



*Sede legale: Viale Giolitti,2
15033 Casale Monferrato (AL)
Partita IVA/Codice Fiscale n. 02190140067*

RELAZIONE SULL'ANDAMENTO GESTIONALE E SULLA PERFORMANCE

ANNO 2013

REGIONE PIEMONTE - ASL AL

Indice

Presentazione

Introduzione

Rendicontazione obiettivi direzione

Andamento economico

Revisione della rete ospedaliera

Prima analisi sugli effetti della revisione della rete ospedaliera

Progetti avviati in area territoriale

Analisi della domanda / offerta della assistenza ospedaliera

Attività ospedaliera e territoriale

Percorso di budget 2013

Presentazione

Con il d.lgs. del 14 marzo 2013, n°33, con rimando al d.lgs. del 27 ottobre 2009, n°150, il Legislatore ha dato attuazione alla legge 4 marzo 2009, n°15 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni.

Con particolare riferimento all'art.10 del citato d.lgs. n°33 "Programmazione triennale per la trasparenza e l'integrità", ogni Amministrazione ha l'obbligo di pubblicare sul proprio sito aziendale nella sezione "Amministrazione trasparente" il PIANO e la RELAZIONE sulla PERFORMANCE.

Con il presente documento, l'Azienda Sanitaria Locale ASL della provincia di Alessandria (ASL AL), anticipando il Piano della Performance, espone la seguente Relazione sull'andamento gestionale per l'anno 2013, in attesa di relazionare sugli esiti del Piano della Performance 2014-2016 adottata con deliberazione 2014/90.

La Relazione costituisce uno strumento di analisi e riflessione sulla gestione aziendale ex-post e un momento di riflessione sull'operato aziendale in una logica di miglioramento ed innovazione ex-ante.

Nel corso del anno 2013, la direzione aziendale ha perseguito come obiettivi quelli più generali individuati dal Piano Sanitario Regionale 2012-2015, di cui alla Deliberazione del Consiglio Regionale 3 aprile 2012, n. 167 – 14087, quali:

- miglioramento della qualità dei servizi, assicurando l'innovazione nel perseguimento della salute;
- la compatibilità del sistema con le risorse finanziarie;
- la garanzia di un accesso equo dei cittadini al sistema.

Con D.G.R. 14 ottobre 2013 n.34-6516, la Giunta Regionale ha individuato gli obiettivi strategici da assegnare ai Direttori Generali, che possono essere schematizzati come segue:

D.G.R. 14 OTTOBRE 2013 N.34-6516
SINTESI OBIETTIVI

OBIETTIVO 1: PROGRAMMA OPERATIVO

SUB-OBIETTIVO 1.1: PIANO ATTUATIVO DELLA CERTIFICABILITÀ (PAC)

SUB-OBIETTIVO 1.2: REALIZZAZIONE DELLE AZIONI PREVISTE DAL PIANO ATTUATIVO DELLA CERTIFICABILITÀ (PAC)

SUB-OBIETTIVO 1.3: REALIZZAZIONE CONTABILITÀ ANALITICA (CO.AN.)

SUB-OBIETTIVO 1.4: CONTENIMENTO DEI COSTI DELLE RISORSE UMANE

SUB-OBIETTIVO 1.5: RIORDINO RETE PUNTI NASCITA

OBIETTIVO 2: ESITI

SUB-OBIETTIVO 2.1: TEMPESTIVITÀ INTERVENTI A SEGUITO DI FRATTURA FEMORE SU PAZIENTI > 65

SUB-OBIETTIVO 2.2: RIDUZIONE INCIDENZA PARTI CESAREI

SUB-OBIETTIVO 2.3: TEMPESTIVITÀ NELL'EFFETTUAZIONE P.T.C.A. NEI CASI DI I.M.A. STEMI

OBIETTIVO 3: GESTIONALI

SUB-OBIETTIVO 3.1: RIDUZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA TERRITORIALE SUB-OBIETTIVO

3.2: RIDUZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA

SUB-OBIETTIVO 3.3: MESSA A REGIME DEI FLUSSI DELL'AREA FARMACEUTICA

SUB-OBIETTIVO 3.4: RIDUZIONE DEGLI ACQUISTI IN ECONOMIA

Si registrano risultati complessivamente positivi alle strategie ed alle azioni adottate.

La Direzione, nel perseguire il raggiungimento degli obiettivi, ha coinvolto, attraverso il "processo di budget" e l'assegnazione delle "schede di budget" tutti i livelli aziendali.

Introduzione

Il Servizio Sanitario Nazionale è da anni oggetto di particolare attenzione mirata al contenimento dei costi, che ha iniziato ad estrinsecarsi con il D.Lgs. 502/92 "Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'art.1 della Legge 23 ottobre 1992, n.421" modificato ed integrato successivamente con ulteriori atti normativi dedicati alla razionalizzazione del SSN.

Vale la pena ricordare che tali atti sono stati promulgati "ai fini della ottimale e razionale utilizzazione delle risorse destinate al Servizio Sanitario Nazionale, del perseguimento della migliore efficienza del medesimo a garanzia del cittadino, di equità distributiva e del contenimento della spesa sanitaria...".

Le prescrizioni prevedevano, tra l'altro, regole amministrative quali l'abolizione della contabilità finanziaria ed il vincolo di bilancio ed altre di natura sanitaria ed organizzativa, quali la necessità che le prestazioni soddisfacessero "il principio dell'efficacia e dell'appropriatezza", nonché la garanzia di "un uso efficiente delle risorse quanto a modalità di organizzazione ed erogazione dell'assistenza".

Come noto, tuttavia, il processo di aziendalizzazione della Sanità, nonostante le sue implementazioni in corso d'opera, come la centralizzazione degli acquisti con le gare di quadrante e di aree funzionali, la riduzione delle Aziende con accorpamento delle medesime, gli interventi sui sistemi tariffari, la limitazione delle produzioni riconosciute alle strutture private, i periodici blocchi delle assunzioni e la riduzione delle consistenze organiche vincolate ad un massimo di spesa per il personale, prefissato, non è riuscito di per sé a contenere i costi del sistema entro i limiti del finanziamento nazionale, incrementato da una quota di finanziamento regionale.

Il crescere dei costi del Servizio Sanitario Regionale viene normalmente ascritto al costante invecchiamento della popolazione ed all'incremento delle tecnologie a disposizione, potendo ricomprendere tra queste anche la disponibilità di nuovi farmaci per il trattamento di alcune patologie che si rivelano di costo particolarmente elevato.

Senza dubbio, sia il costante aumento dell'aspettativa di vita che la maggior sofisticazione delle tecnologie a disposizione sono fattori positivi.

Entrambi, però, devono spingere ad una revisione dell'impianto organizzativo del Servizio Sanitario ed un suo aggiornamento / adeguamento alla situazione attuale.

Aumento della popolazione di "vecchi" e "grandi vecchi": è assodato che dopo aver "aggiunto anni alla vita" si debba "aggiungere vita agli anni".

La componente "medicalizzante" ed "ospedalizzante" del sistema sanitario è indubbiamente importante, in associazione ad una maggiore disponibilità di buone condizioni di vita, nel prolungare l'età media della popolazione ed è determinante per il superamento di eventi acuti senza, o con modesti reliquati; è discutibile, salvo che per la riacutizzazione di patologie esistenti o episodi di nuove acuzie, che rivesta analogo importanza nel migliorare la qualità della vita di soggetti che si trovano in una condizione di cronicizzazione di una o più patologie o che debbano affrontare una fisiologica riduzione delle abilità.

E' indiscutibile, invece, che quella componente poco o nulla incida sulla qualità della vita dei famigliari che prestano assistenza quotidiana e che si trovano sovente anch'essi in età avanzata.

Maggior sofisticazione della tecnologia a disposizione: gran parte della tecnologia, comunque intesa, mirata a risolvere problemi correlati alle acuzie è di tipo ospedaliero, richiede risorse e competenze specifiche ed elevate, viene pubblicizzata con ampia risonanza tra la popolazione con conseguente richiesta di accedervi, anche con la forzatura dei criteri di appropriatezza.

Il non raggiungimento dell'obiettivo di razionalizzazione e controllo della spesa sanitaria tramite interventi strutturali ha portato alla costituzione di un disavanzo la cui gravità ed insostenibilità si sono resi palesi quando una subentrante crisi economica ha portato, dapprima, ad un arresto della crescita dei finanziamenti destinati al Servizio Sanitario e, successivamente, alla loro riduzione.

Sono oggi imperative azioni di riorganizzazione del Servizio che lo rendano compatibile con i finanziamenti.

E' quindi necessario sia ridurre i costi di funzionamento che modificare il peso assoluto e ridistribuirlo percentualmente su ogni macroarea di spesa e, per far ciò, è obbligatorio partire dalla revisione della rete ospedaliera che rappresenta una cospicua fetta dei costi.

Il primo motivo di inefficienza della nostra rete ospedaliera è l'eccessiva frammentazione della medesima.

Frammentazione che poteva essere ragionevolmente accettata negli anni settanta del secolo scorso, quando si preannunciava un rapido sviluppo tecnologico, ma la capacità del singolo professionista determinava gran parte del risultato terapeutico.

Lo sviluppo tecnologico degli anni successivi ha determinato un aumento dei costi sia per gli investimenti che per l'aumento degli specialisti e delle loro competenze in ogni branca, oltre alla necessità di cooperazione degli specialisti di più branche in molti interventi.

Questo rende improponibile la diffusione di tutte le possibilità diagnostiche e terapeutiche mantenendone elevato il livello di qualità ed efficacia e, di conseguenza, rende doverosa la concentrazione di alcune attività con un limitato numero di sedi.

Gli interventi fatti sulla rete ospedaliera permettono una riduzione, anche se non immediata, dei costi, con un loro parziale reindirizzamento verso le attività territoriali.

Tra queste, in particolare, sono da privilegiare quelle che permettono un'assistenza ai pazienti cronici anche di tipo preventivo, come la medicina e l'assistenza infermieristica "di iniziativa", tale da ridurre la necessità di ricorrere alle cure ospedaliere migliorando anche la sicurezza e la percezione di essere adeguatamente assistiti.

Rendicontazione obiettivi Direzione

SUB-OBIETTIVO 1.1: PIANO ATTUATIVO DELLA CERTIFICABILITA' (PAC)

INDICATORE	Esistenza del PAC al 31/12/2013
VALORE OBIETTIVO	Piano Attuativo della Certificabilità realizzato

SUB-OBIETTIVO 1.2: REALIZZAZIONE DELLE AZIONI PREVISTE DAL PIANO ATTUATIVO DELLA CERTIFICABILITA' (PAC)

INDICATORE	Completezza delle sei principali azioni del PAC al 31/12/2013
VALORE OBIETTIVO	Principali Azioni del Piano Attuativo della Certificabilità (PAC) del 2013 realizzati

In riferimento al **sub-obiettivo 1.1** è stata adottata deliberazione n.937 del 18 dicembre 2013 ad oggetto "Piano attuativo della certificabilità" (allegata), con la quale si era disposto di recepire e fare proprio il P.A.C. dei bilanci delle aziende sanitarie regionali, come adottato dalla Regione Piemonte con DGR n. 26-6009 del 25.06.2013; di individuare il Responsabile del Coordinamento Aziendale del PAC; di individuare nelle sotto azioni A3.1 - A3.9 - A5.1 - D4.1 - D4.2 - D5.1 così come classificate nell'allegato "uno" DGR n. 26-6009 del 25.06.2013 le attività da condurre e le procedure da codificare per l'anno 2013 in attuazione del P.A.C.; di rinviare a successivo provvedimento il recepimento degli esiti dei lavori di realizzazione del P.A.C. per l'anno 2013

Con successiva deliberazione n.987 del 31 dicembre 2013 ad oggetto "Deliberazione n.937 del 18.12.2013 ad oggetto "Piano Attuativo della Certificabilità". Adempimenti conseguenti" si è disposto di recepire gli esiti dei lavori di realizzazione del P.A.C. per l'anno 2013.

