

**PROCEDIMENTO
DI CUI ALL'ART.3 BIS COMMA 6
D.LGS. 30 DICEMBRE 1992 N.502 E S.M.I.**

RELAZIONE DI META' MANDATO

Con la presente si relaziona in merito agli obiettivi di nomina di cui all'Allegato A "Individuazione ed assegnazione degli obiettivi di nomina (art. 3 bis, commi 5 e ss, D. lgs. n. 502/1992 e s.m.i.)" della Deliberazione della Giunta Regionale 27 aprile 2015, n. 40-1368 ad oggetto "Art. 3 bis, d. lgs. n. 502/1992 e s.m.i. Nomina del direttore generale dell'ASL AL", relativamente ai primi diciotto mesi di mandato.

Gli obiettivi assegnati con la citata D.G.R. di nomina, correlati alle linee strategiche di programmazione regionale e integrati con gli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi attribuiti annualmente ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Regionali, sono di seguito sinteticamente descritti.

Adeguamento della Rete Ospedaliera

Tale obiettivo si concretizza nella piena attuazione, a livello locale ed in sinergia ed integrazione con le altre Aziende presenti nell'area omogenea di appartenenza (ASL di Asti ed Azienda Ospedaliera di Alessandria), degli indirizzi previsti dalle DD.GG.RR. n.1-600/2014 e n.1-924/2015 di riorganizzazione della Rete Ospedaliera regionale, in termini di efficienza, appropriatezza ed equità, dando riscontro alle linee di indirizzo nazionali e regionali in termini di rideterminazione del numero di discipline e dei relativi posti letto.

Il percorso, traendo origine dall'adozione del nuovo Atto Aziendale e del correlato Piano di Organizzazione, prosegue con l'attuazione della nuova articolazione organizzativa prevista, secondo cronoprogramma coerente con le linee guida regionali.

Prestazioni ambulatoriali

L'obiettivo in questione presuppone, nel quadro delle linee strategiche e di indirizzo di cui alle DD.GG.RR. di riorganizzazione della Rete Ospedaliera (n.1-600/2014 e n.1-924/2015) e della Rete Territoriale (n.26-1653/2015), lo sviluppo, in una logica di integrazione ospedale/territorio e di area omogenea, del sistema di offerta di prestazioni di specialistica

ambulatoriale secondo una logica di appropriatezza (anche in riferimento alle azioni già previste dai Programmi Operativi 2013-2015) e di miglioramento delle liste di attesa (oggetto sia per il 2015 che per il 2016 di specifici obiettivi annuali assegnati ai Direttori Generali delle AA.SS.RR).

*Realizzazione e implementazione del Programma delle attività territoriali-distrettuali PAT
Riqualficazione rete territoriale*

Tali due obiettivi assegnati con la DGR di nomina n. 40-1368/2015 riguardano innanzi tutto l'adozione, nei termini previsti dalla Regione Piemonte, del Programma delle Attività Territoriali - Distrettuali PAT per l'anno 2016; nell'ambito del modello di programmazione della Regione Piemonte, come disciplinato dalla DGR n. 26-1653 del 29.6.2015, è previsto che il Distretto, sulla base dei bisogni specifici della popolazione assistita e delle scelte di cura in merito alle patologie presenti sul proprio territorio, con particolare riferimento alle patologie croniche a maggior impatto sociale, sviluppi una programmazione specifica dell'assistenza da offrire alla propria popolazione, compatibilmente con le risorse economiche assegnate, attraverso il Programma delle Attività Territoriali Distrettuali (P.A.T.). Sulla base del fabbisogno rilevato nell'area di riferimento, sono definite le attività da svolgere per conseguire gli obiettivi del PAT e la relativa distribuzione delle risorse assegnate in una logica di efficienza, appropriatezza ed equità.

Parallelamente all'adozione del PAT, alla Direzione aziendale è assegnato lo specifico obiettivo di dare completa attuazione, in integrazione con le altre Aziende presenti nell'area omogenea di afferenza, degli indirizzi previsti dalla DGR n.1-600/2014 relativamente alle "linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale" e dalla successiva DGR n.26-1653/2015 in materia di riqualficazione della rete territoriale, con particolare riferimento alla Continuità Assistenziale.

Equilibrio Economico-Finanziario

Tale obiettivo si sostanzia in due sotto-obiettivi individuati nella DGR 27.4.2015, n. 40-1368:

a. *Il monitoraggio attivo del contenzioso in essere al fine di gestire efficacemente l'eventuale rischio di soccombenza*

Tale sub-obiettivo presuppone, da un lato, un monitoraggio puntuale e periodico relativamente ai diversi fattori che incidono aziendalmente sul contenzioso in essere, graduandone la probabilità del loro manifestarsi, anche al fine di consentire una corretta e sistematica quantificazione dei fondi necessari a garantire la copertura a bilancio degli eventuali futuri eventi avversi. Dall'altro, l'adozione di uno specifico Piano aziendale di Governo del Contenzioso, per favorire la gestione efficace e razionale degli eventi avversi, rendendo disponibili strumenti specifici che consentano di ridurre il rischio con azioni di natura preventiva, generare i necessari miglioramenti di sistema e promuovere una cultura centrata sulla sicurezza nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA).

b. Riduzione della quota di FSR assegnata all'Azienda Sanitaria a titolo di riequilibrio programmato

Tale sub-obiettivo presuppone la progressiva riduzione della quota di Fondo Sanitario Regionale assegnata all'Azienda Sanitaria a titolo di "riequilibrio programmato", per un valore nel triennio rientrante in un intervallo compreso tra il 15% e il 40%, secondo percentuali definite dagli obiettivi assegnati annualmente dalla Regione ai Direttori Generali, anche ai fini dell'attribuzione della quota integrativa al trattamento economico; tale obiettivo, rientrante nel più generale quadro delle azioni relative al Piano di Rientro regionale, è correlato all'obiettivo generale di perseguimento del pareggio sostanziale di bilancio aziendale.

Piano Regionale di Prevenzione

Tale azione, assegnata alla Direzione aziendale quale obiettivo di nomina, presuppone l'adozione, a cadenza annuale e nei termini previsti, del Piano Locale della Prevenzione in coerenza con gli indirizzi del Piano Regionale di Prevenzione anni 2014-2018, approvato con DGR 40-854 del 29.12.2014, con l'attuazione, in integrazione con le altre Aziende presenti nell'area omogenea di afferenza, di tutti i macro-obiettivi e di tutti gli obiettivi centrali del Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018.

OBIETTIVO DI NOMINA n.1

Adeguamento della Rete Ospedaliera. Completa attuazione, con riferimento all'Azienda di competenza, e in integrazione con le altre Aziende presenti nell'area omogenea di afferenza, degli obiettivi deliberati dalle DGR 1-600/2014 e 1-924/2015 (e future integrazioni e modifiche come da cronoprogramma presente nella DGR 1-924/2015) in merito alla rimodulazione della rete ospedaliera, nei termini di efficienza, appropriatezza ed equità, con particolare riferimento alla rideterminazione del numero di discipline e relativi posti letto come specificato negli allegati alle succitate delibere.

Il processo di riorganizzazione e di riqualificazione del sistema sanitario è fondato su programmi operativi complessi che mirano al riequilibrio dei percorsi di cura che sono finalizzati ad acquisire maggiori livelli di appropriatezza sia in ambito ospedaliero che in ambito distrettuale.

Le modifiche previste dalle DD.GG.RR. n. 1-600 del 19.11.2014 e n. 1-924 del 23.1.2015 di adeguamento della rete ospedaliera agli standard della L. 135/2012 e del Patto di salute 2014-16 delineano un contesto di integrazione e di sinergia tra le reti di assistenza sanitaria ospedaliera e territoriale e di dialogo, anche informatico, tra i sistemi.

Con l'adozione del nuovo Atto Aziendale dell'ASL AL e del relativo Piano di Organizzazione, di cui alla deliberazione ASL AL n.711 del 6.10.2015, si è proceduto all'adeguamento della Rete Ospedaliera aziendale, in sinergia ed integrazione con le altre Aziende presenti nell'area omogenea di afferenza, agli indirizzi previsti dalle DD.GG.RR. 1-600/2014 e 1-924/2015 in merito alla rimodulazione della rete stessa, nei termini di efficienza, appropriatezza ed equità, con particolare riferimento alla rideterminazione del numero di discipline e relativi posti letto.

In particolare con le deliberazioni ASL n.819/2015, n.889/2015, n.253/2016, n.401/2016 si è proceduto, secondo il cronoprogramma previsto dalle disposizioni regionali in merito, alla progressiva attuazione degli indirizzi contenuti nella nuova articolazione organizzativa della Rete Ospedaliera aziendale.

Al riguardo sono state attivate azioni specifiche per l'integrazione dei Presidi e delle Strutture aziendali definendo nell'ambito delle sedi ospedaliere modelli di organizzazione e di gestione integrata che consentano l'uso razionale delle risorse e le risposte più adeguate ai bisogni assistenziali della popolazione.

E' stato definito un dettagliato cronoprogramma analitico per sede ospedaliera per le strutture oggetto di nuova articolazione organizzativa.

Si illustrano, pertanto, le azioni intraprese in attuazione degli obiettivi deliberati dalle DD.GG.RR. 1-600/2014 e 1-904/2015 con riferimento alla riorganizzazione e definizione della Rete Ospedaliera dell'ASL AL, nel rispetto dell'Atto Aziendale e del Piano di Organizzazione Aziendale.

Cardiologia

Sono *attive n°2 Strutture Complesse di Cardiologia*, una presso il Presidio Ospedaliero di Novi L. ed una presso il Presidio Ospedaliero di Casale M., entrambe dotate di n°13 posti letto di ricovero ordinario, compresa l'U.T.I.C. Le due SSCC precedentemente operative presso i PPOO di Tortona ed Acqui T. sono state riconvertite e trasformate nelle *Strutture Semplici Organizzazione attività di supporto cardiologico* afferenti, rispettivamente, alla *SC Medicina Generale Tortona* ed alla *SC Medicina Generale Acqui T.* a far data dal 17.10.2016. Non viene più prevista nell'anagrafe dei due PPOO di Acqui T. e Tortona la *SC Cardiologia*. E' stato definito un periodo transitorio con presenza di Guardia Attiva del Medico Cardiologo nelle ore diurne ed in Pronta Disponibilità H12 nelle ore notturne.

In dettaglio:

PO Acqui Terme: la *Struttura Semplice Organizzazione attività di supporto cardiologico* fa capo alla *SC Medicina Generale*, la quale è suddivisa in Area 1 sita al 4° piano, dotata di 32 posti letto di ricovero ordinario e Area 2 sita al 1° piano presso l'area della *SS Anestesia e Terapia Intensiva e Sub-Intensiva*, dotata di 4 posti letto di ricovero ordinario con sistemi di rilevazione multiparametrica. Cinque dirigenti Medici Cardiologi e il personale di assistenza, precedentemente in carico alla *SC Cardiologia-UTIC*, sono stati trasferiti alla *SC Medicina Generale Acqui T.*

PO Tortona: la *Struttura Semplice Organizzazione attività di supporto cardiologico* fa capo alla *SC Medicina Generale*, la quale è suddivisa in Area 1 dotata di 32 posti letto di ricovero ordinario e Area 2 ubicata presso l'ex *SC Cardiologia – UTIC*, dotata di 13 posti letto di ricovero ordinario di cui 4 dotati di sistemi di rilevazione multiparametrica.

Quattro dirigenti Medici Cardiologi e il personale di assistenza, precedentemente in carico alla *SC Cardiologia-UTIC*, sono stati trasferiti alla *SC Medicina Generale Tortona*.

Due Medici Cardiologi sono stati assegnati agli ambiti territoriali di Acqui T. e Tortona per le attività ambulatoriali e domiciliari.

Non sono pertanto più presenti presso i PPOO di Acqui T. e Tortona le attività di Unità Coronarica, mentre vengono mantenute attive, nell'ambito delle rispettive *SSCC Medicina Generale* e negli ambiti territoriali di Acqui T. e Tortona, tutte le attività cardiologiche ambulatoriali, con specifiche agende.

Per i 4 letti monitorizzati multiparametrici, presenti in entrambi i PPOO, viene garantita l'assistenza in emergenza per tutte le 24H e la presenza del Medico Cardiologo in guardia attiva H12 diurna per i giorni feriali e H12 in pronta disponibilità notturna 7 giorni su 7 e diurna il sabato e festivi.

Le SSSS Pronto Soccorso dei PPOO di Acqui T. e Tortona sono collegate in modo informatico con la *SC Cardiologia* del centro spoke di Novi L. e via fax con la *SC Cardiologia* del centro spoke di Casale M. al fine di poter leggere in tempo reale gli ECG e fornire consulenze immediate. I centri spoke ricevono i pazienti cardiologici che per riscontrate patologie cardiologiche acute richiedano ricovero in struttura specialistica e li indirizzano, in caso di necessità di trattamenti specifici, al centro HUB dell'Azienda Ospedaliera di Alessandria.

Il *Sistema 118* è coinvolto nei trasporti primari e secondari secondo le modalità e le indicazioni già fornite ed in atto.

Le indicazioni operative analitiche relative all'organizzazione sopra illustrata, sono state esplicitate in due protocolli condivisi anche con l'ASO di Alessandria:

- percorso integrato aziendale per la gestione dei pazienti con patologia cardiovascolare presso i PPOO di Acqui T. e Tortona;
- percorso di gestione posti letto dotati di sistemi di rilevazione multiparametrica nelle *SSCC Medicina Generale* di Acqui T. e Tortona.

L'organizzazione di cui sopra è oggetto di monitoraggio operativo per una durata di mesi 4 a far data dal 17.10.2016 a cura dei Direttori delle Strutture interessate di concerto con la Direzione Sanitaria dei PPOO.

Anestesia e Rianimazione

Sono attive due *SSCC Anestesia e Rianimazione*, una presso il PO di Novi L. e una presso il PO di Casale M., da cui dipendono rispettivamente la *SS Anestesia e Terapia Intensiva e Sub Intensiva* Tortona e la *SS Anestesia e Terapia Intensiva e Sub Intensiva* Acqui T.

A fronte della suddetta organizzazione si svolgono turni aggiuntivi di supporto alle SSSS di Acqui T. e di Tortona da parte del personale medico delle rispettive *SSCC* di pertinenza. Inoltre, sono stati inseriti quattro turni aggiuntivi di supporto anestesilogico sul PO di Ovada da parte della *SC Anestesia e Rianimazione* di Novi L. e Casale M. anche per garantire l'avvio dell'attività di Day Surgery un giorno alla settimana e di rinforzo alla chirurgia ambulatoriale complessa e semplice due giorni alla settimana.

Per la *SS Anestesia e Terapia Intensiva e Sub Intensiva* Tortona sono stati ridefiniti i posti letto da 6 precedenti a 5; l'organizzazione del lavoro è garantita dalla presenza di due Medici Anestesisti nelle 12 ore diurne e da un Medico Anestesista nelle 12 ore notturne, oltre due Medici Anestesisti per due sale operatorie/die; nelle 12 ore notturne è presente altresì un Medico Anestesista reperibile dell'equipe di Tortona ed un ulteriore Medico Anestesista in appoggio dell'equipe di Novi L.

Per la *SS Anestesia e Terapia Intensiva e Sub Intensiva* di Acqui T. sono stati ridefiniti i posti letto da 4 precedenti a 5; l'organizzazione del lavoro è garantita dalla presenza di due

Medici Anestesisti nelle 12 ore diurne e da un Medico Anestesista nelle 12 ore notturne, oltre due Medici Anestesisti per due sale operatorie/die; nelle 12 ore notturne è presente altresì un Medico Anestesista reperibile dell'equipe di Acqui T. ed un ulteriore Medico Anestesista in appoggio dell'equipe di Casale M.

