

monitor

Elementi di analisi e osservazione del sistema salute

40

FOCUS ON

Le Regioni in Piano di rientro,
le novità alla luce
della Legge di Stabilità 2016

IDEE E COMMENTI

Riflessioni a margine del DDL
sulla responsabilità professionale

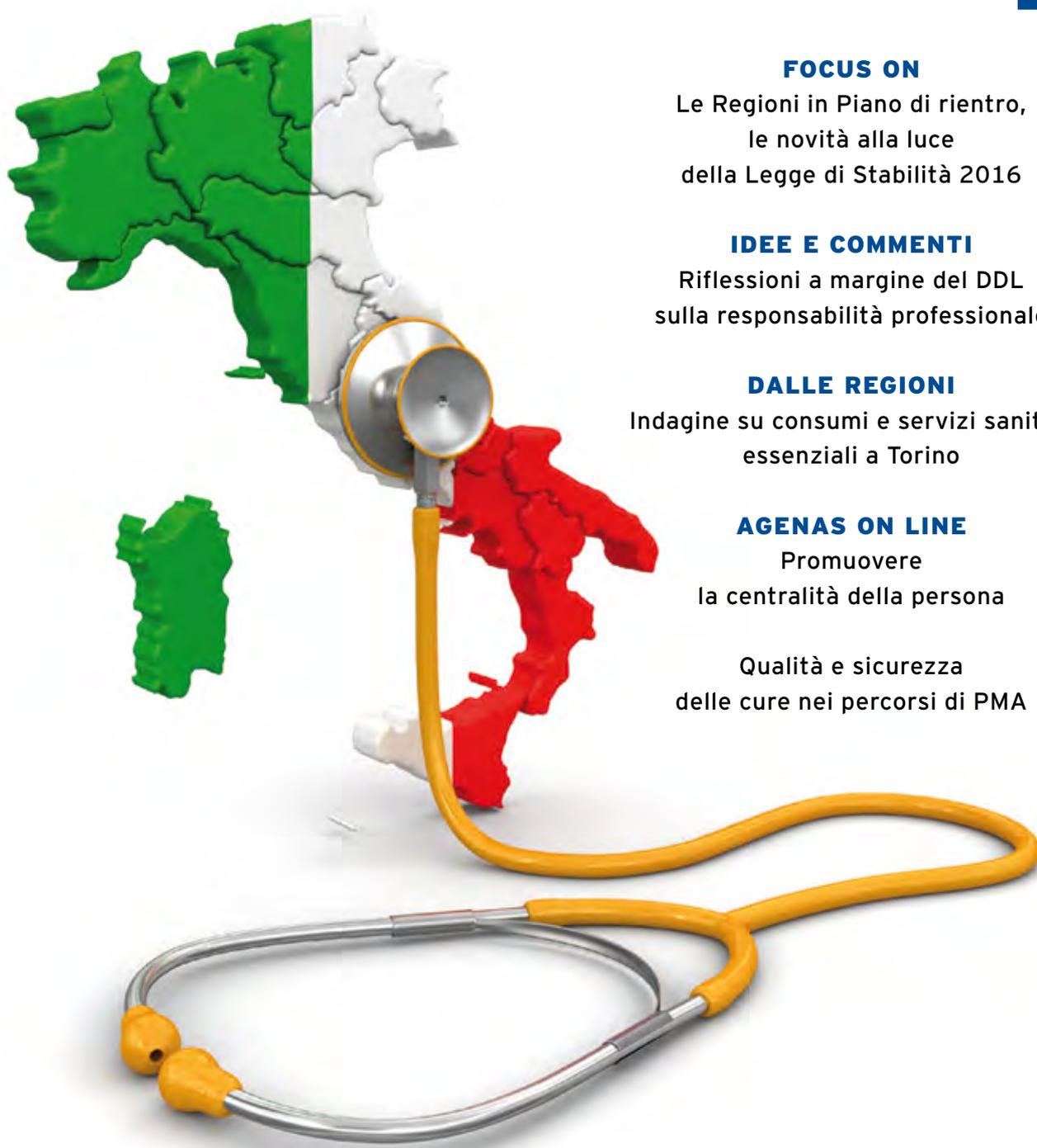
DALLE REGIONI

Indagine su consumi e servizi sanitari
essenziali a Torino

AGENAS ON LINE

Promuovere
la centralità della persona

Qualità e sicurezza
delle cure nei percorsi di PMA



SOMMARIO

EDITORIALE

3 PIANI DI RIENTRO: UN'OCCASIONE PER IL SSN DI ACQUISIRE UNA MANAGERIALITÀ DIFFUSA
di Giuseppe Zuccatelli

FOCUS ON. REGIONI IN PIANO DI RIENTRO, LE NOVITÀ ALLA LUCE DELLA LEGGE DI STABILITÀ 2016

7 PER LA REGIONE PIEMONTE DUE PRIORITÀ: PROGRAMMAZIONE E RIORDINO DELLA RETE OSPEDALIERA
di Antonio Saitta

10 USCIRE DAL PIANO DI RIENTRO È POSSIBILE: IL CASO DELLA REGIONE ABRUZZO
di Silvio Paolucci

17 DALLA RIDUZIONE DELLA SPESA ALLA GARANZIA DEI LEA, IL PERCORSO DELLA REGIONE CAMPANIA
di Joseph Polimeni, Claudio D'Amario, Antonio Postiglione, Antonella Guida, Lara Natale

26 LA LEGGE DI STABILITÀ 2016, UNA RIVOLUZIONE SILENZIOSA PER IL GOVERNO DELLA SPESA PUBBLICA
di Stefano Bonaccini

IDEE E COMMENTI

29 CONSIDERAZIONI A MARGINE DEL DDL SULLA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE
di Federico Gelli

DALLE REGIONI

31 CONSUMI SANITARI E SERVIZI ESSENZIALI NELLA CITTÀ METROPOLITANA DI TORINO
di Roberto Arione, Iolanda Vigna, Raffaella Fornero, Ida Marina Raciti, Giulio Fornero

AGENAS ON LINE

50 PROMUOVERE LA CENTRALITÀ DELLA PERSONA NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE:
IL RUOLO DI AGENAS

54 QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE NEI PERCORSI DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA (PMA):
STATO DELL'ARTE E PROSPETTIVE DI SVILUPPO DEI CONTESTI REGIONALI



**Elementi di analisi
e osservazione
del sistema salute**

Anno XV Numero 40 • 2016

Proprietario ed Editore
Agenas – Agenzia nazionale
per i servizi sanitari regionali

Direttore editoriale
Francesco Bevere

Direttore responsabile
Chiara Micali Baratelli

Editing
Daniela Morigi

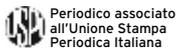
Via Piemonte, 60 – 00187 Roma
tel. 06 55122 290 /294
email monitor@agenas.it
www.agenas.it

Editing e grafica
Pierrestampa
Viale di Villa Grazioli, 5
00198 Roma

Stampa
Cecom
Bracigliano (Sa)

Registrazione
presso il Tribunale di Roma
n. 560 del 15.10.2002

Finito di stampare
nel mese di giugno 2016



Codice ISSN 2282-5975



L'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) è un ente pubblico non economico nazionale, che svolge una funzione di supporto al Ministero della salute e alle Regioni per le strategie di sviluppo e innovazione del Servizio sanitario nazionale.

Obiettivi prioritari di Agenas sono la ricerca sanitaria e il supporto tecnico-operativo alle politiche di governo di Stato e Regioni, all'organizzazione dei servizi e all'erogazione delle prestazioni sanitarie, in base agli indirizzi ricevuti dalla Conferenza Unificata.

Agenas realizza tali obiettivi tramite attività di ricerca, di monitoraggio, di valutazione e di formazione orientate allo sviluppo del sistema salute.

L'Agenzia oggi | Presidente Giuseppe Zuccatelli

Direttore generale Francesco Bevere

Consiglio di amministrazione Alessandro Cosimi, Stefano De Lillo, Domenico Mantoan

Collegio dei revisori dei conti Francesco Alì (Presidente), Nicola Begini, Andrea Urbani

Le attività dell'Agenzia | Monitoraggio dei livelli di assistenza e della spesa sanitaria e valutazione delle performance • Organizzazione dei servizi sanitari
• Qualità e accreditamento • Innovazione, sperimentazione e sviluppo
• Promozione e sviluppo delle attività di supporto alle Regioni
• Educazione continua in medicina (ECM)

www.agenas.it | Sul sito dell'Agenzia sono disponibili tutti i numeri di

PIANI DI RIENTRO: UN'OCCASIONE PER IL SSN DI ACQUISIRE UNA MANAGERIALITÀ DIFFUSA



di **Giuseppe Zuccatelli**
Presidente Agenas

Il tema delle Regioni in Piano di rientro e di quelle commissariate si è posto a metà degli anni 2000 quando si accertò che alcune Regioni, soprattutto del Centro-Sud, avevano accumulato, rispetto alla quota parte del Fondo sanitario nazionale, disavanzi molto significativi: si trattava infatti di cifre che arrivavano a sfiorare i 10 miliardi di euro. Un quadro economico-finanziario molto grave e ciò perché alcune Regioni, come ad esempio il Lazio, la Campania, la piccola Abruzzo, registravano purtroppo realtà di governance aziendali e managerialità sanitaria scarsamente efficaci.

Si decise quindi, con la Finanziaria del 2005 e l'Intesa Stato-Regioni del marzo 2005, di varare la fase dei Piani di rientro: un accordo fra lo Stato e la Regione, un vero e proprio programma di ristrutturazione per incidere sui fattori di spesa sfuggiti al controllo delle Regioni.

Un Piano di rientro della spesa sanitaria, siglato da una Regione in disavanzo, ha come obiettivo quello di ristabilire l'equilibrio economico-finanziario della Regione interessata e viene valutato dai Ministeri competenti, in questo caso dal Ministero dell'economia e dal Ministero della salute.

La normativa prevede il ricorso a forme di affiancamento da parte del Governo centrale alle Regioni che hanno sottoscritto gli accordi contenenti i Piani di rientro.

In questo contesto il Ministero della salute ha affidato all'Agenas il compito di svolgere un'azione di collaborazione nei confronti delle Regioni sottoposte a Piani di rientro: esse infatti possono avvalersi dell'Agenas come supporto alle azioni intraprese, in particolare per gli interventi di carattere organizzativo-sanitari. Se, nel previsto triennio di rientro dal disavanzo, non vengono raggiunti risultati significativi, subentra la fase di commissariamento. La storia di questi ultimi anni ci dice che la prima Regione a essere commissariata è stata il Lazio, seguita a ruota dall'Abruzzo e dalla Campania. Un discorso a parte riguarda il Molise, una regione che non ha neppure la dimensione di una piccola azienda, poiché si parla di meno di 350 mila abitanti. Per il Molise, in termini di valore assoluto, si tratta di un piccolo disavanzo, ma è evidente che il valore della quota pro capite risulta essere il più alto a livello nazionale.

Bisogna riconoscere che il percorso dei Piani di rientro ha dato una vera e propria scossa al sistema per

le azioni che ha generato, sia per quanto riguarda la dirigenza dell'assessorato regionale sia, a livello periferico, per l'impatto che ha avuto sui direttori generali. Contemporaneamente, però, si è creato un problema in merito alla qualità dei servizi. Non bisogna mai dimenticare, infatti, che, accanto alla performance economica, occorre valutare il modo in cui una determinata Regione eroga, rispetta e dà dignità ai Livelli essenziali di assistenza.

I conti e i Lea devono procedere assieme: se i conti sono in equilibrio, ma il livello di assistenza è molto basso, allora si è fatta un'operazione di *sconquasso* del sistema.

La condizione per uscire dal commissariamento o dal Piano di rientro non può essere solo quella dell'equilibrio di bilancio, perché il risanamento economico deve essere accompagnato da una valutazione almeno sufficiente dei Lea. Non a caso la normativa denomina il Piano di rientro come un programma operativo da attuare non solo sotto il profilo economico-finanziario, ma anche sul versante della riorganizzazione, della riqualificazione dei rispettivi Servizi sanitari regionali.

Nonostante ciò, poiché le politiche sanitarie degli ultimi anni sono state caratterizzate dall'obiettivo prioritario del contenimento della spesa, le Regioni in Piano di rientro hanno dovuto moltiplicare i loro sforzi per cercare di rimettere in equilibrio il sistema salute tra deficit sanitario ed erogazione dei Lea. Dal 2005, anno in cui il Governo, attraverso i Ministeri dell'economia e della salute, ha avviato questo tipo di verifica, sul versante delle condizioni economiche e finanziarie è stato raggiunto un grande risultato: fondamentalmente è stato conseguito un equilibrio tra il Fondo sanitario che, anno dopo anno, il governo destina al Ssn e i costi dei 21 Sistemi sanitari regionali.

Tuttavia, ora che i Piani di rientro hanno raggiunto gli effetti attesi in termini di recupero del disavanzo sanitario, l'attenzione si deve spostare inevitabilmente sui Lea; il problema, ora, è rendere compatibile l'equilibrio economico-finanziario e la qualità dell'assistenza.

A questo riguardo, dobbiamo riconoscere che non è stato raggiunto un equilibrio sufficiente in merito all'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza.

Alcune Regioni si trovano estremamente in difficoltà, in affanno, nel tentativo di raggiungere la sufficienza o il livello minimo di assistenza. Il Siveas (Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza) ha l'obiettivo di provvedere alla verifica del rispetto dei criteri di appropriatezza e qualità delle prestazioni sanitarie erogate, coerentemente con quanto previsto dai Livelli essenziali di assistenza, livelli di cui il Comitato Lea (organismo paritetico del Ministero della salute, del Ministero dell'Economia, del Ministero degli Affari regionali, della Conferenza delle Regioni e dell'Agenas) provvede alla verifica dell'erogazione in condizione di appropriatezza e di efficienza. Il *punteggio* che infine viene attribuito prende in considerazione i vari settori dell'attività del Ssn: dalla prevenzione, all'assistenza territoriale, dall'assistenza ospedaliera alla riabilitazione, all'indagine sugli screening oncologici, etc.

Sul fronte dell'assistenza sanitaria nel nostro Paese le criticità non mancano. Il Rapporto 2015 dell'Osservatorio civico sul federalismo in sanità ci rende una fotografia chiara in tal senso: secondo Cittadinanzattiva sono più di 4 milioni i cittadini che rinunciano alle cure per colpa dei ticket e delle liste di attesa; le differenze tra le Regioni sono notevoli e ancora una volta sono quelle del Sud che *annaspano*. La spesa sostenuta privatamente per prestazioni sanitarie in Italia è al di sopra della media Ocse (3,2% a fronte di una media Ocse di 2,8%).

Sempre l'Ocse, in uno studio effettuato in collaborazione con Agenas e presentato all'inizio del 2015, da un lato evidenzia alcuni risultati positivi per la qualità dell'assistenza sanitaria in Italia rispetto ad altri Paesi, ma mette anche in luce il persistere di importanti disparità regionali indicando che è necessario sostenere le Regioni che presentano una infrastruttura più debole affinché siano in grado di erogare servizi di qualità come le Regioni più virtuose.

E ancora: la mobilità sanitaria è un fenomeno in crescita. Come ho avuto occasione recentemente di sottolineare, la maggioranza delle otto Regioni in Piano di rientro è afflitta da una emorragia inarrestabile di malati. I cittadini che si spostano dalla propria Regione per curarsi in posti differenti valgono, dal punto di vista finanziario, circa 3,8 mi-



liardi di euro (dati Agenas, *La spesa sanitaria nelle Regioni*, 2014). Sono cittadini di un Paese che non è in grado di assicurare l'esigibilità dei Lea ovunque. Compito della politica è assicurare i diritti civili e sociali a tutti e uno dei diritti sociali maggiori è, appunto, la salute. È necessario recuperare la fiducia dei cittadini delle Regioni dove è altissima la mobilità passiva e in quest'ottica bisogna lavorare su almeno due fronti: territorio e appropriatezza. Infatti, nella maggior parte dei casi ci si sposta per prestazioni a elevata inappropriatezza piuttosto che per quelle a elevata complessità. Occorre da un lato ridurre l'inappropriatezza e dall'altro far funzionare i territori soprattutto alla luce del Decreto 70/2015 che riordina la rete ospedaliera.

Quali possono essere le cause di una situazione nazionale che si presenta così *a macchia di leopardo*? L'esperienza di questi dieci anni ha consentito di evidenziare un differenziale sui dati oggettivi tra alcune Regioni e altre; in Regioni come l'Emilia Romagna, il Veneto, la Toscana, la Lombardia è presente, seppur con mille difficoltà, ciò che chiamo una *managerialità diffusa*. Cosa intendo quando uso questo termine?

Significa che non solo la terna della Direzione generale (Direttore generale, sanitario e amministrativo aziendale), ma tutta la dirigenza delle professioni sanitarie (dagli infermieri ai tecnici dei vari settori, di laboratorio, di radiologia, etc.) deve acquisire la consapevolezza che la competenza manageriale, quindi organizzativa, è una prerogativa che si deve possedere all'interno di una preparazione specifica professionale. Non può esserci solo la competenza professionale; un bravo chirurgo, un bravo ginecologo, radiologo, etc., nel momento in cui acquisisce responsabilità organizzative, deve possedere obbligatoriamente anche quelle che vengono denominate competenze manageriali.

Una recente ricerca dell'Università di Harvard sulla necessità di ridurre la spesa sanitaria (un problema che assilla non solo il nostro Paese!) ha dimostrato che solamente individuando i mix produttivi migliori fra risorse umane e utilizzo di beni e servizi si può raggiungere un livello di ottimizzazione del sistema che possa coniugare il duplice obiettivo di riduzione della spesa sanitaria e soddisfazione degli utenti. La carenza di competenze manageriali è, a mio parere,



la causa della difficoltà di accrescere la qualità dei Lea e rappresenta il vero differenziale tra le Regioni virtuose e non.

Essendo stato per anni Sub Commissario alla sanità in Campania e Abruzzo, posso affermare con certezza che quello che manca in queste Regioni è la consapevolezza della necessità di una managerialità diffusa; è la *cultura della managerialità* che stenta ad affermarsi.

Per quello che riguarda l'evoluzione dei Piani di rientro prevista nella Legge di stabilità 2016, essa prevede l'introduzione di una importante norma che impone che le Aziende ospedaliere (AO), le Aziende ospedaliere universitarie (Aou), gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici (Irccs) e gli altri enti pubblici che erogano prestazioni di ricovero e cura debbano provvedere alla redazione di un Piano di rientro rispetto a un deficit maturato nella prospettiva di ridurlo, in un termine di tre anni, entro parametri accettabili. L'individuazione degli enti da sottoporre a tale Piano sarà effettuata, secondo le condizioni dettate dal comma 524, cioè nei casi in cui si ravvisi una o entrambe le seguenti condizioni:

- presentano uno scostamento tra costi e ricavi pari o superiore al 10% dei suddetti ricavi o, in valore assoluto, pari ad almeno 10 milioni di euro;
- registrano il mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure.

Andare a verificare all'interno delle stesse Regioni se le Aziende ospedaliere sono in equilibrio o meno può mettere in difficoltà le Regioni stesse. Infatti, se la regione nel suo complesso è in equilibrio economico-finanziario, poco importa che ci sia un'Azienda, sul to-

tale delle strutture presenti, che sia in squilibrio, poiché questo è un problema di gestione di governo delle Regioni.

Ci sono infatti Regioni che scaricano le difficoltà sulle Aziende ospedaliere e altre che le scaricano sulle aziende territoriali, e alla fine c'è un riequilibrio attraverso quello che si chiama normalmente fondo di riequilibrio regionale che viene distribuito o alle Aziende ospedaliere o alle aziende territoriali, a seconda della scelta di governance effettuata dalla Regione. Questo, a mio avviso, potrà rappresentare un elemento di criticità nell'attuazione della norma.

Inoltre, da più parti si fa notare che la durata massima del Piano di rientro, tre anni, potrebbe rivelarsi inadeguata per superare le situazioni di deficit più pesanti e si rischia, ancora una volta, di apportare correttivi a sacrificio dell'appropriatezza delle cure; c'è poi da considerare che la prevista decadenza automatica dei Direttori generali in caso di esito negativo, potrebbe indurre i Direttori stessi a tagliare settori di assistenza in maniera, di nuovo, *lineare*.

Infine, e non ultimo per importanza, il tema posto dalle Regioni del superamento della logica del Piano di rientro e del commissariamento. Occorre individuare con chiarezza una via d'uscita.

Se le Regioni sono in grado di assicurare l'equilibrio economico-finanziario e contemporaneamente aumentare la qualità dei Lea, a mio parere si può iniziare ad affrontare la questione dell'uscita dai Piani di rientro. Diversamente, se ciò non si realizza, se non c'è un'adeguata attenzione per migliorare la qualità delle prestazioni, allora lo strumento dei Piani di rientro deve continuare a esistere ed essere usato.

PER LA REGIONE PIEMONTE DUE PRIORITÀ: PROGRAMMAZIONE E RIORDINO DELLA RETE OSPEDALIERA



di Antonio Saitta

Assessore alla sanità - Regione Piemonte

Quando nell'estate del 2014 si è insediata in Piemonte la Giunta presieduta da Sergio Chiamparino ci siamo trovati di fronte a un quadro della sanità piemontese molto critico, una barca alla deriva senza capitano e timoniere: una situazione frutto di anni di mancanza di programmazione, di governo e di controllo che ha fatto crescere il nostro sistema in modo irrazionale, sotto la spinta di interessi particolari e locali, moltiplicando incarichi, investendo anche dove non era logico e progettando ospedali non solo senza avere la garanzia di poterli completare, ma soprattutto senza coerenza con i bisogni di salute della popolazione del territorio e con i cambiamenti in corso nell'assistenza ospedaliera.

La Regione Piemonte dal 2010 è sottoposta a Piano di rientro dal debito sanitario, di fatto commissariata e soggetta al puntuale controllo da parte del Tavolo di monitoraggio centrale (Ministero dell'economia e Ministero della salute), perché (unica Regione del Centro-Nord!) per molto tempo abbiamo avuto annualmente tra i 300 e i 400 milioni di euro di sprechi, disconomie e inefficienze.

Le responsabilità di questa situazione vanno ricercate indietro nel tempo e sono perdurate sia per la rinun-

cia al ruolo programmatico, sia per l'inadempienza prolungata nell'attuazione di tutti i Programmi operativi concordati, cioè gli impegni sottoscritti con i Ministeri, rimasti lettera morta. Gli unici risparmi effettuati erano stati i peggiori, cioè quelli legati al blocco parziale e, in alcuni periodi, anche totale, del turnover del personale, che hanno causato una drastica riduzione dell'offerta sanitaria, mentre sono continuati gli sforamenti sull'acquisto di beni e servizi e nella spesa farmaceutica ospedaliera.

A fine 2015 abbiamo raggiunto l'obiettivo prioritario che ci eravamo posti come amministrazione regionale, cioè completare il lavoro per poter uscire nel 2016 dal Piano di rientro e poter recuperare quei margini di libertà nelle nostre decisioni che ora ci sono negati: non aver saputo realizzare questo obiettivo avrebbe significato il fallimento della sanità pubblica.

In cosa è consistito il nostro lavoro? Abbiamo immediatamente cominciato a fare chiarezza sui bilanci delle Aziende sanitarie e, con un rigoroso controllo, in pochi mesi abbiamo esaminato e approvato con deliberazione della giunta regionale i bilanci delle Aziende sanitarie degli anni 2012, 2013 e 2014.

L'ultimo passo in questo senso sarà l'approvazione dei bilanci 2015, in dirittura d'arrivo, dopodiché confidiamo di ottenere l'ufficializzazione per poter considerare concluso il *commissariamento* della sanità piemontese. Infatti, dopo l'incontro del dicembre 2015 con il Tavolo di monitoraggio, il Piemonte non ha ricevuto richieste di predisporre un nuovo Piano operativo per il rientro dal disavanzo, né ulteriori prescrizioni. E questo grazie al lavoro costante che ha dimostrato ai Ministeri come la Regione Piemonte abbia oggi finalmente ripreso il controllo della sanità.

Per dare il segnale dell'inversione di tendenza, abbiamo unito al lavoro di gestione quello indispensabile di programmazione: un passaggio fondamentale è stata la revisione della rete ospedaliera con la quale abbiamo applicato i parametri fissati dal Patto per la salute sottoscritto nell'estate del 2014 tra il Governo e tutte le Regioni italiane, ma soprattutto dall'applicazione del Decreto Ministeriale n. 70 del 2 aprile 2015, che detta una classificazione degli ospedali (Hub-Dea II livello, Spoke-Dea I livello, ospedali di base e ospedali di area disagiata) stabilendo quelle discipline che obbligatoriamente ogni ospedale deve avere (secondo precisi criteri relativi ai bacini di utenza, ai passaggi ai PS, alle attività di ogni reparto, alle distanze, etc.).

Il riordino della rete ospedaliera non è stato dettato da obiettivi di carattere economico (i risparmi ci saranno solo nel medio-lungo periodo), ma è finalizzato a garantire salute e sicurezza per i cittadini.