In particolare si è proceduto all'implementazione ed alla realizzazione delle attività previste per l'anno 2013, con particolare riguardo ai sotto-obiettivi di cui alla D.G.R. 14 ottobre 2013 n.34-6516.

I sotto-obiettivi di maggior impatto sull'intera azienda sanitaria sono:

1. Aggiornamento ed applicazione di un piano dei conti unico secondo le indicazioni regionali coerente alla normativa vigente: 31/10/2013.
2. Predisposizione ed applicazione di una procedura formalizzata per la realizzazione del piano degli investimenti con identificazione del budget per ogni intervento programmato. Avvenuta discussione e definizione della procedura all'interno del processo di programmazione investimenti avendo coinvolto i comitati tecnici per la valutazioni di necessità, opportunità e convenienza: 31/10/2013
3. Predisposizione ed applicazione di una procedura formalizzata di controllo del budget stabilito nel piano degli investimenti: 31/10/2013
4. Predisposizione ed applicazione di una procedura che consenta di identificare separatamente i cespiti acquisiti con contributi in conto capitale, i cespiti acquisiti con contributi in conto esercizio, i conferimenti, i lasciti, le donazioni: 30/09/2013
5. Aggiornamento di procedure e meccanismi di riconciliazione tra il Bilancio di esercizio, modelli CE e SP, contabilità generale (Bilancio di verifica) e contabilità sezionali: 31/12/2013.
6. Predisposizione ed applicazione di una procedura di raccolta e condivisione tra i soggetti interessati dei rilievi/suggerimenti da parte della Regione e del Collegio Sindacale: 31/12/13.

Le procedure sopra riportate sono oggetto di utilizzo nei processi aziendali e sottoposte a periodico monitoraggio in previsione del loro aggiornamento e revisione.

Si allega deliberazione 2013/937 del 18/12/2013 (allegato 1)

SUB-OBIETTIVO 1.3: REALIZZAZIONE CONTABILITA' ANALITICA (CO.AN.)

INDICATORE	Relazione annuale e completezza della Contabilità Analitica al 30/11/2013; valutazione finale al 31.12.2013
VALORE OBIETTIVO	Implementazione della Contabilità Analitica (Il livello di raggiungimento del sub-obiettivo è riconosciuto se lo stesso è raggiunto al 90%)

In relazione al sub obiettivo 1.3 Realizzazione Contabilità analitica (CO.AN.), si segnala che come previsto si è proceduto alla trasmissione della prevista relazione al 30 novembre con nota prot.108384 del 28 novembre 2013.

Si allega copia della nota e relativa relazione (allegato 2)

SUB-OBIETTIVO 1.4: CONTENIMENTO DEI COSTI DELLE RISORSE UMANE

INDICATORE	Raffronto dei dati esposti nel modello CE relativi alla spesa del personale con i tetti di spesa di cui alla DGR n. 10-6035 del 02.07.2013
VALORE OBIETTIVO	0% delta di maggior costo del personale su CE del terzo trimestre 2013 e consuntivo 2013 relativo al tetto di spesa di cui alla DGR n. 10-6035 del 02.07.2013

L'obiettivo assegnato (sub-obiettivo 1.4) consisteva nel rispettare le disposizioni di cui alle DGR nn.7-5838 del 31/5/2013 e n.10-6035 del 2/7/2013 sia per quanto riguarda la tipologia e limiti all'assunzione che per quanto riguarda i costi complessivi del personale così come definiti dalla DGR.

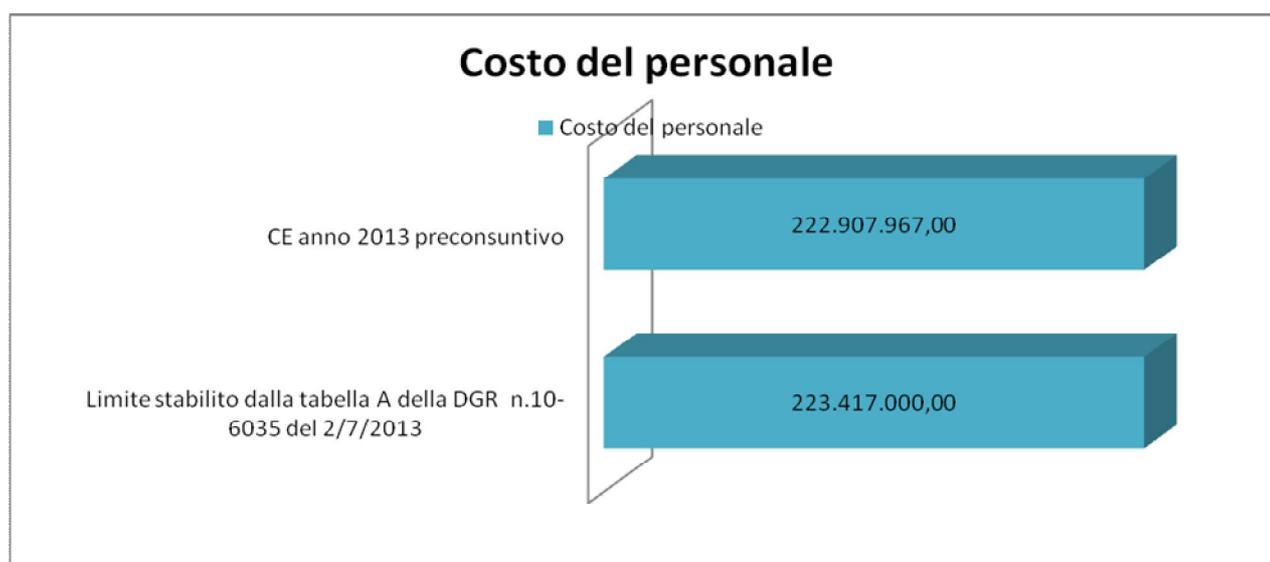
Il limite di costo del personale stabilito dalla tabella A della DGR n.10-6035 del 2/7/2013 era di € 223.417.000,00.

La verifica, come indicato dalla Regione, deve essere effettuata sul CE relativo all'anno 2013. Il CE presenta un costo relativamente ai conti aggregati nella tabella A citata pari a 222.907.967,00 ovvero inferiori a quelli indicati come limite di spesa per l'anno 2013; risulta, per tanto, l'obiettivo raggiunto.

Si precisa che tra i costi sono compresi anche quelli relativi all'appalto per il servizio infermieristico per l'assistenza penitenziaria.

Si precisa, inoltre, che anche il limite di spesa stabilito per i medici SUMAI, pari ad € 4.221.000,00, non è stato superato, infatti i costi 2013 ammontano ad € 3.988.000,00.

	Limite stabilito dalla tabella A della DGR n.10-6035 del 2/7/2013	CE anno 2013 preconsuntivo
Costo del personale	223.417.000,00	222.907.967,00
Costo personale convenzionato	4.221.000,00	3.988.000,00



SUB-OBIETTIVO 1.5: RIORGANIZZAZIONE RETE PUNTI NASCITA

INDICATORE	Completamento della rete a due livelli e relativa chiusura dei punti nascita previsti entro il 31/12/2013
VALORE OBIETTIVO	Il livello di raggiungimento del sub-obiettivo è riconosciuto solo se lo stesso è raggiunto al 100%.

Nel corso del 2013, a seguito di un processo di analisi e valutazione della situazione esistente, si è proceduto a dar corso alla riorganizzazione della rete dei punti nascita presenti sulle sedi della rete ospedaliera ASL AL, secondo gli indirizzi del P.S.R. e delle altre linee guida regionali.

In particolare con la Deliberazione della Giunta Regionale 14 marzo 2013, n. 6-5519 "Programmazione sanitaria regionale. Interventi di revisione della rete ospedaliera piemontese, in applicazione della D.C.R. n. 167-14087 del 03.04.2012 (P.S.S.R. 2012-2015)" si è prevista la realizzazione di una rete delle neonatologie tale da garantire una dimensione adeguata dei centri nascita tramite l'accorpamento graduale dei centri di piccole dimensioni in modo da costituire, a regime, solamente centri con almeno 1.000 nati l'anno, prevedendo il raggruppamento dei centri nascita, attualmente di I e II livello, in Unità pediatriche/neonatologiche di I livello all'interno di un ospedale sede di DEA di I livello (Unità che assistono neonati sani e nati con patologie che non richiedano ricovero in TIN)

Le Strutture organizzative di ostetricia di I livello assistono gravidanze e parti in età gestazionale superiore o uguale a 34 settimane, in situazioni che non richiedono presuntivamente interventi di livello tecnologico e assistenziale elevato, tipiche del II livello, per la madre e per il feto.

Le Strutture organizzative di ostetricia di I livello sono funzionalmente collegate con le Unità di ostetricia di II livello secondo il modello centri di riferimento e cardine e garantendo il trasferimento mediante lo STAM a Unità di II livello delle gravide per le quali si preveda la necessità di TIN.

La citata DGR prevede la seguente organizzazione

6 – Piemonte Sud Est		
PUNTO NASCITA	N. PARTI/ANNO stimato	LIVELLO
Alessandria	1.700	Secondo
Asti	1.502	Primo
Casale M.to	545	Primo
Novi Ligure	1.021	Primo

L'attivazione della rete ospedaliera è gestita integrando le azioni della rete di emergenza urgenza e la rete territoriale.

L'attuazione del processo di riorganizzazione prevedeva nell'ambito dell'Area sovra zonale Piemonte sud-est le seguenti azioni:

AREA SOVRAZIONALE	PRESIDIO OSPEDALIERO	AZIONE	TEMPI
Piemonte Sud Est	Tortona	Disattivazione del punto nascita	Entro il 30/6/2013
Piemonte Sud Est	Acqui Terme	Disattivazione del punto nascita	Entro il 30/6/2014

In particolare con DGR n. 6-5519 del 14.03.2013 si dà atto del processo di unificazione delle sedi ospedaliere di Novi Ligure e di Tortona quale realtà unificata con funzione di Ospedale cardine: nell'ambito di tale riorganizzazione si è proceduto all'unificazione SOC Ostetricia e Ginecologia con concentrazione sulla sede di Novi Ligure del punto nascita unico (con decorrenza 1 maggio 2013).