A far data dal 01.06.2016 è stato coperto il posto di ruolo vacante di Direttore *SC Anestesia e Rianimazione* Casale M., con delega ad interim anche per la *SC Anestesia e Rianimazione* Novi L.

Per la copertura delle carenze di personale Medico Anestesista presso tutte le Strutture Aziendali dei PPOO sono state espletate le procedure concorsuali, ultimate con l'assegnazione di 9 Medici Anestesisti, in fase di assunzione entro il 15 dicembre prossimo.

DEA/Pronto Soccorso/PPI

E' attiva una *SC DEA* presso il PO Casale M. con 4 Strutture Semplici (*SS Gestione DEA* a Novi L. e *SS Pronto Soccorso* a Tortona, ad Acqui T. ed Ovada).

Le SS di Tortona e Acqui T. sono state riorganizzate come sedi di Pronto Soccorso, con la presenza di due Medici di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza (Me.C.A.U.) in guardia attiva diurna e di un Medico Me.C.A.U. in guardia attiva notturna. E' presente un medico Me.C.A.U. in pronta disponibilità notturna anche per trasporto dei pazienti in emergenza.

Relativamente al Presidio Ospedaliero di Ovada, al fine di permettere il proseguimento delle sedute di chemioterapia e delle TAC con m.d.c. nei giorni in cui non è prevista la presenza del Medico Anestesista, viene garantita l'attività con personale Medico afferente alla *SC DEA* di Casale.

Urologia

E' attiva una *SC Urologia* Novi L. da cui dipenderà a regime la *SS Urologia funzionale endoscopica* Casale M.

Viene garantita attività di week-surgery presso le sedi di Acqui T, Casale M. e Tortona con trasferimento dei casi complessi alla *SC Urologia* del PO Novi L.

Presso il PO di Acqui T. è attivo un ambulatorio specialistico di prima visita e controlli nella giornata del mercoledì gestito dai Medici Urologi dell'equipe dell'ASL di Asti.

E' inoltre attivo il servizio di pronta disponibilità notturna dal lunedì al giovedì sulle sedi dei Presidi di Novi L., Tortona, Acqui T., Casale M.

A far data dal 18.01.2016 è attiva una pronta disponibilità integrata per tutto il territorio ASL AL con la presenza di un Medico Urologo reperibile dal venerdì alla domenica, con sede presso la *SC Urologia* di Novi L.

Neurologia

Sono attive due *SSCC Neurologia*, una presso il PO di Casale M. ed una presso il PO di Novi L. da cui dipende la *SS Stroke Unit* Novi L.

Dal mese di dicembre 2015 è stata soppressa la *SC Neurologia* di Tortona, e quindi non più prevista nell'anagrafe, con mantenimento presso il Presidio della corrispondente attività ambulatoriale.

A far data dal mese di novembre 2016 è stato coperto il posto di ruolo di Direttore *SC Neurologia* di Novi L. con delega, a partire dal 14.11.2016, ad interim anche per la sede di Casale M.

Pediatria

Sono attive due *SSCC Pediatria*, una presso il PO di Casale M. e una presso PO di Novi L. Dal 21.12.2015 la *SC Pediatria* che aveva sede presso il PO di Tortona è stata trasferita a quello di Novi L. con relativo spostamento dell'attività di degenza pediatrica e mantenimento dell'attività ambulatoriale sia nella sede di Tortona che in quella di Acqui T.

La guardia attiva pediatrica è stata attivata H24 presso il P.O. di Novi L.

I Medici Pediatri sono stati assegnati per opportuna integrazione nella misura di n.2 unità presso l'equipe di Pediatria di Novi L. e n.2 unità presso l'equipe di Pediatria di Casale M.

Il progressivo superamento della convenzione con cooperativa per l'effettuazione di prestazioni professionali di assistenza medica pediatrica sul PO di Casale M. non è stato completato per carenza dei Medici Pediatri, nonostante l'espletamento di due concorsi successivi.

Guardia Attiva Notturna di Presidio PP.OO. Acqui T. e Tortona

Presso i PPOO di Acqui T. e Tortona è stato attivato un servizio di guardia attiva notturna di Presidio a far data dal 01.11.2016 ai fini della continuità assistenziale e della prima assistenza dei pazienti ricoverati nelle struttura di degenza a seguito della chiusura delle Strutture di Cardiologia Acqui T. e Tortona ed della riorganizzazione dei turni di presenza attiva presso il PS dei due Presidi limitatamente ad un solo Medico Me.C.A.U. nel turno notturno.

La Guardia Attiva notturna di Presidio non coinvolge la gestione delle emergenze che restano in capo alle rispettive SSSS *Anestesia e Terapia Intensiva e Sub Intensiva* (Medical Emergency Team - MET).

Le indicazioni operative sono specificatamente previste e definite dalle Procedure “PS SC DSPO ASL AL 06 Piano di risposta alle emergenze cliniche intraospedaliere Presidi Ospedalieri ASL AL” nonché “PS SC DSPO ASL AL 05 – Gestione delle Emergenze Urgenze Intraospedaliere e trasporti assistiti PP.OO. Acqui T. e Tortona”.

Oncologia

Sono attive due SSCC *Oncologia*, una presso il PO di Casale M. a cui afferisce la SS *Innovazioni farmacologiche in oncologia ed analisi costo-benefici dei trattamenti* Acqui T. ed una presso il PO di Novi L. a cui afferisce la SS *Attività supporto oncologico e Breast Unit* Tortona.

A far data dal 25.07.2016 è stato coperto il posto di ruolo di Direttore SC *Oncologia* Casale M. con delega ad interim anche per la SC *Oncologia* Novi L.

Nell’ambito dei n.50 posti letto assegnati alla SC Medicina Generale di Casale M. ne sono previsti n.8 a valenza oncologica per il ricovero appropriato dei casi complicati.

Dal 14 dicembre 2015 è attiva presso il PO di Casale la reperibilità integrata tra la SC *Medicina* e la SC *Oncologia*.

Nel mese di maggio 2016, su indicazione della Rete Oncologica Regionale, è stato rivisto ed organizzato il Centro Accoglienza e Servizi (CAS) unitamente al coordinamento delle

funzioni di Rete Oncologica aziendale con individuazione delle sedi, funzioni, spazi, attività e risorse.

Oculistica

E' attiva una *SC Oculistica* presso il PO di Casale M. con afferente una *SS Chirurgia del Segmento Anteriore* Novi L.

L'attività di chirurgia ambulatoriale del segmento anteriore viene svolta anche presso i PPOO di Tortona ed Acqui T.

A far data dal 14 dicembre 2015 è attivo il servizio di Pronta Disponibilità integrata su tutto il territorio ASL AL con la presenza di un Medico Oculista reperibile nei turni notturni e diurni festivi e pre-festivi presso la propria sede; gli interventi chirurgici urgenti vengono garantiti presso la *SC Oculistica* Casale M.

Sono in uso protocolli condivisi con il DEA di riferimento.

ORL

E' attiva una *SC ORL* presso il PO di Casale M. cui afferisce una *SS Week Surgery e Specialistica Ambulatoriale* presso il PO di Tortona; l'attività di Week-Surgery e chirurgia ambulatoriale viene garantita anche presso i PO di Novi L. e di Acqui T.

I turni di pronta disponibilità notturna sono garantiti dal lunedì al giovedì presso le sedi dei PPOO di Novi L., Tortona, Acqui T. e Casale M.

A far data dal 01.01.2016 è attivo il servizio di Pronta Disponibilità integrata su tutto il territorio ASL AL con la presenza di un Medico ORL reperibile dal venerdì alla domenica, con sede presso la SC di Casale M.

Sono in uso protocolli condivisi con il DEA di riferimento.

Senologia

E' attiva presso il PO di Tortona la *Struttura Semplice Dipartimentale Senologia* quale articolazione organizzativa del *Dipartimento Strutturale Chirurgico*, riconosciuta sede del Centro di Riferimento per i Tumori della Mammella, come da DGR della Rete Oncologica,

con il previsto potenziamento delle attività e il relativo adeguamento strutturale (consegna area cantiere entro dicembre 2016).

Laboratorio Analisi

Alla SC *Laboratorio Analisi* di Novi L. afferiscono la SS *Microbiologia Clinica* Tortona e la SS *Gestione Laboratorio Analisi* Casale M.

E' in atto la riorganizzazione e razionalizzazione dei Laboratori Analisi con centralizzazione delle attività di diagnostica di base dalle sedi di Acqui T. e di Casale M. alla SC *Laboratorio Analisi* Novi L. E' stato attivato il processo di trasferimento delle linee di diagnostica specialistica ad alta automazione nell'ambito della riorganizzazione Rete Laboratori Area Piemonte Sud-Est, presso il centro HUB dell'ASO AL.

E' attivo dal 14 dicembre 2015 il servizio di Pronta Disponibilità integrata su tutto il territorio dell'ASL AL con firma digitale.

Recupero e Riabilitazione Funzionale

Progetto edilizio di realizzazione di un'area di n°20 posti letto di degenza RRF di 2° livello ubicati presso il secondo piano del PO di Tortona funzionalmente inserita nella pianificazione del Progetto di Integrazione Ospedale-Territorio in termini di Percorso Riabilitativo.

Avviati ed in fase di completamento, entro il 31.12.2016, il trasferimento delle attività ambulatoriali presso l'ex area di Pediatria nonché lo spostamento della SC *Ortopedia* presso l'ex degenza di Neurologia, per la cantierizzazione dell'area destinata all'RRF.

Laboratori UFA (Unità Farmaci Antiblastici)

E' attiva l'Unità Farmaci Antiblastici presso il P.O. di Tortona con linea di produzione di farmaci antiblastici per infusione/somministrazione sottocutanea nonché di anticorpi monoclonali destinati ai DH Oncologici ed alle Strutture di Neurologia, Urologia e Dialisi dei 5 PPOO.

Viene garantita anche la preparazione di Avastin intravitreale per la SC *Oculistica* del PO di Casale M.

E' in fase di ultimazione l'Unità Farmaci Antiblastici presso il PO di Casale M. Sono attualmente in corso le prove di conformità ambientale e organizzativa oltre alle azioni per l'addestramento del personale tecnico ed infermieristico da dedicare a tale attività.

Terapia del dolore

E' attiva la SSD Terapia del Dolore presso il PO di Casale M. quale articolazione organizzativa del *Dipartimento Strutturale di Emergenza Urgenza*.

La struttura mantiene la connotazione dipartimentale fino a quando il Centro HUB dell'ASO AL non attiva la relativa struttura complessa; in quel frangente la SSD Terapia del Dolore sarà ricondotta a struttura semplice di struttura complessa all'interno del medesimo Dipartimento.

Riattivazione Chirurgia Day Surgery P.O. Ovada

A far data dal 3.11.2016 è stata ripristinata l'attività di Day Surgery e di Chirurgia Ambulatoriale Complessa presso il PO di Ovada.

L'organizzazione settimanale prevede un'articolazione su due giornate per la chirurgia ambulatoriale (complessa e semplice), su un giorno per l'attività di Day Surgery; tali attività vengono svolte in sale operatorie che sono state ristrutturare ed adeguate nel rispetto delle norme di legge.

Sono presenti quattro turni settimanali di supporto anestesiológico con Medici Anestesisti della *SC Anestesia e Rianimazione Novi L. e Casale M.*

Piani programmatici per la riorganizzazione dei Servizi Sanitari dei PP.OO. di Acqui T. e Tortona

Si allegano, quali documenti facente parte integrante dei processi di riorganizzazione ospedaliera per i PPOO di Acqui T. e Tortona, gli "Accordi per l'organizzazione dei Servizi Sanitari del Bacino di Utanza di Acqui T. e di Tortona".

Tali piani sono stati applicati come da definizioni concordate negli incontri avvenuti con le Rappresentanze Locali, le Direzioni delle Aziende Sanitarie del territorio interessato e la

Direzione Sanità dell'Assessorato, in osservanza a quanto disposto dalle norme di riferimento ed in accoglimento delle istanze presentate (allegati).

DATI ANAGRAFE POSTI LETTO 2016 E VOLUMI PRESTAZIONALI E DI CONSUMO

Si riportano specifiche tabelle contenenti dati informativi e volumi prestazionali sull'attività svolta dalle strutture afferenti i PPOO ASL AL:

Adeguamento posti letto in applicazione Atto Aziendale (a regime dicembre 2016)

	Delibera n. 819/15	P.O. Casale			P.O. Novi L.			P.O. Tortona			P.O. Acqui T.			P.O. Ovada		
		RO	DS	DH	RO	DS	DH	RO	DS	DH	RO	DS	DH	RO	DS	DH
Cod.	Disciplina															
02	DH multispecialistico			12			12			10			10			6
67	DS multispecialistico LP		1			1			1			1				
98	DS multispecialistico LP		20			20			18			18			6	
	Totale DH-DS		21	12		21	12		19	10		19	10		6	6
08	Cardiologia	13			13											
50	U.T.I.C.															
09	Chirurgia Generale	30			26			26			24					
24	Malattie Infettive e Tropicali															
26	Medicina Generale (1)	40			36			45			36			30		
64	Oncologia (1)	8														
29	Nefrologia (1)	2			4											
31	Nido (2)															
32	Neurologia	20			22											
34	Oculistica	3														
36	Ortopedia/Traumatologia	24			18			20			18					
37	Ostetricia/Ginecologia	18			20			1			1					
38	Otorinolaringoiatra	6														
39	Pediatria	2			10											
40	S.P.D.C.	16			16											
43	Urologia	4			20											
49	Anestesia/Rianimazione	6			6			5			5					
56	RRF 2 liv.	20						20								
60	Lungodegenti													20		
62	Neonatologia															
67	Ricoveri ordinari LP	1			1			1			1					
	Totale RO	213			192			118			85			50		
	Totale	246			225			147			114			62		

Volumi prestazionali

PRODUZIONE PPOO ASL AL RICOVERI ORDINARI E DH

EROGATORE		PRIMI 9 MESI 2016				PRIMI 9 MESI 2015			
		Casi		Valore		Casi		Valore	
		TOTALE	DI CUI NON RESID	TOTALE	DI CUI NON RESID	TOTALE	DI CUI NON RESID	TOTALE	DI CUI NON RESID
PO ACQUI T.	TOT	2.995	628	8.060.495	1.793.708	3.441	773	9.917.863	2.252.413
	RIC ORD	2.235	478	7.151.456	1.599.694	2.543	578	8.832.339	2.002.935
	DH	760	150	909.039	194.014	898	195	1.085.524	249.478
PO CASALEM.	TOT	7.097	1.015	19.439.135	2.479.222	7.278	1.060	20.418.084	2.787.611
	RIC ORD	5.179	716	16.992.516	2.079.097	5.418	721	17.966.456	2.363.059
	DH	1.918	299	2.446.619	400.126	1.860	339	2.451.629	424.552
PO NOVI L.	TOT	6.723	676	16.002.825	1.808.181	6.382	641	15.987.976	1.696.409
	RIC ORD	5.377	527	14.375.949	1.636.615	5.071	493	14.322.901	1.528.439
	DH	1.346	149	1.626.876	171.566	1.311	148	1.665.075	167.970
PO OVADA	TOT	889	133	3.385.432	485.327	930	167	3.557.752	545.173
	RIC ORD	806	116	3.365.479	478.875	872	154	3.546.828	542.484
	DH	83	17	19.953	6.452	58	13	10.924	2.690
PO TORTONA	TOT	3.631	334	11.197.660	1.092.494	4.603	409	13.589.674	1.358.249
	RIC ORD	2.578	224	9.884.452	939.062	3.369	270	12.012.441	1.175.228
	DH	1.053	110	1.313.208	153.432	1.234	139	1.577.233	183.021
TOT PO ASLAL	TOT	21.335	2.786	58.085.547	7.658.932	22.634	3.050	63.471.349	8.639.855
	RIC ORD	16.175	2.061	51.769.852	6.733.342	17.273	2.216	56.680.965	7.612.145
	DH	5.160	725	6.315.695	925.590	5.361	834	6.790.384	1.027.711

