



PIEMONTE



PIEMONTE



PIEMONTE

*Giornate sul Piano socio-sanitario regionale
2007-2010*

4[^] sessione

RISORSE
RAPPORTO PUBBLICO/PRIVATO
LA RETE OSPEDALIERA

29 aprile 2008

c/o CISL Piemonte – via Sant’Anselmo, 11 Torino –

alle ore 9.30 – 13.00

delegazioni di:

Torino, Ivrea, Cuneo, Asti e Alessandria

il giorno 30 aprile 2008

c/o CGIL - via Stara, 2 Vercelli –

alle ore 9.30 – 13.00

delegazioni di:

Novara – Vercelli – Biella e VCO

LE RISORSE

- | | |
|------------------------------------|----------|
| 1. I conti della Regione | pagina 3 |
| 2. I criteri del riparto regionale | pagina 5 |
| 3. I conti delle Aziende Sanitarie | pagina 8 |

RAPPORTO PUBBLICO/PRIVATO

pagina 10

LA RETE OSPEDALIERA

- | | |
|------------------------------|-----------|
| 1. Previsioni del PSSR | pagina 12 |
| 2. Gli interventi finanziati | pagina 18 |

RISORSE - I conti della Regione

L'intesa Stato – Regioni del 23.3.2005 ha regolato la gestione del federalismo fiscale in sanità, avviato con il d.lgs. 56/2000 in sostituzione della precedente intesa dell'8.8.2001.

L'accordo del 2005 ha definito vincoli puntuali e molto rigidi all'evoluzione della spesa sanitaria per il triennio 2005 – 2007.

Ha inoltre definito il percorso di monitoraggio dell'evoluzione della spesa tramite i conti economici trimestrali, introducendo l'obbligo della certificazione delle situazioni finanziarie (sia in equilibrio che in disavanzo). Nel caso di disequilibrio, quale quello piemontese, l'intesa ha previsto l'obbligo di predisporre i piani di rientro, con la regolazione delle modalità di gestione delle spese eccedenti le risorse disponibili.

Queste le voci macroassistenziali del riparto:

PREVENZIONE	5%	Quota capitaria secca
DISTRETTUALE	50%	Medicina di base Farmaceutica Quota capitaria secca Tetto imposto dalla Legge Finanziaria
		Specialistica Atra territoriale Quota capitaria pesata sull'età Quota capitaria secca
OSPEDALIERA	45%	Quota capitaria pesata sull'età

L'individuazione dei criteri e degli algoritmi di calcolo ha come presupposto di base i dati sanitari presenti nella banca dati del NSIS (Nuovo sistema Informativo Sanitario) riferibili ad ogni Regione dell'intero sistema sanitario nazionale.

Tutto ciò che non è ancora misurabile con dati del NSIS è attribuito sulla base della quota capitaria secca.

Viene attribuito sulla base della quota capitaria pesata sull'età tutto ciò che è misurabile con dati del NSIS, che vengono via via implementati, contenendo l'impatto della spesa ospedaliera che tende a decrementare a favore di quella ambulatoriale.

Per la popolazione vengono usati i dati stimati per classi di età dall'ISTAT al 1° gennaio dell'anno precedente.

Viene applicata, di norma, la mobilità sanitaria registrata due anni prima, secondo i valori comunicati al Ministero dalle singole regioni, ma validati tra le stesse, determinati con l'applicazione di tariffe convenzionalmente convenute.

Il quadro delle risorse finanziarie

La gestione economico-finanziaria del Servizio Sanitario Piemontese dell'ultimo triennio presenta rilevanti perdite nette di esercizio, motivo per cui la Regione è "affiancata" ovvero sotto la supervisione del Ministero dell'economia e delle finanze.

Il finanziamento 2001 è stato caratterizzato da forti tagli nei budget nelle Aziende sanitarie regionali, quello del 2002 dalla riedizione dei Quadranti, quello del 2003 è stato il primo ad introdurre il criterio della quota capitaria.

2003 - è l'anno in cui si passa dal finanziamento "storico" ad una prima formula di quota capitaria. Fino al 2005 una parte delle risorse non entrano nel riparto pesato, ma costituiscono il cosiddetto Fondo di riequilibrio, col quale si sostengono le aziende meno virtuose.

Questa la composizione della quota capitaria:

533,2 (assist. Territoriale) + 439,9 (assist. Ospedaliera) = **973,1 euro**

la Prevenzione è finanziata "a funzione"

il Fondo di riequilibrio = 258.368.000

2004 - la gestione a tutto il 31 dicembre 2004 presenta un disavanzo complessivo pari a oltre 1 miliardo di euro; tale disavanzo, al netto delle poste non monetarie, e delle risorse integrative disposte dalle leggi finanziarie 2005 e 2006, si riduce a 676 milioni di euro, coperti con l'operazione di finanza straordinaria prevista dalla finanziaria regionale 2006;

Questa la composizione della quota capitaria:

71,95 (prevenzione) + 705,09 (assist. Territoriale) + 661,92 (assist. Ospedaliera) = **1438,96**

la Prevenzione è finanziata "a funzione"

il Fondo di riequilibrio = 450.391.150

2005 - la gestione 2005, che registra gli effetti della manovra di contenimento avviata nel corso dell'esercizio, presenta un disavanzo complessivo, al lordo degli oneri contrattuali relativi a tale esercizio ed al netto delle poste non monetarie, pari a 316 milioni di euro, coperti con stanziamenti a carico del bilancio regionale.

Per quanto riguarda la situazione delle aziende sanitarie, da rilevare che, in controtendenza al valore medio nazionale, che migliora nel 2004 e 2005, le aziende ospedaliere del Piemonte peggiorano la propria posizione contabile.;

Questa la composizione della quota capitaria:

73,69 (prevenzione) + 736,94 (assist. Territoriale) + 663,24 (assist. Ospedaliera) = **1473,87**

Fondo di riequilibrio = 325.830.000

La spesa pro capite è di 1.655 euro.