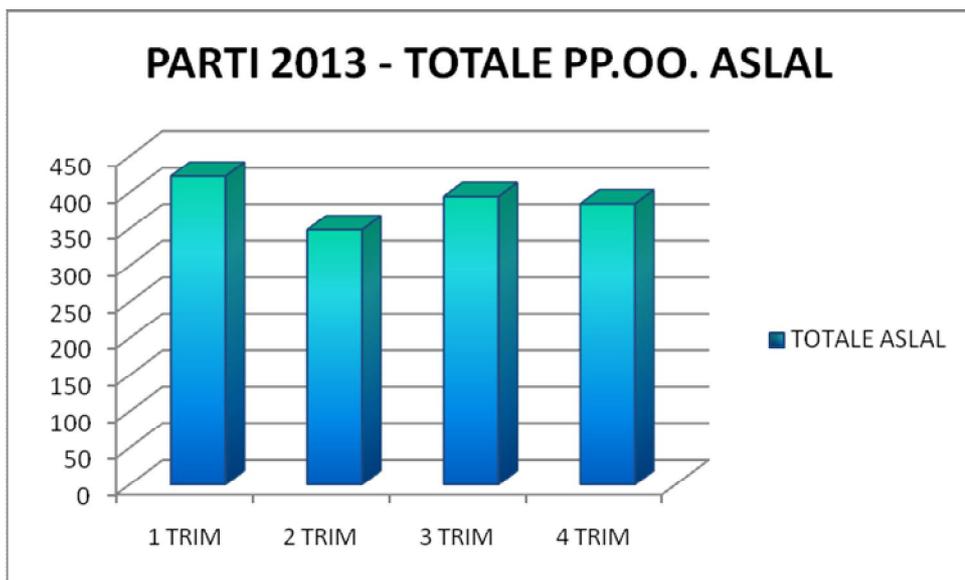
Per quanto riguarda la sede ospedaliera di Acqui T., nel quadro del progetto di riorganizzazione aziendale della rete dei punti nascita, nel corso del 2013 è stato messo in atto un monitoraggio dell'andamento dell'attività, nella previsione di chiusura dello stesso, secondo quanto previsto con DGR n. 6-5519 del 14.03.2013, entro giugno 2014.

Tutte le azioni intraprese sono state condotte nell'ottica della piena integrazione dei servizi ospedalieri e territoriali aziendali e con il coinvolgimento della rete dei servizi dell'Azienda Ospedaliera di Alessandria quale centro sede di Unità neonatologica di II Livello-TIN.

Analogamente si è proceduto alla riorganizzazione dell'attività pediatrica, con concentrazione nella sede ospedaliera di Tortona dell'attività di degenza precedentemente svolta presso le sedi di Casale Monferrato, Novi Ligure ed Acqui Terme (a partire dai primi mesi del 2013).

**N° PARTI PRESSO PP.OO. ASLAL
ANNO 2013**

	ANNO 2013	1 TRIM	2 TRIM	3 TRIM	4 TRIM
PRESIDIO ACQUI	314	85	72	91	66
PRESIDIO CASALE	474	112	96	131	135
PRESIDIO NOVI	628	120	153	172	183
PRESIDIO TORTONA	132	105	27		
TOTALE ASLAL	1.548	422	348	394	384



SUB-OBIETTIVO 2.1: TEMPESTIVITA' INTERVENTI A SEGUITO DI FRATTURA FEMORE SU PAZIENTI >65

INDICATORE	Interventi effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero / numero totale di casi di frattura femore su pazienti <i>over 65</i> residenti della provincia (compresi quelle sulle quali non c'è stato intervento chirurgico). L'indicatore è definito in termini di tasso "aggiustato", ovvero tenendo conto della tipologia e delle condizioni del paziente.
VALORE OBIETTIVO	≥ 80% (DGR n. 4-2495 del 03.08.2011)

Il risultato, utilizzando la metodologia indicata dalla D.G.R., risulta il seguente:

P.O.	ANNO 2012			1 SEM 2013			ANNO 2013			NOV-DIC ANNO 2013		
	NUM	DENOM	%	NUM	DENOM	%	NUM	DENOM	%	NUM	DENOM	%
CASALE M.	32	197	16,2%	17	92	18,5%	47	206	22,8%	24	34	70,6%
TORTONA	101	147	68,7%	49	66	74,2%	116	152	76,3%	23	29	79,3%
NOVI L.	26	147	17,7%	12	60	20,0%	37	142	26,1%	10	20	50,0%
ACQUI T.	49	124	39,5%	26	62	41,9%	50	123	40,7%	5	21	23,8%
TOT ASL AL	208	615	33,8%	104	280	37,1%	250	623	40,1%	62	104	59,6%

Come evidenzia la tabella, all'interno dell'ASL AL la situazione non è omogenea.

Il Presidio Ospedaliero di Tortona si riconferma il più virtuoso (dato AGENAS 2012: 56,8%- dato anno 2013: 76,3% con un trend in crescita nel bimestre novembre-dicembre 2013 79,3%): infatti dal mese di maggio 2013 è stato avviato un PDTA (percorso diagnostico terapeutico assistenziale) dedicato per il trattamento delle fratture di femore entro le 48 ore, in collaborazione con il Servizio di Anestesia e Rianimazione, la Cardiologia, la Radiologia, la Fisiatria e la Medicina.

Si è cercato inoltre di migliorare la sopravvivenza attraverso un più assiduo trattamento internistico pre e post-operatorio e la prevenzione delle recidive di frattura da fragilità.

Per quanto riguarda il Presidio Ospedaliero di Casale Monferrato si ribadisce un costante miglioramento della performance: partendo dal dato AGENAS 2012 del 13,5% si è raggiunta la percentuale del 22,8% riferita a tutto l'anno 2013 ma con il 70,6% dei pazienti ricoverati per frattura di femore sottoposti ad intervento chirurgico entro le 48 ore nel bimestre novembre – dicembre 2013, tenendo presente anche che la quasi totalità dei restanti pazienti presentava patologie concomitanti croniche previste per l'aggiustamento del rischio.

Si sottolinea ancora che fino all'ottobre 2013 l'obiettivo non era stato perseguito in maniera significativa.

E' stato pertanto individuato l'apposito gruppo di lavoro, coinvolgendo tutte le figure professionali interessate, al fine di redarre il PDTA dedicato. La prima riunione è stata effettuata in data 18/03/2014, entro fine aprile è previsto l'incontro di ri-aggiornamento.

Il Presidio Ospedaliero di Acqui Terme parte da uno storico AGENAS 2012 del 28,7% dei fratturati operati nelle 48 ore. Anno 2013 percentuale 40,7% Nel periodo novembre – dicembre 2013 la percentuale è scesa al 23,8%.

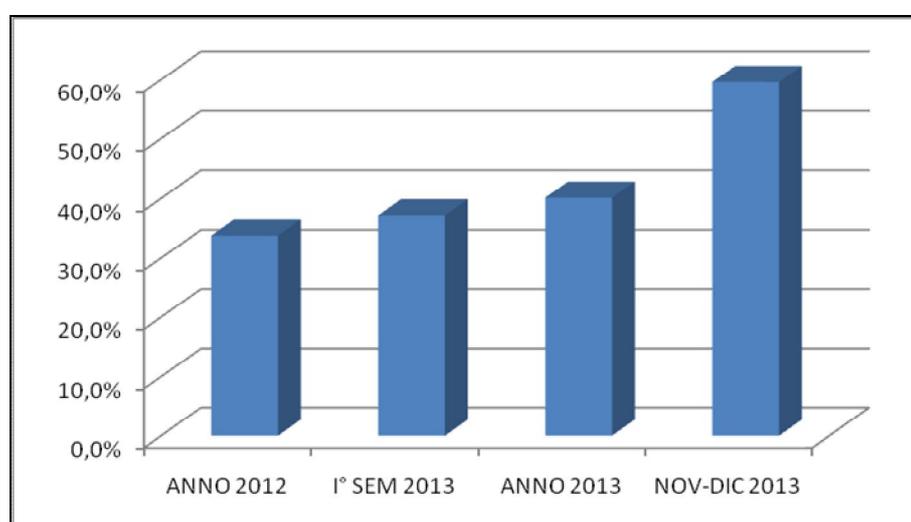
Il Direttore della SOC ha motivato la riduzione della performance con la grave carenza di organico medico che si è creata.

Relativamente al Presidio Ospedaliero di Novi Ligure, da uno storico AGENAS 2012 del 15% si è passati a fine anno 2013 al 26,1% ma nel bimestre novembre – dicembre 2013 il trend è salito al 50%.

I dati relativi alle rilevazioni regionali 2012 e primo semestre 2013:

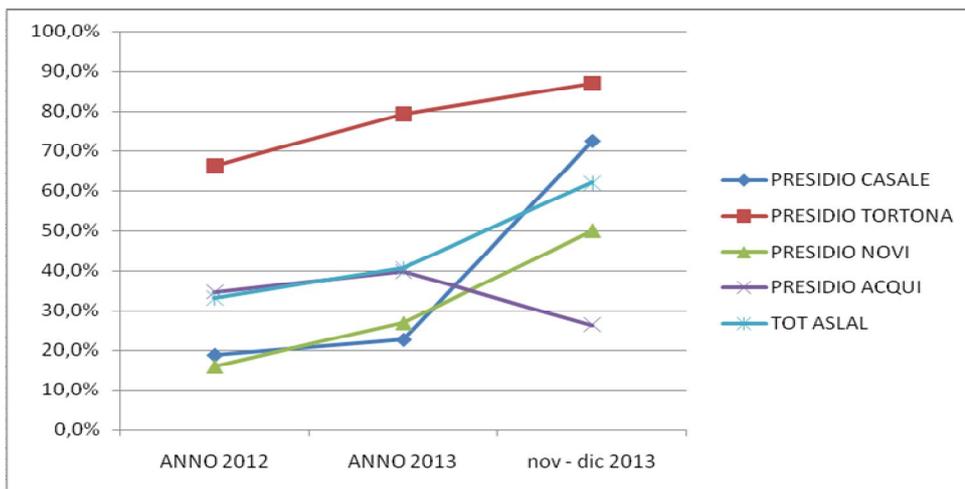
	Anno 2012			1 semestre 2013		
	Numeratore	Denominatore	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Indicatore
Ospedale Santo Spirito Casale	32	197	16.3%	17	92	18.5%
SS: Antonio e Margherita Tortona	101	147	68.7%	49	66	74.2%
San Giacomo Novi	26	147	17.7%	12	60	20.0%
Ospedale Civile Acqui	49	124	39.5%	26	62	41.9%

Analizzando tale indicatore si riscontra un progressivo miglioramento dell'indice, con un sensibile incremento nel corso degli ultimi due mesi dell'anno 2013; tale dato lascia presupporre che le azioni messe in atto nel corso dell'ultimo periodo dello scorso anno possano portare nel corso del 2014 ad un progressivo avvicinamento allo standard previsto dell'80%.