PRODUZIONE SPECIALISTICA AMBULATORIALE PER ESTERNI

		9MESI2016		9MESI2015	
		Quantita	Valore	Quantita	Valore
TOT PPOO ASLAL	TOT	3.143.783	32.166.022	3.457.127	32.595.488
	Prestazioni di attivita' clinica	563.847	16.749.320	592.983	16.916.085
	Prestazioni di laboratorio	2.463.073	8.905.016	2.763.673	9.857.209
	Prestazioni di diagnostica strumentale e di immagine	116.863	6.511.685	100.471	5.822.194
PO ACQUI T.	TOT	116.352	3.218.908	450.681	4.205.202
	Prestazioni di attivita' clinica	74.657	2.364.621	85.827	2.431.212
	Prestazioni di laboratorio	21.669	61.698	348.161	1.120.955
	Prestazioni di diagnostica strumentale e di immagine	20.026	792.589	16.693	653.035
PO CASALEM.	TOT	843.325	10.856.049	1.131.274	11.571.812
	Prestazioni di attivita' clinica	188.537	5.969.640	197.947	6.170.423
	Prestazioni di laboratorio	615.183	2.570.876	902.312	3.502.962
	Prestazioni di diagnostica strumentale e di immagine	39.605	2.315.532	31.015	1.898.426
PO NOVI L.	TOT	1.852.179	11.560.928	1.579.246	10.526.713
	Prestazioni di attivita' clinica	149.696	4.263.418	146.414	4.256.852
	Prestazioni di laboratorio	1.681.122	5.760.810	1.411.833	4.784.611
	Prestazioni di diagnostica strumentale e di immagine	21.361	1.536.700	20.999	1.485.251
PO OVADA	TOT	99.538	1.419.596	56.023	1.253.765
	Prestazioni di attivita' clinica	42.358	968.409	44.620	938.938
	Prestazioni di laboratorio	44.683	87.371	1.276	3.110
	Prestazioni di diagnostica strumentale e di immagine	12.497	363.816	10.127	311.717
PO TORTONA	TOT	232.389	5.110.542	239.903	5.037.996
	Prestazioni di attivita' clinica	108.599	3.183.232	118.175	3.118.660
	Prestazioni di laboratorio	100.416	424.262	100.091	445.571
	Prestazioni di diagnostica strumentale e di immagine	23.374	1.503.048	21.637	1.473.766

ACCESSI DEA/PS

		ANNO 2014	ANNO 2015	9M2015	9M2016
PO ACQUI T.	Totale accessi	17.574	16.364	12.640	11.731
	% accessi seguiti ricovero	15,4%	15,4%	15,1%	15,0%
PO NOVI L.	Totale accessi	25.737	25.718	19.622	21.008
	% accessi seguiti ricovero	15,5%	16,2%	15,9%	15,8%
PO OVADA	Totale accessi	6.713	6.711	5.199	5.064
	% accessi seguiti ricovero	8,3%	8,9%	8,6%	6,9%
PO TORTONA	Totale accessi	23.557	21.736	17.011	13.501
	% accessi seguiti ricovero	13,7%	14,5%	14,0%	12,9%
PO CASALE M.	Totale accessi	33.164	32.521	25.130	22.216
	% accessi seguiti ricovero	12,9%	12,3%	12,1%	12,3%
TOT PPOO ASL AL	Totale accessi	106.745	103.050	79.602	73.520
	% accessi seguiti ricovero	13,8%	14,0%	13,7%	13,5%

CONSUMO BENI SANITARI

CONSUMO BENI SANITARI PP.OO. ASL AL	9 mesi 2015			9 mesi 2016		
	FARMACI	DISPOSITIVI MEDICI	ALTRI BENI SANITARI	FARMACI	DISPOSITIVI MEDICI	ALTRI BENI SANITARI
PRESIDIO ACQUI T.	835.414	2.015.611	18.370	630.155	1.522.189	26.134
PRESIDIO CASALE M.	3.919.555	5.031.111	46.006	3.274.633	4.564.576	50.347
PRESIDIO NOVI L.	1.642.616	5.068.366	70.891	1.644.908	4.286.043	52.258
PRESIDIO OVADA	703.365	200.491	8.400	873.610	209.211	7.661
PRESIDIO TORTONA	1.569.271	2.944.077	66.443	1.618.217	2.615.575	65.137
DISTRIBUZIONE DIRETTA PRESIDI	5.029.701	227.511	138.356	5.395.663	116.420	137.517

ALLEGATI

- *Deliberazione ASL AL 819/2015 – Piano riduzione SC*
- *Deliberazione ASL AL 889/2015 – Disattivazione SC al 28.2.2016*
- *Deliberazione ASL AL 253/2016 - Disattivazione SC al 30.4.2016*
- *Deliberazione ASL AL 401/2016 - Disattivazione SC all'1.7.2016*
- *Accordo Bacino Acqui T.*
- *Accordo Bacino Tortona*

OBIETTIVO DI NOMINA n.2

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.

Nel corso degli anni 2015 e 2016 sono state avviate azioni incisive relativamente all'appropriatezza prescrittiva dell'attività di specialistica ambulatoriale.

Particolare attenzione è stata rivolta anche alle evoluzioni tecnologiche quali l'avvio della ricetta dematerializzata, con l'effettuazione di appositi momenti formativi per il personale interessato ed il Fascicolo Sanitario Elettronico, con prescrizione mediante autoimpegnativa da parte degli specialisti ospedalieri. A questo proposito è in via di completamento l'adeguamento informatico e di rete che consentirà la piena funzionalità del sistema.

Sono proseguite le azioni di sensibilizzazione dei Medici di Medicina Generale, con puntuale controllo delle prestazioni prescritte ed erogate a maggior rischio inappropriatezza, quali TC, RM ed esami di laboratorio analisi.

Nel corso del 2015 e 2016 è proseguita l'attività del Gruppo di Lavoro per l'appropriatezza nella specialistica ambulatoriale, con riunioni periodiche finalizzate alla definizione delle strategie da attuare per migliorare l'appropriatezza delle prestazioni di specialistica ambulatoriale; su proposta della Direzione Generale il Gruppo di Lavoro ha esteso il proprio compito all'ambito farmaceutico, con il coinvolgimento del Responsabile dei Servizi Farmaceutici.

Si sono completati gli incontri a livello distrettuale sull'appropriatezza in ambito radiologico e si sono avviati incontri tra specialisti dell'Azienda Ospedaliera di Alessandria e rappresentanti di Medici di Medicina Generale dei Distretti di Alessandria - Valenza, iniziando dalla Ostetricia e Ginecologia.

Analoghi incontri sono proseguiti anche nei Presidi Ospedalieri di Novi L. e Tortona con il coinvolgimento degli specialisti ospedalieri e dei rappresentanti dei Medici di Medicina Generale sui temi dell'appropriatezza prescrittiva e di erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Per quanto riguarda l'appropriatezza negli esami di Laboratorio Analisi in data 19/03/2015 è stata approvata la deliberazione n.2015/290.

Le previsioni della deliberazione 2015/290 hanno in parte anticipato le disposizioni del D.M. 09.12.2015. La citata deliberazione fornisce, infatti, precise indicazioni operative per l'appropriatezza prescrittiva nella richiesta di esami di Laboratorio in ambito di specialistica ambulatoriale; si fa riferimento ad una serie di esami ad alto o altissimo rischio di inappropriatezza, elaborato da Gruppo di Lavoro "Progetti di Appropriatezza in esami di Laboratorio analisi" per i quali sono indicati precisi criteri di prescrizione, secondo un percorso di priorità clinica e miglioramento dell'appropriatezza, stabilito sulla falsariga della metodologia RAO (Raggruppamenti Attesa Omogenea).

La deliberazione 2015/290 è stata inviata in ogni Distretto ai MMG, con lo specifico allegato predisposto, mentre per i Direttori dei Dipartimenti aziendali ne era stato illustrato preventivamente il contenuto in uno specifico Collegio di Direzione.

I componenti del Gruppo di Lavoro per l'appropriatezza delle prestazioni di Laboratorio analisi individuati sono medici sia con compiti organizzativi, sia sul territorio sia in sede ospedaliera, sia rappresentanti dei Medici di Medicina Generale (MMG), sia specialisti

ospedalieri, oltre alla Responsabile del Laboratorio Analisi; i componenti hanno partecipato ad incontri presso i Distretti dell'ASL AL, rivolti ai MMG.

In tali incontri si sono approfonditi gli aspetti relativi all'appropriatezza ed acquisite le osservazioni circa le difficoltà a rispettare le Linee Guida; in particolare gli aspetti relativi alle richieste dei pazienti, derivanti da indicazioni diagnostiche di specialisti, principalmente in alcune discipline, su cui agire e con cui confrontarsi.

Stante la presenza tra i componenti del Gruppo di Lavoro del Responsabile del Laboratorio Analisi dell'ASL AL, si è colta l'occasione per illustrare anche l'introduzione di nuove metodiche ed acquisire osservazioni e dubbi nella pratica quotidiana, superabili con accorgimenti organizzativi.

Si sono svolti i seguenti incontri:

- 11 maggio 2015 con i MMG del Distretto di Ovada;
- 14 maggio 2015 con i MMG del Distretto di Tortona;
- 16 giugno 2015 con i MMG del Distretto di Novi Ligure;
- '8 luglio 2015 con i MMG del Distretto di Casale Monferrato
- 12 novembre 2015 2 incontri con i MMG del Distretto di Alessandria

Nel mese di dicembre sia nel Distretto di Valenza, sia nel Distretto di Acqui Terme si sono svolti incontri con i Referenti delle Equipe Assistenziali Territoriali, finalizzati a rilevare l'andamento e la fattibilità delle indicazioni contenute nella deliberazione aziendale, in considerazione dell'ormai consolidata applicazione in ogni Territorio.

L'attività in tema di appropriatezza della specialistica ambulatoriale è proseguita con il continuo coinvolgimento delle varie articolazioni aziendali presenti nel Gruppo di Lavoro (Controllo di Gestione, CED, Direzione Sanitaria dei Presidi, Direzioni di Distretto, Radiologie, Laboratorio Analisi, Fisiatrie, Farmacia) ed i MMG.

Tale attività ha posto l'attenzione sull'appropriatezza nella specialistica ambulatoriale, con sistematica reportistica, con articoli pubblicati sui giornali locali (per la cui redazione sono stati coinvolti rappresentanti dei MMG e di Cittadinanza Attiva) onde favorire l'attenzione dei cittadini sulla sobrietà nel consumo di prestazioni sanitarie e con riunioni nei vari Distretti.

In ambito Distrettuale le Commissioni preposte hanno proseguito i controlli sulle prestazioni radiologiche effettuate nell'ambito territoriale ASL con conseguente invio di informative ai MMG.

L'Accordo Aziendale con la Medicina Generale ha previsto tra i propri obiettivi l'appropriatezza delle prestazioni ambulatoriali (visite, esami radiologici e di laboratorio), verificata attraverso report trimestrali inviati ai Medici di Medicina Generale, sulla base di uno schema condiviso nell'ambito di un Gruppo di Lavoro.

Gli esiti delle azioni avviate nel corso del 2015 e 2016 trovano riscontro nei dati relativi agli indici del numero di prestazioni per residente, per i quali si registra un rientro a settembre 2016 per tutte le tipologie di prestazioni, ad eccezione delle TAC, negli standard fissati dalla Regione Piemonte con le DD.GG.RR. n.15-7486 e n.28-772:

tipo prestazione	Indice per ab atteso 2014 (DGR 15-7486)	Indice per ab atteso 2014 (DGR 28-772)	ANNO 2014	ANNO 2015	9 MESI 2015	9 MESI 2016
TOTALE (n. prestazioni per 100 abitanti)	14,52		16,14	14,89	15,2	13,72
LABORATORIO ANALISI (n. prestazioni per 100 abitanti)	10,98	10,25	12,1	10,79	11,13	9,77
TAC (n. prestazioni per 1000 abitanti)	5,88	5,15	6,27	6,24	6,3	6,14
RMN (n. prestazioni per 1000 abitanti)	7,58	7,88	7,26	7,15	7,34	6,52
TERAPIA FISICA (n. prestazioni per 1000 abitanti)	23,3	23,3	25,12	21,84	21,52	18,32

Nel corso del 2015 sono state adottate azioni per il raggiungimento dell'obiettivo 2.1. "Miglioramento tempi di attesa" assegnato con D.G.R. 12-2021 del 5.8.2015, con specifica definizione del modello organizzativo RAO ed azioni mirate al controllo delle liste di attesa.

Con D.G.R. 12-2021 del 05.08.2015 e ai sensi art. 3 bis, commi 5 ss. D.lgs n. 502/92 e s.m.i. la Regione Piemonte ha assegnato gli obiettivi economico gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai Direttori Generali delle aziende sanitarie regionali finalizzati al riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2015, fra i quali l'obiettivo n. 2.1 "Miglioramento tempi di attesa".

Tale obiettivo finalizzato alla gestione delle liste di attesa per le prestazioni monitorate dalla Regione era già in evidenza in specifiche direttive aziendali, da ultimo in determina DMPO n.1 del 03.06.2014 "Protocollo Operativo Specialistica Ambulatoriale: indicazioni ed aggiornamento di cui a Programma operativo triennio 2013-2015 D.G.R. n. 25-6992 del 30.12.13. Piano di intervento aziendale 2014-2016".

Il citato Programma Operativo 2013-2015 è stato recepito e implementato con delibera aziendale n. 91/2014 relativa a "Piano di intervento assistenza specialistica ambulatoriale 2014-2016", dove sono state previste le specifiche attività programmate, declinate ed implementate con le sotto indicate azioni già in essere:

Azione 1 - univoca procedura di gestione delle agende;

Azione 2 - univoca anagrafe provinciale assistiti e CUP provinciale;

Azione 3 - integrazione dell'offerta privata accreditata nel sistema CUP;

Azione 4 - organigramma ambulatori specialistici aggiornato in tempo reale on line per ogni sede di erogazione;

Azione 5 - protocolli operativi su 48 prestazioni nel rispetto della metodologia RAO;

Azione 6 - linee guida per la selezione della casistica per l'attribuzione delle classi di priorità;

Azione 7 - procedure organizzative con stesure di protocolli e procedure specifiche sviluppate su criteri di priorità clinica e bisogno oggettivo (report indice di fabbisogno).