2006 - la gestione 2006, che presenta un disavanzo complessivo, al lordo degli oneri contrattuali relativi a tale esercizio ed al netto delle poste non monetarie, pari a 330 milioni di euro, coperti con stanziamenti a carico del bilancio regionale.

La spesa pro capite è più alta di quella media italiana (**1721** contro 1688 euro)

2007 - la quota indistinta lorda spettante alla Regione Piemonte è stata di 7.168,5 milioni di euro

2008 - la quota spettante per il 2008, in base a quanto concordato nella Conferenza Stato Regioni del 14 febbraio 2008, ammonta a 7.428,3 milioni di euro, comprensivi del concorso dello Stato al finanziamento della spesa sanitaria a copertura dei maggiori oneri contrattuali per il biennio 2006-2007.

RISORSE - I criteri del riparto regionale

I criteri dal P.S.S.R.

2.2. L'ALLOCAZIONE DELLE RISORSE DISPONIBILI

L'allocazione funzionale deve essere:

- coerente con gli obiettivi generali di piano, ovvero con lo sviluppo della prevenzione e dell'assistenza distrettuale ed il contenimento dell'assistenza ospedaliera;
- compatibile con i vincoli posti dalla spesa storica, che possono essere superati in un arco temporale pluriennale.

L'allocazione territoriale deve tenere conto dei determinanti del ricorso alle prestazioni sanitarie:

- i determinanti della domanda individuale (stato di salute effettivo e percepito, condizioni socio-economiche ed altro);
- il comportamento dei medici prescrittori;
- i determinanti ambientali (dispersione della popolazione, sistema dei trasporti ed altro);
- il sistema dell'offerta (gamma, dimensione ed accessibilità dei servizi).

2.5. IL SISTEMA DI REMUNERAZIONE

L'indirizzo di Piano è di inserire il sistema tariffario in un quadro organico di strumenti – accreditamento, accordi contrattuali, remunerazione per funzioni – idoneo a garantire i seguenti risultati:

- sviluppare i percorsi assistenziali, evitando che il sistema tariffario induca comportamenti inappropriati nei singoli segmenti del percorso;
- indirizzare la produzione dei soggetti erogatori verso gli obiettivi assistenziali attesi;
- garantire l'equilibrio economico del sistema regionale.

Relativamente al sistema tariffario ospedaliero e per l'assistenza specialistica ambulatoriale l'obiettivo di piano è la migliore regolazione del sistema:

- a parità di qualità ed efficacia, privilegiare lo sviluppo di forme assistenziali a tariffa più bassa (ad esempio, sviluppando a livello ambulatoriale prestazioni ora rese in regime di ricovero diurno);

sviluppare un sistema che aggregi le prestazioni in “pacchetti” assistenziali per problemi specifici;

controllare i costi indotti dalla articolazione del percorso assistenziale tra più soggetti erogatori o, nell'ambito dello stesso soggetto erogatore, da diversi sistemi remunerativi (ad esempio, con il passaggio dalla tariffa forfettaria a quella pro die);

riesaminare le tariffe nei casi in cui l'innovazione tecnologica ed organizzativa consenta economie gestionali;

sviluppare la remunerazione per funzioni.

Costituisce altresì obiettivo di Piano la graduale estensione del sistema tariffario regionale alle prestazioni ora non previste.

I criteri dalle Delibere di Giunta Regionale (PRR)

La Regione Piemonte ha presentato a fine 2007 ai Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze il Piano di riqualificazione del Sistema sanitario Regionale e di riequilibrio economico 2008-2010, in via di approvazione. Il Piano di rientro della Regione Piemonte si basa sul controllo dell'evoluzione dei costi di esercizio e sul costo di acquisto dei servizi sanitari da terzi soggetti erogatori e persegue l'obiettivo di riequilibrare l'allocazione delle risorse, con il contenimento della spesa ospedaliera a favore di quella destinata alla prevenzione ed all'assistenza territoriale.

Il principio di riferimento del riparto delle risorse è quello dell'equità, con l'obiettivo di distribuire le risorse disponibili in base a criteri "oggettivi" che tengano conto dei differenziali di domanda e, conseguentemente, di superare il criterio della spesa storica.

Il sistema di riparto determina le pre-condizioni economiche di riferimento dell'operato delle aziende sanitarie. Tale sistema deve essere affiancato da strumenti idonei a garantire due obiettivi:

- il perseguimento dei livelli assistenziali, in termini quali-quantitativi e con riferimento al criterio della appropriatezza;
- il perseguimento di più elevati livelli di efficienza nella produzione dei servizi/prestazioni (efficienza tecnica) e nell'acquisto di servizi/prestazioni (a parità di qualità).

Il criterio del finanziamento in base alla quota capitaria è affiancato da quello per funzioni, per coprire i costi delle attività di rilievo aziendale o sovra-aziendale non riferibili al criterio capitario (ad esempio, i costi strutturali del DEA).