Utilizzando la metodologia definita dalla DGR 34-6516 del 14 ottobre 2013 per il calcolo del risultato atteso sull'indicatore previsto dal sub-obiettivo 2.1 si rileva tale esito

	ANNO 2012			ANNO 2013			nov - dic 2013			OB 2013
	INT FRATTURA FEMORE GG PRE-INT <=2	TOT FRATTURA FEMORE	% INT. FRATT FEMORE GG<=2 SU TOT FRATT FEMORE	INT FRATTURA FEMORE GG PRE-INT <=2	TOT FRATTURA FEMORE	% INT. FRATT FEMORE GG<=2 SU TOT FRATT FEMORE	INT FRATTURA FEMORE GG PRE-INT <=2	TOT FRATTURA FEMORE	% INT. FRATT FEMORE GG<=2 SU TOT FRATT FEMORE	
PRESIDIO CASALE	30	160	18,8%	39	173	22,5%	21	29	72,4%	80%
PRESIDIO TORTONA	82	124	66,1%	96	121	79,3%	20	23	87,0%	80%
PRESIDIO NOVI	18	112	16,1%	28	104	26,9%	8	16	50,0%	80%
PRESIDIO ACQUI	35	101	34,7%	39	98	39,8%	5	19	26,3%	80%
PRESIDIO OVADA										80%
TOT ASLAL	165	497	33,2%	202	496	40,7%	54	87	62,1%	80%



Si precisa che tale calcolo non tiene conto dell'effetto di "fattori utilizzati nella procedura di risk adjustment" in quanto non è stato possibile quantificare la loro incidenza in assenza di più precise indicazioni sulla loro quantificazione.

SUB-OBIETTIVO 2.2: RIDUZIONE INCIDENZA PARTI CESAREI

INDICATORE	Parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari) / totale parti di donne (con nessun pregresso cesareo) residenti della provincia. L'indicatore è definito in termini di tasso "aggiustato", ovvero tenendo conto della tipologia e delle condizioni della paziente.
VALORE OBIETTIVO	≤ 25%

In merito all'obiettivo assegnato alla Direzione "Sub-Obiettivo 2.2 Riduzione Parti Cesarei" con indicatore Regionale ≤ 25%, da quanto emerge dall'analisi effettuata dal Controllo di Gestione, si segnala che a livello aziendale nel corso del 2013 si è assistito ad un miglioramento dell'indicatore, rispetto ai dati ottenuti nel corso del 2012: si passa infatti da un dato aziendale di 26,4% di parti cesarei primari del 2012 ad un dato complessivo di 23,2% parti cesarei primari nel 2013 (miglioramento di 3,2 punti percentuali).

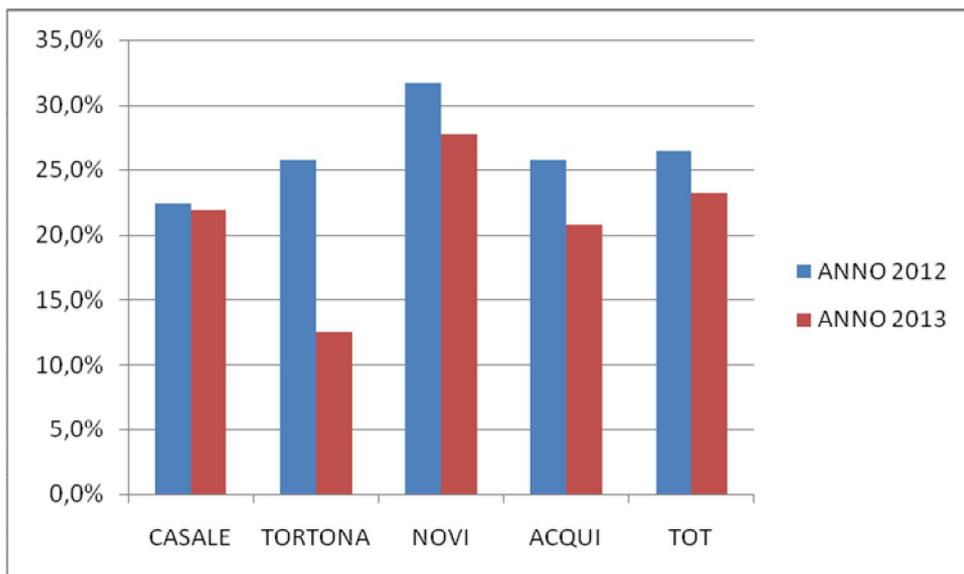
Detto risultato, oltre a dimostrare chiaramente un tendenziale miglioramento del dato aziendale pone l'azienda perfettamente all'interno del valore obiettivo fissato dalla Regione (≤ 25%).

L'andamento annuale del 2013 di tutti i punti nascita ha visto un costante miglioramento delle percentuali di parti cesarei con miglioramenti che variano dai 5 punti percentuali del punto nascita di Acqui, ai 3,8 punti percentuali del punto nascita di Novi L ai 0,5 punti percentuali della sede di Casale.

Utilizzando la metodologia definita dalla DGR 34-6516 del 14 ottobre 2013 per il calcolo del risultato atteso sull'indicatore previsto dal sub-obiettivo 2.2 "Riduzione incidenza parti cesarei" si rileva tale esito:

	ANNO 2012			ANNO 2013			NOV-DIC ANNO 2013		
	TOT PARTI (SELEZ)	CESAREI	%	TOT PARTI (SELEZ)	CESAREI	%	TOT PARTI (SELEZ)	CESAREI	%
CASALE	406	91	22,4%	388	85	21,9%	71	19	26,8%
TORTONA	349	90	25,8%	104	13	12,5%	-	-	
NOVI	392	124	31,6%	497	138	27,8%	97	25	25,8%
ACQUI	299	77	25,8%	255	53	20,8%	37	8	21,6%
TOT	1.446	382	26,4%	1.244	289	23,2%	205	52	25,4%

Nota= Si precisa che tale calcolo non tiene conto dell'effetto di "fattori utilizzati nella procedura di risk adjustment" in quanto non è stato possibile quantificare la loro incidenza in assenza di più precise indicazioni sulla loro quantificazione.



Per quanto riguarda il punto nascita di Novi L. (punto nascita che nel 2012 presentava la percentuale più alta di tagli cesarei) si segnala che il trend virtuoso iniziato nel corso del 2013 e progressivamente migliorato fino ad arrivare agli ultimi due mesi dell'anno con una percentuale di cesarei primari pari al 25,8% (dato di partenza 2012: 31,6%, dato annuale 27,8%) prosegue anche nel 2014 con un dato complessivo del primo trimestre di 18,8% cesarei primari sul totale dei parti: questo dato rafforza l'ipotesi che il lavoro impostato dalla SOC di Ostetricia di Novi - Tortona, in modo particolare in seguito all'unione del punto nascita, risulta essere perfettamente in linea con le indicazioni regionali.

Più dettagliatamente si elencano di seguito le azioni intraprese dalla SOC:

- Confronto costante e multidisciplinare tra operatori sia medici sia non medici (infermieri/ostetriche)
- Conduzione ostetrica omogenea nata dalla motivazione forte fornita dai responsabili
- Presenza costante delle ostetriche accanto ad ogni donna
- Definizione chiara e collegialmente condivisa delle condizioni necessarie per effettuare un TC
- Disponibilità degli operatori ad effettuare un audit periodico
- Aggiornamento permanente del personale
- Valutazione della qualità dell'assistenza
- Responsabilizzazione degli operatori nella gestione della sala parto
- Presenza di un responsabile motivato al cambiamento.

SUB-OBIETTIVO 2.3: TEMPESTIVITA' NELL'EFFETTUAZIONE P.T.C.A. NEI CASI I.M.A. STEMI

INDICATORE	PTCA effettuate entro un intervallo temporale di 0-1 giorno* dalla data di ricovero con diagnosi certa di I.M.A. STEMI / numero totale di I.M.A. STEMI diagnosticati su pazienti residenti della provincia. L'indicatore è definito in termini di tasso "aggiustato", ovvero tenendo conto della tipologia e delle condizioni del paziente.
VALORE OBIETTIVO	≥ 75%

Dalla raccolta dati è emerso che dall'analisi delle cartelle cliniche e delle consulenze in DEA per l'anno 2013 risulterebbero 265 casi di I.M.A. STEMI ricoverati presso le strutture dell'ASL (centri SPOKE) e 154 I.M.A. STEMI trasferiti presso altre strutture (centri HUB) entro la prima giornata per l'effettuazione di PTCA.

Nessun paziente ha effettuato PTCA presso la nostra ASL in quanto nessuna struttura di questa ASL è dotata di attrezzature per effettuare indagini emodinamiche.

La percentuale dell'anno 2013 di I.M.A. STEMI trasferiti per effettuazione di PTCA risulta pertanto pari al 58% a fronte di una percentuale del 26% relativa al 2012.

Si evidenzia l'incremento progressivo della percentuale di pazienti trasferiti in prima giornata (54% dato rilevato al 30.11.2013).

anno 2013		
n° casi di IMA STEMI ricoverati presso le ns. Strutture (centri SPOKE)	n° casi IMA STEMI trasferiti presso altre Strutture (centri HUB) entro la prima giornata per la effettuazione di PTCA	%
265	154	58%

In dettaglio:

Cardiologia Casale Monf.: n. STEMI trasferiti per PTCA: 51

Cardiologia Novi Ligure: n. STEMI trasferiti per PTCA: 43

Cardiologia Tortona: n. STEMI trasferiti per PTCA: 36

Cardiologia Acqui Terme: n. STEMI trasferiti per PTCA: 24

	anno 2012	11 mesi 2013	anno 2013
n° casi IMA STEMI trasferiti presso altre Strutture (centri HUB) entro la prima giornata per la effettuazione di PTCA	26%	54%	58%

SUB-OBIETTIVO 3.1: RIDUZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA TERRITORIALE

INDICATORE	Incremento % DDD a brevetto scaduto sul totale DDD prescritte per a) STATINE E ANTIDEPRESSIVI b) ACE INIBITORI E SARTANI
VALORE OBIETTIVO	Indicatore a1) : DDD STATINE C10AA a brev. scaduto >= 71,4% DDD STATINE C10AA totali prescritte. Indicatore a2) : DDD ANTIDEPRESSIVI N06AB a brev. scaduto >= 75% DDD ANTIDEPRESSIVI N06AB totali prescritte. Indicatore a3) : DDD ANTIDEPRESSIVI N06AX a brev. scaduto >= 50% DDD ANTIDEPRESSIVI N06AX totali prescritte. Indicatore b1) : DDD ACE INIBITORI C09AA a brev. scaduto >= 99,0% DDD ACE INIBITORI C09AA totali prescritte. Indicatore b2) : DDD ACE INIBITORI ASSOCIATI C09BA a brev. scaduto >= 86,0% DDD ACE INIBITORI ASSOCIATI C09BA totali prescritte. Indicatore b3) : DDD SARTANI C09CA a brev. scaduto >= 74,0% DDD SARTANI C09CA totali prescritte. Indicatore b4) : DDD SARTANI ASSOCIATI A DIURETICI C09DA a brev. scaduto >= 60,0% DDD SARTANI ASSOCIATI A DIURETICI C09DA totali prescritte.