In particolare sono state individuate le seguenti ulteriori azioni, alle quali si è dato corso:

- Informazione ai Direttori SC delle specialità individuate, dei termini operativi dell'obiettivo indicato per ciascuna prestazione di competenza, volto al puntuale rispetto dei tempi di attesa nelle previste classi di priorità monitorate;
- Richiesta ai Direttori SC di individuare e comunicare azioni definite per la riduzione dei tempi di attesa nell'erogazione delle specialità di competenza;
- Individuazione di operatore di riferimento in ciascuna sede ospedaliera per raccordo diretto con gli specialisti delle citate branche;
- Predisposizione di analitico prospetto "Accesso U e B alle prestazioni specialistiche" contenente specifici tempi e luoghi di accesso dedicati a visita urgente e prioritaria, per l'invio diretto del paziente al reparto/ambulatorio;
- Coinvolgimento dei Responsabili di Distretto per gestioni di riferimento;
- Report di monitoraggio mensile a cura del Controllo di Gestione, con la rilevazione tempi di attesa riferiti alle 14 prestazioni oggetto del monitoraggio regionale;
- Gestione personale e finalizzata riguardo alla specialità più critica di Oculistica del Direttore SC Oculistica aziendale per il rispetto degli standard previsti presso una sede aziendale (in posizione centrale di più comodo accesso) individuata presso il Poliambulatorio Patria, con gestione integrata di tutti gli specialisti OFT aziendali (dipendenti ed ex SUMAI);
- Monitoraggio settimanale tempi di attesa della 14 specialità sopra richiamate a cura dell'operatore individuato per ciascuna sede;
- Invio mensile ai Direttori SC della situazione inerente aggiornata (14 prestazioni).

La ricognizione dei tempi di attesa effettuata dai verificatori regionali incaricati presso la sede del Distretto di Alessandria, sita in via Pacinotti, 38 - Alessandria in data 2 dicembre 2015 ha dato esito positivo come risulta dal verbale allegato.

In considerazione delle azioni intraprese, come sopra sintetizzate, l'obiettivo relativo all'anno 2015 si può considerare pienamente raggiunto.

Anche per l'anno 2016 la Regione Piemonte con D.G.R. del 16.5.2016 n. 30-3307 "Art. 3 bis, commi 5 e ss. d.lgs n. 502/1992 e s.m.i.. Assegnazione obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai direttori generali/commissari delle aziende sanitarie regionali finalizzati al riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2016. Approvazione criteri e modalità di valutazione" ha previsto uno specifico obiettivo relativo ai tempi d'attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale "OBIETTIVO 2.1 - Tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali" prevedendo due sub-obiettivi:

- 1. Caricamento sul CUP aziendale di tutte le agende di prenotazione (pubblico/privato convenzionato).*
- 2. Adeguamento del tempo medio di attesa (indice di performance) allo standard regionale stabilito dalla Direzione Sanità per le singole prestazioni oggetto di monitoraggio (solo produzione componente pubblica) nel rispetto del vincolo di una produzione minima (15° percentile della produzione 2015).*

Relativamente al primo punto sono state avviate azioni per l'integrazione a sistema CUP di tutte le agende di prenotazione relative ai diversi punti di erogazione aziendale, definendo con le strutture private sistemi di integrazione con i loro sistemi di prenotazione in uso; si è, inoltre, proceduto ad una più corretta e puntuale distinzione delle agende dedicate alle "prime visite" distinte da quelle destinate alle "visite di controllo" nell'ottica del miglioramento e razionalizzazione dell'offerta di prestazioni sulle diverse sedi aziendali.

Sul secondo punto sono stati definiti a partire dal mese di giugno 2016 piani di azione e di intervento per il riallineamento dei tempi medi di attesa allo standard regionale stabilito dalla Direzione Sanità per le 42 prestazioni oggetto di monitoraggio. Tali azioni, specifiche per ciascuna struttura interessata, riguardano

- i volumi di attività nelle diverse sedi di erogazione

-
- la razionalizzazione delle modalità di offerta delle prestazioni
 - la più puntuale distinzione tra le attività di prima visita / accertamento diagnostico e le prestazioni di controllo successive

ALLEGATI

- *Deliberazione ASL AL 290/2015 – prestazioni laboratorio*
- *Deliberazione ASL AL 413/2015 – accordo aziendale MMG*
- *Deliberazione ASL AL 618/2016 – accordo aziendale MMG*
- *Report Appropriately specialistica ambulatoriale 9 mesi 2016*
- *Report Appropriately prescrittiva per singolo MMG*
- *Report Appropriately prescrittiva MMG – riepilogo Distretto*
- *Verbale Regione Piemonte 2 dicembre 2015 Tempi attesa*
- *Report monitoraggio tempi attesa 2016 sintesi*

OBIETTIVO DI NOMINA n.3

Riqualficazione rete territoriale. Completa attuazione, con riferimento all’Azienda di competenza, e in integrazione con le altre Aziende presenti nell’area omogenea di afferenza, degli obiettivi previsti dalla DGR 1-600/2014 “linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale” e dai futuri provvedimenti giuntali in materia di riqualficazione della rete territoriale, con particolare riferimento alla Continuità Assistenziale.

LA RETE DISTRETTUALE

La Regione Piemonte, attraverso la D.G.R. 29 giugno 2015 n.26-1653, ha individuato quale strategia prioritaria, lo sviluppo, il rafforzamento e la riqualficazione della rete territoriale, attraverso l’integrazione delle funzioni sanitarie e sociali per garantire con modalità di continuità assistenziale il percorso globale di presa in carico della persona. Per tale motivo il processo di riorganizzazione delle attività sanitarie dell’ASL AL ha presentato quale struttura principale per il governo della rete territoriale il Distretto, inteso come articolazione organizzativa e operativa fondamentale dell’ASL in coerenza con i modelli innovativi dell’Assistenza Primaria.

Esso è il primo e fondamentale livello assistenziale, in grado di garantire in modo attivo la presa in carico continuativa, coordinata e globale dei cittadini attraverso le risposte più adeguate (la continuità assistenziale, l’accompagnamento attraverso i servizi, la stabilizzazione a domicilio e tutto ciò che può essere ottimizzato con la messa in rete delle risorse specialistiche e territoriali disponibili). Tale nuovo ruolo del Distretto nasce per riequilibrare un sistema che, di fronte al crescente aumento delle malattie croniche e invalidanti, ha finora quasi esclusivamente investito nel settore delle malattie acute. È apparso quindi necessario intervenire modificando il paradigma su cui finora si è basato il sistema delle cure, comprese quelle territoriali ovvero quello dell’attesa, tipico delle malattie

acute e dell'attività ospedaliera e implementare il paradigma dell'iniziativa, meglio adeguato all'approccio verso la cronicità.

Le politiche di sviluppo della sanità territoriale sono state rivolte alla azione sinergica di tutela della salute e alla produzione di servizi finalizzati alla presa in carico dei pazienti fragili.

Il Distretto è diventato il punto di snodo cruciale attraverso cui questi processi vengono pianificati e, in tal senso, l'Azienda ha promosso e rafforzato le autonomie delle strutture esaltandone le caratteristiche di riferimento dell'assistenza sul territorio. Per svolgere tale ruolo l'ASL AL ha adottato per il Distretto un modello organizzativo "forte" che, riconducendo a tale struttura tutte le funzioni assegnate dall'art.3-quinquies D.Lgs. 502/92 s.m.i., è caratterizzato anche dalla capacità di realizzare servizi alternativi e non subordinati all'Ospedale e di svolgere due funzioni principali:

1. realizzazione di accordi con i Dipartimenti sanitari per l'erogazione delle prestazioni necessarie. Tale funzione è realizzata tramite il modello "a matrice" mediante il quale il Distretto è chiamato a integrare orizzontalmente le competenze e le prestazioni specialistiche fornite dai Dipartimenti favorendo la realizzazione di un disegno unitario per la migliore tutela della salute dei cittadini;
2. la funzione diretta di "produzione" focalizzata sulle fragilità e sulle malattie cronicoinvalidanti, mediante servizi gestiti sia direttamente sia attraverso il governo degli accordi con i medici di assistenza primaria (MAP)/pediatri di libera scelta (PLS), gli specialisti ambulatoriali e gli Enti gestori dei servizi sociali.

In ragione di ciò sono stati ridefiniti il numero dei Distretti da sette a quattro evidenziando per ognuno lo sviluppo formale e di pianificazione di un tema scientifico-organizzativo e più precisamente:

- Distretto di Alessandria – Valenza (popolazione pari a 154.921): linee di governo della medicina convenzionata;
- Distretto di Novi Ligure – Tortona (popolazione pari a 135.733): linee di governo ed indirizzo nei processi di integrazione socio sanitaria e ospedale territorio;
- Distretto di Casale Monferrato (popolazione pari a 84.490): linee di governo di sistemi di prevenzione innovativi anche attraverso la conduzione di stili di vita adeguati;

- Distretto di Acqui Terme – Ovada (popolazione pari a 71.126): linee di governo dei sistemi di integrazione multidisciplinare e multi professionale con strutturazione di percorsi di autonomia condivisi.

Il Distretto di Acqui Terme – Ovada è stato qualificato e proposto quale Struttura Complessa in deroga agli indirizzi della DGR n.42-1921 del 27.7.2015, per garantire lo stesso profilo organizzativo – gestionale su tutti i Distretti aziendali.

Tale scelta organizzativa ha tenuto conto delle peculiarità territoriali del Distretto, caratterizzato da elevata percentuale di aree montane e collinari (n. comuni di area montana pari al 40% - n. comuni di area collinare pari al 57,8%) e da scarsa densità abitativa (92,76 ab/kmq).

Quanto sopra è in analogia alla natura del Presidio Ospedaliero di Ovada individuato quale “Ospedale di Area disagiata” dalla D.G.R. di riordino della Rete Ospedaliera regionale n.1-600 del 19.11.2014.

E’ evidente da questi presupposti che la *mission* del sistema territoriale, in tutte le sue componenti è quella di “curare a casa”, di definire supporti formali ed informali, di promuovere percorsi tesi al mantenimento della salute e alla massima razionalizzazione degli interventi.

Nell'ambito dello sviluppo del nuovo modello di Distretto è stata altresì prevista l’attivazione di nuove forme organizzative dell’Assistenza primaria, attraverso la realizzazione di "Aggregazioni Funzionali Territoriali" (AFT) e di "Unità Complesse di Cure Primarie" (UCCP), così come individuate e definite dalla vigente normativa nazionale. Tali forme organizzative sono destinate a garantire l’erogazione dell’assistenza primaria in forma capillarmente diffusa su tutto il territorio attraverso la gestione collaborativa e integrata del paziente e dei suoi percorsi assistenziali.

Inoltre la Direzione Aziendale, per rispondere con criteri di efficacia e appropriatezza, ai bisogni di presa in carico dei pazienti fragili ha promosso la ricerca e la sperimentazione di modelli organizzativi assistenziali innovativi (orientati al sistema del “Chronic Related Group” e del “Chronic Care Model”).

DESCRIZIONE ATTIVITÀ PROGETTUALI

1. CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

Il Progetto si inserisce all'interno delle necessità assistenziali del paziente fragile (età, condizioni cliniche o socioeconomiche) gestendo il percorso di presa in carico, attivando i servizi territoriali più idonei e facilitando l'integrazione ospedale-territorio in relazione alle cosiddette "dimissioni difficili".

L'elemento centrale del Progetto è la presa in carico del paziente dall'inizio fino al completamento del suo percorso di cura, con continuità nell'assistenza da parte dei vari soggetti erogatori, quali:

- il medico di assistenza primaria e il pediatra di libera scelta che, svolgendo un ruolo di tutela ed assistenza nei confronti dei propri pazienti, hanno la più ampia conoscenza del loro quadro sanitario e sociale;
- le strutture di ricovero ospedaliero sia per attività in acuzie che post-acuzie ed in particolare: i Presidi Ospedalieri di Alessandria, Casale M., Tortona, Novi Ligure, Acqui Terme e Ovada;
- le strutture che assicurano l'assistenza domiciliare;
- le strutture dell'assistenza socio-sanitaria territoriale.

Al fine di produrre una forte integrazione sinergica tra ospedale e territorio e garantire la continuità di presa in carico è stato necessario istituire e attivare:

- il Nucleo Ospedaliero di Continuità delle Cure (N.O.C.C.) presso ogni P.O. aziendale, composto dal Dirigente Medico della Direzione Medica di Presidio, dall'Assistente Sociale Ospedaliera in organico alla Direzione Medica (o, qualora questa non sia presente, dall'Assistente Sociale distaccata) e dal personale medico e infermieristico del reparto, che riferisce al Direttore Medico di Presidio;
- il Nucleo Distrettuale di Continuità delle Cure (N.D.C.C.) presso ogni Distretto, composto dal Medico di Distretto, personale infermieristico e assistente sociale dell'area socio-

assistenziale, integrato di volta in volta dal M.A.P. / P.L.S. dell'assistito e da personale dei servizi territoriali e/o specialistici, che riferisce al Direttore del Distretto.

E' stato strutturato un percorso ad hoc per la gestione del paziente: la richiesta di presa in carico dell'utente può provenire dal medico di assistenza primaria o dal Reparto Ospedaliero che la inoltrano agli Uffici Distrettuali (n.6 ove presenti Presidi ospedalieri ASL AL e ASO AL) di riferimento (Cure Domiciliari o Continuità delle Cure). La richiesta viene evasa entro tre giorni lavorativi e in relazione alla data di dimissione del paziente individuata dal clinico del Reparto.

Il Nucleo Distrettuale (personale medico, infermieristico e degli enti gestori) **integrandosi con il Nucleo Ospedaliero** (personale medico e infermieristico del reparto di degenza) **costituiscono i Nuclei Integrati di Valutazione Ospedale-Territorio e individuano insieme il percorso più idoneo per l'utente, in condivisione con la famiglia ove presente** (Cure Domiciliari, UOCP Hospice, Strutture per anziani a carico dell'utente o posto letto di continuità assistenziale a valenza sanitaria-CAVS). **Il Nucleo qualora ritenga di inserire il paziente su un posto letto CAVS si interfaccia con la Centrale Operativa Continuità Assistenziale Aziendale (COCA) che autorizza e individua la sede più vicina alla residenza dell'utente.** La Centrale Operativa Continuità Assistenziale Aziendale a gestione territoriale, è collocata in maniera strategica presso la sede del Presidio Ospedaliero di Casale Monferrato.

I CAVS ad oggi, sono a disposizione sul territorio nelle sedi: Casale Monferrato (20 posti letto), Tortona (20 posti letto), Valenza (20 posti letto), Clinica Salus di Alessandria (20 posti letto); è in programma un ulteriore nucleo di 20 posti letto nell'ambito territoriale di Acqui Terme-Ovada. Sono state inoltre elaborate specifiche schede di valutazione dei differenti percorsi di presa in carico del paziente.

2. INFERMIERE DI FAMIGLIA.

Considerato il contesto di transizione epidemiologica che il SSN sta affrontando, l'ASL AL ha avviato un percorso di integrazione e potenziamento delle Cure Domiciliari attraverso l'attivazione di un modello di **assistenza proattiva**, in grado di andare incontro al cittadino

raccogliendo la sua domanda di salute anche quando è inespresa e prima che evolva in un aggravamento o una complicità (DDG n.2013/344).

Il Progetto introduce una nuova figura professionale, l'infermiere di famiglia, già individuata nel "Documento Salute 21" elaborato dall'OMS nel 1999, che rappresenta il *case manager* per il paziente fragile con cronicità e agisce da tramite tra la famiglia e il medico di assistenza primaria, sostituendosi a quest'ultimo quando i bisogni identificati sono di carattere prevalentemente infermieristico.

Le principali attività dell'infermiere di famiglia consistono nel:

- organizzare *counselling* infermieristici individuali o di gruppo, educando i pazienti all'autocura attraverso una maggiore conoscenza della propria malattia e della sua gestione;
- elaborare strategie di assistenza complesse, programmando nel tempo visite mediche, esami diagnostici, controlli da effettuare rispetto alle terapie somministrate;
- garantire il passaggio d'informazioni tra gli operatori sanitari che gestiscono la presa in carico dell'utente;
- identificare le aree di miglioramento e di prevenzione, attraverso l'adozione e la promozione di corretti stili di vita;
- co-progettare con le famiglie piani d'assistenza individualizzati;
- trovare strategie di sollievo per gestire situazioni a rischio, causate da scompenso emotivo e da stanchezza, attivando le risorse territoriali;
- verificare la qualità delle azioni intraprese attraverso la raccolta sistematica dei dati, in base ad indicatori condivisi.