I criteri generali utilizzati nel riparto del fondo sanitario regionale tra le aziende sanitarie locali sono i seguenti:

- riferimento base: popolazione residente al 31.12 dell'anno precedente;
- finanziamento integrativo per la popolazione non rilevata dalle anagrafi (ad es. stranieri irregolari);
- allocazione del fondo lordo disponibile tra i livelli assistenziali (prevenzione, assistenza territoriale, assistenza ospedaliera), in base al fabbisogno come determinato a livello nazionale e tenuto conto del costo storico registrato nel Piemonte, articolando le risorse disponibili per ogni livello tra quota da allocare con il criterio della quota capitaria e quota da allocare per funzioni;
- allocazione delle quote con il criterio della quota capitaria, in base alla popolazione ponderata per tenere conto del diverso consumo sanitario in base a più variabili:
 - ✓ età; rappresenta il fattore ritenuto più significativo ed adottato da tutte le regioni. Si prevede di utilizzare il consumo medio rilevato in ambito regionale;
 - ✓ relativamente alla prevenzione, "popolazione animale" ponderata con il criterio delle unità bovino equivalenti (UBE);
 - ✓ per le funzioni sovrazionali (servizi di epidemiologia, veterinaria per il controllo degli alimenti,...) che non danno luogo a mobilità sanitaria registrata nel sistema informativo, popolazione servita;
 - ✓ indicatori territoriali (dispersione della popolazione), che possono giustificare un diverso consumo di risorse (diseconomie di scala); tale ponderazione è stata utilizzata per la continuità assistenziale e per l'assistenza specialistica;

- ✓ consumi non alimentari (proxy del reddito procapite, ipotizzando il decrescere dei consumi sanitari al crescere dei consumi non alimentari); tale ponderazione è stata utilizzata per l'assistenza farmaceutica, specialistica, psichiatrica ed ospedaliera;
- ✓ indice di deprivazione sociale;
- allocazione delle quote per funzioni in base a indicatori giustificativi o in assenza, in base al costo storico.

Dal 2005 il riparto tra le aziende sanitarie locali è affiancato dalla assegnazione della quota di pertinenza delle aziende sanitarie ospedaliere, determinato in base a due criteri:

- finanziamento tariffario, ove disponibile (assistenza ospedaliera e specialistica, somministrazione di farmaci agli utenti);
- finanziamento per funzioni, per le attività per le quali non è disponibile o significativo il sistema tariffario.

Tale sistema permette "l'acquisto" di prestazioni ospedaliere, da parte delle AA.SS.LL., sempre allo stesso costo. Fino all'anno precedente, invece, le prestazioni erano pagate con un differenziale di 5, 8 o 13 punti percentuali in base alla tipologia di ospedale (con o senza DEA, con o senza Università).

Il sistema di riparto delle risorse disponibili è articolato in tre fasi:

1. riparto parametrico (quota capitaria per le Asl, sistema tariffario per le Aso);
2. riparto per funzioni (Tale sistema è previsto per il 118, per i servizi di Ps /Dea e per i costi connessi alla presenza del percorso di laurea);
3. riparto integrativo in base al piano di rientro tra il riparto oggettivo (1^a e 2^a fase) e la spesa storica.

Nella seconda fase è previsto un finanziamento integrativo per tenere conto delle diseconomie che derivano dalla rete dei servizi. In tali casi il finanziamento base, tariffario, si dimostra insufficiente, non per effetto di inefficienze ma di diseconomie strutturali richieste/consentite dalla programmazione sanitaria regionale. È il caso di AA.SS.LL. con molti presidi ospedalieri.

Al termine della seconda fase il riparto complessivamente ottenuto, in analogia al processo adottato a livello nazionale, viene considerato come fabbisogno lordo e, conseguentemente, ridotto delle entrate dirette delle aziende riferibili ai ticket, in modo da pervenire ad un riparto netto.

Tale soluzione non viene utilizzata per le aziende sanitarie ospedaliere, atteso il loro sistema di finanziamento su base tariffaria, al netto delle entrate dirette riferite alle diverse attività svolte.

Nella terza fase viene calcolato il differenziale tra il riparto ottenuto nelle due prime fasi ed il costo storico, e conseguente fabbisogno, dell'azienda sanitaria.

Si provvede quindi a:

- allocazione della quota residua in base alle disponibilità del bilancio regionale;
- autorizzazione alla "spesa in disavanzo" ai sensi dell'intesa Stato – Regioni del 23.3.2005, ovvero in esubero rispetto alla quota assegnata.

RISORSE - I conti delle Aziende Sanitarie

I dati riportati sono tratti da D.G.R., pertanto si intendono ufficiali e definitivi.

CONSUNTIVI 2006

AZIENDA	Finanziamento 2006	Perdita esercizio 2006	Disavanzo finanziario 2006
Asl 1 - Torino	413.637.770	4.095.187	2.707.319
Asl 2 - Torino	328.350.154	2.182.463	579.657
Asl 3 - Torino	334.185.369	6.571.269	pareggio
Asl 4 - Torino	317.049.907	762.200	pareggio
Asl 5 - Collegno	500.871.118	2.586.669	pareggio
Asl 10 - Pinerolo	190.840.208	1.614.612	45.961
Asl 6 - Ciriè	236.432.984	8.651.330	7.227.934
Asl 7 - Chivasso	251.749.901	1.862.926	pareggio
Asl 9 - Ivrea	269.757.019	2.221.543	pareggio
Asl 8 - Chieri	398.074.118		
Asl 11 Vercelli	282.082.125	716.372	pareggio
Asl 12 - Biella	248.216.975	3.089.635	16.413
Asl 13 - Novara	438.483.497	1.579.923	pareggio
Asl 14 - Omegna	259.983.167	2.920.806	pareggio
Asl 15 - Cuneo	202.641.384	4.001.370	2.708.128
Asl 16 - Mondovì	127.073.581	649.338	pareggio
Asl 17 - Savigliano	238.714.681	7.844.596	5.683.896
Asl 18 - Alba	221.331.092	2.140.383	503
Asl 19 - Asti	312.072.887	4.962.362	pareggio
Asl 20 - Alessandria	271.195.150	3.302.696	3.054
Asl 21 - Casale Monf.	168.265.004	1.873.658	838.320
Asl 22 - Novi Ligure	218.319.904	4.146.932	2.020.171
TOTALE AASSLL	6.229.327.991	67.776.270	21.831.356
901 – Molinette	426.817.432,00	13.796.621	pareggio
902 - Cto / Icornia / Crf	119.620.482,00	1.054.675	pareggio
903 - OIRM / S. Anna	150.282.484,00	1.770.860	pareggio
904 - S. Luigi Orbassano	97.407.378,00	1.414.022	pareggio
905 – Novara	174.885.521,00	7.569.634	pareggio
906 – Cuneo	170.480.797,00	3.481.714	pareggio
907 – Alessandria	164.353.153,00	4.944.087	pareggio
908 - Mauriziano Torino	149.783.418,00		
TOTALE AASSOO	1.453.630.665,00	34.031.613	0
TOTALE ASL + ASO	7.686.539.899,95	101.807.883	21.831.356