L'obiettivo attribuito riguarda il raggiungimento di una percentuale di DDD di prescrizioni SSN di farmaci equivalenti all'interno della classi terapeutiche sotto elencate :

- Inibitori HMG CoA (Statine)
- Ace –Inibitori
- Ace –Inibitori associati Diuretici
- Sartani
- Sartani associati Diuretici
- Antidepressivi Inibitori Selettivi Serotonina (SSRI)
- Altri Antidepressivi

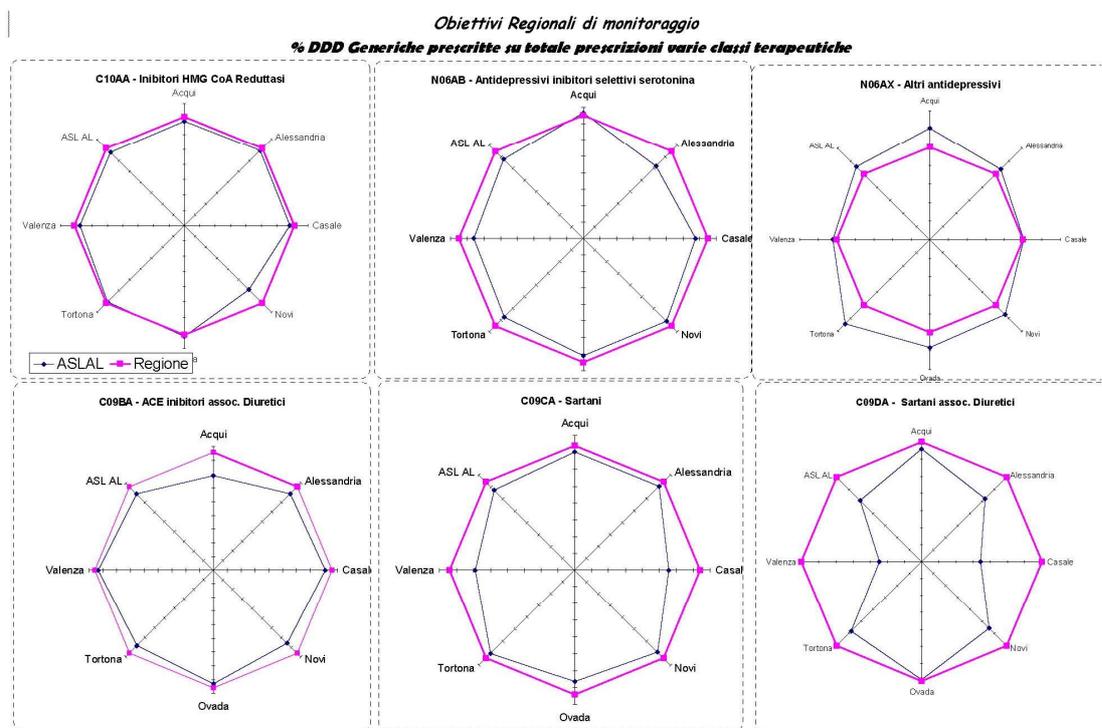
Le percentuali di raggiungimento (OBJ Regione) sono indicate all'interno della linea azzurra dello schema sottostante.

Nello stesso schema sono riportati i valori percentuali raggiunti a fine 2013 dell'intera ASL, declinati nei singoli Distretti.

Obiettivi Regionali di monitoraggio

% DDD Generiche prescritte su totale prescrizioni varie classi terapeutiche

	C10AA - Inibitori HMG CoA Reduttasi	N06AB - Antidepressivi inibitori selettivi serotonina	N06AX - Altri antidepressivi	C09AA - ACE inibitori	C09BA - ACE inibitori assoc. Diuretici	C09CA - Sartani	C09DA - Sartani assoc. Diuretici
Acqui	68,39%	76,61%	60,37%	98,86%	68,83%	70,29%	59,18%
Alessandria	69,33%	62,02%	53,85%	98,91%	79,01%	70,53%	56,46%
Casale	68,39%	67,73%	50,33%	98,63%	81,04%	55,55%	52,85%
Novi	59,10%	70,72%	56,91%	98,35%	75,75%	69,26%	57,09%
Ovada	72,36%	70,94%	58,28%	98,47%	82,91%	66,26%	59,84%
Tortona	70,38%	67,39%	64,18%	98,95%	78,31%	70,26%	57,55%
Valenza	67,57%	66,12%	52,02%	99,21%	83,54%	58,76%	50,89%
ASL AL	67,65%	67,87%	55,55%	98,78%	78,58%	67,33%	56,16%
OBJ Regione	71,40%	75,00%	50,00%	99,00%	86,00%	74,00%	60,00%



1 SEM 2013

Nessun problema si rileva per la classi degli "Altri Antidepressivi " nella quale viene addirittura superata la percentuale richiesta dalla Regione.

Quasi raggiunta la percentuale relativa alla classe degli Ace-Inibitori.

Non ancora raggiunte risultano invece le percentuali di prescrizione di "generici" per le classi degli Ace Inibitori con Diuretici, Sartani, Sartani con Diuretici, Statine, SSRI.

Nel corso del 2013 sono stati organizzati incontri tra i Servizi Farmaceutici e gli Specialisti Cardiologi, Diabetologi, Internisti ospedalieri dell'ASL in ogni Presidio, alla presenza dei Referenti delle equipes territoriali dei MMG, dei Direttori dei Distretti e dei Presidi Ospedalieri per coinvolgere

il personale tutto circa gli obiettivi assegnati per l'anno in corso e per l'anno successivo. E' noto, infatti, l'impatto delle prescrizioni ospedaliere sull'ambito territoriale.

Sono stati presentati i dati di prescrizione sul territorio delle classi oggetto dell'obiettivo regionale, mettendo a confronto i vari ambiti distrettuali: ne è emersa in ogni incontro una vivace discussione tra le due classi mediche, anche alla luce della letteratura "indipendente" portata all'attenzione di entrambe le categorie mediche da parte dei Farmacisti, che hanno mostrato le tabelle con i costi "crescenti" dei farmaci appartenenti alle categorie terapeutiche trasmessi dalla Regione.

Sono inoltre stati estrapolati i dati di prescrizione percentuale di tali farmaci di ciascun MMG: coloro che mostravano uno o più indici sfavorevoli e tali da abbassare la media del Distretto, sono stati chiamati per un incontro ad uno ad uno con la Direzione del Distretto e del Servizio Farmaceutico del proprio ambito di appartenenza.

Ogni tre mesi viene infatti inviato a ciascun MMG un report che riporta lo stato dell'arte circa la prescrizione percentuale di "equivalenti" relative alle classi terapeutiche oggetto dell'obiettivo.

Viene, inoltre, effettuato il monitoraggio di una settimana / mese dei consigli terapeutici dopo dimissione o visita specialistica da parte di tutte le SOC/SOS ospedaliere e di alcune Strutture territoriali, da parte dei Servizi farmaceutici dell'ASL.

La metodicità e l'analicità di tale attività ha conseguito risultati positivi relativamente ai parametri indicati dalla Regione Piemonte in merito alla corretta compilazione delle lettere di dimissione, ma anche in merito al ricorso, da parte degli Specialisti, ai farmaci equivalenti, ai farmaci "indicatori" (oggetto dell'obiettivo) ed ai farmaci compresi nel Prontuario terapeutico regionale.

Tali azioni hanno sortito un positivo riscontro sulle prescrizioni territoriali nell'ambito della continuità ospedale – territorio.

Sono stati pianificati ulteriori incontri tra Specialisti e MMG per il 2014 sui temi oggetto dell'obiettivo di spesa farmaceutica territoriale.

SUB-OBIETTIVO 3.2: RIDUZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA

INDICATORE	Spesa farmaceutica ospedaliera (CO)
VALORE OBIETTIVO	0 % delta per il terzo trimestre 2013 e consuntivo 2013 sullo stesso periodo 2012

Per la determinazione del valore relativo all'obiettivo assegnato si è utilizzato il dato tratto dalla contabilità di magazzino aziendale (naturalmente verificabile e disponibile nell'ambito dei sistemi informativi aziendali) relativo allo scarico dei costi dei prodotti afferenti ai fattori produttivi coincidenti con i conti di bilancio dell'aggregato CE B.1.A.1) "Prodotti farmaceutici ed emoderivati" per i centri di costo aziendali di "produzione" (quelli rivisti e concordati con IMS e Settore Flussi Assessorato regionale). Il dato risultante è riportato nella tabella di sintesi.

Per valutare il grado di raggiungimento dell'obiettivo sono stati presi pertanto in esame i seguenti fattori produttivi:

03100102 – SOLUZIONI FISILOGICHE
03100104 - MATERIALE PER LA PROFILASSI IGIENIC
03100116 - PROD.FARMACEUTICI (esc.classe H e nota37)
03100117 - PROD.FARMACEUTICI (H ad erog diretta)
03100142 - OSSIGENO OSPEDALIERO E DOMICILIARE
03100154 - EMODERIVATI
03100156 - SOLUZIONI PER DIALISI CON AIC

Con la definizione Consumi Ospedalieri (CO) la Regione intende tutti i consumi dei centri di costo (scarico IMS) diversi dalla distribuzione diretta, per cui sono stati presi in considerazione anche i consumi distrettuali, del DSM, SERT, ...

L'esito dell'analisi è il seguente:

	anno 2013	anno 2012	Diff %
CONSUMI OSPEDALIERI	13.934.717	14.388.704	-3,2%
	ott-dic13	ott-dic12	
CONSUMI OSPEDALIERI	3.543.074	3.534.546	0,2%

Da cui si evince una riduzione dei consumi nel 2013 rispetto al 2012 e un sostanziale mantenimento dei consumi nel bimestre novembre-dicembre 2013 su 2012.

Peraltro occorre precisare che i dati soprariportati sono frutto di una serie di rettifiche per poterli rendere omogenei e confrontabili; in particolare si è proceduto a:

1. sterilizzare l'effetto del farmaco "Lucentis" sui due periodi 2012-2013 stante il pesante effetto che l'utilizzo di tale prodotto ha generato sulla gestione 2013:

Farmaco Lucentis	
12m13	12m12
- 690.633	- 308.953
ott-dic13	ott-dic12
- 175.210	- 152.621

2. sull'anno 2012 spostare sul consumo ospedaliero CO i farmaci "ex HOSP 1" che in tale anno erano imputati erroneamente sui centri di costo di distribuzione diretta (sul 2013 tale

problema è stato risolto); ciò al fine di rendere omogenei e confrontabili i dati di consuntivo sui due esercizi:

	Farmaci ex hosp 1	
	12m13	12m12
CONSUMI OSPEDALIERI		889.623
DISTRIBUZIONE DIRETTA	-	889.623
TOTALE		0

	ex hosp 1	
	ott-dic13	ott-dic12
CONSUMI OSPEDALIERI		252.850
DISTRIBUZIONE DIRETTA	-	252.850
TOTALE		0

3. imputare sui consumi ospedalieri tutti i consumi di farmaci delle oncologie (produzione e distribuzione diretta) in quanto nel corso dei due periodi sono cambiate in maniera sostanziale le modalità di imputazione (rendendo impossibile un confronto tra 2012 e 2013). In particolare nel corso del 2012 risultava particolarmente elevato il valore dei farmaci oncologici "scaricati" sulla "distribuzione diretta" nel presupposto erroneo che, essendo scaricabili sul file F, dovessero essere rilevati non sui centri di costo di "produzione"; tale problema è stato in parte risolto nel corso del 2013, mentre a partire dal 2014 lo scarico avviene puntualmente nella corretta competenza. Tale sterilizzazione risponde alla necessità di rendere omogenei e confrontabili i dati di consuntivo sui due esercizi 2012-2013.

	distribuzione diretta oncologie	
	12m13	12m12
CONSUMI OSPEDALIERI	1.719.472	2.826.832
DISTRIBUZIONE DIRETTA	- 1.719.472	- 2.826.832
TOTALE	0	0

	distribuzione diretta oncologie	
	ott-dic13	ott-dic12
CONSUMI OSPEDALIERI	259.281	690.174
DISTRIBUZIONE DIRETTA	- 259.281	- 690.174
TOTALE	0	0