La realizzazione del Progetto ha comportato le seguenti fasi operative:

1. individuazione del team multi-professionale per la presa in carico dei pazienti (medici di assistenza primaria e infermieri di famiglia con Master specifico);
2. formazione dei professionisti coinvolti;
3. definizione dei percorsi da attuare in relazione alle patologie croniche individuate (scompenso cardio circolatorio, BPCO e diabete mellito) attraverso la creazione di flow-chart;

4. individuazione dei pazienti da prendere in carico dalle liste degli assistiti dei medici di assistenza primaria;
5. attività di comunicazione e informazione;
6. definizione di strumenti di raccolta dati (cartella infermieristica, report mensile redatto dal Coordinatore Infermieristico Unico dei Distretto e degli Ambulatori Ospedalieri del Presidio ospedaliero di Ovada);
7. elaborazione di specifiche schede d'integrazione tra l'IF e il personale infermieristico ambulatoriale (scompenso cardiaco, diabete), definite come obiettivo del comparto durante le Riunioni di budget aziendale 2016 al fine di integrare l'ospedale e il territorio.

Il Progetto, iniziato nel 2013, prevede attualmente infermieri di famiglia presso i seguenti ambiti territoriali: Alessandria-Valenza; Acqui Terme-Ovada; Novi Ligure-Tortona.

L'infermiere di famiglia operativo presso l'ambito territoriale di Ovada svolge parte integrante al programma di riabilitazione respiratoria e presa in carico dei pazienti del Progetto P.I.C.A.S.S.O. (rif. Progetto).

3. RETE VULNOLOGICA

La gestione delle lesioni cutanee croniche (LCC) rappresenta, in ambito ospedaliero e domiciliare un rilevante problema di assistenza sanitaria, che richiede un notevole impegno di gestione in termini di risorse umane, di materiali e tecnologie. Inoltre l'incidenza e la prevalenza di tali patologie sono destinate ad aumentare parallelamente con l'aumentare dell'età della popolazione, sempre più frequentemente portatrice di affezioni croniche e invalidanti.

Per offrire un'assistenza ottimale a questa tipologia di pazienti, che comprenda anche l'aspetto della prevenzione ed educazione sanitaria, è stata attivata a marzo 2016 la Rete Vulnologica Aziendale costituita da 7 ambulatori infermieristici di *Wound Care* in tutto il territorio dell'ASL, gestiti da 5 infermiere specializzate in *Wound Care* (I livello) che, nel rispetto delle proprie e altrui competenze, applicando i protocolli aziendali e le linee guida più recenti, effettuano la prima presa in carico dell'utente, coordinano il percorso di cura ed attivano contatti con gli specialisti della Rete (II livello) ogni volta che le condizioni cliniche lo richiedano collaborando inoltre con i referenti e/o i responsabili degli ambulatori

specialistici, gli specialisti del territorio, i medici di assistenza primaria e i colleghi degli altri servizi.

Costituiscono obiettivi prioritari del Progetto:

- il miglioramento dell'accessibilità e della fruibilità dei cittadini ai servizi sanitari al fine di ricevere prestazioni di assistenza primaria focalizzata, soprattutto, al trattamento delle lesioni cutanee croniche;
- la creazione di una rete che assicuri il collegamento tra servizi, ospedale, territorio, in un'ottica di collaborazione multidisciplinare per una ottimale continuità assistenziale;
- la promozione di attività di prevenzione (primaria e secondaria) attraverso una buona educazione alla salute e lo sviluppo di processi di auto-cura (*self care*) al fine di realizzare una partecipazione attiva e consapevole nelle scelte di natura assistenziale (*empowerment* del paziente e del *care-giver*).

Le fasi operative dell'attivazione della Rete Vulnologica Aziendale sono state le seguenti:

- conduzione di una *survey* conoscitiva sul reale percorso del cittadino con LCC nelle 4 sedi distrettuali attraverso colloqui con i Coordinatori Infermieristici e Medici;
- individuazione del personale infermieristico con Master in *Wound Care* e, considerata la gestione multidisciplinare, identificazione di personale medico specialista;
- individuazione delle sedi e dei locali da utilizzare per l'attività ambulatoriale;
- definizione delle modalità organizzative (orari e modalità di accesso);
- predisposizione della cartella infermieristica ambulatoriale di presa in carico del paziente;
- elaborazione della scheda di raccolta dati per i pazienti con lesioni cutanee croniche gestiti presso i Presidi Ospedalieri (PO), l'Assistenza Domiciliare (AD), le Strutture di Continuità Assistenziali.

Gli ambulatori sono rivolti a utenti esterni, in cura presso l'Assistenza Domiciliare, degenti presso le Residenze Sanitarie Assistenziali oppure ricoverati presso i P.O. ASL ASO AL.

La richiesta di presa in carico può provenire dal Medico di Assistenza Primaria, dagli specialisti, dagli infermieri ospedalieri e dagli operatori sanitari dell'Assistenza Domiciliare.

4. PROGETTO DI INTEGRAZIONE DELLA CONTINUITÀ E APPROPRIATEZZA SOCIO-SANITARIA E OSPEDALIERA - PROGETTO P.I.C.A.S.S.O.

Considerati gli indicatori epidemiologici dell'ASL AL che evidenziano l'elevata prevalenza di popolazione anziana, la Direzione Aziendale ha elaborato il Progetto P.I.C.A.S.S.O *Progetto di Integrazione della Continuità e Appropriatezza Socio-Sanitaria e Ospedaliera* che ha come obiettivo principale la presa in carico del cittadino fragile nella piena attuazione del concetto di rete assistenziale intesa come collaborazione multiprofessionale volta a migliorare l'*empowerment* del paziente.

Le caratteristiche epidemiologiche del Distretto di Acqui Terme-Ovada (ambito territoriale di Ovada) e l'avvio dell'infermiere di famiglia, hanno creato i presupposti ideali per avviare la fase sperimentale della durata pari a un anno (dic. 2015-dic.'16).

Il Progetto si articola su tre linee: 1) Centro di Accoglienza delle Fragilità (C.A.F.), 2) Osservazione Breve Territoriale (O.B.T.) e 3) Progetto di ricerca Primavengoio - Per un migliore uso del farmaci.

1) Il Centro di Accoglienza delle Fragilità, collocato nella sede distrettuale, rappresenta un Punto Unico di Accesso sul territorio per i cittadini fragili. Gli infermieri territoriali e l'infermiere di famiglia garantiscono la presenza settimanale per la presa in carico degli utenti.

2) Parallelamente sono stati attivati 4 posti letto di Osservazione Breve Territoriale presso la Struttura Complessa (S.C.) di Medicina Generale del Presidio Ospedaliero di Ovada.

L'OBT rappresenta un unicum nel panorama regionale in cui l'osservazione clinica dell'utente non può superare le 24h ed è in carico ai medici di assistenza primaria in collaborazione con gli infermieri territoriali e ospedalieri.

Il percorso dell'utente è coordinato dagli infermieri territoriali e Infermieri di famiglia del Distretto che costituiscono un punto di unione tra il medico di assistenza primaria che segnala il bisogno assistenziale e le esigenze del cittadino. Inoltre la permanenza degli utenti presso i letti di Osservazione Breve Territoriale viene coadiuvata anche dal personale infermieristico ospedaliero della S.C di Medicina Generale del Presidio Ospedaliero di

Ovada. La degenza è programmata nel più breve tempo possibile compatibilmente con le risorse (indicativamente non oltre 3 giorni dalla richiesta).

3) Il Progetto di ricerca Primavengoio - Per un migliore uso dei farmaci che ha come obiettivo il miglioramento dell'aderenza terapeutica in pazienti anziani (età ≥ 65 anni) con cronicità e in politerapia (n. farmaci ≥ 9) attraverso interventi sugli stili di vita e un'azione di *deprescribing* o rivalutazione e prioritarizzazione dei farmaci nei dimessi dalla Struttura di Medicina Generale del P.O di Ovada.

La prioritarizzazione dei farmaci nei pazienti over 65 è, secondo le evidenze scientifiche, necessaria per evitare gli eventi avversi dovuti a politerapia e di conseguenza i ricoveri inappropriati. Per migliorare la qualità prescrittiva, in un'ottica di integrazione ospedale-territorio, si è proceduto, in seguito a riunioni effettuate tra la Direzione e i medici della Struttura di Medicina Generale del P.O di Ovada a prioritarizzare la terapia anziani. I farmaci prescritti sulla lettera di dimissione sono analizzati mensilmente, e valutati secondo l'appropriatezza prescrittiva riportata dai Criteri di Beers (individuano 3 categorie di farmaci: 1) assolutamente da non prescrivere; 2) raramente appropriati; 3) appropriati solo in alcune condizioni cliniche). Inoltre per migliorare l'aderenza terapeutica dei pazienti, il Progetto prevede che i medici della S.C di Medicina Generale inseriscano "un codice colore" associato a ogni farmaco presente sulla lettera di dimissione. La legenda del codice colore è la seguente: rosso (terapia salvavita da non sospendere), giallo (terapia importante sospendibile esclusivamente da parte del medico in concomitanza di specifiche situazioni), verde (terapia importante che garantisce il migliore esito del trattamento) e bianco (terapia di supporto che può variare colore secondo differenti condizioni cliniche).

5. DEFINIZIONE DI UN MODELLO ORGANIZZATIVO SOCIOASSISTENZIALE PER LA TUTELA DELLA SALUTE DEI MIGRANTI

I dati ISTAT evidenziano che al 1 gennaio 2015 nell'ambito territoriale di competenza dell'ASL AL la presenza della popolazione straniera residente era pari al 10,4 % del totale dei residenti (contro una media regionale pari al 9,6% ed una media nazionale pari al 8,2%); di questi, circa l'80% risultavano persone provenienti da paesi a forte pressione migratoria.

La letteratura scientifica ha individuato che, per i gruppi vulnerabili con precario accesso alle risorse, e tra questi i migranti, il rischio di perdita della salute è maggiore rispetto al resto della popolazione. Pertanto il fenomeno sopra menzionato ha imposto l'individuazione di strategie efficaci per dare risposte ai bisogni di questa nuova popolazione non solo in un'ottica di rispetto dei diritti universali, ma anche per prevenire conflitti derivanti dall'esclusione sociale che inevitabilmente hanno ricadute negative sullo sviluppo dell'intera popolazione.

Le principali azioni del Progetto sono state:

1. definizione e attuazione di un piano strutturato di intervento, elaborato sulla base delle linee guida predisposte a livello nazionale e regionale, che contempla le attività di accoglienza, screening malattie infettive (nello specifico DDG n. 2015/914 Approvazione del protocollo aziendale relativo all'attività sanitaria in emergenza sui migranti- screening malattia tubercolare attiva), misure di prevenzione compresa l'immunizzazione attiva, sorveglianza e cura rivolte a tutti i migranti accolti presso l'ASL AL;
2. costruzione del profilo di salute della popolazione immigrata attraverso una raccolta dati puntuale delle principali variabili cliniche e demografiche (luglio 2016), allo scopo di avere informazioni quali-quantitative omogenee e confrontabili, utili alla comprensione dei principali problemi di salute;
3. individuazione ed implementazione, nell'ambito dei servizi territoriali, di modelli organizzativi sanitari adeguati a garantire, in modo omogeneo nel territorio dell'ASL AL, l'equità nell'accesso alle cure primarie, particolarmente per i migranti irregolari.

6. ACCORDI AZIENDALI

L'ASL AL ha individuato gli Accordi Aziendali stipulati con i pediatri di libera scelta (Delibera DG n.2015/690) e i medici di assistenza primaria (Delibera DG n.2016/618) nell'anno 2015-2016 quali strumenti organizzativi volti al miglioramento dell'assistenza e al perseguimento delle linee strategiche emergenti a livello regionale.

Nello specifico si è posta l'attenzione a due problematiche di salute pubblica attraverso Progetti dedicati: l'atteggiamento culturale anti-vaccinale dilagante e il fumo.

Un elevato tasso di copertura vaccinale costituisce un elemento cardine per garantire la prevenzione delle patologie per le quali sono disponibili i vaccini.

In Italia si è assistito ad un progressivo calo delle coperture vaccinali, con il rischio di recrudescenza di diverse malattie infettive prevenibili da vaccino; la riduzione del livello di copertura vaccinale della popolazione ha determinato allarme nella comunità scientifica in considerazione dell'impatto sanitario derivante dalle malattie per le quali lo strumento vaccinale costituisce l'elemento cardine per garantirne la prevenzione.

In tale scenario, l'ASL AL presenta percentuali di copertura per la prima dose di vaccino anti-MPR a 24 mesi inferiori all'atteso 95% (coorte 2010=90.8%; coorte 2011=91.8% e coorte 2012=89.6%) così come per la vaccinazione anti-HPV (% di donne vaccinate con almeno una dose risulta essere pari a: coorte 2001=71.9%, coorte 2002=74.4% e coorte 2003=72.3%).

Considerato il ruolo principale dei pediatri di libera scelta nel svolgere attività di counselling vaccinale nei riguardi dei genitori attraverso la diffusione di informazioni scientificamente corrette, incentivare e promuovere le vaccinazioni, il Progetto ha previsto il loro diretto coinvolgimento in collaborazione con i servizi vaccinali dell'ASL AL con l'obiettivo di richiamare in modo attivo tutte le famiglie che sfuggono alla proposta vaccinale. L'attività è valutata attraverso appositi indicatori/anno, scheda di partecipazione al Progetto e percentuali di coperture vaccinali registrati dai Servizi Vaccinali dell'ASL AL.

Il Progetto relativo al fumo, inserito nell'Accordo Aziendale con i medici di assistenza primaria ha presentato, quale obiettivo principale l'intercettazione della disponibilità al cambiamento comportamentale dei loro assistiti in relazione alla cessazione del fumo di tabacco. I destinatari sono pazienti fumatori tra 25 e 69 anni con o senza patologie fumo-correlate.

L'attività dei medici che aderiscono al Progetto, appartiene al campo della medicina di iniziativa e si basa sull'intervento minimale (durata 3-5 minuti) per ognuno degli assistiti coinvolti (da un minimo di 6 ad un massimo di 12 per ogni medico, in base al massimale).

I medici hanno il compito di:

-
- accertare il grado di dipendenza nicotinic, il livello di motivazione e di disponibilit  del paziente a smettere di fumare;
 - fare una proposta di trattamento ai pazienti “pronti”, direttamente o attraverso l’invio ai Centri di Trattamento Tabagismo dell’ASL (per i casi con forte dipendenza e pi  complessi). La soddisfazione dei pazienti, come per altri stili di vita,   documentata dalle indagini della sorveglianza PASSI.