AZIENDE SANITARIE REGIONALI - FINANZIAMENTO 2007 e 2008

AZIENDA	Finanziamento 2007	Nuove AA.SS.RR.	Finanziamento 2008
Asl 1 - Torino	429.674.246	TO 1	819.771.443
Asl 2 - Torino	351.229.277		
Asl 3 - Torino	359.962.345	TO 2	715.244.729
Asl 4 - Torino	334.670.228		
Asl 5 - Collegno	521.282.689	TO 3 (+ Venaria)	850.629.223
Asl 10 - Pinerolo	197.047.250		
Asl 6 - Ciriè	255.684.000	TO 4 (esclusa Venaria)	752.495.512
Asl 7 - Chivasso	263.147.182		
Asl 9 - Ivrea	280.441.081		
Asl 8 - Chieri	418.553.765	TO 5	437.212.694
Asl 11 Vercelli	302.408.462	VC	317.308.178
Asl 12 - Biella	257.904.176	BI	275.459.721
Asl 13 - Novara	460.065.046	NO	477.062.564
Asl 14 - Omegna	279.413.106	VCO	296.797.000
Asl 15 - Cuneo	215.466.719	CN 1	643.481.859
Asl 16 - Mondovì	131.658.186		
Asl 17 - Savigliano	247.115.414		
Asl 18 - Alba	229.624.052	CN 2	242.205.000
Asl 19 - Asti	338.036.533	AT	354.524.979
Asl 20 - Alessandria	289.759.605	AL	728.253.377
Asl 21 - Casale Monf.	177.914.388		
Asl 22 - Novi Ligure	230.957.666		
TOTALE	6.572.015.416		6.910.446.279

901 - Molinette	157.698.313
902 - Cto / Icorma / Crf	53.446.674
903 - OIRM / S. Anna	61.529.255
904 - S. Luigi Orbassano	33.868.793
905 - Novara	29.084.689
906 - Cuneo	26.865.018
907 - Alessandria	39.361.308
908 - Mauriziano Torino	46.389.062
TOTALE	448.243.112
TOTALE ASL + ASO	7.020.258.528

175.776.000
90.532.943
69.565.904
40.043.764
43.315.000
28.250.782
45.518.376
48.547.000
541.549.769
7.451.996.048

RAPPORTO PUBBLICO/PRIVATO

Il Piano a proposito dei futuri Parchi della salute (Capitolo 1.10.) riporta:

“...;un’occasione, anche attraverso una corretta competizione di mercato, per l’incubazione e l’insediamento di imprese stimulate dalla scelta del settore di ricerca offerto dai due presidi ospedalieri; una possibilità di integrazione tra pubblico e privato, sistemi finanziari ed assicurativi, fondazioni bancarie in due aree piemontesi con consolidate, ma diverse, esperienze in questo campo.”

Rilevante tuttavia è l’accordo sottoscritto il 15 aprile u.s. che vincola i programmi di sperimentazione gestionale ad una più stringente vigilanza regionale, all’applicazione dei contratti pubblici, alla massima coerenza tra la necessità di incrementare e migliorare i livelli di assistenza e l’apporto del partner privato

ACCORDO SUI PROGRAMMI DI SPERIMENTAZIONE GESTIONALE **EX ART. 9 BIS D.LGS. 502/92**

Nell’incontro svoltosi tra l’Assessore alla Tutela della Salute e Sanità della Regione Piemonte e le OO.SS. confederali regionali sui programmi di sperimentazione gestionale ex art. 9 bis d.lgs. 502/92 e s.m.i. si è concordato quanto segue:

L’art. 9 bis del D.Lgs. 502/92, modificato ed integrato dalla Legge 16.11.01 n. 405 stabilisce che la Regione possa autorizzare programmi di sperimentazione gestionale nel campo dell’attività sanitaria, che prevedano la collaborazione pubblico – privato, attraverso la costituzione di società miste a capitale pubblico e privato.

Gli obiettivi di salute definiti dal PSSR costituiscono il riferimento entro il quale si debbono collocare coerentemente i programmi di sperimentazione.

La Regione definisce le concrete tipologie di servizio da svolgersi attraverso i programmi di sperimentazione che in ogni caso non potranno in alcun modo operare come meri soggetti di intermediazione di mano d’opera.

La Regione considera i programmi di sperimentazione gestionale come strumenti del servizio sanitario pubblico e si impegna nella loro regolamentazione e realizzazione ad assicurare il pieno controllo pubblico sulle funzioni e sulla gestione di tali attività.

A garanzia degli interessi generali e dell’universalità del servizio pubblico, i programmi di sperimentazione sono oggetto di un adeguato sistema di controlli, preventivi e successivi all’autorizzazione.

Il procedimento autorizzativo dei programmi di sperimentazione considera prioritari i criteri del miglioramento e dell’incremento dell’assistenza e della coerenza con le previsioni del P.S.S.R.