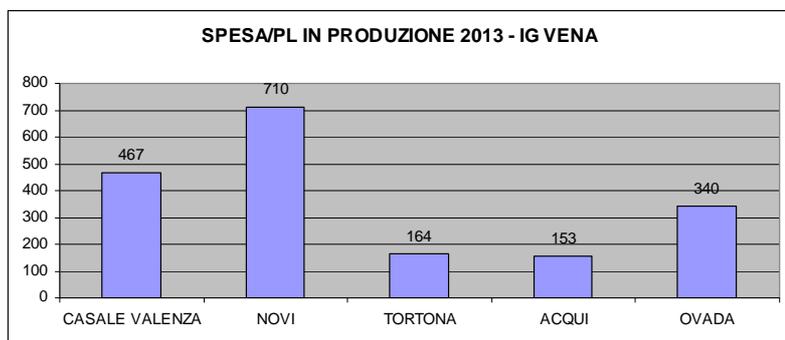
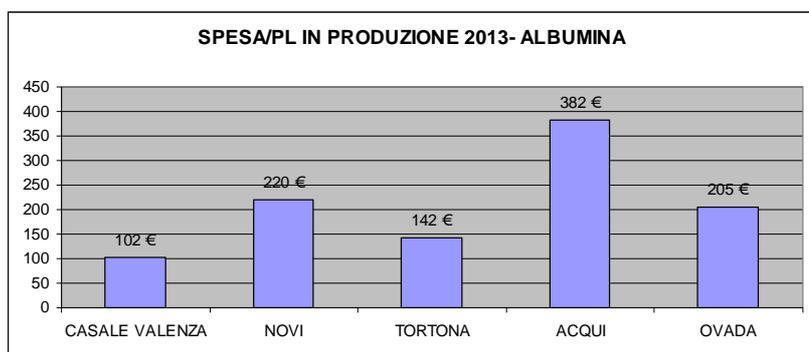
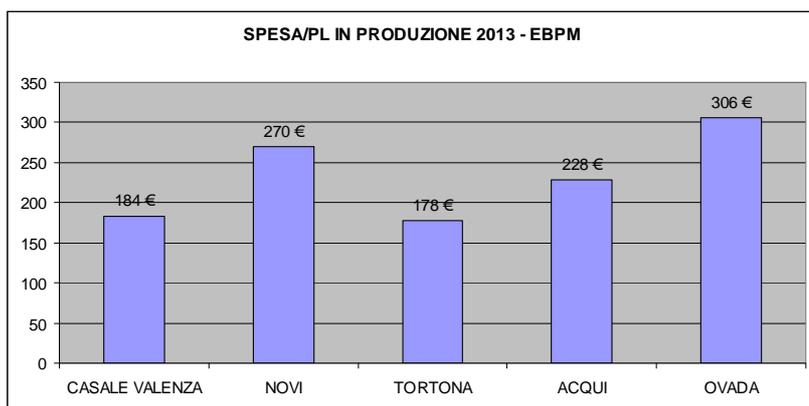
Tra le azioni che hanno consentito il raggiungimento dell'obiettivo atteso vi è la definizione per le singole strutture ospedaliere e territoriali di specifici e stringenti obiettivi di budget sui tetti di consumo per prodotti farmaceutici, mensilmente monitorati.

Tale monitoraggio, qualora evidenzia situazioni di sfioramento in qualche ambito, viene successivamente discusso tra i Servizi farmaceutici e gli Specialisti di riferimento.

Negli ultimi tre mesi del 2013 sono state effettuati incontri con gli Specialisti delle varie branche di ciascun Ospedale dell'ASL, alla presenza dei Servizi Farmaceutici, per far conoscere le percentuali di impiego dei farmaci il cui uso deve essere "ottimizzato" (eritropoietine, l'albumina, le EBPM, le immunoglobuline ev, i farmaci per l'artrite reumatoide, la sclerosi multipla ecc), mettendo a confronto la spesa a livello vari Presidi Ospedalieri dell'ASL AL.

L'avvio di tale attività è stato pianificato in sede di CTA e CFI ASL AL.

A titolo esemplificativo, si allegano alcuni istogrammi discussi negli incontri:



* Nota ai grafici: i dati di spesa riportati non contemplano i cdp di produzione dei Distretti.

Sono stati inoltre programmati successivi incontri, per l'anno 2014, al fine della definizione di *protocolli di comportamento condivisi* verso l'appropriata prescrizione dei farmaci di cui all'obiettivo regionale da parte degli Specialisti.

Nel primo trimestre del 2014 è stato affrontato con tutte le SOC /SOS di Chirurgia ed Ortopedia dell'ASL il tema del *protocollo d'uso delle Eparine a Basso Peso Molecolare* in ambito chirurgico ed ortopedico: tale attività verrà declinata entro breve con gli Specialisti a livello di singolo Ospedale.

Seguiranno incontri sugli altri farmaci oggetto dell'obiettivo in oggetto.

Per quanto riguarda i rimborsi da Registro AIFA, allo stato attuale il sistema non è ancora stato riattivato a livello nazionale, per cui non è stato possibile per l'anno 2013 attuare alcuna procedura di rimborso.

SUB-OBIETTIVO 3.3: MESSA A REGIMA DEI FLUSSI DELL'AREA FARMACEUTICA

INDICATORE	(Valore flusso DD + valore flusso CO) <hr/> <i>(Voce BA0030 "B.1.A.1.) prodotti farmaceutici ed emoderivati" Modello CE + Rimanenze iniziali Prodotti farmaceutici ed emoderivati di magazzino centrale – Rimanenze finali Prodotti farmaceutici ed emoderivati di magazzino centrale)</i>
VALORE OBIETTIVO	- Il valore obiettivo del prospetto di coerenza 2013 tra flusso informativo trasmesso e valori corrispettivi inseriti nel CE è pari al 100%. - Il miglioramento relativo tra il valore espresso nel prospetto di coerenza 2012 e il valore di coerenza 2013, deve essere uguale o superare la soglia minima del 90%.

ANALISI DELLA SITUAZIONE ASLALImpostazione e funzionamento della contabilità generale e della contabilità analitica per la spesa farmaceutica

Il piano aziendale dei Centri di Costo prevede per ogni singola struttura il dettaglio di assorbimento di risorse per le diverse tipologie di attività che la caratterizzano (nel caso di strutture ospedaliere la degenza, l'attività ambulatoriale, la sala operatoria, la distribuzione diretta).

I consumi vengono attribuiti mediante la registrazione dei movimenti di scarico (valorizzati al prezzo medio ponderato) al momento della consegna da parte del magazzino / farmacia.

L'organizzazione dei centri di costo aziendali prevede specifiche voci dedicate per ciascuna realtà organizzativa che procede all'erogazione in forma di distribuzione diretta.

Su tali centri di costo viene ordinato e scaricato solamente ciò che è oggetto di distribuzione diretta in senso stretto, mentre ciò che riguarda l'attività di somministrazione (punti 6,7,8,10 del file F) viene imputato ai centri di costo di "produzione": tale impostazione appare coerente con le regole di scarico del flusso costi CO NSIS, a differenza di quanto sarebbe avvenuto in caso di utilizzo di centri di costo "file F", sui quali fossero contabilizzati tutti i costi legati al flusso file F.

Permane ancora la necessità di pieno allineamento su tale impostazione per alcune aree (parte dei costi dei farmaci oncologici) ad oggi ancor in limitata parte ordinati sui centri di distribuzione diretta anche se oggetto di somministrazioni legate ad attività ambulatoriale.

Si evidenzia che parte delle possibili differenze tra i valori derivanti dai flussi aziendali (file F e flusso CO IMS/NSIS) ed i dati di contabilità generale possono derivare dalle seguenti cause:

- I sistemi di contabilità generale valorizzano i beni al costo d'acquisto, a differenza dei valori ricavabili dai sistemi di contabilità dei costi (da cui sono alimentati i flussi dei costi CO IMS/NSIS) valorizzati a costo medio ponderato;
- I sistemi di gestione del file F valorizzano i beni scaricati sul tracciato a costo medio ponderato, peraltro con persistenti problemi dovuti al non perfetto allineamento con i sistemi di calcolo del costo medio ponderato presenti sulla contabilità di magazzino (l'aggiornamento del valore del costo medio ponderato per il file F non risulta ancora agganciato con la necessità di provvedere ad aggiornamenti periodici delle variazioni)

Conti di bilancio oggetto di analisi

BA0030	B.1.A.1) Prodotti farmaceutici ed emoderivati
BA0040	B.1.A.1.1) Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale
3100104	Materiali per profilassi igienico sanitaria
3100116	Acquisto prodotti farmaceutici esclusi i farmaci H impiegati nella produzione di ricoveri e prestazioni. Sono compresi i mezzi di contrasto con AIC
3100117	Prodotti farmaceutici di tipo "H" a distribuzione diretta
3100118	Prodotti farmaceutici in fornitura diretta di assistenza farmaceutica
3100139	Prodotti farmaceutici acquistati e distribuiti per conto
3100142	Ossigeno (ospedaliero e domiciliare) ed altri gas medicinali con AIC
3100147	Acquisto prodotti farmaceutici H impiegati nella produzione di ricoveri e prestazioni
3100154	Emoderivati
3100156	Acquisto soluzioni per dialisi con AIC
4800104	Materiali per profilassi igienico sanitaria
4800116	Acquisto prodotti farmaceutici esclusi farmaci H , impiegati nella produzione di ricoveri e prestazioni. - resi
4800117	Prodotti farmaceutici di tipo "H" a distribuzione diretta
4800118	Prodotti farmaceutici in distribuzione diretta di assistenza farmaceutica - resi
4800120	Prodotti farmaceutici acquistati e distribuiti per conto
4800123	Ossigeno (ospedaliero e domiciliare) ed altri gas medicinali
4800127	Emoderivati
BA0050	B.1.A.1.2) Medicinali senza AIC
3100102	Soluzioni infusionali senza AIC e medicinali senza AIC
4800102	Soluzioni fisiologiche e medicinali senza AIC
4800129	Acquisto soluzioni per dialisi con AIC
3100148	Costo dei prodotti farmaceutici PHT acquistati dalla ASL capofila per loro conto e riaddebitati

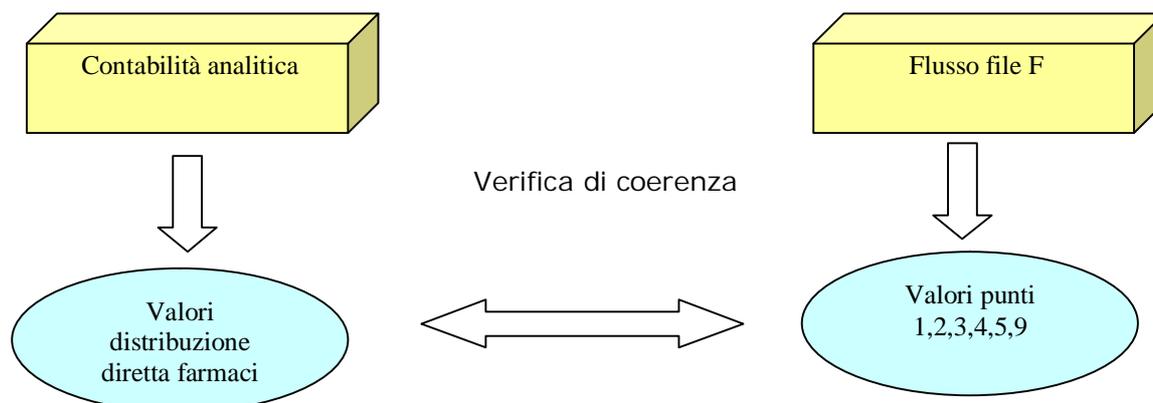
Schema dei flussi esistenti inerenti la spesa farmaceutica:



In relazione alle criticità riscontrate sul corretto allineamento dei flussi dell'area farmaceutica (file F + consumo farmaci CO + DPC) e contabilità generale, come già segnalato nella Relazione sull'andamento della spesa farmaceutica trasmessa a novembre 2013, sono state effettuate varie analisi e azioni finalizzate al miglioramento della qualità complessiva dei dati gestiti.