ALLEGATI

- *Deliberazione ASL AL 344/2013 – Infermiere di Famiglia*
- *Deliberazione ASL AL 995/2014 – Centrale Operativa Aziendale Continuit  Assistenziale*
- *Deliberazione ASL AL 914/2015 – Assistenza sanitaria migranti*
- *Deliberazione ASL AL 690/2015 – Accordo PLS*
- *Deliberazione ASL AL 618/2016 – Accordo MMG-PLS*
- *Rete Vulnologica aziendale*
- *Progetto P.I.C.A.S.S.O.*

OBIETTIVO DI NOMINA n.4

Equilibrio Economico-Finanziario. Obiettivo da perseguire attraverso:

a. Il monitoraggio attivo del contenzioso in essere al fine di gestire efficacemente l'eventuale rischio di soccombenza.

b. La progressiva riduzione nel triennio, in un intervallo compreso tra il 15% e il 40% secondo le percentuali definite dagli obiettivi fissati annualmente dalla Regione anche ai fini dell'attribuzione della quota integrativa al trattamento economico, della quota di FSR assegnata a titolo di riequilibrio programmato, come previsto dalla DGR 38-812/2014 e aggiornato dalla DGR 16-1310/2015, integrata dal risultato economico del bilancio di esercizio 2014 al fine di perseguire l'obiettivo di pareggio sostanziale di bilancio aziendale. Per le Aziende già in equilibrio di bilancio l'obiettivo è da intendersi in termini di mantenimento. Gli obiettivi di razionalizzazione, nei termini di efficienza, appropriatezza ed equità, dovranno essere preventivamente concordati con la Regione in sede di definizione degli accordi ai sensi dell' art. 8 quinquies, comma 2, del d. lgs. n. 502/1992 e in sede di bilancio preventivo economico da predisporre ai sensi dell'art. 25 d. lgs. 118/2011.

Le risorse che verranno liberate saranno finalizzate prevalentemente per investimenti e progetti di rilevanza strategica regionale e/o per area omogenea.

sub.a) il monitoraggio attivo del contenzioso in essere al fine di gestire efficacemente l'eventuale rischio di soccombenza.

L'ASL AL, al fine di disporre di una situazione aggiornata sul punto, ha provveduto ad effettuare la ricognizione del contenzioso alla data del 31.12.2014 sulla base delle disposizioni regionali, con l'indicazione degli oneri per la corretta contabilizzazione dei valori in bilancio e la rilevazione contabile dell'accantonamento di competenza annuale.

Tale attività di monitoraggio è stata stabilizzata nel corso dell'esercizio 2015 e si è provveduto alla revisione della rilevazione del contenzioso alle date del 30/6 e del 31.12.2015.

La analitica rilevazione ha portato alla valutazione di passività potenziali per l'ASL AL, relativa a somme non ancora contabilizzate, quindi non comprese nei costi aziendali ed in contestazione, pari ad euro 6.029.900 così dettagliati:

	VALORE DI COPERTURA DELLA PASSIVITA' POTENZIALE
Tetti di Spesa (Altri Ospedali Privati)	35.893
Contestazioni su controllo delle prestazioni rese da accreditati	170.776
Contenzioso per contestazioni su forniture ed appalti	654.818
Contenzioso per ritardato / mancato pagamento	2.119.119
Contenzioso del Personale dipendente	434.371
Risarcimento danni (morte, responsabilità professionale etc.)	2.010.750
Altro	604.173
TOTALE	6.029.900
di cui relativi a coperture quota coassicurata compagnia FARO	1.479.450
totale netto di copertura con fondi aziendali	4.550.450

Al netto della quota relativa a coperture di quote coassicurate con la compagnia FARO (il cui rischio dovrebbe essere stato previsto ed accantonato a livello di Gestione Sanitaria Accentrata – GSA – regionale), la quota effettivamente rappresentata da rischi da prevedersi con copertura del fondo rischi aziendali è risultata di 4.550.450 euro.

Pertanto in sede di consuntivo 2015 si è provveduto alla contabilizzazione, tra i costi, della somma necessaria all'adeguamento del fondo aziendale esistente, precedentemente determinato in euro 2.688.331.

Nel corso dell'esercizio 2016, al termine di ciascun trimestre, si è proseguito nella rilevazione da parte dell'Ufficio Legale delle variazioni rispetto alla situazione di chiusura dell'esercizio precedente che, in sede di consuntivo, comporteranno l'adeguamento del fondo aziendale ai nuovi valori risultanti.

Alla luce e in conseguenza di tale attività ricognitiva e di corretta quantificazione e aggiornamento dei dati rappresentati a bilancio è stata contestualmente elaborata e presentata alla Regione una prima stesura del "Piano per il governo del contenzioso", contenente le azioni previste per la gestione del contenzioso in essere e per prevenire e rimuovere le cause potenziali di nuovi contenziosi.

Si sintetizzano qui di seguito i punti salienti che caratterizzano il documento programmatico aziendale.

CRITERI DI RILEVAZIONE

Ai fini della mappatura del contenzioso aziendale si sono seguite le indicazioni in ordine alla rilevazione trimestrale del contenzioso, a seguito della quale l'Ufficio Legale comunica al servizio economico finanziario lo stato del contenzioso con cadenza trimestrale, attraverso la compilazione del prospetto 1) di cui alle note regionali.

A seguito di tali comunicazioni il servizio procede preliminarmente alla verifica delle partite già presenti in contabilità, che vengono riportate in apposito prospetto 3) come da nota regionale, eventualmente rettificando il prospetto 1) ai fini della determinazione delle somme da accantonare a fondo rischi.

CONTROVERSIE RIGUARDANTI LA RESPONSABILITÀ SANITARIA

Le azioni poste in essere dall'ASL AL nell'ambito della gestione del rischio clinico, sono volte all'attuazione delle indicazioni del Ministero della Salute (Dipartimento della Qualità, Direzione Generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi

etici di sistema – Ufficio III), di cui alle “Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità”, risalenti al giugno 2011.

Tali azioni sono orientate alla gestione del rischio clinico ed alla gestione del rischio infettivo che, nello specifico, hanno comportato l’implementazione di alcune azioni di seguito sintetizzate:

Rischio clinico

- Collaborazione alla produzione “Report annuale sulle iniziative e sui risultati delle ASR relativi alla gestione del rischio clinico” e “Report annuale sulle iniziative e sui risultati delle ASR relativi alla RCA e all’Audit clinico”;
- Verifica annuale della corretta applicazione della check list in sala operatoria presso tutti i blocchi operatori dell’ASL AL;
- Adesione al Progetto Regionale di Sicurezza in Terapia Oncologica;
- Revisione della Procedura Aziendale per la prevenzione delle cadute, secondo quanto previsto e richiesto dalla DD n.45/DB2000 del 27/01/2014, con relativo aggiornamento della scheda di segnalazione caduta per tutti i pazienti afferenti ai servizi ASL AL, ampliamento della valutazione del rischio a tutte le tipologie di degenza, preparazione di brochure informativa per pazienti e familiari;
- Adozione Scheda Unica di Terapia;
- Applicazione della metodologia SWR (Safety walk round) - Giri per la sicurezza;
- Completamento della procedura per la “Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità AB0 (Racc. Min. n°5)

Rischio infettivo

- predisposizione delle linee guida per la prevenzione delle infezioni correlate all’assistenza, con un programma di attività teso, in sintesi, all’analisi dei problemi e all’identificazione delle priorità

CONTROVERSIE DI DIRITTO DEL LAVORO E IN MATERIA DI APPALTI

La sinergia dell’Ufficio Legale con i Dirigenti ed i Funzionari degli Uffici interessati ad un determinato contenzioso e la partecipazione dei singoli Servizi alla fase decisionale del

giudizio, che avviene attraverso la disamina congiunta con l'Ufficio Legale delle sentenze emesse dall'Autorità Giudiziaria, sono i due cardini su cui si è organizzata tale attività, al fine di evidenziare le criticità dei procedimenti e degli atti dell'Azienda e al fine di indirizzare diversamente le azioni future.

Contestualmente, l'azienda ha ritenuto di individuare nella predisposizione di corsi formativi e di aggiornamento, ad esempio in tema di sanzioni disciplinari (materia delicata e complessa) l'ulteriore strumento di completamento di tale azione.

CONTROVERSIE CIVILI

Oltre alle questioni attinenti alla responsabilità sanitaria, le controversie in atto riguardano le forniture aziendali ed in particolare il ritardato pagamento delle fatture o il mancato (o parziale) pagamento per contestazioni nel merito delle stesse.

Nel primo caso rappresentato si sono tenuti incontri con i fornitori aziendali al fine di comporre, in via stragiudiziale, i contenziosi relativi al ritardato pagamento delle fatture ed in particolare l'addebito degli interessi.

Nel caso di contestazioni nel merito delle fatture le azioni hanno riguardato la promozione di incontri con i fornitori per esaminare congiuntamente le ragioni dei contraenti ed al fine di addivenire, ove possibile e sempre legittimamente, a soluzioni consensuali e bonarie delle controversie, evitando il radicamento di vertenze giudiziarie.

SANZIONI AMMINISTRATIVE E RELATIVO CONTENZIOSO

Per ciò che concerne le sanzioni amministrative ed il conseguente contenzioso, si richiamano le azioni già rappresentate di coinvolgimento e partecipazione dei Dirigenti e dei Funzionari, anche in qualità di Ufficiali di Polizia Giudiziaria, che hanno redatto i verbali di accertamento di che trattasi.

Si è ritenuto inoltre di riproporre corsi di aggiornamento sul tema specifico (già espletati in passato) per sensibilizzare ulteriormente il personale del Dipartimento di Prevenzione circa la necessità di una sintetica, ma congrua, motivazione dei provvedimenti "de quibus", in considerazione dei possibili vizi dei verbali di accertamento di illecito amministrativo,

riconducibili alle motivazioni degli stessi, che non sempre recano in modo dettagliato e specifico i presupposti di fatto e di diritto che giustificano le sanzioni irrogate,

PRATICHE ATTIVE DELL'A.S.L. AL (RECUPERO CREDITI, ECC.)

Le due principali voci di contenzioso attivo riguardano il recupero crediti per ticket non riscossi e il recupero ticket derivanti da autocertificazione di esenzione rivelatesi non veritiere.

Il recupero crediti per ticket non riscossi viene eseguito nella prima fase direttamente dai Distretti / Presidi presso i quali sono state erogate le prestazioni che risultano non incassate. In tal senso è stata predisposta una apposita procedura che disciplina le varie fasi di recupero. Analoga procedura viene attuata per la parte relativa ai Presidi Ospedalieri.

Il recupero crediti per coloro che hanno impropriamente beneficiato di prestazioni in esenzione viene invece gestita in maniera centralizzata, in quanto il flusso dei dati provenienti dal MEF è strutturato su base aziendale. La prima fase di tale recupero (richiesta bonaria di versamento, con addebito spese di incasso) viene gestita dalla SC Amministrativa Distretti, mentre per le fasi successive (recupero coattivo) si prevede l'inoltro all'Ufficio Contenzioso.

INTERVENTI PER IL GOVERNO ATTIVO DEL CONTENZIOSO

Infine si sintetizzano a tale proposito i due punti salienti di tale obiettivo:

- Definizione linee guida relative al tentativo di conciliazione in materia di contenzioso di lavoro e alla procedura di mediazione in materia di responsabilità sanitaria
- Sviluppo del ruolo di supporto del Servizio Legale a favore delle diverse Strutture aziendali relativamente ai dubbi interpretativi riguardanti le norme da applicare a determinati procedimenti o atti, attraverso l'approfondimento dottrinale e giurisprudenziale delle tematiche controverse

Tracking previsto	Azioni ASL AL
21.09.2015: Consegna della ricognizione del contenzioso	Elaborazione tabelle per la valutazione del contenzioso, sulla base delle indicazioni regionali, con relazione accompagnatoria - Trasmesse con nota prot. n.80448 del 21.09.2015 Mail alla Regione Piemonte in data 21.09.2015
01.12.2015: Consegna del piano di miglioramento	Predisposizione del documento "Piano di Governo del Contenzioso" secondo le linee guida regionali - Trasmesso con nota prot. n.103241 del 30.11.2015 Mail alla Regione Piemonte in data 30.11.2015

In considerazione delle azioni intraprese, come sopra sintetizzate, l'obiettivo si può considerare pienamente raggiunto.

sub.b) la progressiva riduzione nel triennio, in un intervallo compreso tra il 15% e il 40% secondo le percentuali definite negli obiettivi fissati annualmente dalla Regione, della quota di FSR assegnata a titolo di riequilibrio programmato, come previsto dalla D.G.R. n. 38-812/2014 e aggiornato dalla D.G.R. 16-1310/2015, integrata dal risultato economico del bilancio di esercizio 2014 al fine di perseguire l'obiettivo di pareggio sostanziale di bilancio aziendale. Le risorse che verranno liberate saranno finalizzate prevalentemente per investimenti e progetti di rilevanza strategica regionale e/o per area omogenea.

L'entità complessiva delle risorse disponibili e gli obiettivi posti dalle azioni declinate nel Piano di Rientro regionale hanno posto a carico delle Aziende Sanitarie l'adozione di misure di efficientamento della spesa, tali da consentire il progressivo assorbimento delle

risorse, quanto meno nella misura compresa tra il 15% e il 40%, attualmente erogate dalla Regione a titolo di riequilibrio programmato.

La determinazione, in valore percentuale e assoluto, relativamente agli esercizi 2015 e 2016, di tale obiettivo trova formalizzazione nelle Deliberazioni di Giunta Regionale n. 34 – 2054 dell'01.09.2015 (Tabella B/6) e n. 35 – 3152 dell'11.04.2016 (Allegato B – Tabella 1).

Il parametro preso a riferimento nei suddetti atti è rappresentato dal riequilibrio consolidato 2014. Il suo valore assoluto per l'ASLAL è pari a € 59.094.570 e su di esso è stata calcolata una quota di efficientamento del 5% per l'esercizio 2015 e del 20% per l'esercizio 2016.

L'Azienda, nell'arco di tempo considerato ai fini della presente relazione, ha provveduto ad individuare e implementare le azioni correttive, cristallizzandole nei principali documenti di programmazione economico – finanziaria.

Sin dal suo insediamento questa Direzione ha provveduto a fornire ai Centri di Responsabilità aziendali tempestive indicazioni in materia di spesa (prot. n. 49882 del 05.06.2015), oggetto poi di recepimento nella successiva stesura del Bilancio Aziendale definitivo 2015 e, parimenti, nell'assegnazione degli obiettivi individuali e di struttura. Di seguito si riassumono i principali punti:

- Predisposizione da parte di ogni Dipartimento/Struttura, singolarmente o in stretta sinergia con altre articolazioni, di un piano di razionalizzazione della spesa al di fine di perseguire una riduzione media degli impegni a budget pari al 5% entro il termine dell'esercizio;
- Particolare attenzione al perseguimento del tetto di spesa in materia di dispositivi medici muovendo su più direttrici: definizione di protocolli, piena operatività delle Commissioni a ciò preposte, massimizzazione degli acquisti in gara limitando gli ordini in economia, raccordo nella introduzione dei nuovi dispositivi con la Direzione Sanitaria Aziendale, analisi del rapporto tra tipologie e valore della produzione erogata e costo sostenuto;
- Adozione di ogni azione di contenimento in ambito farmaceutico coinvolgendo tutti gli attori sia induttori che prescrittori.

In attesa del dispiegamento di queste e altre azioni si erano, nell'immediato, centralizzate tutte le autorizzazioni alla spesa in capo alla Struttura Economico Finanziario e rideterminate nella misura massima del 90% di quanto stimato in sede di apertura dell'esercizio.

La conseguente rigorosa gestione ha consentito di rispondere agli obiettivi economici – finanziari posti dalla Regione con le successive Deliberazioni di Giunta n. 34 – 2054 dell'01.09.2015, n. 35 – 3152 dell'11.04.2016 e, da ultimo, n. 44 – 3352 del 23.05.2016. L'ASLAL ha, infatti, conseguito, come da Delibera del Direttore Generale n. 384 del 06.06.2016, il richiesto **PAREGGIO DI BILANCIO per l'ESERCIZIO 2015**. In proposito si evidenzia, altresì, in linea con l'obiettivo di mandato il raggiungimento della quota di efficientamento prevista per l'esercizio 2015 dalla citata D.G.R. n. 34 – 2054/2015 pari al 5% del riequilibrio consolidato 2014 (valore da perseguire pari a € 1.728.869 in ragione della parametrizzazione per le neo nominate Direzioni Aziendali in corso d'anno).