La sanità piemontese è caratterizzata da un'eccessiva frammentazione, abbiamo troppi reparti con una bassa attività e la letteratura scientifica dimostra che, laddove i volumi sono bassi, aumenta il rischio per i pazienti. Per questo è necessario accorpate, non per risparmiare, ma per garantire sicurezza: non servono tanti piccoli ospedali né tante strutture complesse per poter nominare più primari, servono ospedali più forti e servizi più efficienti.

Con il riordino della rete ospedaliera abbiamo applicato le norme contenute nel Decreto Balduzzi, che fissa il parametro di massimo di 3,7 posti letto ogni 1.000 abitanti. In Piemonte non solo si era sopra tale parametro, ma è stato anche registrato un utilizzo

non ottimale dei posti letto a disposizione. Una delle ragioni del sovraffollamento, in alcune giornate, dei Pronto soccorso e dell'inaccettabile spettacolo dei pazienti lasciati per giorni in barella, è conseguenza del fatto che ci sono numerosi posti letto per acuti occupati da pazienti dimissibili, ma che non possono essere mandati a casa perché nessuno può prenderli in carico (sono soprattutto anziani non autosufficienti e pazienti cronici).

Per questo, accanto alla riduzione dei posti letto per acuti per rientrare nei parametri normativi, abbiamo predisposto più di 1.300 posti letto di continuità assistenziale a valenza sanitaria (CAVS), proprio per dare una risposta adeguata ai soggetti più fragili. Abbiamo affrontato un duro confronto con le strutture private accreditate, chiedendo loro di convertire alcune attività: perché non possiamo continuare a pagare i privati per prestare assistenza erogabile con ospedali pubblici; il privato, se accreditato e pagato dal pubblico, deve fare ciò che è coerente con la programmazione e in sinergia con la rete pubblica.

La programmazione e il riordino della rete ospedaliera va di pari passo con la riorganizzazione e il potenziamento dell'assistenza territoriale finalizzata a garantire un'offerta sanitaria adatta ai nuovi bisogni di salute della popolazione del Piemonte.

È urgente un cambiamento culturale per superare la visione ospedalocentrica, cioè la difesa dei posti letto come dogma e l'idea che sia preferibile avere un ospedale anche piccolo, ma sotto casa. Occorre invece portare l'ospedale in casa valorizzando e diffondendo esperienze positive che già esistono in Piemonte, quindi investendo in assistenza domiciliare, diagnostica domiciliare, continuità assistenziale, medicina di gruppo, etc. L'ospedale deve essere il luogo dove curare le acuzie, mentre per le post acuzie è il territorio il luogo più appropriato dove dare risposte integrate e multidisciplinari.

Contemporaneamente a questi provvedimenti di programmazione, abbiamo adottato numerose decisioni finalizzate al contenimento dei costi: abbiamo centralizzato l'acquisto di beni e servizi e gli appalti, creando coordinamenti a livello di quadrante (individuando le Asl capofila); siamo intervenuti per garantire la tracciabilità dei farmaci in ospedale attraverso

la corretta applicazione del "File F" così da ridurre la spesa ospedaliera (il Piemonte è maglia nera, solo poche Regioni spendono più di noi); abbiamo indetto gara per gli ausili monouso per incontinenza e per i farmaci distribuiti per Conto, mentre per i presidi per i diabetici abbiamo aderito alla gara Consip.

È proprio da questi ambiti che stiamo recuperando risorse indispensabili per poter dare il via a investimenti in edilizia e tecnologia, sia per la rete dell'assistenza territoriale (a ogni distretto dal 2016 viene assegnato un budget vincolato per i servizi territoriali), sia per poter procedere a nuove assunzioni.

Proprio sul versante dell'edilizia sanitaria ci sono state importanti novità. Ci siamo impegnati a trovare le risorse necessarie per completare a Verduno il nuovo ospedale di Alba-Bra che sarà terminato nel 2017 e stiamo cercando di far ripartire il cantiere del presidio sanitario di Nizza Monferrato, così come è stato avviato il cantiere per la realizzazione della nuova struttura sanitaria di Venaria.

A inizio marzo il Presidente Chiamparino ha firmato l'accordo di programma per la Città della Salute di Novara ed è stato anche firmato il Protocollo d'intesa e deliberato lo studio di fattibilità per il Parco della Salute, della Scienza e dell'Innovazione di Torino che sorgerà nell'area ex Fiat-Avio, consentendo di abbandonare così le Molinette e di avere non solo un nuovo e moderno ospedale dove si concentreranno le alte complessità e le eccellenze attualmente sparpagliate tra i diversi presidi della Città della Salute, ma una delle infrastrutture più importanti del nostro Paese, che sarà anche polo universitario, polo di ricerca incubatore d'impresa.

Abbiamo, infine, firmato Protocolli d'intesa per due nuovi ospedali: il futuro ospedale unico del VCO (Verbania Cusio Ossola) a Ornavasso che supererà le attuali strutture di Domodossola e Verbania e il nuovo ospedale unico dell'Asl To5 che consentirà di abbandonare gli ospedali di Moncalieri, Chieri e Carmagnola, troppo vecchi e costosi sotto il profilo della gestione (manutenzione, riscaldamento, raffreddamento).

Tra gli altri provvedimenti assunti, meritano rilievo soprattutto il Piano regionale della prevenzione che individua dieci ambiti di intervento per incidere con-

cretamente sugli stili di vita, l'accorpamento dei laboratori di analisi ad alta automazione e una iniziativa che vede il Piemonte prima Regione italiana (Dgr n. 51-2485 del 23 novembre 2015) ad aver individuato, nell'ambito del proprio Dipartimento di rete oncologica, i Centri di riferimento per la cura delle singole patologie tumorali con soglie minime di attività rigorose. Si tratta di un provvedimento molto importante, non solo sotto il profilo organizzativo e della razionalizzazione del sistema, ma soprattutto dal punto di vista della qualità delle cure per i pazienti: individuare i centri di riferimento significa fornire ai malati oncologici le risposte più appropriate rispetto alle complessità delle patologie, assicurando qualità delle prestazioni e la presa in carico in tutto il percorso di cura.

Un complesso di azioni, un lungo e paziente lavoro, che ha consentito al Piemonte di recuperare credibilità a livello nazionale: solo questo ci ha consentito di ottenere dal tavolo di monitoraggio di Roma nel maggio 2015 la preziosa deroga per assumere circa 600 tra medici, infermieri e operatori socio-sanitari da destinare all'emergenza-urgenza e alla riduzione delle liste d'attesa (altre 200 assunzioni sono in programma nel 2016).

Mettere a posto i conti e razionalizzare il sistema non è stata e non poteva essere un'operazione da ragionieri: esiste un problema di sostenibilità economica del sistema e chi lo ignora o insegue illusioni o sta scaricando i costi sulle generazioni future.

Non dimentichiamo che tutti i dati di economia sanitaria dimostrano che le Regioni che spendono di più non sono quelle che garantiscono la qualità migliore dei servizi, mentre la riduzione dei costi (purché non fatta con tagli lineari o attraverso la riduzione del personale, ma aggredendo le sacche di inefficienza) consente di migliorare **la qualità, l'efficienza, la sicurezza dei pazienti**.

Tutto ciò che non facciamo in modo razionale e rigoroso si trasforma in risorse tolte alle cure per i cittadini.

Questi sono i principi che hanno guidato il nostro operato, animati esclusivamente dalla volontà di restituire dignità alla sanità del Piemonte, mettendo al centro la salute e la sicurezza dei cittadini.



USCIRE DAL PIANO DI RIENTRO È POSSIBILE: IL CASO DELLA REGIONE ABRUZZO

di Silvio Paolucci

Assessore Regionale alla Programmazione Sanitaria,
Economica e Finanziaria della Regione Abruzzo

Nel 2005 il disavanzo della Regione Abruzzo era pari a circa un miliardo e 200 milioni di euro. L'11 settembre del 2008 "considerata la situazione di crisi istituzionale (omissis) in conseguenza della quale possono risultare gravemente compromessi l'ordinato svolgimento delle funzioni assistenziali e conseguente, nel loro ambito, la tutela dei livelli essenziali delle prestazioni e l'attuazione di tutti gli interventi di risanamento (omissis) previsti dal piano di rientro e tutt'ora in corso di implementazione" con delibera del Consiglio dei Ministri la Regione Abruzzo è stata commissariata.

Toccato il fondo non si poteva che risalire e da quella data a oggi la Regione ha visto prima azzerarsi il disavanzo di esercizio (con un conto economico consolidato che già nel 2011 tornava in utile) e nel 2014 per la prima volta ha ottenuto l'adempimento pieno in materia di punteggio Lea. Per il resto i dati riportati nel presente articolo parlano da soli rispetto al progressivo risanamento di tutti i principali indicatori della Griglia Lea.

I numeri sono dalla nostra parte, ciononostante la Regione Abruzzo non è ancora ufficialmente uscita dalla

fase di commissariamento. Sono fra coloro che ritengono inopportuno anche solo ritardare un successo oggettivo. Anche perché a godere del successo è il Paese, perché si premia il merito. Ritengo anche, però, che il merito vada verificato severamente fondandosi su dati oggettivi. Proprio per questo stiamo lavorando alacremente con i Ministeri affiancanti per condividere ogni atto e ogni dato perché il successo possa essere monitorato. Per quanto ci riguarda ritengo avviata la procedura di uscita dal commissariamento da ottobre 2015 e spero sinceramente che, con la collaborazione di tutti, possa chiudersi presto. Il contesto macroeconomico italiano ed europeo non ci fa dormire sonni tranquilli. La crescita c'è, ma è lenta: nonostante gli sforzi (vedi il *Quantitative Easing*) è ragionevole ipotizzare che non sarà semplice reperire risorse finanziarie. Crescendo ed evolvendosi il fabbisogno di assistenza, il nostro obiettivo deve essere quello di ridisegnare un nuovo modello di sviluppo sostenibile del Servizio sanitario abruzzese, affinché possa *competere* con i modelli delle Regioni più avanzate e proporsi come riferimento per altre Regioni caratterizzate da un contesto socioeconomico e sanitario simile al nostro.

Il Sistema sanitario regionale è un sistema complesso quanto il corpo umano la cui salute è chiamato a tutelare. Proprio come il corpo umano, il Ssr è caratterizzato da una propria *anatomia*, ovvero le caratteristiche fisiche della propria infrastruttura (tra cui i suoi punti di erogazione), e da una propria *fisiologia*, ovvero i processi che regolano le modalità con cui il Servizio viene erogato.

Alla luce della Legge di stabilità, le Regioni da controllate dovranno dimostrare di saper essere controllori e il Sistema, dopo aver riqualificato la propria capacità di programmare, dovrà potenziare i propri meccanismi di controllo e riqualificare la gestione.

Anche in questo caso val la pena prendere ad esempio come fa il corpo umano ad autoregolarsi: in un sistema ad anello chiuso, i centri di controllo ricevono dati in *input*, li valutano rispetto a un riferimento (uno standard) e agiscono di conseguenza aggustando la mira. In sintesi, penso sia impossibile autoregolarsi senza disporre dei dati necessari per monitorare costantemente gli esiti della cura, le prestazioni erogate al paziente e ciò che ha vissuto (la *patient experience*) nonché i fattori produttivi impiegati.

Per mettere al sicuro il Servizio sanitario regionale garantendone uno sviluppo sostenibile penso sia, inoltre, necessario trovare le risorse finanziarie per rinnovare l'anatomia della nostra infrastruttura sanitaria iniziando proprio da tutti quegli stabili che, date le loro dimensioni e il loro *layout*, sono essi stessi causa di inefficienza (intaccando la fisiologia del sistema) e investire maggiori risorse e attenzione all'esito della cura e all'esperienza vissuta dal paziente nell'evolversi della patologia per cui chiede assistenza e cura. Il D.M. 70/2015 ci concede una grande opportunità in termini di razionalizzazione. Purtroppo però il Decreto non può affrontare il tema dell'anatomia attuale della nostra infrastruttura. Il patrimonio immobiliare ricevuto in eredità non dipende da noi. Non tutti gli stabili sono pronti per ospitare una concentrazione di casistica. Allo stesso modo alcune delle strutture che non avranno più un ruolo nella rete ospedaliera non sempre possono essere riconvertite in efficienti strutture per l'assistenza residenziale territoriale. Ad esempio ho avuto modo di verificare in prima persona come, a causa dei vecchi *layout*, aprire

una Rsa in un vecchio ospedale genererebbe un fabbisogno di personale assistenziale prevalentemente destinato al presidio degli spazi più che alla cura dei pazienti, generando dei costi irrazionali, data la tipologia di assistenza erogata.

A tal proposito ritengo sia necessario valutare, sia a livello regionale sia a livello nazionale, quali siano gli strumenti a disposizione per avviare un grande progetto di rinnovamento del patrimonio immobiliare. È necessario velocizzare gli investimenti in infrastrutture e tecnologie, ma per farlo da un lato avrei bisogno di capire meglio la ripartizione tra proponente e Asl/Regione dei possibili rischi connessi allo sviluppo di progetti di investimento in sanità e, dall'altro, la previsione del codice degli appalti che fissa il termine perentorio di tre mesi per la valutazione delle proposte di *project financing*.

In merito al primo tema, penso che si debba valutare l'opportunità di convincere i nostri partner europei che gli investimenti pubblici per l'edilizia sanitaria debbano essere tirati fuori dal Patto di stabilità in quanto propedeutici per l'efficientamento del sistema (anche perché in questo modo si eviterebbe di ricorrere al *project financing* in modo improprio). Per quanto riguarda invece il secondo tema, sono d'accordo nel sollecitare la burocrazia quando si tratta di asciugare inutili e costosi formalismi, ma la valutazione di un *project* implica competenze tecniche, giuridico-amministrative ed economico-finanziarie pari a quelle necessarie per la redazione del progetto, competenze che non è scontato siano disponibili in Asl o in Regione.

Senza sottovalutare, tra l'altro, la sfida lanciata dal nuovo codice dei contratti pubblici in tema di monitoraggio e controllo sull'attività del concessionario (secondo modalità definite dall'Anac), verificando in particolare la permanenza in capo all'operatore economico dei rischi trasferiti.

Per quanto ci riguarda, nel prossimo futuro miriamo ad avviare la realizzazione di una rete moderna di ospedali efficienti, caratterizzata da *layout* adeguati e sicuri dotati di tecnologie appropriate rispetto al fabbisogno di prestazioni della popolazione assistibile. Il sistema sanitario, oltre che dall'anatomia dei punti di erogazione, è condizionato anche dalla qualità dei pro-

cessi (dalla *fisiologia*) che a sua volta è condizionata dall'esperienza degli operatori. Disporre di Percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali (Pdta) efficienti e codificati condivisi con professionisti penso sia un passaggio necessario per il nostro Servizio sanitario regionale. Possibilmente dovrebbero essere Pdta che dettagliano le procedure ospedaliere, ma anche il percorso assistenziale extra ospedaliero. Penso al National Institute for Health and Care Excellence inglese che rende di dominio pubblico informazioni sulle patologie e sui percorsi di cura per ogni patologia *evidence-based*. Disporre sia di Pdta condivisi, sia di costi standard rappresenta il futuro del Ssn. Disporre di costi standard non conoscendo le quantità necessarie potrebbe sfociare in una corsa alla riduzione dei prezzi e al contestuale aumento delle quantità. Penso che la definizione di Pdta debba risalire prepotentemente nell'agenda della mia Regione fino a diventare compito quasi unico dell'Agenzia regionale.

Una buona anatomia e una corretta fisiologia del Ssr condizionano prima di tutto gli esiti delle prestazioni erogate. Io personalmente sono convinto che pazienti trattati in punti di erogazione caratterizzati da alti volumi di prestazioni, in generale, ottengano risultati migliori. Per molte procedure complesse ci sono studi affidabili e largamente accettati che collegano i migliori risultati a volumi più elevati, confermando questa affermazione, anche se la relazione di causa ed effetto tra alti volumi e alta qualità sia ancora un *black*

box dal punto di vista statistico. Penso che sia la politica, in questo caso, a doversi prendere una responsabilità, concentrando casistica e, più in generale, ritengo che, a oggi, si parla sempre troppo poco di esiti. Se non si parla di questo, allora non si sta facendo sanità. La sollecitazione a occuparci più di sanità e meno di costi dovrebbe spingere tutti noi a parlare di *outcome*. La priorità di un sistema sanitario sano dovrebbe essere quella di garantire a tutto il Paese gli stessi *outcome*. Oggi sono i casi di cronaca a motivare le indagini del Ministero. Penso che, a livello nazionale, verosimilmente l'Agenas debba concentrare la propria attività proprio su *outcome* e *audit* clinici, perché di questo abbiamo tutti bisogno.

Infine, ritengo debba essere data più importanza all'esperienza del paziente. L'economia mondiale parla sempre più di *customer experience*. Noi dobbiamo iniziare a parlare di *patient experience*, ovvero dell'esperienza che il paziente vive interfacciandosi con il Ssr.

I bisogni e le aspettative del paziente sono cambiati nel tempo: termini come *patient empowerment* e *patient activation* sono quanto mai attuali. Il paziente è ormai parte attiva del processo di cura: si informa tramite molteplici canali, ricerca autonomamente prestazioni/servizi, ma, soprattutto, ama confrontarsi e condividere le proprie esperienze. Tuttavia spesso quello che pensa il paziente e il valore che questi associa all'esperienza sanitaria vengono messi in secondo piano. Il tempo di attesa, le lamentele, le cause attivate dai pazienti sono la parte direttamente connessa alla negativa esperienza che questi e il relativo *caregiver* maturano venendo a contatto con il Ssr.

È mia opinione che la Regione, gli operatori, in particolare i medici, debbano evolvere le loro capacità di interfacciarsi con il paziente. A maggior ragione in un mondo che vedrà crescere costantemente le patologie cronico degenerative.

In sintesi, credo che il nostro Sistema sanitario regionale debba impegnarsi:

- nel garantire la necessaria trasparenza rispetto all'impiego delle risorse, aumentando la quantità di dati condivisi a livello regionale e nazionale;
- nel rinnovare l'infrastruttura immobiliare che ormai condiziona con i suoi *layout* obsoleti le potenzialità di efficienza del sistema;



- nel condividere i Pdta da affiancare ai costi standard come strumento per la riduzione selettiva degli sprechi;
- nel rimettere al centro del dibattito nazionale gli *outcome*, investendo sugli *audit* clinici;
- nel porre maggiore attenzione al paziente e alla sua esperienza nel corso dell'evolversi della sua patologia.

A queste voci ne va aggiunta ancora una, fondamentale: l'importanza delle competenze e del rinnovo delle stesse in un settore strategico come il Servizio sanitario nazionale. I Piani di rientro ci hanno insegnato che il confronto costruttivo con il controllore, il Tavolo di verifica nazionale, associato alla collaborazione con soggetti terzi e competenti aiuta quanto meno a scardinare antichi pregiudizi che, a volte, caratterizzano le strutture dirigenziali locali, apportando una ventata di freschezza e oggettività.

Un esempio su tutti: in Regione Abruzzo, mi dicono, si può (qualcuno dice "si deve") assumere perché siamo molto sotto il limite fissato dalla Legge 191/2009 pari al valore di spesa del 2004 diminuito del 1,4%. Chi fa questa affermazione non aggiunge alcuna valutazione sulla quantità di personale per unità di prodotto/prestazione. In Abruzzo si è passati da un tasso di ospedalizzazione standardizzato (ordinario e diurno) per 1.000 residenti di circa 254 nel 2006 a 154 nel 2014 (riducendo il totale dei ricoveri in regime ordinario ad alto rischio di inappropriatezza del 66%). Penso che sia arrivato il momento di scendere di un livello e di replicare gli stessi strumenti usati in Regione nelle singole Asl e per questo condivido l'approccio della Legge di stabilità perché la Regione Abruzzo quello che poteva fare lo ha fatto. A tal proposito aggiungo che il livello nazionale debba aiutarci a rinforzare le strutture regionali e locali con competenze fresche e adeguate.

L'EVOLUZIONE DEL RISULTATO ECONOMICO E DEGLI INDICATORI DELLA GRIGLIA LEA

GRAFICO 1. EVOLUZIONE DEL FSR E DEL RISULTATO DI ESERCIZIO

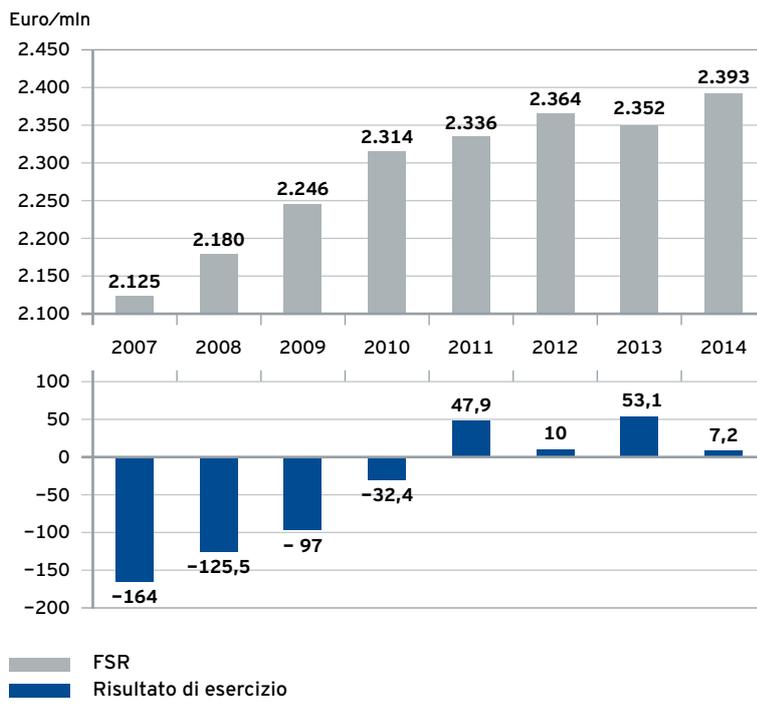
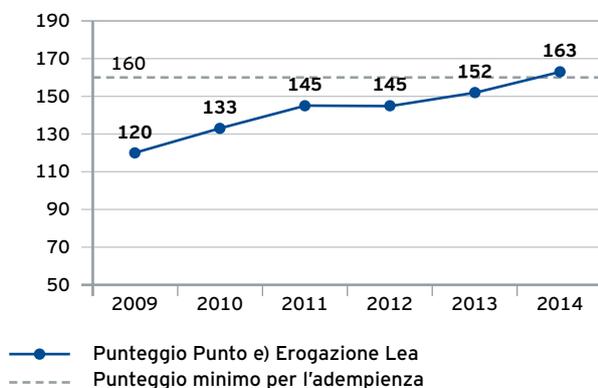
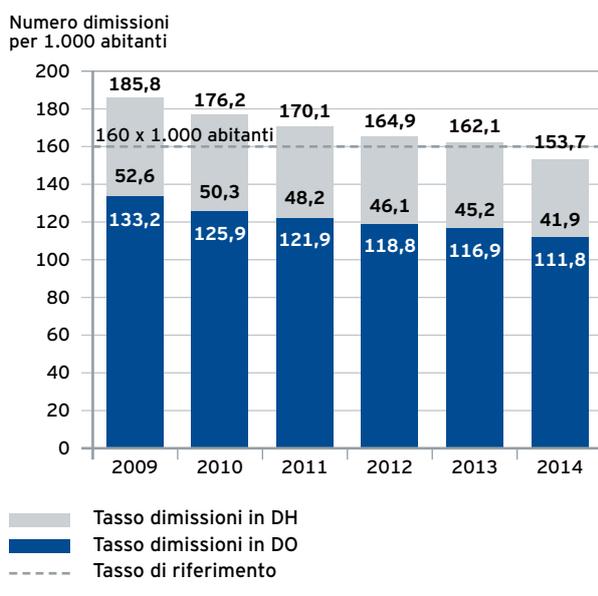


GRAFICO 2. EVOLUZIONE DEL PUNTEGGIO LEA



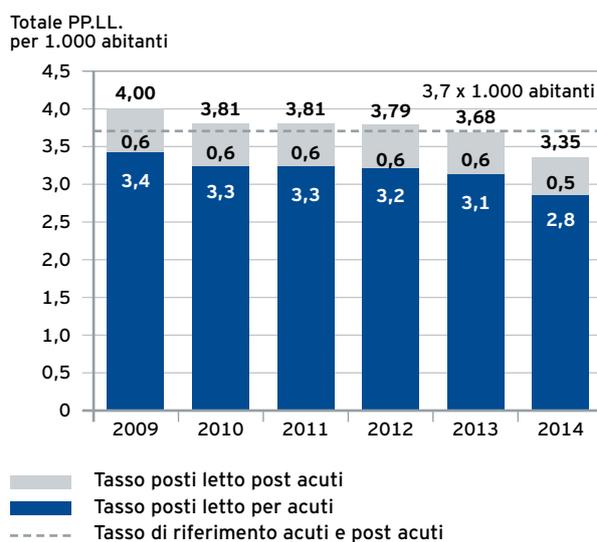
La Regione Abruzzo, nel periodo 2007-2014, ha conseguito un equilibrio economico strutturale insieme a un miglioramento nei punteggi assegnati per l'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza (Lea) con il raggiungimento nel 2014 del punteggio di adempienza piena.

