malattie endocrine senza CC	187	Estrazioni e riparazioni dentali
409	Radioterapia	189	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, eta > 17 anni senza CC
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	206	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC
411	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	208	Malattie delle vie biliari senza CC
412	Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	538	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC
426	Nevrosi depressive	563	Convulsioni, eta > 17 anni senza CC
427	Nevrosi eccetto nevrosi depressive	564	Cefalea, eta > 17 anni

ALLEGATO B: SCHEDA OPERATIVA DI SINTESI

SCHEDA OPERATIVA DI SINTESI PER IL MIGLIORAMENTO
DELLA MOBILITA' SANITARIA INTERREGIONALE PER RICOVERI

RICOVERI

Obiettivi generali

1. migliorare la mobilita passiva per ricoveri ospedalieri

N.	**Obiettivi specifici**	**Indicatori e valori target**	**Cronoprogramma: azioni e tempi di realizzazione**	**Monitoraggio**	**Note**
1.	Analizzare la mobilita passiva interregionale per Area Omogenea/ASL a partire dal bisogno/domanda e il sistema di offerta Analizzare la capacità produttiva per Area Omogenea/ASR (classificazione per tipologia DGR: alta complessità, bassa complessità, a rischio di inappropriatezza	Indicatore: numero e tipologia di DRG in mobilità passiva interregionale per Area omogenea/ASL verso altre Regioni/Strutture: Indicatore: numero e tipologia di DRG erogati per Area omogenea/ASL Target: una relazione-report	Formulazione relazione-report per Area omogenea/ASL - entro venti giorni dall'approvazione del presente atto	Sulla base di indicatori e target	

N.	**Obiettivi specifici**	**Indicatori e valori target**	**Cronoprogramma: azioni e tempi di realizzazione**	**Monitoraggio**	**Note**
2.	Analizzare le criticità, le cause della mobilità, le priorità di intervento e le azioni di miglioramento	Indicatore: Indicatore: relazione-report Target: una relazione-report Definizione criticità, cause, priorità di intervento, azioni di miglioramento	Formulazione relazione-report per Area omogenea/ASR - entro venti giorni dall'approvazione del presente atto Le azioni di miglioramento sono da individuare nelle seguenti (a titolo esemplificativo e non esaustivo): - governo del bisogno/domanda e dei percorsi dei pazienti; - efficientamento interno del sistema di offerta in base ai fattori produttivi, - aumento della produzione "appropriata"; - efficientamento del ricorso a erogatori esterni privati accreditati secondo le normativa vigente; - altro. Anni 2024, 2025 e 2026.	Sulla base di indicatori e target	

N.	**Obiettivi specifici**	**Indicatori e valori target**	**Cronoprogramma: azioni e tempi di realizzazione**	**Monitoraggio**	**Note**
3.	Recuperare la mobilita passiva interregionale per Area Omogenea/ASR, con le specifiche azioni di miglioramento	Indicatore: numero DRG/ricoveri in mobilità passiva interregionale recuperati in produzione per Area Omogenea/ASR Target: Rispetto all'anno 2022 assunto come riferimento, si individuano i seguenti target di miglioramento: - anno 2024: recupero 30 percento della mobilità per i primi 15 DGR in mobilità; - anno 2025: recupero 40 percento della mobilità per i primi 15 DGR in mobilità; - anno 2026: recupero 50 percento della mobilità per i primi 15 DGR in mobilità.		Sulla base di indicatori e target	

N.	**Obiettivi specifici**	**Indicatori e valori target**	**Cronoprogramma: azioni e tempi di realizzazione**	**Monitoraggio**	**Note**
4.	Controllare la mobilita passiva interregionale	Indicatore: numero di attività di controllo da parte dei Nuclei di Controllo Aziendali (NCA) e dei Nuclei di Controllo di Area Omogenea (NCAO) sulla mobilita passiva Target: almeno due attività di controllo per anno	Effettuazione almeno due attività di controllo annuale da parte dei Nuclei di Controllo Aziendali (NCA) e dei Nuclei di Controllo di Area Omogenea (NCAO) sulla mobilita passiva Anni 2024, 2025 e 2026	Sulla base di indicatori e target	

N.	**Obiettivi specifici**	**Indicatori e valori target**	**Cronoprogramma: azioni e tempi di realizzazione**	**Monitoraggio**	**Note**
5.	Consolidare un ciclo di monitoraggio e di miglioramento continuo della mobilità passiva interregionale	Indicatore: Indicatore: numero e tipologia di DRG in mobilità passiva interregionale per Area omogenea/ASL verso altre Regioni/Strutture: criticità e priorità di intervento Indicatore: numero e tipologia di DRG in produzione per Area Omogenea/ASR: criticità e priorità di intervento per il recupero della mobilita passiva Indicatore: numero DRG/ricoveri in mobilità passiva interregionale recuperati in produzione per Area Omogenea/ASR Target: almeno tre report sulla mobilità passiva per anno Target: almeno tre report sulla erogazione per anno Target: almeno tre report sul recupero della mobiltà passiva per anno Target: almeno tre audit per anno	Effettuazione almeno tre audit a livello di Area Omogenea/ASR per anno, con evidenza delle azioni di miglioramento Anni 2024, 2025 e 2026	Sulla base di indicatori e target	