Nell'ambito del provvedimento autorizzativo, la Regione determina:

- o i criteri ed i parametri di misurazione del miglioramento della qualità dell'assistenza;
- o i criteri ed i parametri di misurazione della convenienza economica, correlata all'appropriatezza dell'assistenza.

Anche ai fini della valutazione della convenienza economica, il trattamento economico e giuridico del personale in servizio presso le società miste di cui al presente accordo è quello previsto dai CCNL pubblici, stipulati dalle Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative a livello nazionale. L'utilizzo da parte della società mista del personale del S.S.R. o di altri Enti Pubblici deve avvenire secondo specifici accordi con le Organizzazioni Sindacali di Categoria maggiormente rappresentative, nel rispetto dei CCNL di riferimento.

Il presente accordo riguarda esclusivamente le sperimentazioni gestionali aventi per oggetto la gestione dei servizi sanitari mediante la costituzione di società miste ex D.Lgs. 502/92 e s.m.i.; eventuali altre diverse forme gestionali di cui all'art. 9 bis del D.Lgs. 502/92 saranno oggetto di apposita concertazione.

L'applicazione del presente accordo sarà oggetto di confronto, a livello regionale e a livello territoriale secondo le rispettive competenze, con le OO.SS. Confederali e di Categoria, nella forma dell'informazione preventiva e della concertazione, salve le materie che il CCNL regola con altre modalità.

CGIL *Bianca Ruffano*
UIL *Luca Ceccarelli*
CISL *Giuseppe Vercellotti*

L'Assessore alla Tutela della salute e Sanità
Eleonora Artesio

Torino, 15.04.08

FP-CGIL Piemonte *Giuseppe Vercellotti*
UIL FPL Piemonte *Antonio De Luca*
CISL FP Piemonte *Giuseppe Vercellotti*

Il d.lgs. 229/1999 prevede interventi articolati su 4 livelli:

- autorizzazione alla costruzione di nuovi presidi, nei limiti del fabbisogno regionale e sub-regionale;
- autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria, in base al possesso dei requisiti richiesti;
- accreditamento, ovvero abilitazione all'esercizio dell'attività sanitaria per conto del SSR sulla base del possesso di requisiti ulteriori, relativi alla verifica di funzionalità rispetto agli indirizzi della programmazione regionale ed alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti;
- accordi contrattuali, ovvero abilitazione all'esercizio dell'attività sanitaria per conto ed a carico del SSR.

Per quanto riguarda gli accordi contrattuali costituisce obiettivo di piano la revisione del sistema in vigore, in base ai seguenti criteri:

- definizione a livello regionale e sub-regionale del fabbisogno per tipologia di prestazioni, con la relativa articolazione tra rete pubblica e privata, in base al principio della integrazione e cooperazione, al fine di evitare eccessi di capacità produttiva;
- negoziazione tra la Regione e le associazioni rappresentative dei soggetti erogatori privati, a livello regionale e di area sub-regionale, di accordi quadro tesi a definire il livello qualitativo delle prestazioni necessarie;
- negoziazione tra le ASL e i singoli soggetti erogatori, nel quadro degli accordi regionali, per definire le prestazioni necessarie da acquisire, aumentare l'appropriatezza delle prestazioni e garantire la continuità assistenziale tramite un attento controllo dei servizi erogati e la loro effettiva qualità.

LA RETE OSPEDALIERA - Previsioni del PSSR (Capitolo 5)

La riduzione del numero di posti letto ospedalieri è un obiettivo nazionale e regionale.

L'accordo Stato/Regioni del marzo 2005 aveva fissato gli obiettivi del contenimento del tasso di ospedalizzazione a 180‰ abitanti, di cui il 20% in degenza diurna, e del rapporto di posti letto per abitante pari al 4,5 ‰.

I valori dei tassi di ospedalizzazione si abbasseranno ulteriormente per la prossima applicazione del DPCM di revisione dei LEA, con l'ampliamento delle tipologie di ricovero da ritenersi a rischio di inappropriatezza.

Questo potrebbe non provocare ricadute sui cittadini a condizione che la medicina territoriale sviluppi le sue potenzialità e che vi siano il potenziamento e l'adeguamento delle cure domiciliari e di quelle in altre strutture residenziali.

Inoltre, in linea generale, si delinea uno sviluppo dell'area dei servizi e dell'attività "di giorno" (ambulatoriale e di ricovero diurno) e una riduzione dell'attività di degenza tradizionale.

Esiste uno squilibrio tra attività di acuzie e di postacuzie che va corretto e sempre più si privilegiano altre strutture non di ricovero che possono essere di ausilio al trattamento estensivo (hospice, RSA, ospedali di comunità, dimissioni protette).

Un dato rilevante è quello della mobilità concernente i ricoveri, con un significativo saldo negativo soprattutto localizzato nella parte orientale della Regione.

Le strutture private accreditate svolgono una parte significativa dell'attività di ricovero della rete piemontese. Il sistema delle case di cura svolge la propria attività nel rispetto dei limiti e degli obiettivi della programmazione sanitaria regionale attraverso specifici accordi quali quantitativi sulle produzioni di prestazioni sanitarie determinate in base alle specifiche esigenze evidenziate dal sistema delle ASR e attraverso protocolli operativi tra strutture pubbliche e private.

Le case di cura accreditate e provvisoriamente accreditate rappresentano circa il 20% dei posti letto complessivi della rete regionale, e non si registrano livelli di domanda tali da prevederne l'aumento.

Mediante l'analisi di diversi parametri il PSSR stima il fabbisogno di posti letto per regime assistenziale delle singole ASL e quindi delle aree funzionali sovrazonali e dell'intera Regione (Capitolo 5.5. Revisione della rete ospedaliera piemontese). Per determinare la stima è stata anche effettuata un'analisi della tipologia di casistica trattata all'interno della singola disciplina e del singolo presidio, pubblico e privato accreditato, così da ricondurre a discipline più appropriate le patologie veramente trattate.