GRAFICO 3. EVOLUZIONE DEL TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE



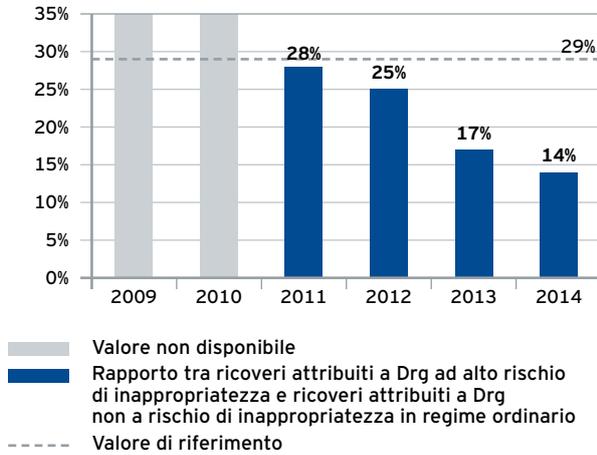
Il tasso di ospedalizzazione, pari nel 2009 a 186 per 1.000 abitanti, mostra un continuo decremento nel periodo 2009-2014.

GRAFICO 4. EVOLUZIONE DEI POSTI LETTO (PP.LL.)



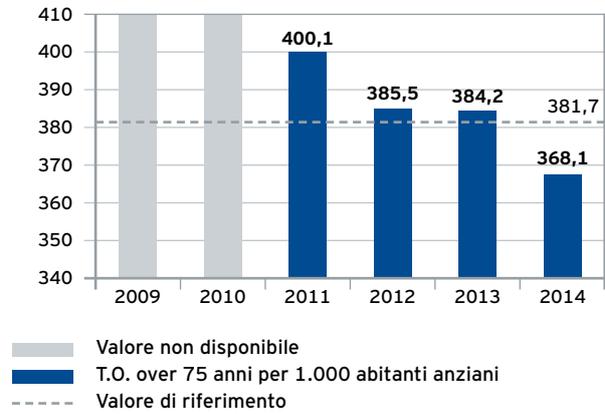
L'offerta di posti letto, per l'anno 2014, è di 2,84 per 1.000 abitanti per le acuzie e 0,51 per 1.000 abitanti per le post acuzie.

GRAFICO 5. APPROPRIATEZZA



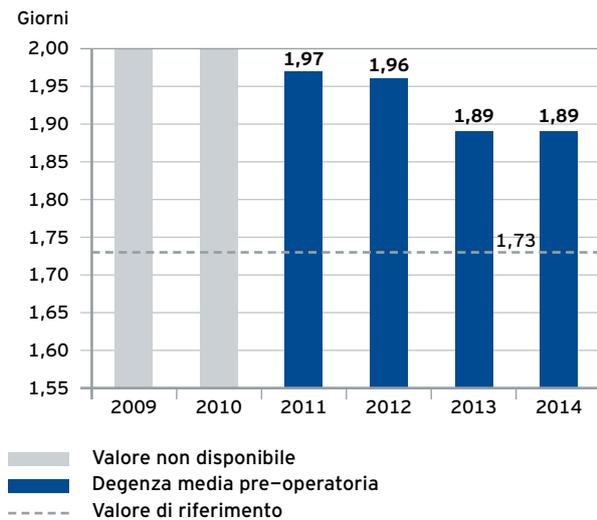
Nel periodo 2011-2014, il rapporto tra ricoveri attribuiti a Drg ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a Drg non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario è costantemente diminuito

GRAFICO 6. TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE - ANZIANI OVER 75



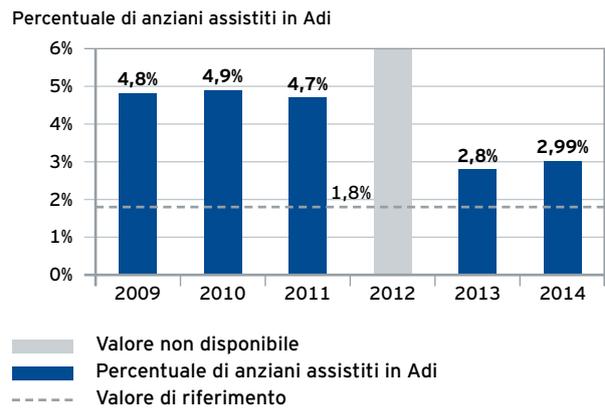
La Regione Abruzzo a partire dal 2011 evidenzia un tasso di ospedalizzazione per anziani over 75 in continua diminuzione.

GRAFICO 7. DEGENZA MEDIA PRE-OPERATORIA



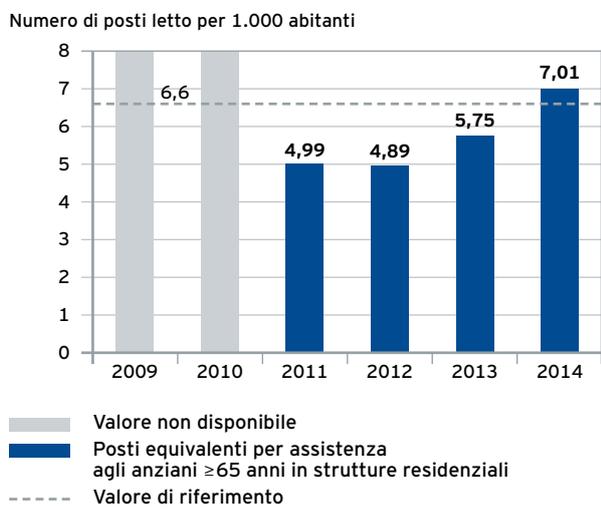
Degenza media pre-operatoria pari a 1,89, in diminuzione nel periodo 2011-2014.

GRAFICO 8. ASSISTENZA DOMICILIARE



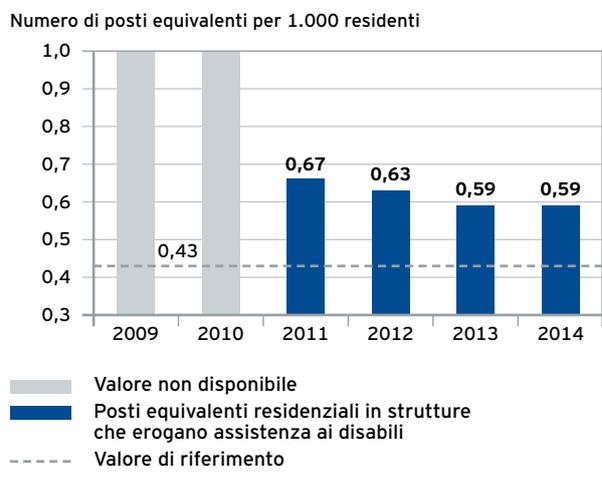
La Regione Abruzzo presenta, per l'anno 2014, una percentuale di anziani assistiti in Adi pari a 2,99%.

GRAFICO 9. ASSISTENZA RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE



Numero di posti letto equivalenti per assistenza agli anziani over 65 pari a 7,09 posti letto per 1.000 abitanti.

GRAFICO 10. ASSISTENZA RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE



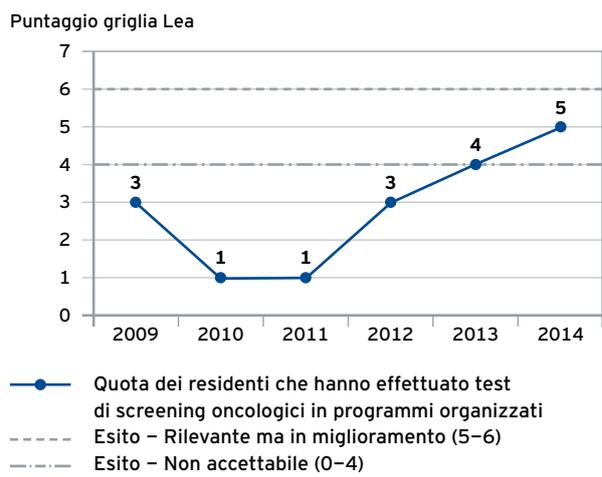
Numero di posti letto equivalenti residenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili pari a 0,59 posti letto per 1.000 abitanti.

GRAFICO 11. LA RETE TERRITORIALE - EMERGENZA-URGENZA



Nel periodo 2010-2014, il tempo d'intervento risulta essere al di sopra degli standard (pari a 18) per tutti gli anni. A partire dal 2012 si riporta una diminuzione di tali tempi.

GRAFICO 12. LA PREVENZIONE



La Regione Abruzzo a partire dal 2012 evidenzia un incremento costante che nel 2014 attesta la Regione nella fascia "Rilevante ma in miglioramento".

DALLA RIDUZIONE DELLA SPESA ALLA GARANZIA DEI LEA, IL PERCORSO DELLA REGIONE CAMPANIA



di **Joseph Polimeni**, Commissario *ad acta* per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del Ssr Campania
Claudio D'Amario, Sub Commissario Unico per l'attuazione del vigente Piano di Rientro dai disavanzi del Ssr Campania
Antonio Postiglione, Direttore Generale Tutela per la Salute e Coordinamento del Servizio Sanitario Regionale
Antonella Guida, Dirigente Medico Componente Nucleo Tecnico di supporto alla Struttura Commissariale
Lara Natale, Dirigente Avvocato Componente Nucleo Tecnico di supporto alla Struttura Commissariale

Per i disavanzi di gestione maturati negli anni 2000, la Regione Campania è sottoposta dal marzo 2007 al "Piano di rientro dal deficit sanitario" e, a causa dell'inadempiamento degli obblighi ivi assunti, dal 24 luglio 2009 è stata sottoposta a commissariamento ai sensi dell'art. 4, comma 2, del D.L. n. 159 del 1° ottobre 2007, convertito con modificazioni dalla legge n. 222 del 29 novembre 2007.

L'intesa Stato-Regioni e Province Autonome del 23 marzo 2005, attuativa dell'art. 1, comma 180, della legge 311/2004, prevedeva l'obbligatorietà del Piano di rientro nel caso in cui la Regione avesse presentato un disavanzo non inferiore al 7% del proprio finanziamento, percentuale poi ridotta al 5% o al minor valore del gettito fiscale a copertura del disavanzo. Dal 2012 il disavanzo è sceso sotto la soglia di cui sopra, nel 2013 e nel 2014 si è passati a un risultato positivo. Pertanto, allo stato dei dati disponibili, a oggi non sussisterebbero più le condizioni per il primo ingresso in

Piano di rientro e la Regione potrebbe riproporre un programma operativo per l'uscita dalla fase di commissariamento.

A tale risultato si è pervenuti attraverso un'articolata serie di atti di programmazione di carattere sanitario o più specificamente economico-finanziario: è stato necessario ottenere un forte e costante governo della spesa sanitaria per il necessario progressivo rientro nei parametri di legge. Tale obiettivo è stato raggiunto mediante uno sforzo coordinato di carattere prevalentemente economico-gestionale con ricadute sugli aspetti organizzativi e assistenziali che sono passati quasi in secondo piano rispetto all'obbligo di adempimento primario, ma che hanno generato sofferenze e criticità in una regione nella quale spesso la sanità ha assunto un ruolo impropriamente vicariante di un welfare insufficiente e nella quale i principali indicatori demografici, sanitari e socio-economici esprimono una crescente difficoltà e sopravvenute disequità.

Con Delibera del Consiglio dei Ministri dell'11 dicembre 2015 veniva nominato l'attuale Commissario *ad acta* Joseph Polimeni per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del Ssr affiancato dal Sub Commissario Unico Claudio D'Amario, con l'assegnazione di specifici *acta*, diretti prevalentemente al soddisfacimento dei bisogni sanitari e alla prioritaria garanzia dei Lea. Questa seconda fase del Commissariamento regionale ha riposizionato dunque l'attenzione della strut-

tura commissariale verso l'aspetto sanitario, senza però disattendere agli obiettivi economico-finanziari, piuttosto ricollocandoli sulla strada dell'appropriatezza e della riorganizzazione funzionale. L'opportunità di produrre i nuovi Programmi operativi e rilevanti strumenti di programmazione, quali il Riordino della rete ospedaliera in adesione al D.M. 70/2015, permettono d'ora in poi di imprimere un'impronta di governo più orientata al bene *salute*.

LA PRIMA FASE DEL COMMISSARIAMENTO: GLI INTERVENTI PIÙ RILEVANTI

La prima fase del commissariamento è stata caratterizzata da numerosi interventi di natura economico-finanziaria e riorganizzativa, tra cui:

- la consistente riduzione, negli ultimi quattro anni, del debito del Ssr con i conseguenti effetti positivi sia in termini di riduzione di interessi e spese legali sia di riduzione dei tempi medi di pagamenti;
- l'azzeramento in anticipo del disavanzo sanitario, previsto nei programmi operativi nell'esercizio 2015;
- l'adozione nel 2011 del Piano sanitario regionale validato dal Ministero della salute;
- il piano di riordino ospedaliero e il riassetto della rete territoriale e rientro nello standard complessivo di posti letto ospedalieri vigenti;
- la rideterminazione dei fondi contrattuali integrativi del personale e rispetto del blocco del turn over

conseguente alle specifiche disposizioni nazionali e decreti attuativi commissariali;

- la realizzazione del percorso di accreditamento istituzionale delle strutture private;
- il miglioramento delle funzioni contabili e gestionali delle Aziende sanitarie;
- l'attuazione del piano dei pagamenti del debito sanitario, ai sensi sia della normativa regionale DCA 12/2011 che nazionale D.L. 35/2013 e successive modifiche e integrazioni;
- l'avvio delle attività di ricognizione e valutazione del contenzioso in essere presso i singoli enti del Ssr, ai fini della verifica di congruità dei fondi per rischi e oneri appostati dai singoli enti e quindi a livello consolidato.

ANDAMENTO DEL RISULTATO ECONOMICO

Particolarmente significativo risulta essere il contenimento della spesa relativa al personale e alla farmaceutica convenzionata che al 31 dicembre 2014 rispetto al 2009 rilevano un decremento rispettivamente di circa il 16% e del 21%.

Il costante trend positivo rilevato dal 2007 è determinato altresì dalla incisiva azione indirizzata al maggior governo di alcuni settori di attività quali l'assistenza da privati provvisoriamente accreditati, l'acquisizione di taluni beni e servizi che, notoriamente, presentano un trend di forte crescita e una incisiva azione di monitoraggio e vigilanza amministrativo-contabile sulla gestione delle Aziende sanitarie e ospedaliere.



ANDAMENTO DEL RISULTATO DI ESERCIZIO

RISULTATI DI GESTIONE

ESERCIZIO	RISULTATO ECONOMICO DA CE (AL NETTO VOCE AA0080)	COSTI CAPITALIZZATI E AMMORTAMENTI	RISULTATO DI GESTIONE (DA TAVOLO DI VERIFICA)	Δ ESERCIZIO PRECEDENTE / ESERCIZIO IN CORSO
Consuntivo 2007	-917	-54	-863	-
Consuntivo 2008	-890	-63	-827	-36
Consuntivo 2009	-853	-80	-773	-54
Consuntivo 2010	-594	-97	-497	-276
Consuntivo 2011	-260	-15	-245	-252
Consuntivo 2012	-85	Dal 2012 sono inclusi nel risultato da CE	-85	-160
Consuntivo 2013	9		9	-94
Consuntivo 2014	183		128	-119
Stima Prec. 2015	154		n.d.	n.d.

Valori in milioni di euro

Si consideri che:

- il risultato economico relativo al consuntivo 2012 e 2013 è al netto della quota di risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura Lea (quote manovre fiscali relative a Irapp e Addizionale Irpef destinate a sanità) pari rispettivamente a **233 e 54 milioni di euro**;
- sulla base di quanto certificato dal tavolo di verifica degli adempimenti nella seduta del 5 novembre 2015, in sede di consuntivo 2014 non si è reso necessario ricorrere a quote di risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura Lea, stante l'avanzo di gestione del Ssr valutato dallo stesso tavolo di verifica in **128 milioni di euro** rispetto a **183 milioni di euro** per effetto della rettifica della somma delle aziende in utile pari a **55 milioni di euro**;
- la stima del risultato relativo all'esercizio 2015 è stata effettuata sulla base dei dati allo stato disponibili, in corso di elaborazione per la trasmissione del CE consolidato del IV trimestre 2015 sulla piattaforma ministeriale Nsis (scadenza 15 febbraio 2016).

CONFRONTO RISULTATO ECONOMICO DA CE VS PREVISIONI PO

	Risultato Economico da CE	Programma Operativo	Δ Consuntivo-PO
€/mln	a	b	c=a-b
Anno 2009	-853	-514	-339
Anno 2010	-594	-341	-253
Anno 2011	-260	-171	-89
Anno 2012	-85	-174	89
Anno 2013	9	-64	73
Anno 2014	183	240	-57
Stima Prec 2015	154	417	-263

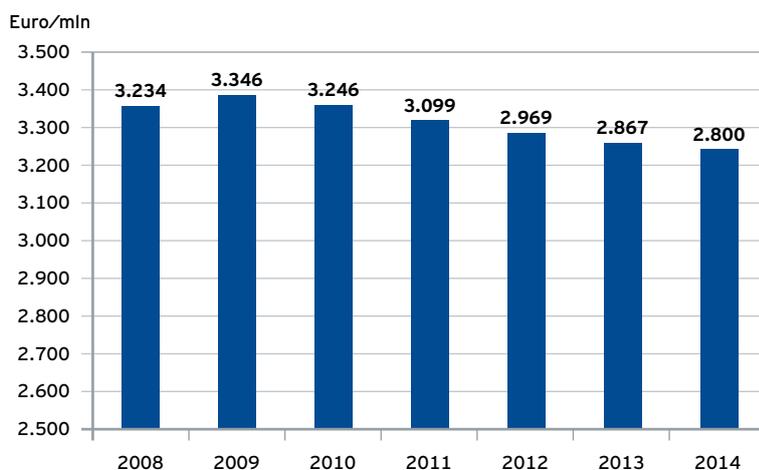
L'andamento della spesa per il personale dipendente e assimilati e la farmaceutica convenzionata rappresentano circa il 36% di tutta la spesa sanitaria per il periodo 2008-2014.

COSTO DEL PERSONALE DIPENDENTE E ASSIMILATO

COSTO DEL PERSONALE

Voce CE	Milioni di euro	Costo del personale
Consuntivo 2008	A	3.234
Consuntivo 2009	B	3.346
Consuntivo 2010	C	3.246
Consuntivo 2011	D	3.099
Consuntivo 2012	E	2.969
Consuntivo 2013	F	2.867
Consuntivo 2014	G	2.800
Δ (%) Consuntivo 2014 / Consuntivo 2008	I=G-A (%)	-13%
Δ (%) Consuntivo 2014 / Consuntivo 2009	L=G-B (%)	-16%
Δ (%) Consuntivo 2014 / Consuntivo 2010	M=G-C (%)	-14%
Δ (%) Consuntivo 2014 / Consuntivo 2011	N=G-D (%)	-10%
Δ (%) Consuntivo 2014 / Consuntivo 2012	O=G-E (%)	-6%
Δ (%) Consuntivo 2014 / Consuntivo 2013	P=G-F (%)	-2%

GRAFICO 1. COSTO PERSONALE



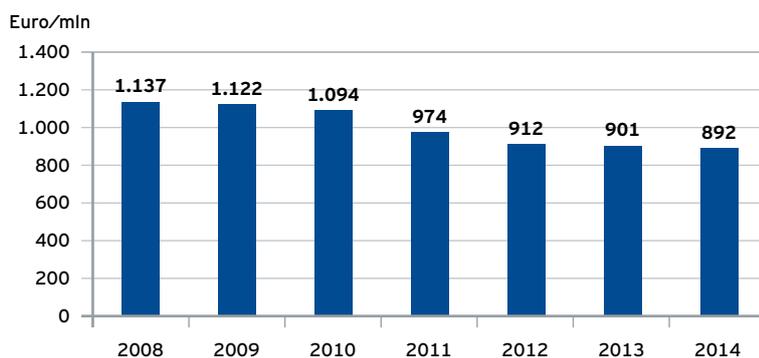
Dal grafico emerge una costante riduzione dei costi del personale dipendente e assimilati nel periodo 2009-2014. Infatti, se si considerano i dati consuntivi al 31 dicembre 2014 emerge rispetto al 2009 una riduzione complessiva in termini percentuali del 16% pari a circa 546 milioni di euro e rispetto al 2013 una riduzione in termini percentuali del 2% pari a circa 67 milioni di euro.

SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA

FARMACEUTICA CONVENZIONATA

Voce CE	Milioni di euro	Farmaceutica convenzionata
Consuntivo 2008	A	1.137
Consuntivo 2009	B	1.122
Consuntivo 2010	C	1.094
Consuntivo 2011	D	974
Consuntivo 2012	E	912
Consuntivo 2013	F	901
Consuntivo 2014	G	892
Δ (%) Consuntivo 2014 / Consuntivo 2008	I=G-A (%)	-22%
Δ (%) Consuntivo 2014 / Consuntivo 2009	L=G-B (%)	-21%
Δ (%) Consuntivo 2014 / Consuntivo 2010	M=G-C (%)	-18%
Δ (%) Consuntivo 2014 / Consuntivo 2011	N=G-D (%)	-8%
Δ (%) Consuntivo 2014 / Consuntivo 2012	O=G-E (%)	-2%
Δ (%) Consuntivo 2014 / Consuntivo 2013	P=G-F (%)	-1%

GRAFICO 2. FARMACEUTICA CONVENZIONATA



Considerando il consuntivo 2014 il costo della spesa farmaceutica è pari a circa 892 milioni di euro che, rispetto al 2009, ha registrato una riduzione in termini percentuali del 21% pari a circa 230 milioni di euro e, rispetto al 2013, una ulteriore riduzione in termini percentuali dell'1% pari a circa 9 milioni di euro.

Nel 2014, pur riducendosi la spesa dell'1% circa rispetto al 2013, la Regione ha visto peggiorare la propria posizione in graduatoria a livello nazionale. Si è verificata una riduzione intorno al 3%.

INCIDENZA DELLE PRINCIPALI VOCI DI COSTO

Costo del personale dipendente e assimilati

La gestione del personale è stata oggetto di continuo e intenso monitoraggio da parte della Regione, tanto da risultare il settore oggetto di maggiore razionalizzazione e fonte di economie come di seguito riportato.

COSTO DEL PERSONALE

Regione Campania	Contributi FSR	Costo del Personale	Incidenza
Anno 2007	8.629.218	3.172.583	37%
Anno 2008	8.983.164	3.233.951	36%
Anno 2009	9.187.942	3.346.068	36%
Anno 2010	9.317.385	3.246.336	35%
Anno 2011	9.479.261	3.099.035	33%
Anno 2012*	9.530.035	2.964.565	31%
Anno 2013*	9.452.202	2.867.121	30%
Anno 2014*	9.875.645	2.799.615	28%
Anno 2015	In corso di acquisizione		

* A partire dal 2012 il FSR è considerato al lordo della mobilità extra-regionale. Per uniformità di confronto con gli anni precedenti il FSR è riportato al netto della suddetta mobilità.

L'incidenza del costo del personale rispetto ai contributi FSR è passata dal 37% del 2007 al 28% del 2014.

Non si può non rilevare, però, che alla riduzione del costo del personale fanno riscontro le più volte evidenziate criticità dovute alla carenza di personale in tutti i settori che rendono difficilmente attivabili nuove attività. Di fatto figure come anestesisti, cardiologi, medici di pronto soccorso, neurologi, neurochirurghi, neuroradiologi non si possono recuperare con trasferimenti di altre figure.

Costo beni e servizi

COSTO DI BENI E SERVIZI

Regione Campania	Contributi FSR	Costo di Beni e Servizi	Incidenza
Anno 2007	8.629.218	2.021.607	23%
Anno 2008	8.983.164	2.175.187	24%
Anno 2009	9.187.942	2.257.611	25%
Anno 2010	9.317.385	2.186.839	23%
Anno 2011	9.479.261	2.156.256	23%
Anno 2012*	9.530.035	2.215.398	23%
Anno 2013*	9.452.202	2.274.044	24%
Anno 2014*	9.875.645	2.406.267	24%
Anno 2015	In corso di acquisizione		

* A partire dal 2012 il FSR è considerato al lordo della mobilità extra-regionale. Per uniformità di confronto con gli anni precedenti il FSR è riportato al netto della suddetta mobilità.

L'incidenza del costo per acquisti di beni e servizi risulta costante per il periodo considerato assestandosi intorno al 24%.