In particolare sono state individuate ed attuate le seguenti azioni correttive:

- Sviluppo del sistema di controllo tra il dato di contabilità analitica relativo allo scarico sui centri di costo aziendali di distribuzione diretta e il dato relativo al corrispondente scarico sui relativi punti del file F
- Allineamento di tutti i punti di erogazione con il relativo scarico di file F: corretto scarico di quanto distribuito per tutti i punti di erogazione aziendale compresi quelli ad oggi non completamente allineati (ad es. case di riposo, penitenziario, servizi territoriali, ...)
- Presa in carico e revisione del flusso Costi Ospedalieri (IMS/NSIS) con aggiornamento della tabella di transcodifica dei centri di costo per un corretto allineamento del flusso con il dato aziendale di contabilità analitica



PIANO DELLE AZIONI INDIVIDUATE

SETTORE	CRITICITA'	AZIONE	STRUTTURE INTERESSATE
FILE F	SCARICO SU FILE F DA PARTE DELLE STRUTTURE CHE ATTUALMENTE NON PROVVEDONO	Verrà effettuato un incrocio tra i reparti che effettuano distribuzione diretta e le unità produttive che scaricano su File F. Verranno immediatamente segnalate le strutture che non inseriscono su File F l'attività di distribuzione diretta affinché provvedano nel più breve tempo possibile ad alimentare il flusso. Attività di formazione	FARMACIA CDG
	PROCEDURA DI VERIFICA (INCROCIO CONSUMI – SCARICO SU FILE F)	Per singola unità produttiva verrà effettuato un controllo sulla completezza dello scarico su File F rispetto allo scaricato in contabilità analitica sul corrispondente centro di costo di distribuzione diretta. Eventuali incongruità verranno immediatamente affrontate per la risoluzione	FARMACIA CDG
		Verifica della corretta imputazione sui centri di costo "di produzione" dei farmaci oggetto di "somministrazione" e non di "distribuzione diretta"	FARMACIA CDG
	RIDUZIONE DELLA % DI EXTRACOMPETENZA	Verifiche suddivise per struttura erogante sulla % di tracciati inviati oltre i termini fissati dalla Regione Sollecito a maggiore tempestività	FARMACIA SISTEMA INFORMATIVO
	COSTO MEDIO PONDERATO DELLA PROCEDURA FILE F	Valutare la fattibilità di legare l'anagrafica articoli della procedura di Contabilità Analitica con l'anagrafica utilizzata per la procedura File F. In questo modo i prezzi seguiranno in maniera puntuale le variazioni derivanti dal calcolo del costo medio ponderato	SISTEMA INFORMATIVO
ESTRAZIONE DATI CO COSTI OSPEDALIERI IMS/NSIS	VERIFICA CORRETTO SCARICO	Verrà analizzato il flusso IMS per valutare la correttezza delle informazioni in esso contenute. In particolare si procederà a: <ul style="list-style-type: none"> - segnalazione dei centri di costo e/o fattori produttivi non correttamente imputati; - definizione di una 	FARMACIA CDG

		procedura di verifica di coerenza del flusso IMS con dato coan	
CONTABILITA' GENERALE	COERENZA DATI COMPLESSIVI DI CONTABILITA' GENERALE, DI FILE F E DI COAN	In occasione delle chiusure periodiche della contabilità generale si rende opportuno una verifica sui dati disponibili al fine di valutare le risultanze dell'obiettivo 2013 assegnato al DG; in particolare coerenza tra (VALORE FLUSSO CO + VALORE FLUSSO DD) = VOCE BA0030 "B.1.A.1 MODELLO CE (al netto variazione rimanenze)	FARMACIA CDG CONTABILITA'

File F

Si è riscontrato che l'extracompetenza evidenziata nei grafici forniti dall'Assessorato è in massima parte derivante dal ritardo (circa 2 mesi) delle farmacie convenzionate nel fornire il flusso DPC che confluisce sul file F; tale problema potrà essere superato con il ricorso alla procedura DPC WEB.

Per il problema del ritardo / non completezza nell'invio dei dati di scarico file F (per il quale sono stati monitorati i casi di maggior ritardo nell'invio dei flussi) si è proceduto ad un'ulteriore azione di stimolo ai vari settori aziendali sulla puntualità, correttezza e completezza dello scarico sul file F di quanto erogato / somministrato, al fine di garantire una sempre migliore qualità del dato disponibile.

Sono state comunicate alle strutture maggiormente interessate ai fenomeni di extracompetenza o non completezza / correttezza del dato del flusso file F le anomalie esistenti.

In particolare sono stati organizzati una decina di corsi sulle diverse sedi aziendali di formazione, sensibilizzazione sulla corretta gestione del file F, al fine di garantire una puntuale e completa rendicontazione dell'attività svolta, in linea con gli indirizzi in via di aggiornamento ed integrazione da parte del competente settore dell'Assessorato regionale.

Il dato di consuntivo 2013, tratto dagli scarichi del file F dalla piattaforma regionale, è riportato nella tabella di sintesi.

Dato consumo farmaci CO

Sono state rilevate alcune anomalie derivanti dall'inclusione di centri di costo non rientranti tra quelli riconducibili all'oggetto di analisi.

Ulteriori approfondimenti sono stati effettuati in relazione alle classi AIC prese in esame nell'estrazione, al fine di allineare i sistemi di rilevazione aziendale sui costi ospedalieri.

Nel corso degli ultimi mesi 2013 e primi del 2014 si è proceduto, in collaborazione con IMS e il Settore Flussi dell'Assessorato, ad una sistematica verifica (e conseguente correzione) del tracciato di scarico Consumi CO; in particolare ci si è concentrati sulla correttezza della qualificazione dei centri di costo aziendali (distinzione tra quelli relativi alla "distribuzione diretta" e quelli relativi alla produzione), provvedendo d'intesa alla rimappatura degli stessi per un più puntuale e corretto scarico del flusso.

Inoltre si è provveduto a definire le tipologie di prodotti oggetto dello scarico IMS/NSIS (prodotti con classificazione AIC).

Ai fini, peraltro, dell'obiettivo assegnato per il 2013 di misurare la coerenza tra i flussi dell'area farmaceutica ed i corrispondenti dati di contabilità generale si ritiene non pienamente utilizzabile il dato di scarico Consumo CO IMS/NSIS, per le seguenti ragioni:

- l'indicatore legato all'obiettivo confronta dati derivanti da contabilità generale basati sulla logica del "conto di bilancio" (l'elencazione dei conti di bilancio interessati sono stati elencati precedentemente) e sono relativi all'aggregato CE B.1.A.1) "Prodotti farmaceutici ed emoderivati";
- lo scarico Consumo CO IMS/NSIS prende in considerazione quei prodotti che, scaricati su centri di costo di "produzione", hanno la classificazione "AIC";
- tale categoria di prodotti non è omogenea con i prodotti che per destinazione finiscono sui conti di bilancio nell'aggregato CE B.1.A.1) "Prodotti farmaceutici ed emoderivati";
- alla luce di ciò si verifica che lo scarico Consumo CO IMS/NSIS comprende anche prodotti che contabilmente finiscono su conti di bilancio diversi da quelli in esame e, analogamente, sui conti di bilancio sussistono costi relativi a prodotti senza classificazione "AIC"

Inoltre, dall'analisi del dato dei consumi ospedalieri sembra risultare che i valori estratti dalla procedura interna di magazzino vengano accodati mese per mese, senza effettuare una rielaborazione che parta ogni volta dall'inizio dell'anno. Ciò può comportare un disallineamento tra il dato che compone la voce CO con quello realmente presente nella procedura interna.

Questo perchè durante l'anno possono evidenziarsi delle modifiche/rettifiche ai movimenti di magazzino dei mesi precedenti a quello dell'ultima estrazione, anche di importi rilevanti.

Inoltre il calcolo del costo medio ponderato viene aggiornato alla chiusura del magazzino dell'anno precedente che avviene normalmente intorno al mese di marzo o aprile: per esempio, il magazzino 2013 è stato chiuso nel mese di marzo del 2014 e questo comporta che alla data di chiusura il costo medio ponderato venga ricalcolato per tutti i movimenti del 2014 sulla base dei prezzi all'1/1/2014. Ciò comporta una modifica "retroattiva" dei valori dei movimenti a partire dall'1/1/2014.

In particolare per i movimenti dell'anno 2013 questo fattore ha avuto un impatto piuttosto sensibile dovuto all'entrata in vigore in corso d'anno delle gare per i farmaci generici che hanno ridotto il costo medio ponderato quando è stato chiuso il magazzino 2012.

Pensiamo dunque che sia opportuno prevedere che ogni nuova estrazione dei dati venga generata sempre a partire dall'inizio dell'anno per poter tenere conto di ogni variazione o aggiornamento avvenuto nei movimenti di magazzino.

Per ovviare a tale incongruenza, che porta a risultati significativamente diversi, si propone di utilizzare il dato tratto dalla contabilità di magazzino aziendale (naturalmente verificabile e disponibile nell'ambito dei sistemi informativi aziendali) relativo allo scarico dei costi dei prodotti afferenti ai fattori produttivi coincidenti con i conti di bilancio dell'aggregato CE B.1.A.1) "Prodotti farmaceutici ed emoderivati" per i centri di costo aziendali di "produzione" (quelli rivisti e concordati con IMS e Settore Flussi Assessorato regionale). Il dato risultante è riportato nella tabella di sintesi.

**TABELLA RIASSUNTIVA CONFRONTO FLUSSI AREA FARMACEUTICA – CE
ASL AL ANNO 2013**

ANNO 2013		FLUSSI AREA FARMACEUTICA			CE
FILE F (punti 1-2-3-4-5-9)	DPC (no costo servizio)	CONSUMO FARMACI (CONTABILITA' MAGAZZINO)	TOTALE	TOTALE	DIFF
20.616	9.357	12.906	42.879	41.763	2,7%

euro/1000

Lo scarto registrato sui dati 2013 tra i valori ricavabili dai flussi dell'area farmaceutica e i valori di contabilità generale (peraltro di preconsuntivo) può ritenersi circoscritto nell'ambito di una differenza fisiologica, tenuto conto di una serie di fattori già in precedenza evidenziati, legati anche a sistemi di rilevazione dei costi che soggiacciono a regole e metodologie in parte differenti.