Costituiscono obiettivi generali PSSR:

- ricondurre il tasso di ospedalizzazione regionale al valore di 180 ricoveri per mille abitanti;
- aumentare l'appropriatezza delle prestazioni di ricovero e ambulatoriali;
- effettuare le opportune iniziative atte a promuovere la razionalizzazione della rete ospedaliera sia dal punto di vista organizzativo che strutturale con il mantenimento del numero dei posti letto sotto il valore dell'indicatore di 4,5 per mille ogni mille abitanti a livello regionale e attuando la piena integrazione delle attività anche tramite azioni di unificazione funzionale delle strutture;
- le Aziende devono rivedere le dotazioni di posti letto entro il 31 maggio 2008.

ASR della Città di Torino

La riorganizzazione e l'ammodernamento della rete ospedaliera metropolitana si prefigge i seguenti obiettivi:

a) Favorire la redistribuzione dei posti letto nelle diverse aree della città (in particolare nella zona nord) e nella cintura torinese.

b) Accentuare il grado di specializzazione delle strutture ospedaliere che effettuano prestazioni ad alta complessità (Molinette, CTO, OIRM Sant'Anna in particolare, il costituendo IRCCS di Candiolo, ASO San Luigi di Orbassano, l'ASO Mauriziano) e concentrare in queste sedi le attività di riferimento regionale della rete ospedaliera.

Ruoli complementari e a rete potranno essere svolti dagli altri grandi presidi della rete metropolitana quali il San Giovanni Bosco e il Maria Vittoria.

In particolare per l'ASO San Luigi di Orbassano si prevede un suo ampliamento, ammodernamento e innalzamento del livello di complessità in relazione anche allo sviluppo dell'attività di insegnamento della facoltà di Medicina dell'Università di Torino.

c) Il trasferimento di attività comporterà inoltre, in particolare, il potenziamento, anche strutturale, del San Giovanni Bosco e del Mauriziano, l'ammodernamento e l'ampliamento dell'ospedale Martini, il potenziamento dell'attività chirurgica a carattere oncologico presso il presidio dell'IRCC di Candiolo.

d) L'esigenza di realizzare un nuovo presidio ospedaliero nella zona Nord-Ovest della città potrà essere garantita tramite il potenziamento e la costruzione di una nuova sede per l'Ospedale Maria Vittoria collocandolo nell'area dell'Ospedale Amedeo di Savoia che presenta le caratteristiche

logistiche necessarie. La presenza in quest'area di un nuovo nosocomio ad alta qualificazione consentirà anche il funzionamento ottimale dell'Ospedale Amedeo di Savoia al quale spetta il compito di garantire il supporto specialistico della funzione di malattie infettive per la rete ospedaliera cittadina e regionale.

e) La funzione dell'ospedale Oftalmico dovrà essere riorganizzata, compatibilmente con lo sviluppo dei necessari adeguamenti strutturali e organizzativi della rete dei presidi dell'area metropolitana, prevedendo lo sviluppo delle attività di oculistica negli altri presidi della rete ospedaliera in particolare in quella sede di D.E.A., per consentire la necessaria integrazione con altre discipline e per il trattamento dei traumi oculari.

f) Infine le positive esperienze di coordinamento tra i servizi e le istituzioni realizzate anche tramite l'organismo di coordinamento nella città di Torino vanno consolidate adattandole al mutato quadro organizzativo ed ai nuovi scenari socio-sanitari.

Collegno (ASL 5)

Il progetto denominato "Clinica della Memoria" sarà portato a compimento realizzando un centro, in collaborazione con l'Università, per la cura, la ricerca e la didattica in tema di malattie dementi-gene di varia natura e origine, organizzato secondo un modello innovativo volto a migliorare l'efficacia e la continuità dell'assistenza.

Venaria (ASL 6)

L'attuale presidio ospedaliero presenta problemi organizzativi e strutturali che potranno essere superati attraverso una sua riconversione ricollocandolo in una nuova sede polifunzionale che ospiterà, riunificandoli, anche le sedi dei servizi territoriali presenti nell'area.

Chivasso (ASL 7)

La struttura di Settimo (Hopital du Piemont), pressoché ultimata, si avvierà non appena definiti gli assetti gestionali. Il fabbisogno determinato in base ai parametri stabiliti dall'Accordo Stato/Regioni del 23 marzo 2005 per l'attività di postacuzie in questa area territoriale, per il triennio, è di 60 posti letto; nella struttura potranno anche trovare sede attività di specialistica ambulatoriale a livello distrettuale.

Moncalieri (ASL 8)

Il progettato ampliamento dell'ospedale di Moncalieri non è ancora risolutivo dei problemi dell'ASL ed è necessaria la programmazione di un investimento per la costruzione di un nuovo nosocomio di 300 letti circa (oggi a Moncalieri ne sono presenti 190), che potrà parzialmente riassorbire in futuro le attività di Carmagnola e alcune di quelle che oggi vengono effettuate nelle ASO di Torino. La localizzazione del nuovo ospedale sarà definita, previa verifica del possesso dei necessari requisiti tecnici, esaminando le proposte già avanzate dalle amministrazioni comunali.

Ivrea e Castellamonte (ASL 9)

La necessità di prevedere un ammodernamento ed una riorganizzazione dell'attività di ricovero nel canavese va rivista alla luce della previsione dei fabbisogni dei posti letto evidenziati nella presente proposta e dei mutamenti organizzativi dei presidi oggi esistenti, come l'avvio della nuova parte dell'ospedale di Castellamonte, che può ospitare ulteriori 60 p.l. (oltre ai 50 già presenti) per attività di postacuzie.