Prestazioni da privato

PRESTAZIONI DA PRIVATO

Regione Campania	Contributi FSR	Prestazioni da privato	Incidenza
Anno 2007	8.629.218	1.918.626	22%
Anno 2008	8.983.164	1.968.189	22%
Anno 2009	9.187.942	2.052.186	22%
Anno 2010	9.317.385	2.174.407	23%
Anno 2011	9.479.261	2.210.861	23%
Anno 2012*	9.530.035	2.161.255	23%
Anno 2013*	9.452.202	2.226.940	24%
Anno 2014*	9.875.645	2.228.865	23%
Anno 2015	In corso di acquisizione		

* A partire dal 2012 il FSR è considerato al lordo della mobilità extra-regionale. Per uniformità di confronto con gli anni precedenti il FSR è riportato al netto della suddetta mobilità.

L'incidenza dei costi per le prestazioni da privato rispetto ai contributi FSR pari al 22% rispetto al 2009 è rimasta quasi costante nel periodo di riferimento.

DEBITO DEL SSR

A partire dal 2011 la Regione ha avviato con Decreto Commissariale 12/2011 e successive modifiche e integrazioni importanti azioni finalizzate a ricondurre a normalità i tempi medi di pagamento dei debiti del Ssr campano, nonché a rendere più rapide le relative procedure di liquidazione dei debiti.

Tali provvedimenti hanno avuto come risultato finale la stipula di accordi transattivi con le principali associazioni di categoria e/o con i fornitori singoli di maggior rilievo, determinando non solo il pagamento immediato totale e/o parziale di parte dei debiti in contanti, ma anche la rinuncia da parte degli stessi debitori a interessi e spese legali con un notevole risparmio, nonché lo svincolo delle somme sottoposte a pignoramento.

A oggi risultano sottoscritti 43 Accordi transattivi per un valore complessivo pari a circa 2,7 miliardi di euro con una previsione di risparmio su interessi e spese pari a circa 200 milioni di euro. A fronte di tali accordi hanno fatto istanza di pagamento circa 6.700 fornitori di cui oltre il 50% già verificati dalle Aziende sanitarie.

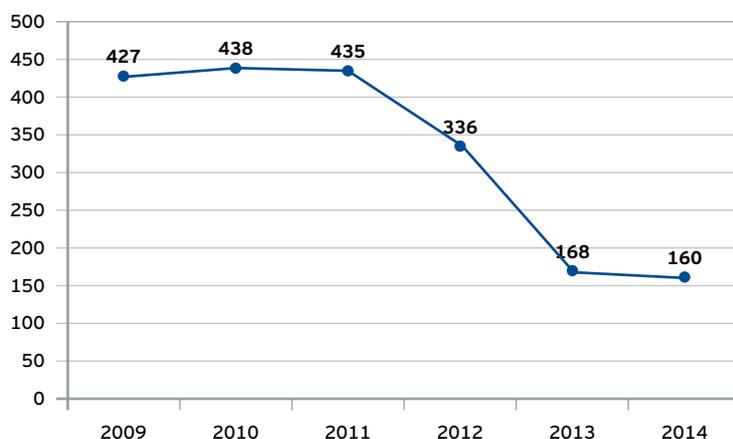
A tale risultato si è pervenuti in attuazione del Decreto Legge n. 35, convertito con modificazioni dalla Legge n. 64 del 6 giugno 2013, con il quale la Regione ha avuto accesso alla anticipazione di liquidità ottenendo l'erogazione di circa 1 miliardo e 950 milioni, di cui circa 957 milioni nel corso del 2013 e circa 993 milioni in data 27 giugno 2014.

Il prospetto e il relativo grafico di seguito riportati evidenziano l'andamento della stima dei tempi medi di pagamento per periodo 2009-2014 a livello consolidato di Ssr (si segnala l'utilizzo di un metodo di calcolo empirico, dato dal rapporto tra i Debiti commerciali e i Costi per beni e servizi moltiplicato per 360).

TEMPI MEDI DI PAGAMENTO

ESERCIZIO	TEMPI MEDI DI PAGAMENTO (GIORNI)
2009	427
2010	438
2011	435
2012	336
2013	168
2014	160

GRAFICO 3. TEMPI MEDI PAGAMENTO (GIORNI)



LA NUOVA FASE DEL COMMISSARIAMENTO: GLI STRUMENTI PER LA GESTIONE ORDINARIA

Nel prossimo futuro la Regione dovrà necessariamente continuare a svolgere rilevanti azioni per risolvere le criticità rilevate dal Tavolo tecnico e Comitato permanente per la verifica degli adempimenti, alcune delle quali identificate come specifici *acta* del neo Commissario, delle quali se ne riportano alcune di particolare rilievo:

- adozione e attuazione del piano di riorganizzazione della rete ospedaliera in coerenza con il fabbisogno assistenziale in attuazione del regolamento adottato con D.M. Salute del 2 aprile 2015;
- definizione e attuazione delle reti di specialità, tempo-dipendenti e di emergenza-urgenza;
- conclusione delle procedure di accreditamento degli erogatori e sottoscrizione dei contratti con gli operatori privati accreditati;
- razionalizzazione della spesa per acquisiti di beni e servizi in ottemperanza delle disposizioni vigenti;
- razionalizzazione e riqualificazione della spesa farmaceutica ospedaliera e territoriale;
- riorganizzazione e potenziamento delle attività di prevenzione in tutta la Regione Campania con particolare attenzione alla programmazione e all'attuazione degli interventi previsti dal D.L. 136/2013 e successive modifiche e integrazioni;
- prosecuzione e conclusione delle attività relative alla ricognizione del contenzioso in essere presso gli enti del Ssr e alla conseguente valutazione dei fondi per rischi e oneri appostati dai singoli enti e a livello bilancio consolidato Sanità; miglioramento dei flussi informativi (economico-produttivi), allo stato, non ancora del tutto sufficientemente rispondenti a requisiti di completezza, qualità e puntualità;
- ridefinizione dei Protocolli di intesa tra Regione e Università;
- potenziamento della produttività e della qualità dell'assistenza erogata dagli enti del Ssr.

Il documento *Programmi operativi 2016-2018* esprime le principali azioni e le manovre che la Regione intende perseguire nei prossimi tre anni, al fine di:

- realizzare il passaggio dalla gestione straordinaria commissariale del Ssr a quella ordinaria regionale,

dal momento in cui ne saranno realizzate le condizioni;

- mantenere l'equilibrio economico, finanziario e dei flussi di cassa;
- garantire e migliorare la qualità dei Lea;
- superare i punti aperti e le criticità espresse dal Tavolo tecnico e Comitato permanente per la verifica dei Lea e degli adempimenti.

La Regione, inoltre, dovrà necessariamente svolgere azioni specifiche per risolvere alcune criticità, in particolare:

- completamento della fase implementativa delle reti assistenziali, così come programmate;
- rimodulazione della rete ospedaliera, così da poter migliorare ed equilibrare l'offerta sia in termini di posti letto che in termini di riduzione del tasso di ospedalizzazione. In tale ambito dovrà tenersi conto delle disposizioni della legge 189/2012 e dell'Intesa della CSR del 5 agosto 2014 sull'applicazione dei nuovi standard per l'assistenza ospedaliera;
- garanzia dei Lea con interventi mirati a superare le carenze nell'erogazione rispetto a:
 - assistenza territoriale e domiciliare;
 - residenzialità extraospedaliera per anziani e disabili non autosufficienti (Rsa, Suap);
 - riabilitazione intensiva e lungodegenza post acuzie ospedaliera;
 - sanità e sicurezza alimentare, in particolare per gli alimenti di origine vegetale;
- garanzia di flussi informativi (economico-produttivi) non ancora rispondenti a requisiti di completezza, qualità e puntualità, tali da non permettere valutazioni precise e tempestive a supporto delle decisioni di governo del Ssr;
- ammodernamento tecnologico e reingegnerizzazione dei processi;
- riorganizzazione e potenziamento dei sistemi di controllo e monitoraggio;
- rivalutazione dei fabbisogni del personale con adeguate politiche di reclutamento e di valutazione, con determinazione dei fondi della contrattazione integrativa e contenimento dei costi delle prestazioni aggiuntive.



Nell'ultimo schema di certificazione 2014 inviato su piattaforma Lea a gennaio 2016 la Regione Campania si pone in una situazione di "adempiente con impegni su alcuni indicatori" con un punteggio pari a 139, per una serie di rilievi, in parte sopra descritti, rispetto al valore massimo di 160.

CONCLUSIONI

In tema di politica sanitaria, i dati e le proiezioni come sopra riportate illustrano un andamento della spesa indirizzato verso condizioni di equilibrio e di efficienza. Occorre dare atto che le misure prese con il Piano di rientro e la gestione commissariale hanno invertito la tendenza che, solo fino a pochi anni fa, sembrava correre nella direzione di progressive accelerazioni di spesa e di un incontrollabile aumento dell'indebitamento. La lettura *storica* della sanità, come sopra proposta è testimonianza di questo trend di risanamento anche se è fuori di dubbio che le criticità storiche della sanità campana non sono ancora tutte risolte.

Nonostante i notevoli progressi realizzati, occorre intervenire per il miglioramento dei livelli di assistenza sanitaria e del sistema dei controlli, nonché sul piano delle procedure contabili, degli adempimenti di rior-

ganizzazione amministrativa e di eliminazione delle residue inefficienze.

L'attuale programmazione vuole tendere a colmare il *gap* assistenziale, coniugando in un discorso unitario i dati epidemiologici regionali, i bisogni di salute della popolazione, la garanzia dei Lea per una delle Regioni più popolate d'Italia, nella quale un elevato indice di deprivazione rende più difficile garantire un buono stato di salute e dove i determinanti stessi di salute trovano una declinazione prevalentemente sfavorevole.

L'unitarietà della programmazione assistenziale troverà la sua espressione, infine, nel Piano sanitario regionale che, avrà, nel documento *Piano di riordino della rete ospedaliera* il fulcro della gestione della rete dell'emergenza/urgenza, con le necessarie reti tempo-dipendenti e di specialità, centrando lo standard atteso di 3,7 posti letto per 1.000 abitanti.

La ricostituzione dei posti letto post acuti - soprattutto per l'area della riabilitazione e della lungodegenza - permetterà di offrire una risposta assistenziale ospedaliera diffusa su tutta la filiera, svincolando gli ospedali per acuti dal collo di bottiglia costituito da una scarsa ricettività nelle aree della riabilitazione e della lungodegenza. La riconversione di alcuni posti letto e una dotazione aggiuntiva di nuovi posti letto, avvicineranno lo standard regionale allo 3,7 per 1.000 abitanti atteso.



LA LEGGE DI STABILITÀ 2016, UNA RIVOLUZIONE SILENZIOSA PER IL GOVERNO DELLA SPESA PUBBLICA

di Stefano Bonaccini

Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome

Da molti anni siamo abituati a parlare dei temi che riguardano la sanità facendo necessariamente riferimento al dato economico della spesa pubblica. È un fatto dovuto alla crescita della spesa sanitaria, ai diversi interventi delle precedenti finanziarie e alla netta sensazione che anche in sanità, come nel resto della pubblica amministrazione, esistano margini per una riduzione delle uscite e per azioni più decise per contrastare gli sprechi e le inefficienze.

La Legge di stabilità 2016 rappresenta un'inversione di rotta perché, in un momento comunque delicato per le finanze pubbliche, non rinuncia a incrementare il Fondo sanitario nazionale per l'anno corrente, ma soprattutto perché realizza una rivoluzione silenziosa proprio nei meccanismi di governo della spesa pubblica.

Il tema dei Piani di rientro è affrontato infatti con una logica e in una prospettiva nuove. Da un lato si continua a tenere sotto osservazione i conti regionali e non si abbandona l'impostazione basata sui Piani di rientro e sui ruoli commissariali con un confronto anche serrato ai Tavoli tecnici istituiti presso il Ministero dell'economia. Una strategia che ha consentito di monitorare e di controllare la spesa sanitaria e il

trend del disavanzo, come unanimemente riconosciuto da diversi organismi, non ultima la Corte dei Conti. Dall'altro lato con la Legge di stabilità 2016 l'ottica si sposta di più dalla dimensione regionale a quella aziendale: un approccio che restituisce alla Regione una forte responsabilità sul piano che le è più proprio, quello della programmazione e dell'indirizzo. Le Regioni dovranno entro il 30 giugno individuare le Aziende ospedaliere, quelle universitarie, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e gli altri enti che forniscono prestazioni di ricovero e cura (e dal 2017 tutte le Asl) che dovessero presentare uno scostamento superiore al 10 per cento fra i costi e i ricavi o che, in termini assoluti, superi i 10 milioni di euro, o che non rispettino i parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure.

Tra poco dovremo lavorare con i Ministeri della salute e dell'economia sulla metodologia per valutare tali scostamenti che sarà poi recepita in un decreto, così come entro il 30 giugno un'analoga concertazione dovrà riguardare i criteri di valutazione e le modalità di calcolo che le Regioni dovranno seguire per individuare Aziende, Presidi ed enti da sottoporre al Piano di rientro.



A quel punto quegli enti che risulteranno in disavanzo dovranno presentare un Piano di rientro (da realizzarsi in meno di tre anni) per riportare il sistema aziendale in equilibrio di bilancio. Un percorso la cui adeguatezza sarà poi valutata dalla Regione e diventerà quindi immediatamente esecutiva.

Non sfugge dunque il rovesciamento di fronte che porta le Regioni a giocare un ruolo diverso: da soggetto *controllato* a soggetto *controllore* e per ciò stesso ancora più responsabili delle proprie scelte di programmazione, anche perché occorrerà iscrivere nei bilanci regionali una quota di fondo sanitario corrispondente proprio agli scostamenti negativi riscontrati nei Piani di rientro aziendali.

Le Regioni avranno però in mano uno strumento formidabile contro ogni genere di pressione politica perché i contratti dei futuri Direttori generali dovranno prevedere la decadenza automatica nel caso in cui la prevista verifica annuale abbia dato esito negativo. È chiaro che occorre essere protagonisti di una nuova stagione. Il Fondo sanitario 2016 ha avuto un reale incremento rispetto al 2015 e le Regioni devono mettersi in gioco e dimostrare che le risorse pubbliche destinate alla sanità possono continuare a crescere stabilmente.

Dobbiamo metterci la faccia e dimostrare che le spese per la sanità, sul medio e lungo periodo, possono

persino rivelarsi come un investimento per migliorare la qualità della vita e ridare fiducia e sviluppo a un settore che comunque è fra i migliori in Europa.

Ci aspetta un lavoro faticoso e meticoloso, in cui privilegiare trasparenza, solidarietà ed efficienza.

Mi soffermo solo su sei direttrici: mobilità sanitaria, appropriatezza, Livelli essenziali di assistenza, revisione dei criteri di riparto, investimenti, efficacia della governance.

■ In Italia esiste un divario strutturale che rende purtroppo il Servizio sanitario profondamente differente fra una Regione e l'altra, ma anche all'interno di una stessa area fra una zona e un'altra. Dobbiamo stimolare il sistema, anche attraverso meccanismi di premialità regionale o accordi interregionali, affinché le eccellenze di ciascuna Regione (e ce ne sono di importanti in tutta Italia, anche nel Mezzogiorno) siano riconosciute prima di tutto dai cittadini. Occorre un Piano nazionale per abbattere la mobilità sanitaria che talvolta pregiudica in molte Regioni le chance di recupero finan-

ziario e le possibilità di colmare il divario. Ogni viaggio della speranza in più, verso altre regioni o peggio verso l'estero, è una sconfitta del Servizio sanitario nazionale. Se poi questi viaggi cominciano a riguardare non più l'alta specialità, ma anche attività routinarie allora vuol dire che ci troviamo di fronte ad aspetti patologici del sistema che vanno affrontati con decisione.

- Con il Ministro Lorenzin siamo assolutamente d'accordo sul fatto che vada chiusa rapidamente la partita dell'aggiornamento e della revisione dei Livelli essenziali di assistenza. È un terreno delicato che tocca da vicino molti aspetti della sanità italiana e in cui sarà importante un'azione di governance condivisa. Occorreranno, con tutta probabilità, scelte nette e responsabili che dovranno essere spiegate ai cittadini e una componente essenziale sarà rappresentata proprio dalla concordia istituzionale.
- Dobbiamo proseguire il percorso relativo all'appropriatezza. Ogni esame inutile pregiudica il diritto di un altro e allunga le liste di attesa; ogni farmaco prescritto senza che il paziente ne abbia effettivamente bisogno è un ostacolo lungo la strada della razionalizzazione della spesa; ogni prestazione inappropriata è un rischio per la salute del paziente; ogni acquisto errato sul piano dei presidi è un piccolo attentato alla qualità del Servizio sanitario. Ecco perché ritengo che quella dell'appropriatezza sia una battaglia di civiltà da portare avanti con il concorso di tutti: dalle istituzioni regionali a quelle centrali, dai medici ai cittadini stessi.
- Alla vigilia di ogni riparto annuale delle risorse destinate al Servizio sanitario, nella Conferenza delle Regioni (ancor prima che ne assumessi la presidenza) i presidenti del Mezzogiorno hanno chiesto la revisione dei criteri di riparto. È un'esigenza che - accanto a una maggiore valorizzazione dei costi standard - dobbiamo cominciare a prendere seriamente in considerazione, magari anche attraverso quote premiali che riconoscano, anno dopo anno, le migliori performance per il recupero del divario. Bisogna mettere in moto il sistema non comprimendo le eccellenze, ma portando verso l'alto i parametri qualitativi laddove questi fatichino anche solo a rispondere ai Livelli essenziali di assistenza.

Un miglioramento della sanità del Mezzogiorno è la migliore assicurazione per ulteriori sviluppi delle eccellenze in ogni regione del Paese.

- Bisogna ridare ossigeno agli investimenti per l'edilizia sanitaria. Quest'anno per rispondere alle esigenze poste dalla Legge di stabilità abbiamo scelto di tenere a freno questa voce, ma occorre tornare a ragionarci sopra. Sono troppi i complessi ospedalieri e le strutture sanitarie vetusti e non rispondenti agli standard qualitativi degni di una sanità moderna e competitiva. Occorre, fra l'altro, tornare a investire per l'ammmodernamento tecnologico e la sanità digitale. Possiamo farlo insieme con il Governo magari tornando con forza e autorevolezza a riproporre in Europa l'esigenza di meccanismi che escludano determinati investimenti, come ad esempio quelli per il Servizio sanitario, dai lacci stringenti dei Patti di stabilità.
- Non è più rinviabile un ragionamento di sistema sulla governance della sanità, dove sia più chiaro chi fa e che cosa fra i diversi enti, non rinunciando a sinergie e semplificazioni. Sotto questo profilo, com'è noto, le Regioni hanno più volte chiesto al Governo e al Parlamento una riforma delle agenzie, in particolare dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa), dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali (Agenas) e dello stesso Istituto superiore di sanità. Una rivisitazione che diventa importante anche alla luce di un possibile riassetto delle competenze dopo l'approvazione della Riforma della Costituzione.

Un'ultima riflessione riguarda proprio le Regioni in Piano di rientro. Molte hanno realizzato gli obiettivi che erano stati prefissati, altre sono ormai vicine al traguardo. Dobbiamo velocizzare gli iter per uscire dalle fasi di commissariamento. Sono fra coloro che considerano necessario, in caso di inerzia, l'esercizio dei poteri sostitutivi, ma sono anche fra quelli che mal sopportano l'immobilismo burocratico e l'eccesso di formalismi quando si tratta di imboccare rapidamente una strada che consente di uscire dalla crisi. Per questo faccio appello al Governo perché riconosca pubblicamente gli sforzi fatti finora e organizzi la fase di *crisis exit strategy*. Dobbiamo insomma rendere agevole l'uscita dai Piani di rientro, considerandola non tanto il successo di una singola Regione, ma una nota positiva del sistema Italia.

CONSIDERAZIONI A MARGINE DEL DDL SULLA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE

di Federico Gelli

Deputato, responsabile sanità PD



In questi giorni è in discussione in Commissione igiene e sanità al Senato il disegno di legge sulla responsabilità professionale, approvato lo scorso gennaio in prima lettura alla Camera, di cui sono stato relatore per la Commissione affari sociali. Il provvedimento, finalmente in linea con quanto già avviene in altri Paesi europei, ci permetterà di aumentare garanzie e tutele per gli operatori delle professioni sanitarie e nello stesso tempo assicurare ai pazienti la possibilità di essere risarciti in tempi brevi e certi per gli eventuali danni subiti.

Non si tratta assolutamente di un provvedimento sbilanciato a favore dei professionisti ma tende a ricostituire un nuovo equilibrio nel rapporto tra medico e paziente. Questa legge risponderà a due problematiche come la mole del contenzioso medico-legale e il fenomeno della medicina difensiva che ha prodotto un uso inappropriato delle risorse destinate alla sanità pubblica. Ricordiamo, infatti, che nell'ultimo decennio si è registrata una crescente mole di ricorsi nei confronti dei professionisti della sanità che, in ben oltre il 90% dei casi, si risolve in un nulla di fatto. Tutto questo, e dunque il timore di *facili* ricorsi a loro danno, ha generato quel fenomeno della medicina difensiva

che comporta, non solo un dispendio ingente di risorse per il Sistema sanitario nazionale, ma anche un danno *indiretto* nei confronti dei pazienti. Come raccontano gli stessi medici, infatti, capita talvolta che, ad esempio, alcuni chirurghi si rifiutino di svolgere operazioni troppo complesse e delicate per non incappare in possibili beghe legali.

Analizzando il testo più nel dettaglio, possiamo notare innanzitutto come per il cittadino vengano previsti diversi meccanismi di tutela. A partire dalla garanzia di una maggiore trasparenza che riguarderà non solo il numero di contenziosi registrati nelle strutture nell'ultimo quinquennio e i dati delle polizze assicurative a garanzia del rischio, che ci permetteranno anche di verificare l'entità del contenzioso di quella determinata struttura e quindi indirettamente la qualità delle prestazioni erogate, ma anche tempi più stringenti per poter ottenere la propria documentazione clinica e l'istituzione di un fondo ad hoc per i soggetti danneggiati da responsabilità sanitaria per vari tipi di inadempienze delle compagnie di assicurazione.

Nel provvedimento abbiamo rafforzato il meccanismo della conciliazione obbligatoria attraverso la



forma dell'accertamento tecnico preventivo e l'obbligatorietà delle parti a comparire, comprese le compagnie di assicurazione. Abbiamo, infine, istituito un Fondo di garanzia per i soggetti danneggiati da responsabilità sanitaria al fine di garantire il risarcimento nei casi in cui il danno sia di importo eccedente rispetto ai massimali previsti dai contratti di assicurazione stipulati dalla struttura sanitaria o dall'esercente la professione sanitaria, o qualora la struttura sanitaria o il professionista risultino assicurati presso un'impresa che al momento del sinistro si trovi in stato di insolvenza o di liquidazione coatta amministrativa.

Si tratta quindi di uno strumento che interviene in alcuni casi specifici a garanzia del diritto del cittadino di vedersi rimborsato per il danno subito.

Comprendo che con questo fondo non riusciremo a introdurre un modello molto innovativo come quello dell'alea terapeutica presente in Francia: occorrerà un ulteriore impegno per individuare risorse aggiuntive per arrivare a coprire anche tutte le altre fattispecie. Passando, invece, alle novità previste per gli esercenti la professione sanitaria, possiamo notare come cambi innanzitutto il codice penale. Viene inserito l'articolo 590-ter, secondo il quale l'esercente la professione sanitaria che, nello svolgimento della propria attività, cagiona a causa di imperizia la morte o la lesione personale della persona assistita, risponde dei reati di omicidio colposo e lesioni personali colpose solo in caso di colpa grave.

La colpa grave viene però esclusa quando, salve le rilevanti specificità del caso concreto, vengono rispettate le buone pratiche clinico-assistenziali e le raccomandazioni previste dalle linee guida. Quanto alla responsabilità civile, si prevede qui un *doppio binario*: responsabilità contrattuale a carico delle strutture sanitarie, pubbliche e private, ed extracontrattuale per l'esercente la professione sanitaria che svolge la propria attività nell'ambito di una struttura sanitaria pubblica o privata o in rapporto convenzionale con il Servizio sanitario nazionale.

Ricordiamo che quest'ultima misura comporta l'inversione dell'onere della prova a carico del paziente e la riduzione della prescrizione da 10 a 5 anni. La responsabilità contrattuale delle strutture viene allargata anche alle prestazioni sanitarie svolte in regime intramurario o in regime convenzionato con il Servizio sanitario nazionale, nonché attraverso la telemedicina.

Quanto poi all'azione di rivalsa nei confronti dell'esercente la professione sanitaria, questa dovrà essere esercitata dinanzi al giudice ordinario ed è esclusa la giurisdizione della Corte dei Conti. Abbiamo inoltre posto dei *paletti* ben precisi, ad esempio per la misura della rivalsa: in caso di colpa grave, quest'ultima non potrà superare una somma pari al triplo della retribuzione lorda annua.