In chiusura dell'annualità 2015 la Regione, proseguendo nella linea di impegno alla razionalizzazione della spesa sanitaria, tracciata dalle suddette Delibere, ha chiesto alle Aziende Sanitarie, unitamente alla redazione di un Bilancio di Previsione provvisorio, la elaborazione di uno specifico documento contenente le principali azioni di efficientamento previste per l'esercizio 2016, in coerenza con lo schema tipo trasmesso dalla Direzione Sanità con nota 22735 del 2.12.2015. Tale piano ha avuto pieno recepimento nel Bilancio Economico Preventivo – provvisorio per l'anno 2016 adottato dall'Azienda con Delibera del Direttore Generale n. 909 del 31.12.2015.

Il Piano descrive ed evidenzia le caratteristiche demografiche-territoriali, le principali attività e fabbisogni aziendali definiti per livello assistenziale, il contesto ambientale in cui opera l'Azienda, le risorse strumentali infrastrutturali ed economiche e delle risorse umane, i punti di forza e di debolezza del sistema organizzativo con relativi interventi previsti nel breve – medio periodo.

***PUNTI DI FORZA E DI DEBOLEZZA NELL'AMBITO DELLE RISORSE STRUMENTALI,
INFRASTRUTTURALI ED ECONOMICHE E INTERVENTI PREVISTI NEL BREVE –
MEDIO PERIODO***

PUNTI DI FORZA:

- Nel processo di attuazione della riorganizzazione della Rete Ospedaliera possibile previsione di riutilizzo di attrezzature sanitarie da indirizzare sulle sedi ospedaliera oggetto di potenziamento, anche in ragione della necessità di sostituire le risorse strumentali più vetuste
- Possibile recupero di spazi a seguito del processo di riorganizzazione della Rete Ospedaliera, con la previsione di possibili dismissioni di area e conseguente razionalizzazione dei costi di gestione per utenze e manutenzioni.

PUNTI DI DEBOLEZZA:

- Sedi ospedaliere e territoriali decisamente frammentate con necessità di interventi strutturali, sia di natura manutentiva / conservativa, che di adeguamento a seguito degli interventi di riorganizzazione in atto per renderle funzionali al nuovo assetto definito
- Necessità di provvedere, nel primo anno di attuazione della riorganizzazione della rete ospedaliera, ai necessari ed improrogabili interventi di adeguamento strutturale, per rendere idonee le strutture chiamate a potenziare l'offerta sanitaria, con conseguente necessità di investimenti mirati per l'avviamento delle attività
- Processo di progressivo invecchiamento delle risorse strumentali, sanitarie e non, con difficoltà ad avviare programmi di investimento per il progressivo rinnovo in ragione della carenza di risorse finalizzate
- Parco auto disomogeneo su base territoriale, con dotazione attuale caratterizzata da autovetture in progressivo invecchiamento: vedi azione specifica

Vengono successivamente definite, descritte e quantificate in termini economici le manovre di efficientamento per l'anno 2016.

Manovre di efficientamento 2016

Le manovre di efficientamento 2016 scaturiscono dall'analisi dei risultati aziendali/regionali raggiunti e di quelli ancora da sviluppare e rendere concreti che hanno caratterizzato gli anni 2010-2015, tra i quali:

-
- obiettivi di governo regionale/aziendali
 - normativa vigente, e indicazioni pervenute dalla Regione e/o dai Ministeri competenti (PO 2013-2015)
 - sostenibilità economico-finanziario del sistema aziendale

A riguardo, di seguito si riportano le azioni aziendali identificate secondo due principali direttrici di intervento:

- **Interventi di razionalizzazione dei fattori produttivi:** intesi come l'insieme delle azioni da mettere in atto per riorganizzare i processi produttivi aziendali che sottostanno all'erogazione delle singole tipologie di prestazioni sanitarie di tipo diagnostico, terapeutico medico – chirurgico, riabilitativo e sociosanitario (a titolo di esempio rientrano in detta fattispecie la rinegoziazione dei contratti in essere, la razionalizzazione dei fattori produttivi ad invarianza delle prestazioni sanitarie erogate/acquistate, ecc);
- **Interventi di sistema:** intesi come l'insieme delle manovre strutturali che mirano a consolidare il cambiamento del sistema promuovendone lo sviluppo in termini di riqualificazione dell'offerta sanitaria. Tali interventi devono essere ideati e attuati in coerenza con quanto definito dalla programmazione regionale sanitaria vigente (a titolo di esempio rientra in detta fattispecie l'efficientamento della spesa determinata attraverso: interventi di riqualificazione delle prestazioni sanitarie erogate/acquistate; l'attuazione degli atti aziendali; l'attuazione degli obiettivi del Programma Nazionale Esiti (PNE); ecc)

TABELLA 1: Manovre di efficientamento 2016 (importo €/mln)

	Tipo Manovra **	Impatto sui Ricavi	Impatto sui Costi	Saldo Netto
		***	***	
		A	B	C=A-B
A. Obiettivo di efficientamento 2016 *				11,82
B. Interventi di razionalizzazione dei fattori produttivi				- 10,60
Dettaglio delle azioni individuate				
Azione 1 FARMACI AD ALTO COSTO OCULISTICA	R	-	0,23	- 0,23
Azione 2 DISTRIBUZIONE DIRETTA PRESSO L'AZIENDA OSPEDALIERA DI ALESSANDRIA	R	-	0,04	- 0,04
Azione 3 RIORDINO UTILIZZO PARCO AUTO AZIENDALE	R	-	0,04	- 0,04
Azione 4 REVISIONE DEL PIANO LOCAZIONI	R	-	0,07	- 0,07
Azione 7 AFFIDAMENTO A SCR DELL'ACQUISTO CENTRALIZZATO DEGLI AUSILI MONOUSO PER INCONTINENZA	R	-	0,36	- 0,36
Azione 8 SPERIMENTAZIONE DELLA MODALITÀ DI DISTRIBUZIONE PER CONTO (DPC) DEI PRESIDI DI ASSISTENZA INTEGRATIVA PER DIABETICI	A	-	0,50	- 0,50
Azione 9 RINEGOZIAZIONE DEL PREZZO DEI MEDICINALI A CARICO DEL SSN NELL'AMBITO DEI RAGGRUPPAMENTI DI MEDICINALI TERAPEUTICAMENTE ASSIMILABILI (DETERMINA AIFA 1267/2015)	A	-	2,00	- 2,00
Azione 10 UTILIZZO DI FARMACI A BREVETTO SCADUTO (PROGETTO 2016 ASL AL)	R	-	1,16	- 1,16
Azione 11 ACCORDI CONTRATTUALI PER IL TRIENNIO 2014-2016 DA STIPULARE EX ART. 8 QUINQUIES D.LGS 502/92 CON LE STRUTTURE PRIVATE	R	-	4,40	- 4,40
Altre azioni		-	1,80	- 1,80
C. Interventi di sistema				- 1,22
Dettaglio delle azioni individuate				
Azione 5 REVISIONE LOGISTICA MAGAZZINI E RIORGANIZZAZIONE SPAZI ARCHIV	A	-	0,39	- 0,39
Azione 6 SUPERAMENTO ATTIVITA' DI SUPPORTO ESTERNALIZZATO UVOS	A	-	0,03	- 0,03
Azione 12 EFFETTI LEGATI ALL'APPLICAZIONE DEL NUOVO PIANO DI ORGANIZZAZIONE SULLA RETE OSPEDALIERA AZIENDALE	A	-	0,80	- 0,80
D. Check (A+B+C)				- 0,00

* nella colonna "Saldo Netto" indicare con segno negativo ed in €/mln l'importo riportato nella DGR 12-2021 del 05/08/2015 a pagina 16 in colonna G1 "Obiettivo efficientamento 2016".

** nella colonna Tipo Manovra indicare:

- R: per attività in essere da rafforzare/sviluppare
- A: per attività da avviare
- D: per attività in essere da depotenziare

*** nella colonna Impatto sui Ricavi o Impatto sui Costi, indicare la variazione economica in €/mln della manovra identificata rispetto al dato economico rilevato nel consuntivo 2014. Pertanto nella variazione economica, si precisa che è necessario tener conto dell'eventuale effetto di trascinamento delle manovre avviate nel corso del 2014 e 2015, e anche delle variabili esogene che influenzano tali andamenti quali tra i più evidenti l'inflazione e l'IVA.

In stretta interazione e funzionalmente all'avvio ed alla implementazione di tali azioni l'Azienda ha introdotto e incardinato, a partire dall'esercizio corrente, un **PROCESSO DI BUDGET** articolato in Budget gestionale e Budget di spesa.

Budget gestionale

L'anno 2015 ha rappresentato l'avvio della riorganizzazione della rete ospedaliera e della rete territoriale sui servizi erogati dalle strutture dell'ASL AL.

Questo processo ha dato luogo a modifiche organizzative e strutturali, il cui governo e controllo sono stati sostenuti da specifici obiettivi di budget in carico alle strutture coinvolte.

In prima applicazione si è specificamente orientata la formulazione degli obiettivi alle Strutture interne attesi per il 2015, in coerenza con quanto previsto per le Direzioni Generali (D.G.R. n. 12 – 2021 del 05.08.2015) prendendo in considerazione:

- Le indicazioni dei Programmi Operativi 2013-2015 di cui alla D.G.R. 30 dicembre 2013, n. 25-6992 "Approvazione Programmi Operativi 2013-2015 predisposti ai sensi dell'art. 15, comma 20, del D.L. n. 95/2012 convertito, con modificazioni, in legge n. 135/2012";
- Gli obiettivi di mandato assegnati con D.G.R. 27 aprile 2015, n. 40-1368 "Art. 3 bis, d. lgs. n. 502/1992 e s.m.i.. Nomina del Direttore generale dell'ASL AL";
- Gli obiettivi di cui alle DD.GG.RR. n.53-7644 del 21.5.2014 avente ad oggetto la razionalizzazione della spesa farmaceutica ospedaliera, n.44-7635 del 21.5.2014 avente ad oggetto la razionalizzazione della spesa per dispositivi medici, n.17-7488 del 23 aprile 2014, n. 17-7488 avente ad oggetto la razionalizzazione della spesa Farmaceutica Territoriale, n. 15-7486 del 23.4.2014 avente ad oggetto l'appropriatezza della specialistica ambulatoriale

Il processo ha avuto un consolidamento ed una implementazione per l'anno 2016. Infatti il sistema di budget è stato adottato dall'Azienda quale strumento gestionale e di programmazione annuale, articolato in schede contenenti obiettivi di attività, economico-finanziari e progettuali per ogni Centro di Responsabilità aziendale.

Nella definizione delle diverse fasi del percorso di budget per l'anno 2016 ha operato il Comitato Budget per il quale sono stati individuati i componenti ed il mandato assegnato (nota Direzione Generale prot. n. 0109451 del 22.12.2015).

La scelta aziendale è stata quella, nella fase di avvio, di attribuire responsabilità economiche di budget solo per i costi direttamente controllati dal Responsabile, anche per evidenziare la caratteristica gestionale e non solamente contabile dello strumento adottato. Gli obiettivi delle schede di budget, per il personale dirigente e del comparto, sono direttamente connessi al sistema incentivante tramite un sistema di pesatura degli obiettivi concordati.

Gli obiettivi assegnati sono coerenti agli obiettivi strategici ed operativi contenuti nel Piano della Performance aziendale, adottato con deliberazione DG n. 90 del 30/01/2014 e risultano, altresì, orientati al perseguimento degli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi per l'anno 2016, assegnati alle Direzioni Generali con D.G.R. 16 maggio 2016 n.30-3307”.

Gli obiettivi assegnati ai diversi Centri di Responsabilità aziendali tengono conto e sono coerenti con quanto previsto da

- Deliberazione n.909 del 31.12.2015 ad oggetto: “Bilancio preventivo economico annuale 2016 - provvisorio”
- Piano di Efficientamento anno 2016 redatto dall'ASL AL ai sensi della DGR n.12-2021 del 5.8.2015
- Deliberazione n.62 del 09/02/2016 ad oggetto: “Assegnazione Budget ai Responsabili Centri di Spesa per l'esercizio 2016”
- Deliberazione n.209 del 04/03/2016 ad oggetto: “Piano assunzioni anno 2016”
- Piano Investimenti 2016-2018 allegato alla citata deliberazione n.909 del 31.12.2015;

Il sistema di budget gestionale prevede periodici step di monitoraggio e confronto, in funzione della verifica sul raggiungimento degli obiettivi assegnati, per un'eventuale revisione – rimodulazione degli stessi in corso d'anno.

Budget di spesa

L'ASL AL ha adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 909 del 31.12.2015 il "Bilancio Preventivo Economico Annuale 2016 – Provvisorio" del quale è in corso l'iter di approvazione da parte della Regione ai sensi del D.lgs. 118/2011 e s.m.i.; il suddetto documento programmatico è stato redatto alla luce dei seguenti atti presupposti:

- D.G.R. n. 34 – 2054 dell' 01.09.2015 "Presca d'atto delle disponibilità finanziarie provvisorie di parte corrente per il Servizio sanitario regionale relative all'esercizio 2015 e determinazione delle risorse da assegnare agli Enti del SSR ai fini degli obiettivi economico – finanziari per l'anno 2015" con la quale la Giunta Regionale ha assegnato gli obiettivi economici – finanziari alle Aziende Sanitarie Regionali per l'anno 2015, determinando la quota di finanziamento delle singole ASR;
- Circolare della Regione prot. n. 22735/A14000 del 02.12.2015 avente ad oggetto "D.G.R. n. 12 – 2021 del 05.08.2015, sub – obiettivo n. 3.2. – rientro fondo riequilibrio: schema tipo per la predisposizione del piano di efficientamento" con la quale si ridetermina in via provvisoria e in riduzione, prendendo a riferimento la su citata D.G.R. n. 34 – 2054, il contributo regionale del F.S.R. indistinto per l'anno 2016.

La rimodulazione del finanziamento dà seguito alle disposizioni contenute nella D.G.R. n. 34 – 2054 in ordine al piano di efficientamento economico – finanziario con conseguente progressiva riduzione della quota di F.S.R. indistinta per riequilibrio programmato; si è, pertanto, reso necessario introdurre modalità di governo della spesa finalizzate al raggiungimento del suddetto obiettivo, unitamente all'applicazione puntuale delle azioni di razionalizzazione della spesa quali declinate nel Piano di efficientamento – documento strettamente correlato all'atto di adozione del bilancio preventivo economico provvisorio.

Si è quindi proceduto ad individuare, anche a seguito e in applicazione della nuova organizzazione delineata dal Piano di Organizzazione – parte integrante dell'Atto Aziendale -, specifici Centri di Spesa ai cui Responsabili assegnare le risorse di parte corrente e cui attribuire specifici compiti di governo e gestione della spesa.

Si è reso necessario, alla luce dei vincoli sopra descritti relativi al F.S.R. parte indistinta esercizio 2016 e pur in attesa di un formale provvedimento di riparto da parte della Giunta

Regionale, definire dei budget di spesa per l'anno in corso da attribuire ai Centri di Spesa, oltre che per i motivi predetti, anche al fine di non pregiudicare il regolare andamento dell'attività istituzionale, introducendo in tal modo una gestione più dinamica delle risorse pur nel rispetto dei vincoli assegnati.