Resta confermata come esigenza strategica la previsione di progettare e costruire un nuovo presidio del canavese la cui necessità appare evidente anche in considerazione delle condizioni strutturali del presidio di Ivrea.

AREA FUNZIONALE SOVRAZIONALE DEL PIEMONTE NORD

L'A. F. S. ha come riferimento sovrazonale l'ASO di Novara.

Novara (ASO 905)

Si prevede una nuova struttura ospedaliera, con le adeguate risorse, in considerazione dell'importanza dell'ospedale e della sua vetustà e delle caratteristiche di presidio di riferimento sovrazonale con attività universitaria.

L'ASO comprenderà oltre che il presidio di Novara, anche quello di Galliate, che ospiterà attività ospedaliera tra cui il reparto di oculistica.

Vercelli (ASL 11)

Il limitato numero di abitanti, con una conformazione del territorio particolarmente allungata, non consente un efficiente utilizzo dei presidi ospedalieri, che presentano molte sovrapposizioni da ridefinirsi in particolare per le discipline a minore diffusione.

Occorre quindi prevedere una differenziazione più consistente dell'offerta degli attuali presidi, in coerenza con gli effettivi bisogni delle popolazioni, secondo le indicazioni sui fabbisogni di posti letto per disciplina del presente documento.

Si prevede perciò di concentrare le funzioni per acuti a Vercelli e a Borgosesia, procedendo ad una ridefinizione delle funzioni degli ospedali di Gattinara e Santhià da trasformarsi in presidi sanitari polifunzionali che dovranno garantire assistenza residenziale, prestazioni sanitarie ambulatoriali, nonché la presenza di hospice e di prestazioni chirurgiche ambulatoriali nella sede di Gattinara e di dialisi in quello di Santhià. Considerate la situazione di degrado e il sovradimensionamento dell'ospedale di Vercelli, due condizioni che impediscono una gestione economica efficace dell'attività sanitaria del nosocomio, emerge l'opportunità di costruire una nuova struttura piuttosto che investire ingenti somme sulla messa in sicurezza dell'edificio esistente. Nel presidio di Varallo sarà realizzata una innovativa struttura per le cure primarie, interpretando il modello prototipale della "casa della salute" in cui saranno realizzate attività specialistiche di diagnosi e cura nonché le funzioni di degenza compatibili.

Il completamento della costruzione del nuovo presidio a Borgosesia, che potrebbe contenere fino a 216 posti letto, che sono circa il doppio di quelli in funzione attualmente, dovrà avvenire riprogrammando le attività dello stesso presidio e prevedendo l'attivazione di un numero di posti letto minore.

Biella (ASL 12)

L'Azienda deve rivedere la progettazione del nuovo ospedale in modo da attestarne il dimensionamento degenziale a 550 posti letto aggiornando l'impostazione progettuale, per molti aspetti datata e superata rispetto all'attuale assetto.

Novara (ASL 13)

Anche in questo caso la presenza di un numero consistente di posti letto ripartito su due presidi (Borgomanero, Arona) crea alcune difficoltà nel gestire in efficienza tale realtà, anche per la presenza dell'offerta di più soggetti erogatori: l'ASO, i privati accreditati, gli erogatori extraregionali. Quindi i due presidi di ASL, nonché gli altri erogatori, devono riorientare la propria offerta alla luce dei fabbisogni identificati per area e per disciplina dal presente Piano.

VCO (ASL 14)

Il limitato numero di abitanti, in relazione alla vastità del territorio, non consente un efficiente utilizzo dei tre presidi ospedalieri, che presentano alcune sovrapposizioni che vanno ridefinite, in particolare per le discipline a minore diffusione.

L'ipotesi di un nuovo ospedale a Piedimulera non è funzionale nella collocazione geografica per consentire una effettiva razionalizzazione dell'offerta. Si prevede quindi di procedere ad una differenziazione più consistente dell'offerta dei tre attuali presidi, con particolare riferimento alle discipline presenti negli ospedali di Domodossola e di Verbania, tenendo conto delle attività che la programmazione regionale assegnerà al centro ortopedico di quadrante di Omegna.

I due ospedali generali manterranno le funzioni dell'emergenza (DEA) con la necessaria riorganizzazione dipartimentale delle attività, armonizzando la dotazione dei posti letto e delle relative discipline alle esigenze di un corretto funzionamento dell'attività ospedaliera sia nell'area intensiva e di acuzie che in quella di postacuzie.

In tale ambito è da prevedere la collocazione delle attività del polo-oncologico provinciale in rete con il polo-oncologico sovrazonale di Novara.

Va inoltre sottolineato che i precedenti accordi stipulati con l'IRCCS di Piancavallo per un ulteriore ampliamento delle attività di riabilitazione nello stesso presidio di Verbania, sono oggi in contrasto con gli obiettivi generali della razionalizzazione della rete ospedaliera, considerando in particolare che nella zona è presente un'offerta eccessiva di attività di postacuzie (oltre 1,3 posti letto per mille abitanti senza considerare l'attività delle discipline 68 (pneumologia) e 40 (psichiatria) delle case di cura accreditate che sono attualmente formalmente considerate come acuzie dalle indicazioni ministeriali in materia ma che in realtà svolgono attività di postacuzie e che quindi dovranno essere correttamente riclassificate nell'ambito della riorganizzazione della rete ospedaliera. Dovrà quindi prevedersi una riorganizzazione funzionale delle attività di riabilitazione con la costruzione di una rete che includa tutte le strutture pubbliche, del privato accreditato e l'IRCCS di Piancavallo per offrire un completo setting riabilitativo alla popolazione residente.

AREA FUNZIONALE SOVRAZIONALE DI CUNEO

L'A. F. S. ha come riferimento sovrazonale l'ASO di Cuneo.