Vorrei poi dedicare un breve passaggio per rispondere alle polemiche sulla responsabilità civile e dunque, più nel dettaglio, sull'inversione dell'onere della prova a carico del paziente. Con questa nuova norma, non facciamo altro che *indirizzare* la richiesta risarcitoria dei pazienti verso il soggetto *più forte*, ossia gli ospedali o le strutture sanitarie. In questo caso, tengo a sottolinearlo ancora una volta, non vi è alcuna inversione dell'onere della prova e la prescrizione resta ferma a 10 anni. Se poi un paziente ritiene che sia proprio un determinato professionista a esser responsabile del danno da lui subito, oltre a chiedere il risarcimento economico all'ospedale, potrà richiederlo anche a quel professionista semplicemente provando e motivando la sua richiesta.

Infine, quanto alle tempistiche, il mio auspicio è quello di riuscire ad approvare il testo in maniera definitiva prima della pausa estiva.

CONSUMI SANITARI E SERVIZI ESSENZIALI NELLA CITTÀ METROPOLITANA DI TORINO

di Roberto Arione, Direttore Sanitario, AO Ordine Mauriziano di Torino

Iolanda Vigna, Dirigente Medico Direzione Sanitaria AO Ordine Mauriziano di Torino

Raffaella Fornero, Area progetti di innovazione e cambiamento - Direzione Generale Asl T01

Ida Marina Raciti, Dirigente Medico, S.C. Qualità Risk Management e Accreditamento - Aou Città della Salute e della Scienza di Torino

Giulio Fornero, Direttore S.C. Qualità Risk Management e Accreditamento - Aou Città della Salute e della Scienza di Torino

Le città concentrano servizi educativi, sociali e sanitari, ospitano i principali ospedali e attraggono medici e infermieri. Nelle città vi è, da una parte, eccesso di consumo di assistenza sanitaria e, dall'altra, per le persone più fragili, difficoltà ad accedere ai servizi essenziali, come, ad esempio, le cure domiciliari (1).

Il Ministero della salute definisce appropriato "un intervento sanitario (preventivo, diagnostico, terapeutico, riabilitativo) correlato al bisogno del paziente (o della collettività), fornito nei modi e nei tempi adeguati, sulla base di standard riconosciuti, con un bilancio positivo tra benefici, rischi e costi" (2).

Nell'area metropolitana di Torino, in particolare nella zona urbana, i dati riferiti mostrano un eccesso di consumo di assistenza sanitaria per prestazioni a elevato rischio di bilancio non positivo tra benefici, rischi e costi e, quindi, di inappropriata; i settori a maggior rischio di inappropriata sono: visite specialistiche ambulatoriali, laboratorio analisi, RM e TC, terapia fisica strumentale, farmaci ad alto costo, ricoveri ospedalieri in post acuzie.

In un periodo di risorse limitate, il contrasto agli eccessi di consumo di assistenza sanitaria per prestazioni a elevato rischio di inappropriata, può con-

sentire a tutti, e in particolare alle persone più fragili, l'accesso equo e tempestivo ai servizi essenziali.

Partendo da queste premesse, le Aziende sanitarie regionali Asl T01, Asl T02, Asl T03, Asl T04, Asl T05, Aou Città della Salute e della Scienza di Torino, AO Mauriziano e Aou San Luigi Gonzaga di Orbassano hanno stipulato protocolli di intesa per l'attivazione di gruppi di lavoro specifici per le singole aree.

I gruppi di lavoro, attualmente, riguardano:

- prestazioni specialistiche ambulatoriali (dermatologia, cardiologia, oculistica, ortopedia, endocrinologia e diabetologia);
- prestazioni di laboratorio analisi;
- RM e TC;
- terapia fisica;
- integrativa-protetica;
- mobilità interregionale;
- accessi in Pronto soccorso;
- dimissioni critiche;
- impiego dei farmaci ad alto costo.

Tutti i gruppi di lavoro condividono una metodologia comune: individuazione delle linee guida di riferimento, definizione di indicatori, standard e percorsi condivisi, individuazione del sistema di monitoraggio della prescrizione e della produzione, definizione

di tetti di produzione (sia per le strutture pubbliche sia per quelle private accreditate).

I primi risultati sono costituiti da: definizione condivisa di percorsi operativi per prestazioni specialistiche ambulatoriali con diagrammi di flusso e indicatori, sintesi dei lavori degli altri gruppi; assegnazione ai dipartimenti assistenziali delle Asr della Città metropolitana di Torino di obiettivi di appropriatezza prescrittiva e di adeguamento agli indirizzi regionali;

avvio della tracciabilità della prescrizione di prestazione specialistica da parte dei medici di medicina generale, degli specialisti ospedalieri, ambulatoriali e accreditati; avvio dell'attività di formazione con *project work* con finalità di implementazione, conoscenza, applicazione e diffusione di procedure e protocolli finalizzati al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e di formazione dei formatori per le sessioni successive.

ANALISI DEL PROBLEMA

Con la Dgr 15-7486 del 23 aprile 2014 (3), la Regione Piemonte ha indicato la necessità, per quanto concerne l'assistenza specialistica ambulatoriale, di un riordino organizzativo-gestionale funzionale a una maggiore efficienza, nel rispetto della garanzia degli interventi Lea appropriati.

A tal fine ritiene necessario porre in essere con urgenza azioni volte a:

- migliorare il grado di appropriatezza prescrittiva;
- riorganizzare in modo più efficiente i punti di erogazione;

- incrementare il governo della domanda che, nel rispetto dei Lea, avvicini i consumi per abitante della Regione Piemonte agli standard nazionali.

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

Nella Dgr 15-7486 del 23 aprile 2014 si è constatato, con riferimento ai dati di consumo pro capite di prestazioni specialistiche ambulatoriali da parte dei pa-

TABELLA 1. PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI

Asl di residenza	Quota pro capite 2013	Standard max	Differenza
201-T01	17,45	12	5,45
202-T02	19,20	12	7,20
203-T03	15,41	12	3,41
204-T04	16,05	12	4,05
205-T05	14,74	12	2,74
206-VC	16,07	12	4,07
207-BI	15,13	12	3,13
208-NO	15,53	12	3,53
209-VCO	14,64	12	2,64
210-CN1	12,90	12	0,90
211-CN2	15,13	12	3,13
212-AT	15,89	12	3,89
213-AL	17,03	12	5,03
Totale Regione	15,94	12	3,94

TABELLA 2. PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI DI LABORATORIO ANALISI

Asl di residenza	Quota pro capite 2013	Standard max	Differenza
201-T01	11,08	9	2,08
202-T02	13,08	9	4,08
203-T03	10,36	9	1,36
204-T04	11,49	9	2,49
205-T05	10,14	9	1,14
206-VC	11,64	9	2,64
207-BI	11,06	9	2,06
208-NO	11,26	9	2,26
209-VCO	10,03	9	1,03
210-CN1	9,23	9	0,23
211-CN2	10,93	9	1,93
212-AT	11,43	9	2,43
213-AL	12,97	9	3,97
Totale Regione	11,5	9	2,5

TABELLA 3. PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI DI RM

Asl di residenza	Popolazione	Quantità di prestazioni 2013	Quota pro capite 2013 per 100 abitanti
201-T01	464.893	55.025	11,84
202-T02	407.198	39.070	9,59
203-T03	581.487	59.462	10,23
204-T04	516.458	51.867	10,04
205-T05	307.166	27.808	9,05
206-VC	173.618	11.262	6,49
207-BI	172.811	12.438	7,20
208-N0	345.245	26.605	7,71
209-VCO	170.675	13.498	7,91
210-CN1	418.719	25.429	6,07
211-CN2	170.520	11.913	6,99
212-AT	205.554	12.917	6,28
213-AL	439.708	35.533	8,08
Totale Regione	4.374.052	382.827	8,75

TABELLA 4. PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI DI TC

Asl di residenza	Popolazione	Quantità di prestazioni 2013	Quota pro capite 2013 per 100 abitanti
201-T01	464.893	33.453	9,46
202-T02	407.198	21.986	6,96
203-T03	581.487	33.095	7,79
204-T04	516.458	34.877	9,25
205-T05	307.166	16.562	7,33
206-VC	173.618	9.579	7,47
207-BI	172.811	9.723	7,26
208-N0	345.245	20.033	8,03
209-VCO	170.675	7.922	6,15
210-CN1	418.719	18.304	6,56
211-CN2	170.520	6.622	5,37
212-AT	205.554	8.674	5,69
213-AL	439.708	29.168	8,52
Totale Regione	4.374.052	249.998	7,71

zienti della Regione Piemonte, un eccesso di consumo nella Città metropolitana di Torino rispetto al resto della regione, con la conseguente necessità di stringenti azioni di riequilibrio e di riconduzione ai parametri di appropriatezza, come individuati dalla migliore letteratura internazionale e/o da provvedimenti regionali.

Infatti, il consumo globale di prestazioni specialistiche ambulatoriali in Regione Piemonte nel 2012 è risultato pari a 16,42 prestazioni/abitante e nel 2013 di 15,94 prestazioni/abitante.

Per quanto riguarda l'area radiologica in particolare, nel 2013 in Regione Piemonte il consumo è stato pari a 11,50 prestazioni/abitante a fronte di uno standard nazionale di 9 prestazioni/abitante.

Al fine dell'avvicinamento allo standard nazionale la Dgr sopra citata stabilisce, per il 2014, che le singole Aziende sanitarie locali (Asl) riducano il numero di prestazioni specialistiche pro capite per residente con percentuale diversamente distribuita tra le diverse Asl della Regione.

In particolare sono definite percentuali di riduzione per:

- prestazioni specialistiche ambulatoriali (Tabella 1);
- prestazioni specialistiche ambulatoriali di laboratorio analisi (Tabella 2);

TABELLA 5. PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI DI TERAPIA FISICA STRUMENTALE

Asl di residenza	Popolazione	Quantità di prestazioni 2013	Quota pro capite 2013 per 100 abitanti
201-T01	464.893	324.229	69,74
202-T02	407.198	264.472	64,95
203-T03	581.487	225.279	38,74
204-T04	516.458	144.573	27,99
205-T05	307.166	105.308	34,28
206-VC	173.618	35.612	20,51
207-BI	172.811	53.599	31,02
208-N0	345.245	151.170	43,79
209-VCO	170.675	61.088	35,79
210-CN1	418.719	70.430	16,82
211-CN2	170.520	96.611	56,66
212-AT	205.554	21.795	10,60
213-AL	439.708	115.639	26,30
Totale Regione	4.374.052	1.669.805	38,18

- prestazioni specialistiche ambulatoriali di RM e TC (Tabelle 3 e 4);
- prestazioni specialistiche ambulatoriali di terapia fisica strumentale (Tabella 5).

La Delibera regionale citata 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 e che a tal fine redigano specifici protocolli di intesa. Si chiede, inoltre, a ogni Asl di coinvolgere anche le strutture private accreditate che operano per conto del Ssr e che sono presenti sul proprio territorio (3).

Con deliberazione di giunta regionale pubblicata sul

bollettino ufficiale della Regione Piemonte del 30 aprile 2015 (4), sono stati individuati e assegnati ai Direttori generali gli obiettivi di nomina, indicati in Allegato A, tra cui: "Prestazioni ambulatoriali. Sviluppo della rete relativa alle prestazioni ambulatoriali secondo una logica di appropriatezza e nella prospettiva di integrazione ospedale/territorio e di area omogenea, anche ai fini del miglioramento delle liste di attesa".

GLI OBIETTIVI

Inizialmente le Aziende sanitarie regionali Asl TO1, Asl TO2, Aou Città della Salute e della Scienza di Torino e AO Mauriziano hanno stipulato protocolli di intesa per l'attivazione di gruppi di lavoro specifici per le singole aree di specialistica ambulatoriale e su richiesta della Regione i lavori sono stati estesi alle Asl TO3, Asl TO4, Asl TO5 e all'Aou San Luigi Gonzaga di Orbassano.

Il coordinamento del tavolo è stato affidato alla Aou Città della Salute e della Scienza di Torino.

Obiettivi principali del tavolo sono:

- l'elaborazione di criteri di appropriatezza ove non già definiti da specifiche norme regionali;
- l'applicazione di detti criteri alla produzione degli erogatori sia pubblici sia privati accreditati;
- la definizione dei tetti di spesa per gli anni 2015-2016 degli erogatori sia pubblici sia privati accreditati;
- la definizione di metodi uniformi di monitoraggio del rispetto dei criteri di appropriatezza e dei connessi tetti di spesa, anche attraverso lo strumento dell'analisi di quanto prescritto da medici di medicina generale (Mmg) e medici specialisti;
- l'elaborazione di documenti di sintesi e di proposte che consentano alla Direzione sanità l'adozione delle eventuali azioni correttive che si rendessero necessarie, sulla base dei report di monitoraggio della produzione degli erogatori, sia pubblici sia privati accreditati, forniti dalle Direzioni delle Aziende sanitarie;
- l'elaborazione di proposte per un utilizzo efficace delle risorse economiche che vengano liberate applicando alla produzione degli erogatori privati accreditati gli indicatori di appropriatezza individuati;
- il raccordo operativo tra tutti i soggetti istituzionali coinvolti per il conseguimento degli obiettivi sopra indicati;
- la definizione di proposte da inserire nella piattaforma di Accordo integrativo regionale per la medicina generale, considerata la nodale importanza della figura del medico di medicina generale per la realizzazione delle azioni di cui si tratta;
- la collaborazione per il raggiungimento degli obiettivi di nomina assegnati ai Direttori generali con deliberazione di giunta regionale del 30 aprile 2015.

STRATEGIE E RISORSE IMPIEGATE PER LA GESTIONE DEL PROGETTO

Gruppi di lavoro: composizione e modalità di lavoro

Il tavolo metropolitano si articola nei gruppi di lavoro indicati nella tabella successiva.

Il gruppo di "Prestazioni specialistiche ambulatoriali - Prima visita" viene a sua volta articolato in cinque sottogruppi per la definizione di percorsi nell'ambito

delle discipline che abbiano manifestato maggiori criticità in termini di appropriatezza e/o di tempi di attesa.

In totale partecipano ai gruppi di lavoro circa 300 professionisti (Tabella 6).

TABELLA 6. GRUPPI DI LAVORO TAVOLO INTERAZIENDALE METROPOLITANO

1. Prestazioni specialistiche ambulatoriali - Prima visita
1.2 Percorso operativo di dermatologia
1.2 Percorso operativo di cardiologia
1.3 Percorso operativo di oculistica
1.4 Percorso operativo di ortopedia
1.5 Percorso operativo di endocrinologia e diabetologia
2. Prestazioni di laboratorio analisi
3. Prestazioni di RM e TC
4. Prestazioni di terapia fisica
5. Prestazioni mobilità interregionale
6. Accessi in Pronto soccorso
7. Integrativa-protetica
8. Dimissioni critiche
9. Razionalizzazione dell'impiego dei farmaci ad alto costo

Ogni gruppo di lavoro è composto da rappresentanti delle Asr nominati dalla Direzione generale.

Sono rappresentate le Direzioni sanitarie di ospedale e di Distretto, gli specialisti ospedalieri e ambulatoriali interessati per singola area tematica (prescrittori ed erogatori), i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta.

I lavori dei singoli gruppi sono coordinati dal gruppo centrale che garantisce continuità e metodi omogenei nella conduzione dei lavori.

Ogni gruppo di lavoro procede con:

- l'individuazione delle linee guida di riferimento;
- la definizione di indicatori, standard e percorsi condivisi;
- l'individuazione di un sistema di monitoraggio della

prescrizione e della produzione (in collaborazione con gli uffici della Regione, Csi Piemonte, controlli di gestione aziendali);

- la definizione di tetti di produzione (per le strutture sia pubbliche sia private accreditate).

Il materiale elaborato dal tavolo di coordinamento e dai singoli gruppi è stato recepito (ultimo incontro nel giugno 2015) dalle Direzioni generali delle Aziende sanitarie metropolitane, presentato e trasmesso all'Assessorato alla sanità per la condivisione.

Per l'applicazione delle indicazioni sull'appropriatezza prescrittiva è stato attivato un percorso formativo *project work* con lo scopo di implementare l'analisi dei dati e lo sviluppo di buone pratiche nelle diverse Aziende sanitarie dell'area metropolitana.



Tutti i percorsi hanno un format prestabilito e contengono alcuni capitoli (Tabella 7).

Sulla base di quanto definito nella Dgr 15-7486 del 23 aprile 2014 e delle linee guida internazionali e nazionali proprie delle singole discipline sono stati elaborati indicatori specifici utilizzati anche per la definizione dei tetti di produzione.

I RISULTATI

Documenti elaborati

Sono stati elaborati dai gruppi di lavoro e presentati all'Assessorato alla sanità i seguenti documenti:

- Percorso operativo prestazioni di laboratorio analisi e ulteriore documento: "Appropriatezza prescrittiva: definizione di pacchetto di "regole" di controllo della prescrizione a livello informatico";
- Percorso operativo prestazioni di RM e TC;
- Percorso operativo prestazioni di terapia fisica;
- Percorsi operativi per prestazioni specialistiche ambulatoriali:
 - dermatologia;
 - cardiologia;
 - oculistica;
 - ortopedia;
 - endocrinologia e diabetologia;

TABELLA 7. FORMAT DEI PERCORSI

1. Titolo, descrizione e gruppo di lavoro

1.1 Descrizione sintetica

1.2 Gruppo di lavoro

2. Informazioni relative al documento

2.1 Periodo di validità e revisione

2.2 Revisioni

2.3 Obiettivi

2.4 Ambito di applicazione

2.5 Terminologia e abbreviazione

3. Contenuti del documento

3.1 Generalità

3.2 Diagramma di flusso

3.3 Attività

3.4 Responsabilità

3.5 Bibliografia, fonti e riferimenti

3.6 Aspetti etici

4. Strumenti di gestione del documento

4.1 Documenti correlati

4.2 Monitoraggio

4.2.1 Attività di controllo

4.2.2 Indicatori

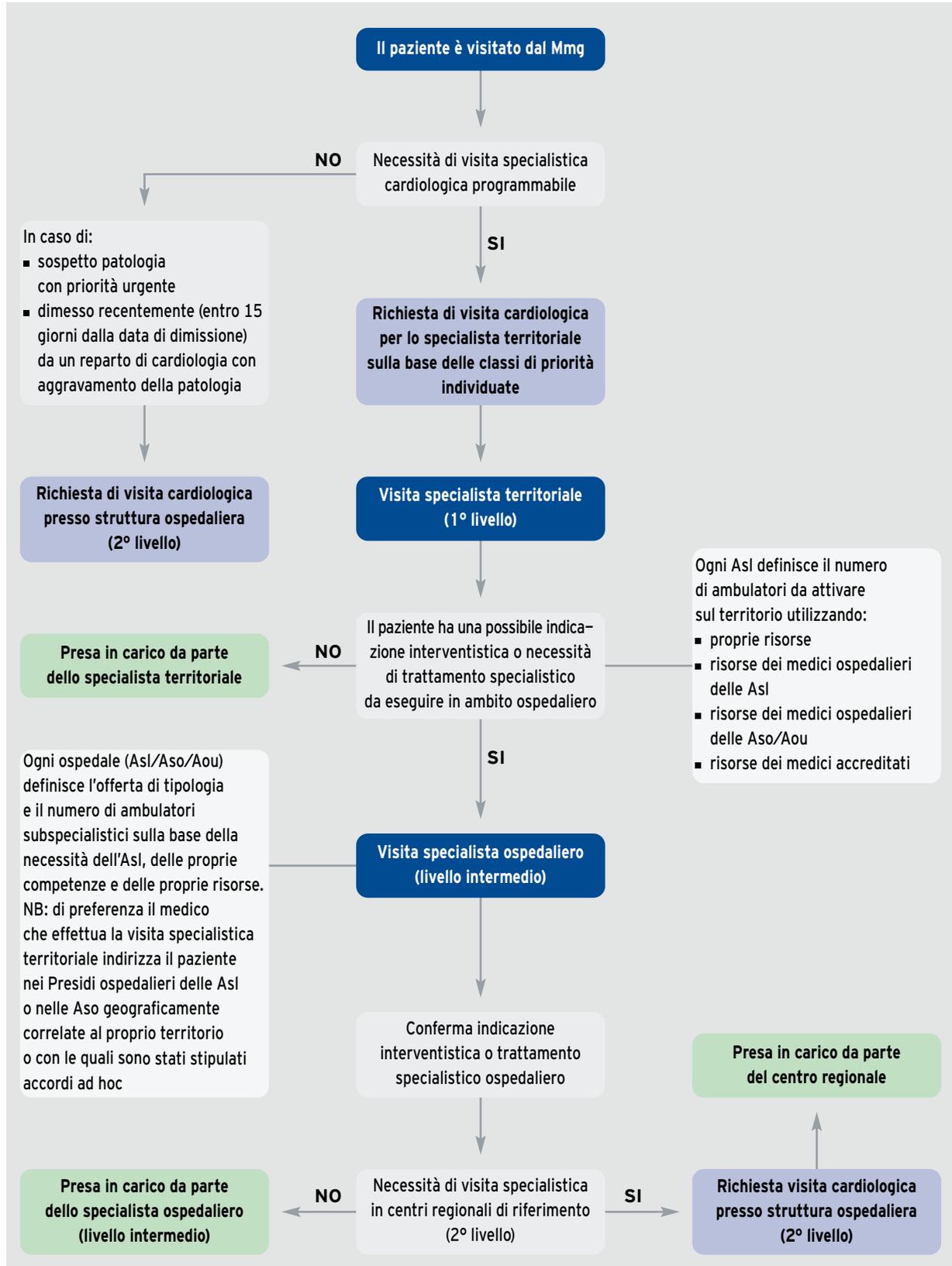
4.3 Modalità di implementazione

5. Allegati

- Percorso operativo integrativa e protesica;
- Sintesi dei lavori del gruppo "Accessi in Pronto soccorso";
- Sintesi dei lavori del gruppo "Mobilità interregionale";
- Sintesi dei lavori del gruppo "Dimissioni critiche";
- Sintesi dei lavori del gruppo "Razionalizzazione dell'impiego dei farmaci ad alto costo".

In ogni percorso sono definiti flussi specifici. A titolo esemplificativo nel Grafico 1 è rappresentato il diagramma di flusso inserito nel Percorso operativo per prestazioni specialistiche ambulatoriali cardiologia.

GRAFICO 1. DIAGRAMMA DI FLUSSO



INDICATORI DI OGNI PERCORSO, CON NUMERATORI E DENOMINATORI

Percorso operativo prestazioni di laboratorio analisi e ulteriore documento: "Appropriatezza prescrittiva: definizione di pacchetto di "regole" di controllo della prescrizione a livello informatico"

CRITERIO		INDICATORE
Rispetto dei criteri di appropriatezza prescrittiva di prestazioni ambulatoriali di laboratorio analisi*	N	Esami di laboratorio a rischio di inappropriata eroga
	D	Esami di laboratorio eroga

N = Numeratore

D = Denominatore

* I codici degli esami considerati a rischio di inappropriata sono indicati in dettaglio in allegato al percorso, con riferimento a quelli individuati nella Dgr n. 16-1829 (5) del 7 aprile 2011 e a quelli individuati dal gruppo di lavoro

Il pacchetto di "regole" di controllo della prescrizione è stato definito sulla base di altre esperienze regionali (Toscana, Lombardia, Veneto ed Emilia-Romagna). A livello informatico si prevede che, alla richiesta dell'esame a rischio di inappropriata, compaia il simbolo di "allerta" con l'indicazione della regola violata. Rimane la possibilità per il prescrittore di forzare la regola indicando, in uno spazio dedicato, il motivo o scegliendolo fra indicazioni predefinite concordate dal gruppo di lavoro.

Tali regole verranno inserite in software di interfaccia tra i medici prescrittori e i laboratori che erogano la prescrizione, consentendo il controllo e la guida dell'attività prescrittiva.

Il pacchetto di "regole" che guida e indirizza la prescrizione di esami di laboratorio deve essere condiviso e comune a medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali e medici ospedalieri.

Percorso operativo prestazioni di RM e TC

CRITERIO		INDICATORE
Rispetto dei criteri di appropriatezza prescrittiva per RM*	N	Numero di RM colonna e articolazioni con e senza m.d.c. e altre RM senza m.d.c.
	D	Totale di RM
Equa distribuzione delle TC**	N	Percentuale di TC con m.d.c.
	D	Percentuale di TC con m.d.c. Aso Regione Piemonte

N = Numeratore

D = Denominatore

* I codici degli esami considerati a rischio di inappropriata sono indicati in dettaglio nell'allegato al percorso con riferimento alle principali linee guida internazionali e nazionali

** I codici degli esami considerati ai fini di equa distribuzione delle TC sono indicati in dettaglio in allegato al percorso

Percorso operativo prestazioni di terapia fisica

I seguenti indicatori devono essere applicati nei centri di erogazione di visite fisiatriche.