Precisato che le risorse assegnate fanno riferimento alle somme risultanti dalle previsioni formulate dai Responsabili dei Centri di Spesa, oggetto di specifiche valutazioni nel corso degli incontri intercorsi, aggiornate con le risultanze dei dati contabili evidenziatesi nell'elaborazione del Consuntivo 2015 e nel rispetto dei parametri prudenziali individuati dalla Direzione Aziendale.

Sono stati, pertanto, assegnati, con Deliberazione del Direttore Generale n.62 del 09.02.2016 ai singoli Responsabili dei Centri di Spesa budget complessivi, autorizzando una gestione dinamica delle risorse mediante una diversa ripartizione (ed eventuali successive movimentazioni) fra i diversi conti di bilancio, fermo restando il rispetto della disponibilità totale assegnata e la necessità di garantire la coerenza dei costi generati in rapporto alle risorse richieste per le attività aziendali programmate.

L'entità delle risorse individuate relative alla spesa corrente vincolata è soggetta, a cura della S.C. Economico – Finanziario, ad eventuali integrazioni, per ogni singolo progetto, alla luce dei finanziamenti effettivamente riconosciuti e della gestione dei progetti in termini di competenza economica da parte delle singole strutture interessate.

Non essendo ancora effettuata l'assegnazione definitiva della quota del FSR per l'esercizio 2016, si è ritenuto di dover introdurre, fin dai primi mesi dell'esercizio, una nuova metodologia di controllo della spesa da parte dei servizi ordinatori da un lato, e dai centri di responsabilità produttori di prestazioni dall'altro, al fine di attribuire specifici obiettivi ai dirigenti responsabili ed introdurre effettive azioni di governo della spesa.

Per la stesura del bilancio di previsione e per l'introduzione della nuova metodologia gestionale si è quindi proceduto a:

- attuazione di un diretto confronto con i servizi ordinatori di spesa, per una puntuale formulazione delle previsioni di spesa annuali, e valutazione delle medesime con l'obiettivo di garantire equilibrio tra costi da sostenere e risorse presuntivamente assegnate, finalizzato a conseguire il pareggio di bilancio;

- assegnazione, a decorrere dal 1.1.2016, di budget ai centri ordinatori di spesa che, in coerenza con i valori contenuti nel bilancio di previsione, attribuisce a ciascun centro ordinatore di spesa le risorse previste per il 2016, con autorizzazione provvisoria all'utilizzo, in ragione del 90% dello stanziamento assegnato, fino al mese di novembre, e successiva attribuzione della restante quota in ragione dell'andamento della spesa programmata;
- negoziazione, con i centri di responsabilità, di specifico obiettivo di correlazione tra attività prodotta e costi sostenuti per ciascun centro, in modo tale da analizzare per ciascun settore aziendale le possibili azioni atte a produrre appropriatezza nelle risposte sanitarie, razionalizzazioni ed efficienze nell'utilizzo delle risorse e, conseguentemente, risparmi sulla gestione ed azioni di governo delle richieste indirizzate ai servizi ordinatori di spesa;
- governo della spesa in conto capitale e programmazione di un piano di investimenti pluriennale, rispetto al quale tuttavia non si è avuto approvazione né diniego da parte degli uffici regionali. Tale situazione, se, come detto, da un lato ha richiesto comunque di dar corso alle azioni di programmazione relative all'attuazione della DGR 1/600 ed al raggiungimento / mantenimento dei livelli di sicurezza delle strutture, dall'altro ha di fatto limitato l'adeguamento tecnologico delle attrezzature esistenti, per le quali si è riusciti a sopperire alle crescenti esigenze soltanto utilizzando eventuali finanziamenti vincolati disponibili.
- attuazione delle procedure per la gestione dei progetti, in maniera tale da garantire la puntuale rappresentazione dei fondi a gestione vincolata e, rispetto ai progetti finanziati, la copertura di tutti i costi aziendali da parte dei finanziamenti assegnati;
- revisione ed avvio della metodologia prevista per il Programma Attuativo di Certificabilità (PAC) al fine di una qualitativamente migliore tracciabilità e rappresentazione in bilancio dei fatti aziendali.

Come già esplicitato in premessa la riduzione specifica della quota di fondo di riequilibrio, in conseguenza del piano di efficientamento, prevista per questa Azienda per l'esercizio 2016 è nella misura del 20 per cento e in valore assoluto pari a € 11.818.914. Secondo quanto

indicato dai documenti contabili ciò comporta un atteso per l'esercizio 2016 è pari a € 617.311.500 a fronte di costi della gestione ordinaria rilevati dal Consuntivo 2014 pari a € 629.130.414.

I bilanci di verifica al 31/3, al 30/6 ed al 30/9/2016 consentono di prevedere, se confermata l'attribuzione del riparto fin qui provvisoriamente determinato, il rispetto dell'equilibrio di bilancio, al netto del riconoscimento della quota necessaria a finanziare il piano investimenti, la cui mancata iscrizione nel documento previsionale, in carenza di autorizzazione regionale, costituiva la causa del disequilibrio economico rilevato in sede di formulazione del bilancio preventivo provvisorio tecnico.

Il Piano di Efficientamento 2016, corredato dei documenti allegati previsti dalle indicazioni regionali, è stato trasmesso alla Regione Piemonte con nota prot. n.111912 del 31.12.2015 (mail del 31.12.2015).

Tracking previsto	Azioni ASL AL
31.12.2015: Consegna del Piano di Efficientamento 2016	Piano efficientamento trasmesso con nota prot. n.111912 del 31.12.2015 Mail alla Regione Piemonte in data 31.12.2015

In considerazione delle azioni intraprese, come sopra sintetizzate, l'obiettivo si può considerare pienamente raggiunto.

ALLEGATI

- *Piano di Governo del Contenzioso*
- *Nota ASL AL prot. n.103241 del 30.11.2015*
- *Piano di Efficientamento Economico – Finanziario 2016*
- *Nota ASL AL prot. n.111912 del 31.12.2015*

OBIETTIVO DI NOMINA n.5

Realizzazione e implementazione del Programma delle attività territoriali-distrettuali (PAT). Il Programma, di durata coincidente con quella del P.S.S.R., predisposto dal Distretto, deve essere aggiornato ogni anno contestualmente alla definizione del bilancio, ed essere redatto secondo i criteri e le modalità di cui all'art. 3-quater del d. lgs. n.502/1992 e s.m.i.

Il PAT, definito sulla base di uno schema-tipo regionale (da approvarsi con apposito provvedimento), individua gli obiettivi da perseguire, in attuazione delle strategie aziendali, come stabiliti nei relativi atti di programmazione regionale da emanarsi entro il 30/06/2015 con DGR.

Sulla base del fabbisogno rilevato nell'area di riferimento, saranno definite le attività da svolgere per conseguire tali obiettivi e la relativa distribuzione delle risorse assegnate in una logica di efficienza, appropriatezza ed equità.

Il PAT individua inoltre, sulla base di indicatori misurabili definiti a livello regionale, in allegato al suddetto schema tipo, le modalità di verifica e valutazione degli effettivi risultati raggiunti rispetto agli obiettivi prefissati, al fine di rendere possibili periodici riadeguamenti delle attività.

Il modello di programmazione della Regione Piemonte prevede che il Distretto, sulla base dei bisogni specifici della popolazione assistita e delle scelte di cura in merito alle patologie presenti sul proprio territorio, sviluppi una programmazione specifica dell'assistenza da offrire alla propria popolazione, compatibilmente con le risorse economiche assegnate, attraverso il Programma delle Attività Territoriali-distrettuali (PAT).

Tale modello di programmazione territoriale intende rappresentare un utile strumento per sviluppare non solo la comunicazione all'interno dell'Azienda ma anche con i soggetti terzi e in particolare con gli Enti locali.

In attuazione alle direttive Regionali, l'ASL AL ha adottato il PAT aziendale con Deliberazione n.891 del 23.12.2015, ultimate le fasi di confronto con i settori aziendali interessati ai livelli assistenziali definiti nell'ambito nello schema tipo dei PAT e acquisiti i pareri dei Comitati dei Sindaci di Distretto e della Conferenza dei Sindaci ASL AL.

In particolare, nello svolgimento del proprio ruolo di programmazione territoriale distrettuale, si sono svolti i seguenti incontri dei Comitati dei Sindaci di Distretto, finalizzati all'esame della documentazione prodotta ed alla formulazione di proposte per la definizione dei P.A.T. dei singoli ambiti distrettuali:

29.10.2015 Commissione dei Sindaci Distretto Casale M. (Commissione territorio di Casale M)

17.11.2015 Comitato dei Sindaci del Distretto di Tortona

19.11.2015 Comitato dei Sindaci del Distretto di Acqui T.

23.11.2005 Comitato dei Sindaci del Distretto di Valenza

25.11.2015 Comitato dei Sindaci del Distretto di Novi L.

26.11.2015 Comitato dei Sindaci del Distretto di Alessandria

Per quanto riguarda i Sindaci del Distretto di Ovada è stato predisposto uno specifico documento trasmesso all'ASL AL in data 6.11.2015.

Il Programma delle Attività Territoriali Distrettuali (P.A.T.) per l'anno 2016 è stato presentato, alla presenza dell'Assessore alla Sanità Regione Piemonte, alla Conferenza dei Sindaci ASL AL svoltasi in data 17.12.2015.

I PAT dei singoli Distretti sono stati elaborati in base alla nuova articolazione territoriale definita nell'Atto Aziendale e sono stati integrati in un unico documento, congiuntamente ad una parte generale comune a tutti i Distretti.

Il PAT è stato trasmesso in Regione con nota prot. n.110257 del 24.12.2015 (mail del 24.12.2015) rispettando il termine definito dalle indicazioni regionali.

Tracking previsto	Azioni ASL AL
31.12.2015: Consegna del PAT aziendale	PAT aziendale adottato con Deliberazione ASL AL n.891 del 23.12.2015 e trasmesso con nota ASL AL prot. n.110257 del 24.12.2015 Mail alla Regione Piemonte in data 24.12.2015

In considerazione delle azioni intraprese, come sopra sintetizzate, l'obiettivo si può considerare pienamente raggiunto.

Per quanto riguarda lo sviluppo delle azioni nel corso del 2016 relativamente agli obiettivi ed ai progetti definiti con il Programma delle Attività Territoriali si rimanda a quanto relazionato al punto 3. del presente documento.

Si elencano i Progetti approvati nell'ambito dei PAT anno 2016:

PROGETTI COMUNI A TUTTI I DISTRETTI

- Appropriata spesa farmaceutica: incremento uso farmaci a brevetto scaduto
- Definizione di un modello organizzativo socio-assistenziale per la tutela della salute dei migranti
- Realizzazione di interventi di promozione della salute finalizzati all'adozione di corretti stili di vita
- Interventi a carattere locale su gioco d'azzardo patologico (gap)
- Mantenimento standard di copertura vaccinale
- Percorso integrato di continuità di cura ospedale – territorio
- Riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione delle cure domiciliari
- Progetto sanitario di iniziativa "infermiere di famiglia"
- Rete degli ambulatori infermieristici di vulnologia

-
- Presa in carico del cittadino fragile con patologie croniche in poli terapia al fine del miglioramento dell'aderenza terapeutica e del bilancio di salute

PROGETTI SPECIFICI

- Interventi a carattere locale sull'inclusione lavorativa (Distretti Novi L. - Tortona e Acqui T. – Ovada)
- Attività di prossimità, di riduzione del danno e di prevenzione delle patologie correlate rivolte a pazienti tossicodipendenti con grave compromissione psico-fisica e in condizioni di marginalità; attività di limitazione dei rischi e di aggancio precoce rivolte a consumatori giovani e giovanissimi (Distretti Alessandria – Valenza e Casale M.)

ALLEGATI

- *Deliberazione ASL AL 891/2015 – approvazione PAT anno 2016*
- *Nota ASL AL prot. n.110257 del 24.12.2015*

OBIETTIVO DI NOMINA n.6

Piano Regionale di Prevenzione. Attuazione, con riferimento all'Azienda di competenza, e in integrazione con le altre Aziende presenti nell'area omogenea di afferenza, di tutti i macro-obiettivi e di tutti gli obiettivi centrali del Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018, approvato con DGR 40-854 del 29/12/2014 di recepimento del Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2018, nel rispetto dei criteri e delle scadenze previste dal documento per la valutazione dei Piani della Prevenzione approvato dalla Conferenza Stato Regioni il 25 marzo 2015 – Rep atti CSR/56.

Nello specifico occorre adottare annualmente il piano locale della prevenzione in coerenza con gli indirizzi del Piano Regionale e nel rispetto dei tempi e delle regole per la valutazione finalizzata alla certificazione del Piano regionale da parte del Ministero della Salute.

Il **Piano Locale della Prevenzione ASL AL (PLP ASL AL)** è stato adottato dalla ASL AL in coerenza con gli indirizzi del Piano Regionale e nel rispetto dei tempi e delle regole per la valutazione finalizzata alla certificazione del Piano regionale stesso da parte del Ministero della Salute. Nello specifico, nell'anno 2016, i Programmi di Attività PLP ASL AL e le Rendicontazioni dei Programmi stessi, sono stati realizzati grazie alla partecipazione degli Operatori aziendali, territoriali e ospedalieri, che afferiscono alle aree della prevenzione.

Atti e azioni prodotti nel corso dell'anno 2016:

- **Rendicontazione PLP ASL AL 2015:** il documento costituisce la rendicontazione delle azioni del Piano Locale della Prevenzione - Attività ASL AL 2015. Si sviluppa su n. 10 Programmi tematici e n. 70 Azioni locali, coerenti con le corrispondenti

- Azioni regionali da cui derivano ed integrate da ulteriori iniziative locali di prevenzione proprie della ASL AL. Il documento è stato inoltrato alla Direzione Sanità - Regione Piemonte il 25.03.2016, nel rispetto dei tempi indicati;
- **PLP Attività ASL AL - 2016:** il documento costituisce la programmazione delle Azioni del Piano Locale della Prevenzione Attività ASL AL 2016. Si sviluppa su n. 10 Programmi tematici e n. 76 Azioni locali, coerenti con le corrispondenti Azioni regionali da cui derivano ed integrate da ulteriori iniziative locali di prevenzione proprie della ASL AL. Il documento è stato inoltrato alla Direzione Sanità - Regione Piemonte il 15.06.2016, nel rispetto dei tempi indicati;
 - **PLP Attività ASL AL - 2016 (integrazione Programma 5):** il documento integra nel PLP ASL AL 2016 la programmazione locale inerente gli Screening di popolazione (Programma 5 PLP), come da indicazioni regionali (prot. n. 16982/A1403A del 08.08.2016). I restanti Programmi PLP risultano invariati rispetto alla versione PLP ASL AL del 15.06.2016. Il documento è stato inoltrato alla Direzione Sanità - Regione Piemonte il 15.09.2016, nel rispetto dei tempi indicati;
 - **Aggiornamento dei componenti il Gruppo di Progetto (GdP) per il coordinamento del PLP ASL AL** (Deliberazione del Direttore Generale 2016/566 del 05.09.2016, con riferimento alla Deliberazione del Direttore Generale 2015/884 del 16.12.2015), formato dal Coordinatore Aziendale PLP e GdP, dai 10 Referenti dei Programmi PLP ASL AL e dai Referenti di Area specifica.

Il documento integrale del PLP anno 2016 è reperibile sul sito aziendale www.aslal.it - Sanità sul Territorio – Dipartimento di Prevenzione – Coordinamento Piano Locale della Prevenzione – Piano locale della Prevenzione 2016 (<http://www.aslal.it/piano-locale-della-prevenzione-2016>).