Cuneo (ASL 15)

Nell'ASL non esistono posti letto per acuti ma solo alcuni letti a Caraglio per lungodegenza e riabilitazione gestiti in collaborazione con l'ASO S. Croce e Carle. Inoltre presso Caraglio sono presenti provvisoriamente i letti di riabilitazione di 3° per tutta la provincia, che saranno trasferiti a Fossano.

Mondovì (ASL 16)

La conclusione dei lavori di costruzione a Mondovì del nuovo ospedale con l'incremento di circa 100 posti letto rispetto all'attuale presidio, ed il contemporaneo mantenimento dell'ospedale di Ceva pongono problemi gestionali, che dovranno essere risolti prevedendo un riassetto organizzativo all'interno della rete ospedaliera dell'area funzionale sovrazonale. Occorre garantire il DEA di primo livello di Mondovì con le discipline ritenute essenziali ai bisogni del territorio e, per il presidio di Ceva, un miglioramento della gestione dell'emergenza per mantenere un adeguato servizio.

Savigliano (ASL 17)

L'articolazione dei posti letto su tre presidi (Savigliano, Saluzzo, Fossano) pone alcuni problemi gestionali, ma è condiviso un intervento di ristrutturazione/riconversione dell'attuale presidio di Fossano che si trasformerà in ospedale di riabilitazione.

Alba (ASL 18)

Il nuovo presidio, quando entrerà in funzione avrà una capacità di posti letto superiore a quelli attivati nei vecchi Ospedali di Bra e Alba (oltre un centinaio di posti).

Fino al suo completamento sarà mantenuto il livello di prestazioni attualmente garantito dai presidi esistenti.

AREA FUNZIONALE SOVRAZIONALE DI ALESSANDRIA-ASTI

L'A. F. S. ha come riferimento sovrazonale l'ASO di Alessandria.

L'ospedale nuovo di Asti svolge attività ad alta specializzazione, con dotazioni strumentali nuove e di alto contenuto tecnologico il cui utilizzo deve essere oggetto di ulteriori accordi gestionali tra i due presidi, coerenti con il riordino della rete della A. F. S. realizzando ulteriori sinergie e maggiore integrazione, anche per le funzioni a carattere sovrazonale.

Asti (ASL 19)

Il nuovo presidio, entrato in funzione, ha una capacità di posti letto superiore a quelli attivati nel vecchio il cui utilizzo dovrà essere oggetto di opportuni accordi gestionali all'interno dei fabbisogni della rete dell'A. F. S.

A Canelli verrà realizzata una nuova struttura, nell'area dell'attuale ospedale, destinata alla erogazione di prestazioni specialistiche e di cure primarie.

Per quanto riguarda l'ospedale di Nizza, collocato in un vecchio convento del centro urbano, manifestatamene inadeguato, saranno temporaneamente mantenute le attività di medicina generale, chirurgia generale e di primo intervento sulle 24 ore, supportate dalle correlate attività diagnostiche.

E' prevista la costruzione di una nuova struttura ospedaliera in posizione intermedia tra Nizza e Canelli con la stessa tipologia di funzioni dei due ospedali esistenti.

Alessandria (ASO 907)

Gli edifici dell'ASO hanno problemi di diverso tipo ed è previsto, con il concorso di importanti investimenti, la realizzazione di un nuovo nosocomio.

Tale soluzione consentirà anche una revisione più completa della rete ospedaliera della zona: in particolare non sarà più perseguita l'opzione già contenuta negli atti programmatori regionali di un nuovo presidio collocato tra Tortona e Novi.

In fase transitoria, fino alla definizione di un progetto di massima e all'individuazione del sito di edificazione, sarà mantenuta l'attività negli edifici attuali e saranno attuati gli interventi necessari per la messa a norma e per il mantenimento di un corretto funzionamento degli impianti e delle tecnologie.

Va ricordato che è stato costruito nell'area ex Borsalino un nuovo presidio di riabilitazione per il quale sono previsti 104 letti, di cui una parte per l'unità spinale per la riabilitazione dei pazienti medullolesi stabilizzati (codice 28), che dovrà essere reso operativo a breve per il suo il pieno utilizzo.

LA RETE OSPEDALIERA - Gli interventi finanziati

A marzo sottoscritto l'accordo di programma tra Governo e Regione Piemonte.

Tre nuovi ospedali, (Venaria, ValleBelbo e Novara) sei ampliamenti, 29 ristrutturazioni di presidi esistenti, 7 realizzazioni di poliambulatori o di case della salute: saranno realizzati (gli appalti potranno essere avviati nei prossimi sei mesi) grazie all'accordo di programma integrativo 2008, sottoscritto tra il Governo nazionale la presidente della Regione Piemonte Mercedes Bresso, per gli investimenti in edilizia sanitaria e che prevede stanziamenti per 260 milioni di euro, di cui 49 a carico della regione e 16 derivanti da fondi propri delle Aassll.

L'accordo e' finalizzato alla riqualificazione e integrazione dei servizi di diagnosi e cura attraverso la realizzazione delle case della salute e dei poliambulatori, della realizzazione di poli di alta complessità clinica e di una rete di nuovi ospedali sul territorio.

L'accordo prevede inoltre un investimento di 1,5 milioni per la fornitura di apparecchiature per le sale operatorie dell'ospedale infantile Regina Margherita e 5,5 milioni per la realizzazione di un'infrastruttura telematica di base di sanità elettronica.

Sarà per cui possibile per le aziende sanitarie condividere documenti sanitari e immagini per arrivare al cosiddetto fascicolo elettronico per ogni paziente. In questa direzione si inserisce anche la sperimentazione di telemedicina che sarà avviata in Piemonte su 300 pazienti cronici.