CRITERIO		INDICATORE
Rispetto dei criteri di appropriatezza prescrittiva di prestazioni specialistiche ambulatoriali di terapia fisica*	N	Numero di prestazioni di terapia fisica strumentale presenti nei PRI della struttura che ha prodotto il PRI
	D	Totale numero di prestazioni branca 56 presenti nei PRI redatti dalla struttura
Rispetto dei criteri di priorità per le visite	N	Visite fisiatriche classe B effettuate
	D	Totale di visite fisiatriche effettuate
Appropriatezza della selezione dei bisogni riabilitativi	N	Numero di progetti riabilitativi
	D	Numero di visite fisiatriche ambulatoriali effettuate

N = Numeratore

D = Denominatore

* I codici degli esami considerati a rischio di inappropriatazza sono indicati in dettaglio nell'allegato al percorso. L'utilizzo degli indicatori, che tengono conto dell'impegno di risorse, deve essere considerato al momento come proxy. Saranno successivamente definiti ulteriori indicatori anche in riferimento a nuovi documenti regionali

Percorso operativo per prestazioni specialistiche ambulatoriali di dermatologia

CRITERIO		INDICATORE
Corretta attribuzione delle classi di priorità rispetto alla patologia di riferimento	N	Numero di ricette con non corretta attribuzione delle classi di priorità rispetto alla patologia di riferimento dell'anno in corso
	D	Numero di ricette rispetto alla patologia di riferimento nell'anno in corso

N = Numeratore

D = Denominatore

Percorso operativo per prestazioni specialistiche di cardiologia

CRITERIO		INDICATORE
Corretta attribuzione delle classi di priorità rispetto alla patologia di riferimento	N	Numero di richieste con non corretta attribuzione delle classi di priorità rispetto alla patologia di riferimento
	D	Numero di richieste pervenute rispetto alla patologia di riferimento
Rispetto dei criteri di appropriatezza prescrittiva di esami strumentali ambulatoriali, in particolare ecocardiografia, scintigrafia cardiaca e TC coronarica*	N	Valore delle ecocardiografie erogate pro capite sulla popolazione residente
	D	Valore delle ecocardiografie erogate sulla popolazione residente in Regione Piemonte
	N	Valore delle scintigrafie cardiache erogate pro capite sulla popolazione residente
	D	Valore delle scintigrafie cardiache erogate sulla popolazione residente in Regione Piemonte
	N	Valore delle TC coronariche erogate pro capite sulla popolazione residente
	D	Valore delle TC coronariche erogate sulla popolazione residente in Regione Piemonte
Rispetto dei criteri di appropriatezza nell'impianto di pacemaker e defibrillatori (Drq 117, 118, 525, 535, 536, 551, 552, 115)*	N	Numero di impianti effettuati pro capite sulla popolazione residente
	D	Numero di impianti effettuati sulla popolazione residente in Regione Piemonte

N = Numeratore

D = Denominatore

* Standard applicabile soltanto se il numeratore è maggiore del denominatore (N>D)

Percorso operativo per prestazioni specialistiche di oculistica

CRITERIO		INDICATORE
Corretta attribuzione delle classi di priorità rispetto alla patologia di riferimento	N	Numero di richieste con non corretta attribuzione delle classi di priorità rispetto alla patologia di riferimento
	D	Numero di richieste pervenute
Rispetto dei criteri di appropriata erogazione degli interventi in regime di ricovero*	N	Numero di interventi sulla retina (Drg 036) effettuati in regime di RO >1 giorno
	D	Numero di interventi sulla retina (Drg 036) effettuati (RO >1 giorno, RO 1 giorno, DH)
	N	Numero di interventi primari sull'iride (Drg 038) effettuati in regime di RO >1 giorno
	D	Numero di interventi primari sull'iride (Drg 038) effettuati (RO >1 giorno, RO 1 giorno, DH)
	N	Numero di interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita. Età >17 anni (Drg 040) effettuati (RO >1 giorno)
	D	Numero di interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita. Età >17 anni (Drg 040) effettuati (RO >1 giorno, RO 1 giorno, DH)
	N	Numero di interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita. Età <17 anni (Drg 040) effettuati (RO >1 giorno)
	D	Numero di interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita. Età <18 anni (Drg 040) effettuati (RO >1 giorno, RO 1 giorno, DH)
	N	Numero di interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino (Drg 042) effettuati (RO >1 giorno)
	D	Numero di interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino (Drg 042) effettuati (RO >1 giorno, RO 1 giorno, DH)
Appropriata erogazione di interventi di cataratta*	N	Numero di interventi di cataratta effettuati in regime ambulatoriale
	D	Numero di interventi di cataratta (DH, RO 1 giorno, RO>1 giorno, regime ambulatoriale)

N = Numeratore

D = Denominatore

* Lo standard è stato individuato in base al Dpcm del 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" e successive Deliberazioni di recepimento Regione Piemonte

Percorso operativo per prestazioni specialistiche di ortopedia

CRITERIO		INDICATORE
Corretta attribuzione delle classi di priorità rispetto alla patologia di riferimento	N	Numero di richieste con non corretta attribuzione delle classi di priorità rispetto alla patologia di riferimento
	D	Numero di richieste pervenute
Rispetto dei criteri di appropriata erogazione degli interventi in regime di ricovero*	N	Numero di interventi di escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interni eccetto anca e femore senza cc (Drg 538) effettuati in regime di RO >1 giorno
	D	Numero di interventi di escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interni eccetto anca e femore senza cc (Drg 538) effettuati (RO >1 giorno, RO 1 giorno, DH)
	N	Numero di interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione (Drg 503) effettuati in regime di RO >1 giorno
	D	Numero di interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione (Drg 503) effettuati (RO >1 giorno, RO 1 giorno, DH)
	N	Numero di interventi di artroscopia (Drg 232) effettuati (RO >1 giorno)
	D	Numero di interventi di artroscopia (Drg 232) effettuati (RO >1 giorno, RO 1 giorno, DH)
	N	Numero di interventi sulla mano o sul polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni senza cc (Drg 229) effettuati (RO >1 giorno)
	D	Numero di interventi sulla mano o sul polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni senza cc (Drg 229) effettuati (RO >1 giorno, RO 1 giorno, DH)
	N	Numero di interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi sulla mano o sul polso con cc (Drg 228) effettuati (RO >1 giorno)
	D	Numero di interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi sulla mano o sul polso con cc (Drg 228) effettuati (RO >1 giorno, RO 1 giorno, DH)
	N	Numero di interventi sui tessuti molli senza cc (Drg 227) effettuati (RO >1 giorno)
	D	Numero di interventi sui tessuti molli senza cc (Drg 227) effettuati (RO >1 giorno, RO 1 giorno, DH)
Appropriata erogazione di interventi di tunnel carpale*	N	Numero di interventi di tunnel carpale effettuati in regime ambulatoriale (prestazione 04.43)
	D	Numero di interventi di tunnel carpale (DH, RO 1 giorno, RO >1 giorno Drg 006, regime ambulatoriale prestazione 04.43)

N= Numeratore

D= Denominatore

* Lo standard è stato individuato in base al Dpcm del 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" e successive Deliberazioni di recepimento Regione Piemonte

segue **Percorso operativo per prestazioni specialistiche di ortopedia**

CRITERIO		INDICATORE
Appropriata erogazione di specifici interventi**	N	Valore di interventi di sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori (Drg 544) effettuati
	D	Popolazione residente
	N	Valore di interventi di revisione o sostituzione dell'anca o del ginocchio (Drg 545) effettuati
	D	Popolazione residente
	N	Valore interventi sul piede (Drg 225) effettuati
	D	Popolazione residente

N = Numeratore

D = Denominatore

** Lo standard è stato calcolato in base alla media regionale degli interventi effettuati

Percorso operativo per prestazioni specialistiche di endocrinologia e diabetologia

CRITERIO		INDICATORE
Corretta attribuzione delle classi di priorità rispetto alla patologia di riferimento	N	Numero di richieste con non corretta attribuzione delle classi di priorità rispetto alla patologia di riferimento
	D	Numero di richieste pervenute rispetto alla patologia di riferimento
Corretta ed equilibrata autorizzazione strisce (PAG - Piano di Automonitoraggio Glicemico) a pazienti a non elevato rischio ipoglicemico	N	Numero di pazienti con diabete di tipo 2 con PAG in trattamento con insulino-sensibilizzanti e/o incretine anno in corso
	D	Numero totale di pazienti con diabete di tipo 2
Progressiva riduzione del test per glicemia capillare (desueta) effettuata nel servizio	N	Numero di test per glicemie capillari a pazienti con diabete di tipo 2 effettuate nel servizio
	D	Numero totale di pazienti con diabete di tipo 2
Progressivo aumento della complessità delle prestazioni erogate presso le Aso	N	Numero di prestazioni complesse (Piede procedure 8622, 3950 in soggetto diabetico RRD + interventi complessi tiroide (0631, 0698, 99.85 99.23) + 88.78.3 in donna diabetica RRD)
	D	Numero di prestazioni ordinarie (89.7 e 89.01) delle branche 85 e 19
	N	Numero di pazienti ipotiroidei per cause non chirurgiche che hanno eseguito più di una ecografia tiroidea nel biennio
	D	Numero di pazienti ipotiroidei

N = Numeratore

D = Denominatore

Percorso operativo integrativa protesica

CRITERIO		INDICATORE
Presa in carico dei pazienti per la fornitura diretta delle medicazioni	N	Percentuale dei pazienti con prescrizione di medicazione e preventivo superiore a 500 euro/mese nell'anno in corso
	D	Percentuale dei pazienti con prescrizione di medicazione e preventivo superiore a 500 euro/mese nell'anno precedente
Pazienti che vengono inviati allo specialista per piano terapeutico	N	Numero di pazienti inviati dai Mmg allo specialista con prescrizione di medicazione
	D	Numero di pazienti con prescrizione di medicazioni
Pazienti che superano la validità del piano terapeutico	N	Numero di pazienti con prescrizioni di medicazioni avanzate che superano i sei mesi
	D	Numero totale di pazienti con prescrizione di medicazioni
Rispetto dei criteri di appropriatezza prescrittiva di materiale di medicazione, pannoloni, calzature ortopediche e plantari, protesi acustiche*	N	Spesa pro capite per materiale di medicazione sulla popolazione residente
	D	Spesa pro capite per materiale di medicazione sulla popolazione residente in Regione Piemonte
	N	Spesa pro capite per pannoloni sulla popolazione residente
	D	Spesa pro capite per pannoloni sulla popolazione residente in Regione Piemonte
	N	Spesa pro capite per calzature ortopediche e plantari sulla popolazione residente
	D	Spesa pro capite per calzature ortopediche e plantari sulla popolazione residente in Regione Piemonte
	N	Spesa pro capite per protesi acustiche sulla popolazione residente
	D	Spesa pro capite per protesi acustiche sulla popolazione residente in Regione Piemonte

N = Numeratore

D = Denominatore

* Standard applicabile soltanto se il numeratore è maggiore del denominatore (N>D)

Sintesi dei lavori del gruppo "Accessi in Pronto soccorso"

Particolare interesse ha rivestito in questi ultimi anni nel nostro Paese l'area dell'emergenza.

Il 54,5% degli ospedali pubblici risulta, nel 2011, dotato di un Dipartimento di emergenza e oltre la metà del totale degli istituti (64%) di un centro di rianimazione. Il Pronto soccorso è presente in oltre l'80% degli ospedali. Il Pronto soccorso pediatrico è presente nel 15% degli ospedali.

Dai dati di attività delle strutture con Pronto soccorso si evidenzia che nel 2011 sono stati effettuati quasi 3,6 accessi ogni 10 abitanti; quasi il 15% dei pazienti con accesso al Pronto soccorso è stato in seguito ricoverato. Quest'ultimo indicatore si presenta

altamente variabile a livello territoriale: a fronte di una percentuale di ricovero pari al 10,3% registrato nella Regione Piemonte si raggiungono valori poco inferiori al 30% nella Regione Molise.

Dai dati di attività delle strutture con Pronto soccorso pediatrico emerge che sono stati effettuati 1,4 accessi ogni 10 abitanti fino a 18 anni di età; l'8,7% dei pazienti con accesso al Pronto soccorso è stato in seguito ricoverato. In sintesi, mettendo a raffronto la Regione Piemonte con le altre Regioni italiane risulta che:

- la percentuale di ricoverati da Pronto soccorso è al di sotto della media nazionale (Piemonte 10,3% vs Italia 14,9%);

- il numero di accessi per abitante risulta sostanzialmente allineato con la media nazionale (Piemonte 368 per mille abitanti vs Italia 363 per mille abitanti);
- leggermente più elevato l'accesso per l'area pediatrica (Piemonte 158 per mille abitanti vs Italia 144 per mille abitanti) (7).

La variabilità degli accessi in Pronto soccorso è una costante, presente sia a livello internazionale che nazionale. Peraltro, il numero di pazienti che affluisce nelle strutture di Pronto soccorso con complessità minori sembra rivestire un ruolo meno rilevante sul prolungamento dell'attesa dei pazienti in Pronto soccorso, sul fenomeno dell'*overcrowding* (sovraffollamento) il cui determinante principale è rappresentato dalla difficoltà ad avviare i pazienti verso il ricovero (8).

Per questi motivi, in primo luogo il percorso di analisi si è incentrato sugli accessi in Pronto soccorso. Gli accessi impropri sono costituiti, nella grande maggioranza, da codici bianchi e da una minoranza significativa di codici verdi. La parte più rilevante dei codici verdi non costituisce accessi impropri, ma solo accessi a bassa priorità.

Gli accessi impropri, pur costituendo circa il 30% degli accessi totali, sono gestiti in tempi brevi e impegnano limitatamente il Pronto soccorso: meno del 15% dell'impegno totale, con variazione inversamente proporzionale ai tempi di permanenza in Pronto soccorso dei pazienti da ricoverare.

In caso di tempi di permanenza ottimali in Pronto soccorso pre-ricovero (6 ore), il peso degli accessi impropri sull'impegno totale è attorno al 12%, con diminuzione fino a quote minime (pari o inferiori al 5%) all'aumentare dei tempi pre-ricovero oltre le 36 ore. La reale criticità è rappresentata dal sovraffollamento dei Pronto soccorso e dipende dalla permanenza in loco dei pazienti da ricoverare, che in alcune realtà e in alcuni periodi dell'anno si estende anche per più giorni.

Sintesi dei lavori del gruppo "Mobilità interregionale"

La mobilità interregionale passiva è in aumento negli ultimi anni, in modo differente per le diverse Asl di residenza.

All'interno dei singoli gruppi di lavoro (farmaceutica,

Il gruppo di lavoro ha condiviso e definito, sulla base delle principali pubblicazioni internazionali sul tema, una soglia critica di 6 ore tra il momento di ingresso e dimissione del paziente dal Pronto soccorso, con soglia ulteriore al 90%.

Confrontando i dati della Regione Piemonte con le altre Regioni italiane risulta che:

- il numero di posti letto per acuti è leggermente sotto la media nazionale (Piemonte 3,12 per mille abitanti vs Italia 3,29 per mille abitanti);
- il numero di posti letto per non acuti è più elevato rispetto alla media nazionale (Piemonte 1,06 per mille abitanti vs Italia 0,59 per mille abitanti);
- il numero di casi trattati in Adi è più basso rispetto alla media nazionale (Piemonte 663 per 100.000 abitanti vs Italia 999 per 100.000 abitanti);
- il numero di utenti in strutture semiresidenziali e residenziali per anziani è più elevato rispetto alla media nazionale (Piemonte 2.548 utenti per 100.000 anziani abitanti vs Italia 2.127 utenti per 100.000 anziani), seppur più basso rispetto alle altre Regioni del Nord e del Centro Italia;
- il numero di utenti in strutture semiresidenziali e residenziali per disabili fisici è più basso rispetto alla media nazionale (Piemonte 20 utenti per 100.000 abitanti vs Italia 25 utenti per 100.000 abitanti).

L'analisi effettuata orienta a sviluppare le ulteriori valutazioni più specifiche e progettare/realizzare interventi non tanto sul versante degli accessi impropri al Pronto soccorso, quanto piuttosto su altri fattori che rappresentano i reali determinanti degli elevati tempi di permanenza dei pazienti in Pronto soccorso e del contestuale affollamento:

- i percorsi intra-ospedalieri da Pronto soccorso verso i reparti;
- i percorsi di uscita dall'ospedale verso le strutture di post acuzie e verso il territorio.

ortopedia, cardiologia, etc.) è in corso la valutazione delle singole prestazioni con il maggior onere di mobilità passiva e delle necessarie azioni per ridurre tale onere.

Sintesi dei lavori del gruppo "Dimissioni critiche"

Dal punto di vista socio-demografico l'area metropolitana di Torino si caratterizza per:

- indice di vecchiaia, indice di ricambio e indice di dipendenza maggiori nella città di Torino rispetto al resto della provincia, ma vicini alla mediana regionale;
- indice di deprivazione (ad esempio, famiglie mono-componente, disoccupazione, sovraffollamento) maggiori nella città di Torino rispetto al resto della provincia e della regione;
- livelli di istruzione migliori nella città di Torino rispetto al resto della provincia e della regione.

L'indice di vecchiaia rappresenta il grado di invecchiamento di una popolazione (rapporto percentuale tra il numero degli ultrassessantacinquenni e il numero dei giovani fino ai 14 anni) (Tabella 8).

Il Censimento 2011 delle abitazioni e della popolazione ha rilevato i residenti in famiglie con un componente, la disoccupazione e il sovraffollamento abitativo (Tabella 9).

Dal punto di vista dell'attività sanitaria, in un quadro regionale di ricoveri in acuzie inferiori alla media nazionale, Torino città è lievemente sopra la media regionale, mentre il resto della provincia è al di sotto. Quanto ai ricoveri in post acuzie - in Piemonte più elevati rispetto alla media nazionale - Torino città e TO4

presentano attività superiore alla media regionale, mentre TO3 e TO5 attività inferiore (Tabella 10).

Per l'Assistenza domiciliare integrata, in un quadro di attività piemontese significativamente inferiore alla media nazionale e soprattutto rispetto ad altre Regioni del Centro-Nord, soprattutto TO1 ma anche le altre Asl torinesi sono inferiori alla media regionale; per l'Assistenza territoriale residenziale, il dato è intorno alla media regionale (Tabella 11).

TABELLA 8. INDICE DI VECCHIAIA

Asl	1991	2001	2013
AL	217,42	249,23	230,53
AT	186,14	209,61	192,49
BI	162,95	194,93	227,85
CN1	139,96	159,50	164,81
CN2	135,48	160,36	167,31
NO	129,88	161,10	162,89
TO1-2	146,76	202,98	199,56
TO3	97,09	138,77	172,58
TO4	117,12	153,94	171,73
TO5	85,64	126,09	155,98
VC	173,29	211,46	220,90
VCO	137,40	176,35	207,72

TABELLA 9. CENSIMENTO 2011: ABITAZIONI E POPOLAZIONE

Asl	Totale residenti	% Residenti in famiglie con un componente	% Disoccupazione	% Residenti in alloggi sovraffollati	% senza licenza media inferiore (popolazione 15-62 anni)	% con licenza media superiore (popolazione >19 anni)
TO1-2	863.065	19,58	9,78	26,19	6,15	44,42
TO3	574.943	13,51	8,43	19,18	6,21	37,02
TO4	511.458	13,58	8,14	15,39	6,87	35,63
TO5	303.321	12,17	8,66	19,28	6,67	37,99
VC	172.455	15,98	8,04	11,97	9,11	34,15
BI	171.808	15,62	7,87	10,76	9,05	33,29
NO	341.499	14,04	8,80	12,93	8,57	38,44
VCO	169.694	16,24	7,02	15,27	8,74	33,68
CN1	412.988	14,92	5,51	14,35	7,93	33,93
CN2	167.777	13,40	5,25	12,06	7,52	33,92
AT	203.142	14,93	7,39	13,89	8,66	34,60
AL	435.776	17,11	8,39	11,27	7,22	36,89
Piemonte	4.327.926	15,52	8,15	17,09	7,25	37,60

In sintesi, soprattutto in Torino città, si verifica un eccesso di ricoveri in post acuzie e una grave carenza di cure domiciliari.

TABELLA 10. RICOVERI ORDINARI - ANNO 2014

		R.O. ACUZIE		R.O. POST ACUZIE		R.O. PSICHIATRIA		TOTALE SDO	
		Numero	Calcolo x 100.000 abitanti	Numero	Calcolo x 100.000 abitanti	Numero	Calcolo x 100.000 abitanti	Numero	Calcolo x 100.000 abitanti
Regione Piemonte	Casi	380.792	8.706	39.888	912	1.282	29	421.962	9.647
	Giorni di degenza	2.867.904	65.566	1.225.678	28.022	14.520	332	4.108.102	93.920
201	Casi	41.233	8.869	5.186	1.116	364	78	46.783	10.063
	Giorni di degenza	355.673	76.506	190.927	41.069	4.098	881	550.698	118.457
202	Casi	37.481	9.205	4.076	1.001	48	12	41.605	10.217
	Giorni di degenza	297.480	73.055	150.300	36.911	563	138	448.343	110.104
203	Casi	45.221	7.777	4.988	858	217	37	50.426	8.672
	Giorni di degenza	342.270	58.861	162.327	27.916	2.432	418	507.029	87.195
204	Casi	43.425	8.408	5.022	972	127	25	48.574	9.405
	Giorni di degenza	333.344	64.544	169.022	32.727	1.482	287	503.848	97.558
205	Casi	25.480	8.295	2.327	758	218	71	28.025	9.124
	Giorni di degenza	194.791	63.416	70.641	22.998	2.583	841	268.015	87.254

TABELLA 11. ASSISTENZA DOMICILIARE, RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE. ANZIANI ASSISTITI PER INTENSITÀ E QUOTA A CARICO DELLE ASL - ANNO 2013

		ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA			ASSISTENZA TERRITORIALE RESIDENZIALE		
		Numero	Calcolo x 100.000 abitanti	Calcolo x 100.000 abitanti >65 anni	Numero	Calcolo x 100.000 abitanti	Calcolo x 100.000 abitanti >65 anni
Regione Piemonte	Casi	29.876	683	2.797	27.392	626	2.565
	Giorni di degenza	3.460.541	79.115	324.025	5.422.941	123.980	507.772
201	Casi	1.862	401	1.482	2.523	543	2.008
	Giorni di degenza	158.781	34.154	126.346	548.180	117.915	436.199
202	Casi	2.633	647	2.669	1.721	423	1.745
	Giorni di degenza	265.146	65.115	268.815	745.846	183.165	756.168
203	Casi	2.804	482	2.053	2.152	370	1.576
	Giorni di degenza	269.850	46.407	197.585	620.109	106.642	454.046
204	Casi	2.968	575	2.466	4.786	927	3.976
	Giorni di degenza	356.360	69.001	296.056	610.807	118.268	507.445
205	Casi	1.511	492	2.191	2.896	943	4.199
	Giorni di degenza	211.216	68.763	306.257	305.740	99.536	443.313

Fonte: Piani di attività 2013

Data aggiornamento: 10 febbraio 2015

Sintesi dei lavori del gruppo “Razionalizzazione dell’impiego dei farmaci ad alto costo”

Sono stati presentati i consumi pro capite dei farmaci a più alto costo con distribuzione a pazienti non ricoverati (File F e DPC - Distribuzione per conto) e a pazienti ricoverati (File H).

Sono in corso:

- la valutazione della appropriatezza dell’uso dei farmaci ad alto costo e confronto tra utilizzatori;

- focus su:
 - farmaci oncologici;
 - farmaci malattie rare;
 - farmaci off-label;
- confronto con i dati nazionali;
- mappatura dei centri distributori del farmaco.

FORMAZIONE

L’attività di provider della formazione è stata affidata alla SC Formazione permanente e aggiornamento della Aou Città della Salute e della Scienza di Torino. Il percorso formativo *project work* è iniziato con una giornata (marzo 2015) sul tema “Scegliere con saggezza. Appropriatezza prescrittiva: realizziamo insieme risultati concreti”, alla quale sono intervenuti circa 120 discenti.

Il 26 settembre 2015 ha avuto luogo lo step successivo, con la formazione in modalità residenziale delle figure coinvolte nei percorsi “Professionisti a confronto: migliorare l’appropriatezza prescrittiva nella Città metropolitana di Torino”, per un totale di circa 90 discenti.

I partecipanti sono stati individuati dalle Direzioni generali delle Aziende che costituiscono il Tavolo interaziendale metropolitano, sulla base delle indicazioni dei responsabili scientifici (specialisti e medici di famiglia coinvolti nell’applicazione dei percorsi). Sono stati anche invitati a partecipare al corso rappresentanti delle associazioni di volontariato. In questa fase sono stati formati i formatori per le sessioni successive.

Le finalità di questa formazione sono l’implementazione, la conoscenza, l’applicazione e la diffusione di procedure e protocolli finalizzati al miglioramento dell’appropriatezza prescrittiva.

SOLUZIONI ALLE CRITICITÀ INDIVIDUATE

Nell’area metropolitana di Torino, in particolare nella zona urbana, i dati riferiti dimostrano eccesso di consumo di assistenza sanitaria per prestazioni a elevato rischio di bilancio non positivo tra benefici, rischi e costi e, quindi, di inapproprietezza, in particolare per:

- visite specialistiche ambulatoriali;
- laboratorio analisi;
- RM e TC;
- terapia fisica strumentale;
- farmaci ad alto costo;
- ricoveri ospedalieri in post acuzie.

Risulta invece, per le persone più fragili, difficoltà ad accedere a servizi essenziali quali le cure domiciliari. La criticità è rappresentata anche dal sovraffollamento dei Pronto soccorso e dipende dalla permanenza in loco dei pazienti da ricoverare, che in alcune

realità e in alcuni periodi dell’anno si estende anche per più giorni.

L’analisi effettuata orienta a sviluppare le ulteriori valutazioni più specifiche e progettare/realizzare interventi non tanto sul versante degli accessi impropri al Pronto soccorso, quanto piuttosto su altri fattori che rappresentano i reali determinanti degli elevati tempi di permanenza dei pazienti in Pronto soccorso e del contestuale affollamento:

- i percorsi intra-ospedalieri da Pronto soccorso verso i reparti;
- i percorsi di uscita dall’ospedale verso le strutture di post acuzie e verso il territorio.

L’obiettivo del rispetto delle disposizioni regionali sul contenimento delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, per laboratorio analisi, RM, TC e terapia fisica

strumentale è stato perseguito sviluppando un percorso che ha coinvolto le Aziende e gli specialisti dei diversi settori di tutta l'area metropolitana torinese e si è articolato nelle seguenti fasi:

- presso le Asr della Città metropolitana di Torino sono stati assegnati ai dipartimenti assistenziali obiettivi di appropriatezza prescrittiva e di adeguamento agli indirizzi regionali;
- si è provveduto alla trasmissione dei citati percorsi contenuti nei protocolli d'intesa siglati dalla Direzione aziendale a tutti i Direttori di dipartimento e alla relativa presentazione nelle sedi dei Comitati direttivi dipartimentali;
- è stata avviata la tracciabilità della prescrizione di prestazione specialistica da parte dei medici di medicina generale;
- sono stati effettuati opportuni monitoraggi delle prestazioni prescritte dai medici ospedalieri con

autoimpegnativa, finalizzati alla verifica dei livelli di appropriatezza secondo i parametri definiti dai gruppi di lavoro;

- è stata avviata l'attività di formazione con *project work* con finalità di implementazione, conoscenza, applicazione e diffusione di procedure e protocolli finalizzati al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e di formazione dei formatori per le sessioni successive;
- è stata avviata l'attività di supporto per il raggiungimento degli obiettivi di nomina assegnati ai Direttori generali con deliberazione di giunta regionale del 30 aprile 2015, Allegato A.

Contrastare l'abuso di prestazioni sanitarie a rischio di inappropriately, tema attuale di discussione, permetterà a tutti un accesso equo e tempestivo ai servizi essenziali, soprattutto alle persone più fragili.

RINGRAZIAMENTI

Si ringraziano tutti i componenti dei gruppi di lavoro, in particolare i coordinatori:

- M. G. Bosello, V. Ghisetti, G. Mengozzi, M. Migliardi, I. Franchi (Laboratorio analisi)
- O. Davini, A. Borrè (RM e TC)
- P. Saccavino, F. Gamna, L. Cane (Terapia fisica)
- M. T. Fierro, M.G. Bosello, L. Panzone (Dermatologia)
- S. Marra, M.C. Zanotto (Cardiologia)
- S. D'Amelio, A. Piatti (Oculistica)
- G. Massazza, G. Collo (Ortopedia)
- C. B. Giorda (Endocrinologia e Diabetologia)
- G. Messori Ioli (Mobilità interregionale)
- F. Ripa (Accessi in Pronto soccorso)
- L. Angelone (Integrativa protesica)
- P. Alaria, F. Cattel, G. Ciccone (Razionalizzazione dell'impiego dei farmaci ad alto costo)
- F. Nisii, S. Pagano, F. Ripa (Formazione)
- F. Gamna, M. Lombardo, C. Mineccia, M. Traina (Dimissioni critiche)
- R. Gnavi, G. Costa, M. Dalmasso, C. Mamo (Epidemiologia sovrazonale - Asl TO3)
- G. A. Cibinel e F. Aprà (Società Italiana Medicina di Emergenza ed Urgenza).

I Direttori generali delle otto Aziende sanitarie e il Direttore della Direzione sanità Regione Piemonte hanno posto in essere le migliori condizioni per la buona riuscita del progetto.

BIBLIOGRAFIA

1. Chan M., Director-General of the World Health Organization, Urbanization and health, Oms 2010
2. Ministero della Salute, Glossario (www.ministerosalute.it) ultima consultazione del 12 maggio 2015
3. Regione Piemonte, 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 Dgr n. 25-6992 del 30.12.2013".
4. Regione Piemonte, Deliberazioni della giunta regionale 27 aprile 2015, art. 3 bis, D.lgs. 502/1992 e s.m.i. - Nomina dei Direttori generali della Asr della Regione Piemonte - Allegato A
5. Regione Piemonte, Deliberazione della giunta regionale 7 aprile 2011, n. 16-1829 "Attuazione Piano di rientro. Disposizioni alle Aziende sanitarie regionali in merito alla riorganizzazione della rete dei Laboratori analisi, Anatomie patologiche e Servizi di immunoematologia e medicina trasfusionale (Simt) e indirizzi su appropriatezza prescrittiva"
6. Dpcm 29 novembre 2001 "Definizione dei Livelli essenziali di assistenza" e successive Deliberazioni di recepimento Regione Piemonte
7. Ministero della Salute. Annuario statistico del Ssn - anno 2011. Maggio 2014
8. Hoot N., Aronsky D., Systematic review of emergency department crowding: causes, effects, and solutions. *Ann Emerg Med* 2008; 52: 1216-136

PROMUOVERE LA CENTRALITÀ DELLA PERSONA NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE: IL RUOLO DI AGENAS

A cura dell'Area funzionale Qualità e Accreditamento

La centralità della persona riveste un ruolo di crescente rilevanza nella governance dei sistemi sanitari. Lo testimonia, tra le altre, la recente strategia globale per la realizzazione di Servizi sanitari promossa dalla World Health Organization (WHO) a livello mondiale¹: WHO invita infatti ad attuare servizi integrati e **centrati sulle persone**. Tale strategia mira a compiere quel cambiamento nei modelli di pianificazione, gestione ed erogazione dei servizi sanitari indicato come particolarmente urgente al fine di rispondere alla crescente pressione che si sta sviluppando sui sistemi sanitari per via dei cambiamenti demografici ed epidemiologici degli ultimi decenni.

Quando si parla di servizi sanitari *centrati sulle persone* si intende fare riferimento a un approccio programmatico e organizzativo che adotta la prospet-

tiva degli individui, delle famiglie e delle comunità e guarda a loro sia come beneficiari sia come **partecipanti** attivi di sistemi sanitari, che rispondono ai loro bisogni e preferenze con un **approccio umano e olistico**². Se con l'espressione "assistenza e cura centrate sul paziente" ci si riferisce al focus sui bisogni assistenziali individuali, allora con l'espressione "assistenza centrata sulle persone" si include anche l'attenzione alla salute delle persone nelle loro comunità e si valorizza il loro **ruolo cruciale nel dare forma alle politiche e ai servizi sanitari**³.

In Italia già dal D.lgs. 502/92 e dal Dpcm 19 maggio 1995 (Carta dei servizi) si è previsto per pazienti e cittadini un ruolo particolarmente rilevante nella governance del Ssn, legato al diritto di cittadini e utenti a partecipare attivamente alla valutazione della qualità dei servizi e alla formulazione di proposte rispetto all'accessibilità.

-
1. WHO, *WHO global strategy on people-centred and integrated health services. Interim Report*. World Health Organization, Geneva, 2015 (apps.who.int/iris/bitstream/10665/155002/1/WHO_HIS_SDS_2015.6_eng.pdf?ua=1).
 2. WHO, *WHO global strategy on people-centred and integrated health services. Interim Report*. World Health Organization, Geneva, 2015 (apps.who.int/iris/bitstream/10665/155002/1/WHO_HIS_SDS_2015.6_eng.pdf?ua=1).
 3. WHO, *Health Systems Strengthening Glossary*. 2011 (www.who.int/healthsystems/Glossary_January2011.pdf).



Un'attenzione ripresa e ampliata nel recente **Patto per la salute 2014–2016**⁴, in cui all'articolo 4 si sottolinea che "nel rispetto della centralità della persona nella sua interezza fisica, psicologica e sociale", le Regioni e le Province Autonome (P.A.) si impegnano ad attuare interventi di umanizzazione delle cure prevedendo anche il monitoraggio del grado di soddisfazione dei cittadini in maniera continuativa e omogenea tra le Regioni, così da consentire l'avvio di azioni correttive.

Alla luce delle recenti indicazioni internazionali e nazionali accennate, qual è il ruolo che Agenas può rivestire e l'esperienza che può mettere a disposizione per promuovere nei sistemi sanitari regionali una governance fondata sulla centralità della persona?

A questo proposito, lo Stato e le Regioni già nel 2007⁵ hanno previsto per l'Agenas un ruolo chiave, chiamandola a promuovere nei sistemi sanitari regionali lo sviluppo dell'**empowerment**⁶ dei cittadini, dei pazienti, dei professionisti, delle organizzazioni e delle comunità. Contestualmente all'impegno per lo sviluppo dell'**empowerment**, lo Stato e le Regioni hanno

affidato all'Agenzia anche lo sviluppo di competenze e attività relative al **monitoraggio delle variabili di qualità, efficienza ed equità** del sistema sanitario. Sulla base di tale mandato, quindi, l'Agenzia ha sviluppato negli ultimi otto anni una serie di attività di ricerca-azione per la costruzione, condivisa con i diversi *stakeholder*, di metodi e strumenti per la valutazione e il miglioramento della qualità dell'assistenza, basati sui principi dell'**empowerment**.

Nell'ambito di questo lavoro il tema della "centralità della persona" è stato approfondito e promosso, considerando la **persona quale interlocutore di rilievo** nel processo di pianificazione, monitoraggio, valutazione e miglioramento continuo della qualità dei servizi e dei percorsi clinico-assistenziali. Le attività di ricerca-intervento realizzate si possono, quindi, immaginare declinate in tre diversi ambiti in ciascuno dei quali l'interlocutore è la persona intesa di volta in volta come:

1. **paziente e familiare del paziente;**
2. **professionista;**
3. **cittadino.**

4. Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome Trento e di Bolzano del 10 luglio 2014, concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016. Rep. Atti n. 82/CSR del 10.07.2014.

5. Conferenza Unificata (Rep. Atti 73 CU del 20.09.2007).

6. Empowerment: "processo dell'azione sociale attraverso il quale le persone, le organizzazioni e le comunità acquisiscono competenza sulle proprie vite, al fine di cambiare il proprio ambiente sociale e politico per migliorare l'equità e la qualità di vita" (Wallerstein N. (2006), *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report (www.euro.who.int/Document/E88086.pdf, December 2007)).

I PAZIENTI AL CENTRO

Sono state realizzate a livello nazionale esperienze di condivisione e sperimentazione di strumenti per la valutazione multidimensionale della qualità, che vedono coinvolte Regioni/P.A. e associazioni dei **pazienti** e dei **familiari** dei pazienti.

Insieme a un dialogo continuo e sempre più consolidato con i professionisti e gli operatori della sanità, il contributo partecipativo dei pazienti a simili processi di valutazione permette alle organizzazioni sanitarie di ricevere un feedback rilevante sulla coerenza tra la programmazione di servizi, reti assistenziali e percorsi di cura e la reale esperienza di assistenza vissuta dai pazienti, assicurando in questo modo la piena risposta al bisogno di salute. Di rilievo oltre che di particolare interesse è la sperimentazione - a livello regionale e in una prospettiva di trasferibilità a livello nazionale - di modelli e strumenti che si fondano sull'esperienza del paziente⁷ (*patient experience*^{8,9,10}) e che, sulla scorta di questo, permettono la **valutazione secondo la prospettiva dei pazienti della continuità di cura in oncologia**¹¹. Con la collaborazione dell'Azienda unica della Romagna (già Azienda Usl di Ravenna), dell'Istituto per la ricerca, lo studio e la cura dei tumori Irccs di Meldola (Forlì) e la Regione Emilia-Romagna Agenzia sanitaria e sociale regionale (Assr), nell'ambito della Rete oncologica di Area Vasta Romagna:

- è stato messo a punto uno strumento standardizzato per la valutazione, secondo la prospettiva del paziente, della continuità di cura nel percorso oncologico;
- sono stati utilizzati strumenti per la valutazione degli aspetti di *equity and equality* secondo la prospettiva del paziente.

Altresì rilevante è il ruolo dei pazienti allorché si intendano mettere a punto modelli di valutazione partecipata della qualità dei percorsi di cura e assistenza. Un esempio interessante è stato quello della sperimentazione promossa da Agenas nell'ambito del percorso clinico-assistenziale dedicato al **paziente oncoematologico pediatrico**¹²: in questo caso, il processo di valutazione vede coinvolte, oltre alle associazioni dei familiari dei pazienti pediatrici, anche associazioni di rappresentanza civica e permette di delineare materiali e metodi per un'esperienza di valutazione della qualità che avrà via via un respiro nazionale. Nel quadro più ampio di un processo di validazione e valutazione del percorso clinico-assistenziale in oncologia pediatrica, la Struttura complessa di oncoematologia pediatrica e Centro trapianti dell'Azienda ospedaliero-universitaria "Città della Salute e della Scienza" di Torino e la Regione Emilia-Romagna Agenzia sanitaria e sociale regionale (Assr) hanno collaborato alla messa a punto di strumenti per la valutazione del percorso. Inoltre, hanno dedicato grande energia alla sperimentazione di strumenti finalizzati alla valutazione partecipata della qualità del percorso oncologico pediatrico; tale sperimentazione è stata realizzata anche insieme alle associazioni dei genitori dei pazienti pediatrici, alle rappresentanze civiche e alla società scientifica di riferimento. Queste sinergie hanno permesso di prefigurare uno scenario nell'ambito del quale è stato possibile rilevare la disponibilità delle Regioni/P.A. per una estensione dell'esperienza di valutazione partecipata anche in altri contesti regionali.

7. Foglino S., Bravi F., Marcon A., Angelastro A., Fantini M.P., Carradori T. (2015). La partecipazione della persona al percorso di cura. Nuove prospettive in oncologia (Patient engagement in health care. New perspectives in oncology). *Recenti Prog. Med.* 2015; 106 (5): 203-207.

8. Coulter A. (2011). *Engaging patients in healthcare*. McGraw-Hill Education (UK).

9. Coulter A. Patient engagement. What works? *J Amul Care Manage*, 2012; 35: 80-9.

10. Coulter A., Locock L., Ziebold S., Calabrese J. Collecting data on patient experience is not enough: they must be used to improve care, *BMJ*, 2014.

11. Progetto di Ricerca autofinanziata "Empowerment, Percorsi di cura e scelte diagnostiche terapeutiche in oncologia".

12. Progetto di Ricerca Corrente 2013 - finanziato dal Ministero della Salute ex artt. 12 e 12 bis D.Lgs. 502/92 e ss.mm.ii. - "Strumenti per la promozione dell'empowerment in oncologia pediatrica".

I PROFESSIONISTI AL CENTRO

Per realizzare un'assistenza realmente centrata sul paziente, è fondamentale che i professionisti delle organizzazioni sanitarie siano considerati con la stessa dignità e rispetto con i quali l'organizzazione sanitaria si aspetta che loro trattino famiglie e pazienti. Uno dei modi per realizzare tale obiettivo è investire su benessere ed *empowerment* dei professionisti, attraverso la valutazione della soddisfazione degli stessi, realizzata con strumenti da loro condivisi¹³.

Verso questo obiettivo si sono mosse due ricerche promosse dall'Agenas¹⁴ - realizzate in collaborazione con il Censis, l'Aou "Ospedali Riuniti Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi", la Usl Umbria 2 - Nuovo ospedale San Giovanni Battista di Foligno e Gruppo interregionale sull'*empowerment* - che hanno individuato un modello agile per la valutazione dell'*empowerment*/soddisfazione dei professionisti. La **metodologia** utilizzata si è fondata sul coinvolgimento e la partecipazione attiva dei professionisti: sono stati, quindi, definiti metodi e strumenti utili attraverso i quali essi partecipano al processo valutativo, dalla definizione dello strumento sino alla validazione dei dati. Dal modello messo a punto a livello locale è derivato, grazie al coinvolgimento e al confronto con gli *stakeholder* regionali, un set di item più ristretto, finalizzato a una possibile attività di monitoraggio nazionale.

I CITTADINI AL CENTRO

L'Agenas¹⁵ ha promosso dal 2011 - in collaborazione con Cittadinanzattiva e le Regioni e le P.A. - la costruzione, la sperimentazione e l'implementazione di un modello per la **valutazione partecipata della qualità** delle strutture di ricovero che vede nel coinvolgimento e nella partecipazione dei cittadini il valore fondante.

Sono stati definiti metodi e strumenti comuni attraverso i quali è stata realizzata una prima valutazione sul territorio nazionale del grado di **umanizzazione** delle strutture di ricovero (287 strutture pubbliche e private accreditate) con una metodologia fondata sui principi dell'*empowerment*. Tale metodologia prevede che la valutazione del grado di umanizzazione sia realizzata da un gruppo misto formato da operatori e cittadini che esprimono un giudizio condiviso sui diversi aspetti dell'umanizzazione (checklist composta da 144 item).

Il metodo della valutazione partecipata implica che la partecipazione dei cittadini e utenti sia concreta e attiva in tutte le fasi del processo valutativo: dalla costruzione dello strumento di valutazione alla sua applicazione, alla lettura dei risultati, fino alla definizione e valutazione delle azioni di miglioramento delle criticità riscontrate. Alla prima valutazione partecipata del grado di umanizzazione, conclusasi nel 2014, hanno partecipato per adesione volontaria i professionisti di 287 stabilimenti di cura e circa 300 associazioni di rappresentanza, tutela e volontariato dell'intero territorio nazionale.

Attualmente è in corso di realizzazione il nuovo programma nazionale - finanziato da Agenas - per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione a cui hanno aderito tutte le Regioni e PA.

A cura di **Angela Angelastro, Sara Carzaniga, Flavia Cardinali, Giorgia Duranti, Alessandro Lamanna, Giovanni Caracci, Francesco Di Stanislao**

RINGRAZIAMENTI

Si ringraziano tutte le Regioni/P.A., Cittadinanzattiva, i cittadini, i pazienti e il loro familiari, i professionisti e operatori sanitari che hanno permesso la realizzazione delle attività sinteticamente descritte in questo articolo.

13. Shaller D. *Patient Centered Care: What Does It Take?* United States: Picker Institute and The Commonwealth Fund, 2007.

14. Progetto di Ricerca Corrente 2011 - finanziato dal Ministero della Salute ex artt. 12 e 12 bis, D.Lgs. 502/92 e ss.mm.ii. - "Definizione di modelli e strumenti per la valutazione delle attività e delle decisioni nei sistemi sanitari"; Progetto di Ricerca Autofinanziata "Empowerment dei professionisti in Sanità: proposta di un sistema di rilevazione".

15. Progetto di Ricerca Corrente 2012 - finanziato dal Ministero della Salute ex artt. 12 e 12 bis, D.Lgs. 502/92 e ss.mm.ii. - "La valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino".

QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE NEI PERCORSI DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA (PMA): STATO DELL'ARTE E PROSPETTIVE DI SVILUPPO DEI CONTESTI REGIONALI

A cura dell'Area funzionale Qualità e Accreditamento

PREMESSA

Il presente lavoro intende riportare i metodi e gli strumenti sviluppati nonché i risultati conseguiti nell'ambito di una ricerca coordinata dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari e realizzata in collaborazione con alcune Regioni e il Ministero della salute sul tema della *patient safety* applicata ai percorsi di Procreazione medicalmente assistita. Vengono inoltre presentati i risultati di una *survey* nazionale, *follow up* della ricerca, che si è posta quale momento di aggiornamento sullo stato dell'arte delle iniziative regionali aventi a oggetto la qualità e la sicurezza nei percorsi di PMA. Il progetto "Sviluppo di un percorso condiviso per la

promozione della qualità e della sicurezza nella Procreazione medicalmente assistita (PMA)" è stato condotto nell'ambito del programma di Ricerca corrente 2012, finanziato dal Ministero della salute, ed è stato focalizzato sul contesto assistenziale italiano.

Documenti dell'Organizzazione mondiale della sanità, atti del Parlamento Europeo² e dati del Ministero della salute³ confermano come, nel corso degli ultimi anni, la medicina della riproduzione abbia assistito a un aumento della propria rilevanza e, atteso l'incremento dell'infertilità maschile e femminile⁴, a un crescente accesso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita⁵.

-
1. E Vayena, PJ Rowe, PD Griffin, Current practices and controversies in assisted reproduction. Report of a WHO meeting on "Medical, Ethical and Social Aspects of Assisted Reproduction", 2002.
 2. European Parliament resolution on sexual and reproductive health and rights (2001/2128 (INI)).
 3. Ministero della Salute, Relazione del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di procreazione medicalmente assistita, 30 giugno 2010, Attività anno 2008.
 4. Istituto Superiore di Sanità www.iss.it/binary/rpma/cont/domandefrequenti.1223638332.pdf.
 5. Ministero della Salute, Relazione del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di procreazione medicalmente assistita, 28 giugno 2012, attività anno 2010.



Nello specifico ambito della PMA sono state introdotte pratiche e metodiche di verifica della qualità e in applicazione delle direttive europee (2004/23/CE, 2006/17/CE e 2006/86/CE) sono stati emanati, a livello italiano, specifici decreti legislativi (D.lgs. 191/2007 e 16/2010) in materia di sicurezza e contenimento del rischio insito alla utilizzazione, all'approvvigionamento e al controllo di tessuti e cellule umani con la predisposizione di un'apposita procedura di individuazione e segnalazione degli eventi avversi.

La procreazione assistita nell'ordinamento italiano è disciplinata dalla legge n. 40 del 19 febbraio 2004 recante "*Norme in materia di procreazione medicalmente assistita*". La legge, da subito molto dibattuta per via delle forti restrizioni che limitavano l'accesso per le coppie alle tecniche di PMA, ha subito nel corso degli ultimi 10 anni notevolissime modifica-

zioni che ne hanno scardinato l'originaria struttura e intaccato proprio quei vincoli restrittivi che l'avevano caratterizzata fin dalla sua entrata in vigore, provocando ripercussioni sulla sfera sociale, scientifica ed economica.

La Corte Costituzionale, con le sentenze 162/2014 e 96/2015, dichiarando l'illegittimità di alcuni articoli della legge 40, ha aperto le porte anche in Italia alla fecondazione di tipo eterologo e alla diagnosi preimpianto per le coppie fertili portatrici di malattie genetiche trasmissibili, rispondenti ai criteri di gravità. Allo stato attuale, come risulta dalle informazioni presenti all'interno del sito del Registro nazionale PMA - Istituto superiore di sanità (www.iss.it/rpma), in Italia i centri autorizzati ad applicare tecniche di procreazione medicalmente assistita sono 359, distribuiti e organizzati così come indicato nelle Tabelle 1 e 2.

Ministero della Salute, Relazione del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di procreazione medicalmente assistita, 26 giugno 2015, attività anno 2014.

TABELLA 1. I CENTRI DI PMA IN ITALIA (TOTALE CENTRI IN ITALIA: 359)

Regione	Totale Centri	Pubblici	Privati	Privati convenzionati	1°	2°	3°
Abruzzo	5	3	2	-	1	-	4
Basilicata	2	2	-	-	1	-	1
Bolzano P.A.	5	4	1	-	3	1	1
Calabria	9	1	8	-	5	4	-
Campania	44	10	34	-	17	11	16
Emilia Romagna	22	10	12	-	8	5	9
Friuli Venezia Giulia	5	3	1	1	2	1	2
Lazio*	41	7	31	3	14	8	19
Liguria	9	4	5	-	7	-	2
Lombardia	64	20	33	11	38	13	13
Marche	5	2	3	-	2	3	-
Molise	2	-	2	-	1	1	-
Piemonte	27	11	15	1	17	5	5
Puglia	14	3	11	-	2	9	3
Sardegna	3	3	-	-	-	1	2
Sicilia	38	5	33	-	17	7	14
Toscana	22	7	9	6	8	8	6
Trento P.A.	1	1	-	-	-	-	1
Umbria	2	1	1	-	-	1	1
Valle d'Aosta	1	1	-	-	-	-	1
Veneto	38	13	23	2	18	10	10
TOTALI	359	111	224	24	161	88	110

* La Regione Lazio ha avviato le procedure di autorizzazione dei centri per l'applicazione di tecniche di PMA; ad oggi risultano attivi 6 centri (dei quali due unicamente per le tecniche di 1° primo livello, pur essendo centri di 3° livello), 31 sono in via di autorizzazione e per 4 invece le attività risultano momentaneamente sospese

I centri che erogano prestazioni di PMA a seconda delle tecniche utilizzate si distinguono in centri di 1° di 2° e di 3° livello.

Centri di 1° livello: utilizzano le tecniche meno complesse e quasi esclusivamente l'inseminazione intrauterina.

Centri di 2° livello: oltre alle tecniche di inseminazione intrauterina semplice si effettuano anche procedure più complesse che, in base alla tipologia di infertilità riscontrata, prevedono la fecondazione all'esterno del corpo femminile. Tra le tecniche utilizzate Fivet (Fertilizzazione in vitro con embryo transfer) e Icsi (Iniezione intracitoplasmatica dello spermatozoo).

Centri di 3° livello: in questi centri è possibile ricorrere a tecniche più complesse e invasive che possono prevedere anche l'utilizzo dell'anestesia generale e di un periodo di degenza. Tra le tecniche di 3° livello Tese (Testicular sperm extraction), Gift (Trasferimento intratubarico dei gameti) e Tet (Tubal embryo transfer).

Per legge tutti i centri di 2° e 3° livello devono dotarsi di attrezzature adeguate per applicare le migliori tecniche di crioconservazione e scongelamento dei gameti e di crioconservazione degli embrioni (linee guida 11 aprile 2008 "Crioconservazione dei gameti. Crioconservazione degli embrioni", art. 14, commi 3 e 8 della legge 40/2004).

TABELLA 2. LA TIPOLOGIA DEI CENTRI DI PMA IN ITALIA

Tipologia centro	1° Livello	2° Livello	3° Livello
Centri pubblici	39	21	51
Centri privati	118	57	49
Centri privati convenzionati	4	10	10
Totale*	161	88	110

* Nei totali rientrano anche le strutture della Regione Lazio alcune delle quali sono tuttora in via di autorizzazione, pertanto anche i due centri autorizzati che, pur essendo pur essendo di 3° livello, possono ad oggi unicamente effettuare tecniche di 1°, i centri in via di autorizzazione e i 4 centri le cui attività sono momentaneamente sospese

All'interno del quadro normativo e organizzativo sinteticamente delineato, la ricerca è partita dalla rilevanza di una difficoltà di approccio e consapevolezza circa le modalità di applicazione e utilizzazione delle metodiche di *patient safety* nell'ambito della procreazione medicalmente assistita. Pertanto, l'obiettivo che con la ricerca si è inteso raggiungere è stato quello di pervenire alla messa a punto, alla sperimentazione e alla successiva implementazione di alcuni strumenti in grado di controllare il rischio nell'ambito di taluni processi che caratterizzano il percorso di PMA al fine di aumentare la sicurezza del paziente e delle cure nell'ottica di un miglioramento continuo della qualità.

Con il coordinamento di Agenas e il supporto consultivo di un panel di esperti costituito da rappresentanti del Ministero della salute, dell'Istituto superiore di sanità e di Cittadinanzattiva, il gruppo di lavoro ha visto impegnate nella ricerca tre Unità di progetto individuate all'interno di altrettante Regioni: "Centro gestione rischio clinico e sicurezza dei pazienti" (Regione Toscana), Azienda ospedaliera "Papa Giovanni XXIII" di Bergamo (Regione Lombardia) e Azienda ospedaliera universitaria "Policlinico di Bari" (Regione Puglia). Lo studio ha consentito di pervenire a una mappatura dei rischi specifici in PMA, individuando nelle procedure chirurgiche e laboratoristiche

e nel protocollo farmacologico, i processi con più elevato indice di priorità ai fini della riduzione dei rischi e degli eventi avversi. L'applicazione della Fmea (Failure mode and effect analysis) ha permesso, dunque, di mappare i processi, individuare le fasi di maggiore criticità e di sperimentare uno strumento per il contenimento del rischio all'interno delle tre Regioni coinvolte nella ricerca, ovvero una checklist per la sicurezza in sala operatoria specificamente applicata al percorso di PMA e un set di 10 alert per il professionista e per il paziente riferiti alle fasi di accettazione e rintracciabilità della donna/coppia e della *compliance* al protocollo farmacologico.

La ricerca ha permesso di sperimentare uno strumento di concreta utilità per il contenimento del rischio adattato alle esigenze dei professionisti che operano nel settore della PMA, ponendo altresì le basi per la pianificazione di ulteriori interventi in materia. Proprio partendo dalle riflessioni e dalle considerazioni emerse nel corso dei lavori della ricerca e quale logico prosieguo della stessa nonché in considerazione del contesto di riferimento italiano che garantisce ampia autonomia alle Regioni in tema di organizzazione dei servizi sanitari, è stato condotto un lavoro di analisi dello stato dell'arte delle iniziative regionali aventi a oggetto la qualità e la sicurezza nello specifico ambito della procreazione medicalmente assistita. Pertanto, a seguito di condivisione dei risultati del progetto con i referenti del Comitato tecnico delle Regioni per la sicurezza del paziente⁶, è stato somministrato loro un questionario attraverso il quale si è inteso indagare eventuali attività intraprese all'interno delle Regioni medesime volte al miglioramento della qualità e della sicurezza nei percorsi di PMA e contestualmente conoscere opinioni o proposte per eventuali e futuri indirizzi di sviluppo della ricerca.

Su 21 Regioni e Province Autonome, 18 hanno fornito un feedback, alcune mediante restituzione del questionario compilato, altre mediante intervista telefonica.

Come presentato nel dettaglio nei paragrafi successivi, il panorama che ne risulta è eterogeneo e diver-

6. Organo tecnico della Commissione salute del coordinamento delle Regioni.



sificato all'interno dei contesti regionali. Dalla survey risultano ancora poche le Regioni che hanno intrapreso un percorso di miglioramento della qualità e della sicurezza della PMA benché in ognuna di esse siano presenti centri che erogano prestazioni di PMA e tutte dichiarino l'adeguamento ai requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi dei centri previsti dalla normativa nazionale. La governance del rischio clinico a livello regionale non è ancora presente in tutte le realtà regionali mentre molto è ancora lasciato al-

l'iniziativa delle singole Aziende/Centri che erogano dette prestazioni.

È altresì fortemente avvertita l'esigenza di un sistema di governance centralizzato a livello regionale e di linee di indirizzo comuni in grado di tracciare indicazioni per percorsi omogenei, procedure operative standardizzate e modalità di intervento specifici per il miglioramento della qualità e della sicurezza e per un maggiore contenimento del rischio.

LA SURVEY NAZIONALE

A partire dal mese di marzo 2014 Agenas ha condotto, nell'ambito del Comitato tecnico delle Regioni per la sicurezza del paziente, un'indagine volta a delineare lo stato dell'arte circa iniziative, buone pratiche e azioni di miglioramento condotte a livello regionale per il miglioramento della qualità e della sicurezza nei percorsi di procreazione medicalmente assistita.

A tutti i referenti regionali sono stati sottoposti 7 quesiti a risposta aperta, i primi dei quali specificamente volti a indagare l'eventuale realizzazione di attività, buone pratiche o iniziative di miglioramento della qualità e della sicurezza nei percorsi di PMA, lo stato di realizzazione e le motivazioni che avevano indotto l'organizzazione regionale a programmare tali attività. Gli altri quesiti miravano a individuare eventuali traiettorie di sviluppo delle attività di promozione della sicurezza realizzate nell'ambito della ricerca descritta al paragrafo precedente.

Obiettivo dell'indagine è stato inoltre quello di verificare l'eventuale presenza, all'interno delle sin-

gole Regioni, di un sistema di coordinamento regionale dei percorsi di PMA. Su 21 Regioni e Province Autonome, 18 hanno fornito un riscontro e dall'analisi dei feedback risulta un generale adeguamento ai requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi dei centri di PMA come previsto dalla normativa nazionale, dalle direttive comunitarie (2004/23/CE, 2006/17/CE e 2006/86/CE) e dai decreti legislativi di recepimento (D.lgs. 191/2007 e D.lgs. 16/2010).

Attraverso il primo quesito del questionario è stato richiesto ai referenti di riportare l'eventuale realizzazione di attività, buone pratiche o iniziative di miglioramento della qualità e della sicurezza nei percorsi di Procreazione medicalmente assistita coordinate a livello regionale. Si riportano di seguito alcune esperienze regionali ritenute particolarmente significative e potenzialmente utili per i contesti regionali in cui l'azione di coordinamento a livello centrale è in fase di sviluppo.

Le esperienze di miglioramento della sicurezza dei percorsi di PMA realizzate mediante il coordinamento regionale

REGIONE CALABRIA

La programmazione della **Regione Calabria** per il miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure nei percorsi di PMA viene esplicitato nell'allegato al Dpgr 129/2011. Attraverso una distribuzione omogenea sul territorio si è ritenuto opportuno assicurare un'adeguata copertura di offerta in ambito pubblico. È stata costruita una rete aziendale e interaziendale di servizi con l'obiettivo di supportare la coppia infertile nel percorso. Gli obiettivi della programmazione regionale sono:

- uniformità nell'erogazione delle prestazioni;
- razionalizzazione delle risorse impiegate;
- appropriatezza del regime di erogazione delle prestazioni;
- conformità delle strutture eroganti ai requisiti previsti;
- identificazione di "pacchetti" di prestazioni nell'ambito del day service ambulatoriale.

I centri pubblici eroganti prestazioni di PMA devono soddisfare i requisiti e le indicazioni delle procedure previsti dalle normative nazionali e dai regolamenti regionali, sia al fine di ottenere l'autorizzazione all'esercizio dell'attività, sia in considerazione del fatto che, a fronte di importanti investimenti, devono corrispondere elevati standard di qualità. Per garantire la qualità dell'assistenza alla coppia infertile devono essere definiti, all'interno di ogni Azienda sanitaria e/o ospedaliera, i protocolli clinico-assistenziali per la presa in carico e lo studio delle coppie infertili che prevedano:

- l'individuazione dei punti di primo accesso e di consulenza informativa preferibilmente in ambito territoriale presso i consultori familiari;
- la definizione e la standardizzazione dei criteri diagnostici;
- la definizione delle modalità del consenso informato;

- la definizione del materiale informativo scritto per la donna e per la coppia;
- la definizione dei punti della rete e delle modalità d'accesso ai vari livelli;
- la formazione del personale coinvolto, per garantire tra l'altro il collegamento fra i centri specialistici e le cure primarie;
- il controllo di qualità, la verifica e la comunicazione dei risultati raggiunti.

Bisogna considerare che, ad oggi, dei 9 centri presenti in Regione Calabria, 8 sono privati, di 1° e di 2° livello; l'unico centro pubblico offre unicamente prestazioni di 1° livello; è attualmente in fase di implementazione l'apertura di ulteriori centri pubblici di 1°, 2° e 3° livello, già prevista dal Dpgr 129 del 14 dicembre 2011.

REGIONE LAZIO

A seguito di un evento avverso recentemente occorso in una struttura di PMA della **Regione Lazio**, è emersa la necessità di intervenire sul sistema per introdurre barriere strutturali, tecnologiche e organizzative volte alla minimizzazione dei rischi, specie per le fasi che la letteratura e l'esperienza indicano come particolarmente critiche e per quelle che sono state individuate come *radice* dell'evento avverso occorso. Pertanto nei centri pubblici di PMA della Regione Lazio sono stati avviati percorsi per il miglioramento della qualità e della sicurezza che hanno riguardato due ambiti principali. In un caso si è intrapreso un percorso, assimilabile alla certificazione di qualità, sul modello Iso, mentre nell'altro si è provveduto a un adeguamento della dotazione strutturale e tecnologica atta a consentire il superamento di talune criticità nella tracciabilità di alcune fasi del percorso.

È stato realizzato un Manuale della qualità all'interno del quale sono stati rappresentati processi, ruoli, responsabilità e procedure con cui gestire le attività.

Il Manuale è stato elaborato partendo dalla condivisione con gli operatori dei principi propri di un Sistema di gestione della qualità a garanzia di una migliore compliance. Il monitoraggio del Sistema viene effettuato periodicamente dal Referente regionale per la qualità, anche attraverso la conduzione di audit, analisi di report, di concerto con la Direzione sanitaria aziendale.

Si è provveduto, inoltre, all'acquisto delle attrezzature e a effettuare gli interventi strutturali necessari curando in particolare i sistemi di sicurezza e di alert per apparecchiature e funzioni critiche.

REGIONE LOMBARDIA

La **Regione Lombardia** con delibera della giunta regionale n. IX/1054 del 22 dicembre 2010 ha approvato un progetto sperimentale che ha l'obiettivo di collegare tra loro le strutture sanitarie regionali che dispongono di centri di Procreazione medicalmente assistita. Decisivo per la qualità del Servizio sanitario lombardo, tale progetto ha previsto la connessione in rete di cinque tra i più rilevanti Centri di fertilità regionali: l'Istituto Clinico Humanitas di Rozzano, l'Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo, l'Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, l'Ospedale San Paolo di Milano e l'Ospedale C. Poma di Mantova. La fase sperimentale si è conclusa il 31 dicembre 2015 e, a partire dal 2016, è previsto un collegamento alla rete degli altri centri regionali nonché l'avvio di specifici progetti di ricerca.

Attraverso la nascente "Rete lombarda per la procreazione medicalmente assistita" - ART Lombardia Network - sarà possibile la condivisione delle informazioni relative alle procedure effettuate per finalità di ricerca clinico-scientifica, studi epidemiologici, controlli di qualità e appropriatezza, ottimizzazione della spesa sanitaria. I dati raccolti forniranno numerosi spunti per ricerche scientifiche e informazioni utili alla programmazione e gestione del sistema sanitario regionale, con ricadute potenziali sull'efficacia ed efficienza dello stesso.

REGIONE TOSCANA

In **Regione Toscana** è stato attivato un tavolo di lavoro per la messa a punto di una pratica di sicurezza regionale sulla PMA. Il tavolo è composto da professionisti in ambito ostetrico-ginecologico e da esperti di rischio clinico e sicurezza del paziente. La buona pratica è stata messa a punto in conformità con quelle già in essere nella Regione per quanto attiene a formato e definizione dei contenuti. Gli strumenti a supporto della pratica di sicurezza sono quelli definiti nell'ambito del progetto di ricerca corrente coordinato da



Agenas e di cui la Regione Toscana è stato uno dei partner. La scheda tecnica della buona pratica prevede un rationale e requisiti per la sua applicazione. I requisiti minimi proposti sono l'adozione della checklist e la diffusione degli alert; la realizzazione del programma di formazione degli operatori per l'adozione degli strumenti e la diffusione di una cultura della sicurezza; la presenza di un'informativa nel consenso informato che sia stata oggetto di valutazione in merito alla comprensibilità lessicale e terminologica da parte di un organismo di tutela dei cittadini e del referente del rischio clinico aziendale. Per quanto attiene all'ambito applicativo, il procedimento prevede la deliberazione, la presenza di una procedura operativa, l'attuazione e la fase di misurazione mediante indicatori. Il tavolo ha proposto inoltre di effettuare una valutazione linguistica circa la leggibilità dei consensi informati ad oggi in uso in Regione Toscana nell'ambito della PMA. Allo scopo ci si servirà di un software messo a disposizione dal Cnr di Pisa. Infine il tavolo ha ipotizzato di attivare un'analisi Fmea su una fase del percorso di procreazione eterologa considerata ad oggi di particolare criticità.

REGIONE UMBRIA

Nella **Regione Umbria** vi è un solo centro pubblico che eroga prestazioni di PMA situato all'interno dell'Azienda ospedaliera di Perugia. Per la gestione dei

dati viene utilizzato *Fertilab*, un software implementato nel 2011 e soggetto a continue revisioni da parte di una commissione scientifica con lo scopo di potenziarne la performance. *Fertilab* garantisce la sicurezza e la tracciabilità nel trattamento dei dati personali, è programmato per la gestione dei dati di ogni singolo paziente e trattamento sulla base delle norme di qualità e di sicurezza per la donazione, l'approvvigionamento, la lavorazione, la conservazione di tessuti e cellule umani (D.lgs. 191/2007); il software è integrato di dispositivi quali lettore codice a barre per ID paziente, lettore banda magnetica tessera sanitaria, firma digitale, atti a garantire la tracciabilità e quindi a ridurre il rischio.

All'interno della Regione, inoltre, nel corso degli ultimi anni sono stati organizzati dal servizio programmazione numerosi corsi di formazione e aggiornamento rivolti alle diverse figure professionali direttamente coinvolte nella PMA: sia per operatori quali medici curanti o dei consultori sia per gli operatori che, interfacciandosi con gli utenti, li indirizzano verso un percorso di PMA. È attualmente in corso la programmazione di ulteriori eventi formativi. L'obiettivo dei corsi è quello di assicurare un costante aggiornamento del personale, uniformandone i comportamenti, e coordinare efficacemente le attività degli operatori direttamente e indirettamente coinvolti in un percorso di PMA.



Le esperienze realizzate nelle Regioni in cui il coordinamento regionale delle azioni di miglioramento della sicurezza in PMA è in fase di sviluppo

All'interno degli altri contesti regionali, pur in presenza di un'azione di regia ancora in fase di sviluppo, è possibile individuare alcune esperienze rilevanti seppur condotte in specifici contesti aziendali.

È questo il caso dell'Azienda ospedaliera di Padova che si è dotata di protocolli e procedure operative ad hoc per la PMA, ha adottato una specifica check list di sala operatoria e ha consolidato l'utilizzo del bracciale identificativo. Per quanto concerne il contesto di riferimento regionale tutte le aziende del **Veneto** fanno utilizzo di istruzioni operative e protocolli; l'uniformità a livello centrale rientra comunque tra gli obiettivi prioritari della Regione.

In **Regione Sardegna** i due centri pubblici presenti nella provincia di Cagliari hanno implementato specifiche procedure operative, pur non essendo presente un'azione centrale di governance. È operativo un tavolo tecnico che sta lavorando con l'obiettivo di rendere omogeneo l'utilizzo della check list di sala operatoria nei centri di PMA.

Pur rientrando tra gli obiettivi che la Regione si è posta, ad oggi, in **Campania** non è presente un coordinamento a livello centrale. Nel 2005 era stato istituito un centro di riferimento regionale che però non è più operativamente attivo. Nella gestione della sicurezza in ambito di PMA è importante segnalare alcune esperienze di rilievo come, ad esempio, quella dell'Azienda ospedaliera di rilievo nazionale San Giuseppe Moscati di Avellino che ha intrapreso una collaborazione con l'Università Federico II di Napoli per pervenire all'adozione di pratiche operative e strategie condivise.

La **Regione Piemonte** già dal 2001, prima ancora dell'entrata in vigore della normativa nazionale, si era attivata per la redazione di un documento preliminare sui requisiti generali, successivamente revisionato e integrato nel 2006. Nel corso di questi ultimi anni è stato intrapreso, in collaborazione con il Centro nazionale trapianti (Cnt), un lavoro rivolto alla formazione dei valutatori e, nel 2014, sono iniziate le visite ispettive all'interno dei centri pubblici e privati di 1° e di 2° livello

attraverso un lavoro congiunto di Cnt e valutatori. Molto rilievo è stato dato, nell'ambito delle visite, agli aspetti legati alla sicurezza. Allo stato attuale numerosi centri stanno inviando alla Regione dei piani di miglioramento e, con l'entrata in vigore della PMA di tipo eterologo, è stato attivato un gruppo di lavoro per la redazione di consensi informati omogenei. Si lavora contestualmente alle tariffe per i costi dell'eterologa, come già precedentemente per quelle dell'omologa.

Le Regioni Marche, Friuli Venezia Giulia, Abruzzo, Liguria, Sicilia, Emilia Romagna e le Province Autonome di Trento e Bolzano hanno regolamentato i percorsi attraverso atti normativi regionali in adeguamento alle disposizioni nazionali, alle direttive comunitarie (2004/23/CE, 2006/17/CE e 2006/86/CE) e ai decreti legislativi di recepimento (D.lgs. 191/2007 e D.lgs. 16/2010).

Specificamente all'interno della **Regione Marche**, attraverso ulteriore decreto della giunta regionale, sono state fornite indicazioni per il miglioramento della qualità nel percorso di PMA e per quanto riguarda il Centro di Ancona, a partire dall'anno 2011, sono state implementate tutte le procedure riguardanti il controllo di qualità; procedure verificate e positivamente valutate nell'ambito delle ispezioni congiunte Regione Marche - Centro nazionale trapianti.

Per quanto riguarda il **Friuli Venezia Giulia** i percorsi sono stati regolamentati con Dgr non solo per quanto riguarda la fecondazione omologa ma anche per l'eterologa; per i percorsi di PMA sono state applicate le iniziative regionali sul rischio clinico, come ad esempio l'utilizzo della check list operatoria, l'identificazione del paziente, la gestione della documentazione clinica. Per garantire un percorso informativo omogeneo in tutte le strutture autorizzate/accreditate regionali è stata approntata la revisione dei consensi informati sia per il percorso di PMA sia per la donazione dei gameti. Parallelamente è stato predisposto il questionario di valutazione per il donatore, nel rispetto delle linee guida delle direttive comunitarie e delle linee guida del Centro nazionale trapianti e del Centro nazionale sangue (CNT/CNS).

In **Regione Emilia Romagna** non risultano attività, coordinate a livello regionale, per il miglioramento della qualità, tuttavia a partire dal 2014 si è avviato un percorso di revisione delle attività di PMA nei centri pubblici regionali, con l'intenzione di creare procedure e modalità di accoglienza, presa in carico, trattamento e follow-up omogenee.

Per quanto attiene alla **Regione Siciliana** due decreti sui requisiti organizzativi e tecnici hanno recepito la normativa nazionale ed è stata creata una rete per l'assegnazione di specifici fondi che dovrebbero servire alle Aziende per la realizzazione e l'implementazione delle procedure necessarie all'interno dei centri. Con riferimento allo specifico ambito della sicurezza in PMA, le iniziative sono ancora in una fase iniziale benché l'ambito di intervento sia ritenuto prioritario.

Anche in **Regione Liguria** non è stata realizzata alcuna buona pratica o iniziativa coordinata a livello centrale in tema di qualità e sicurezza nella procreazione medicalmente assistita, non essendo presente in materia un coordinamento a livello regionale.

La **Provincia Autonoma di Trento** ha emanato nel 2006 le "liste" contenenti i requisiti per l'autorizzazione istituzionale dei Centri PMA e risultano in via di definizione quelli per l'accREDITAMENTO; non vi sono altri indirizzi specifici relativi a qualità e sicurezza dei percorsi di PMA. L'Azienda sanitaria provinciale ha attivato delle iniziative di miglioramento nell'ambito del Centro di Procreazione medicalmente assistita di riferimento provinciale.

La **Provincia Autonoma di Bolzano**, nel 2012, ha emanato le "Linee di indirizzo operative e definizione del regime erogativo per l'attività di PMA" mediante le quali, in applicazione della vigente normativa nazionale, vengono definiti i criteri qualitativi e i requisiti specifici; con deliberazione della giunta provinciale sono state altresì approvate le linee guida sulla procreazione medicalmente assistita.

CONCLUSIONI

Le Regioni e Province Autonome che hanno partecipato all'indagine hanno manifestato notevole attenzione nei confronti della tematica e dei risultati della ricerca coordinata da Agenas, ritenendo utile proseguire in ulteriori e nuove attività di promozione della qualità e della sicurezza della procreazione medicalmente assistita. La survey nazionale ha permesso di verificare la presenza di Regioni che hanno egregiamente portato avanti un percorso volto al miglioramento continuo della qualità e della sicurezza nello specifico settore della medicina della riproduzione e, contestualmente, rilevare le esigenze delle Regioni che avvertono la necessità di investire maggiormente in tale ambito di ricerca e sviluppo.

Da tutti è invece avvertita la necessità di utilizzare un linguaggio condiviso, di pervenire a maggiori formalizzazioni e standardizzazioni a livello procedurale e operativo, nonché di investire nella formazione del personale che opera all'interno dei centri di PMA.

Alla luce della sentenza 162/2014 della Corte Costituzionale, le Regioni hanno espresso interesse a includere nei programmi e nelle strategie di miglioramento della qualità e della sicurezza i percorsi di procreazione di tipo eterologo.

A cura di Barbara Labella, Giulia De Matteis, Roberta De Blasi, Vanda Raho, Giovanni Caracci

RINGRAZIAMENTI

Si ringrazia il Comitato tecnico delle Regioni per la sicurezza dei pazienti e i partecipanti al progetto di seguito elencati:

- Regione Lombardia - AO Giovanni XXII di Bergamo: Enrica Campitani, Francesco Fusi, Manuela Ghilardi, Elena Ratti, Roberto Suardi, Laura Zanga;
- Regione Toscana - Centro Gestione Rischio Clinico: Sara Abolino, Giulia Dagliana, Giovanna Paggi, Riccardo Tartaglia;
- Regione Puglia - Policlinico Universitario di Bari: Raffaella De Palo, Pasquale Totaro;
- Istituto Superiore di Sanità: Giulia Scaravelli, Roberta Spoletini;
- Ministero della Salute: Serena Battilomo, Sara Terenzi.