In particolare si segnala:

- I sistemi di contabilità generale valorizzano i beni al costo d'acquisto, a differenza dei valori ricavabili dai sistemi di contabilità dei costi valorizzati a costo medio ponderato;
- I sistemi di gestione del file F valorizzano i beni scaricati sul tracciato a costo medio ponderato, peraltro con persistenti problemi dovuti al non perfetto allineamento con i sistemi di calcolo del costo medio ponderato presenti sulla contabilità di magazzino (l'aggiornamento del valore del costo medio ponderato per il file F non risulta ancora agganciato con la necessità di provvedere ad aggiornamenti periodici delle variazioni)

Occorre precisare che la valutazione del risultato, decisamente più performante rispetto a quanto riscontrabile per l'anno 2012, deve tenere conto che le azioni (principalmente sulla coerenza e completezza del File F) sono state avviate, con maggiore incisività, solo negli ultimi due mesi del 2013, per cui si può ritenere che per il corrente 2014 il risultato sull'obiettivo di coerenza tra flussi dell'area farmaceutica e dati di contabilità generale debba ritenersi ormai consolidato e destinato a miglioramento.

SUB-OBIETTIVO 3.4: RIDUZIONE DEGLI ACQUISTI IN ECONOMIA

INDICATORE	Riduzione degli acquisti in economia 2013 sul 2012
VALORE OBIETTIVO	Acquisti in economia meno del 5°/°° sul totale degli acquisti o diminuzione dei volumi dei beni e servizi acquistati in economia con una riduzione di almeno il 5% confrontando il III trimestre 2012 con il III trimestre 2013.

Il monitoraggio è stato effettuato sia in relazione agli oneri assunti in esecuzione di provvedimenti adottati ai sensi dell'art. 125 del D.Lgs. 163/2006 e s.i.m. sia rispetto alla spesa per ordini diretti secondo quanto previsto dalla DGR n°231 del 25.03.2013 "Regolamento degli acquisti in economia delle Federazioni: approvazione dello schema tipo di regolamento", nonché la Deliberazione Direzione Generale n°1426 del 5.5.2008 "individuazione degli oggetti e dei limiti di importo delle singole voci di spesa per le quali è ammesso il ricorso alle spese in economia".

Per gli ordini diretti si è rilevata la spesa effettivamente sostenuta nel trimestre di riferimento, mentre per i provvedimenti adottati ai sensi dell'art. 125 del D. Lgs. 163/2006 il criterio di selezione è stata la data di assunzione, riportando l'onere derivante dalla aggiudicazione, ancorché la spesa venga effettivamente sostenuta in periodi diversi in ragione della prevista durata contrattuale.

La diminuzione della spesa per ordini diretti, intendendo come tali quelli effettuati in assenza di un aggiudicatario di gara, può essere considerata il reale parametro di valutazione per il raggiungimento dell'obiettivo di corretta programmazione e miglioramento dei processi di pianificazione degli approvvigionamenti.

Il prospetto riepilogativo di seguito allegato evidenzia come tale spesa abbia registrato una contrazione pari al 35%, con una particolare evidenza del 43% per i beni di consumo (farmaci e dispositivi medici):

ACQUISTI IN ECONOMIA	3° TRIMESTRE 2012	3° TRIMESTRE 2013	% +/-	
SPESA PER MANUTENZIONI BENI PATRIMONIALI NON SANITARI	33.398	33.582	0.55%	Spesa sostenuta nel trimestre di riferimento
SPESA PER BENI DI MAGAZZINO	663.770	378.307	-43.01%	
SPESA PER MANUTENZIONI ORDINARIE IN APPALTO E PERTINENZE	55.914	69.601	24.48%	
SPESA PER MATERIALE PER MANUTENZIONE IMMOBILI	16.837	18.775	11.51%	
TOTALE	769.920	500.265	-35.02%	

Relativamente agli oneri assunti a seguito di procedure di aggiudicazione ai sensi dell'art. 125 del D.L.vo 163/2003, il prospetto di seguito allegato evidenzia l'attività della Federazione di riferimento, cui le funzioni sono transitate, che nel periodo di riferimento è pervenuta alla definizione di un numero significativo di procedure.

	3° TRIMESTRE 2012	3° TRIMESTRE 2013
provvedimenti adottati dalla ASL AL	282.124	7.384
provvedimenti adottati dalla Federazione n.6 x conto della ASL AL		683.677

Andamento economico

In linea tendenziale si evidenziano alcuni fattori caratterizzanti la gestione per l' anno 2013, che hanno imposto una costante attenzione nella prosecuzione delle azioni in atto per garantire la sostenibilità economica del sistema:

- Riduzione del finanziamento
- Scarse prospettive di finanziamenti in conto capitale
- Possibilità di turn over personale solo con autorizzazione regionale

Per far fronte alle criticità sopra evidenziate sono ipotizzabili soluzioni che incidono aumentando le risorse a disposizione (maggior prelievo fiscale o pagamento diretto delle prestazioni) o che vanno ad influire sulla quantità / qualità dei servizi offerti o che affrontano i possibili residui sprechi ed inefficienze del sistema.

La soluzione che appare preferibile, quale azione che incide a livello di sistema sul settore, riguarda il miglioramento dell'efficienza organizzativa, riducendone i punti di erogazione, incidendo pertanto sull'organizzazione nel suo insieme, nell'ottica dell'appropriatezza e della qualità nell'offerta dei servizi e della sicurezza dei luoghi di erogazione.

OBIETTIVI STRATEGICI

- appropriatezza / qualità organizzativa e delle prestazioni
- compatibilità economica dell'organizzazione e controllo della sostenibilità finanziaria

Di seguito, viene esposto la relazione al bilancio di verifica inviato ai Ministeri competenti in data 12/02/2014:

RELAZIONE AL BILANCIO DI VERIFICA 31/12/2013

PREMESSA: tenuto conto del breve lasso temporale intercorso tra l'adozione del bilancio di previsione 2013 e la redazione del bilancio di verifica per lo stesso periodo, oggetto della presente relazione, sono da intendersi qui richiamati tutti gli allegati alla nostra deliberazione 951 del 23/12/2013.

Preso visione della DGR 59-6674 dell'11/11/2013 di definizione degli obiettivi economico finanziari per l'anno 2013 ed il conseguente riparto del F.S.R si riportano di seguito le risultanze contabili al 31/12/2013

ASL AL	CONS 12	PREV 2013	bive 31/12/13
<i>Quota FSN lorda</i>	769.689	756.094	758.018
<i>di cui storno di quota di contributo da FSR in conto esercizio a contributo in c/capitale utilizzata per immobilizzazioni</i>	116	608	607
<i>Quota FSN netto storno di quota di contributo da FSR in conto esercizio a contributo in c/capitale utilizzata per immobilizzazioni</i>	769.573	755.486	757.411
<i>STP</i>	609	609	609
<i>Altri Contributi da Regione</i>	4.652	2.468	3.254
<i>Totale contributi regionali</i>	774.834	758.563	761.274
<i>Altri Contributi da altri enti pubblici</i>	95	0	0
<i>Contributi da privati</i>	988	0	0
<i>Totale contributi in c/esercizio</i>	775.917	758.563	761.274
Ricavi per prestazioni	2.204	1.925	1.931
Recuperi e rimborsi	1.931	1975	1882
Ticket	12.450	11.980	11.658
Ricavi vari	2.994	3.026	2.628
	19.579	18.906	18.099
Ricavi intramoenia	4.882	3.694	3.668
Totale ricavi gestione ordinaria	800.378	781.163	783.041
Acquisti e manutenzioni	86.691	86.177	86.165
Assistenza sanitaria di base	46.015	44.591	44.591
Farmaceutica	73.805	73.313	72.908
Specialistica	20.807	20.438	20.326
Riabilitativa	11.558	11.997	11.891
Integrativa	10.825	10.091	10.127
Ospedaliera da privato (case di cura)	45.363	48.804	48.804
Ospedaliera da privato (presidi)	-	0	0

Altra assistenza	44.133	42.623	42.167
Altri servizi	10.646	9.766	9.702
Godimento di beni e servizi	8.962	8.500	8.494
Personale dipendente	211.327	206.312	206.312
Spese amministrative e generali	13.720	13.829	14.080
Servizi appaltati	26.067	25.574	25.353
Accantonamenti	3.503	601	2152
Imposte e tasse	15.196	14.535	14.505
Oneri finanziari	2.153	919	922
Variazione delle rimanenze	829	0	-730
Compartecipazioni personale intramoenia	3.778	3.383	3.007
Totale costi gestione ordinaria	635.378	621.453	620.776
Risultato gestione ordinaria	165.000	159.710	162.265
Ricavi straordinari	1.695	3000	2950
Costi straordinari	-268	0	0
Mobilità attiva extra	30.317	31.030	30.317
Mobilità passiva extra	-56.511	-56.511	-56.511
Mobilità attiva INTRA	20.757	22.532	20.757
Mobilità passiva intra	-153.594	-153.594	-153.639
Costi capitalizzati E Rivalutazioni	8.562	8.708	8.587
Ammortamenti	-16.023	-14.859	-14.714
Svalutazioni	-	0	0
Risultato di gestione	-65	16	12
saldo ferie e straordinari maturati ma non goduti	66	0	0
Risultato differenziale	-65	16	12

RICAVI: in linea generale non si denotano significativi scostamenti rispetto alle previsioni, ferma restando la precisazione che, trattandosi di dati a consuntivo – anche se di prima istanza – si è avuto particolare riguardo al principio di prudenza, contabilizzando esclusivamente i ricavi certi e quelli per i quali la presunzione di realizzo risulta elevata; unico inciso merita la variazione dei contributi in conto esercizio da FSR. Precisato che il differenziale tra i saldi di mobilità delle due rilevazioni NON è influenzato da variazioni riconducibili ai riaddebiti per assistenza da privati, e quindi di contro, dovuti a scostamenti nei flussi “da pubblico”, si è operata la compensazione sul finanziamento, così come peraltro indicato con vs. nota 1966/DB2015 del 28/1/14, il tutto in sintesi:

RIEPILOGO	prev	pre_cons	rett.fin.to
Mobilità attiva extra	31.030	30.319	711
Mobilità passiva extra	- 56.511	- 56.511	
Mobilità attiva INTRA	22.532	20.757	1.775
Mobilità passiva intra	- 153.594	- 153.639	45
TOT	- 156.543	- 159.074	2.531

FINANZIAMENTO DA DGR 59_6674 DEL 11/11/13		755.270
RETTIFICA STP		609
STORNO CONTRIB FSR PER INVESTIMENTI		607
		754.054
INTEGRAZIONE DIFF MOB.		2.531
TOTALE CONTO 04 50 131		756.585

Ciò detto, si conferma tuttora insoluta, per il terzo esercizio consecutivo, la posizione contabile in FEC rispetto ai contratti sottoscritti in coerenza alle indicazioni regionali, tra l'ASL ed i soggetti erogatori privati convenzionati. Ogni considerazione in merito è rimandata al successivo specifico paragrafo, preme qui solo evidenziare che siffatta situazione ha determinato l'iscrizione al conto 4.50.150 "Contributi per integrazione quota FSR indistinto" pari ad euro 1.433.486, che in alcun modo sono da imputarsi ad un maggior fabbisogno dell'azienda ma piuttosto una "parificazione" delle poste di cui trattasi ed in seguito in dettaglio.

COSTI: come rilevabile dal CE non si rilevano significativi scostamenti tra la previsione ed il bilancio di verifica, occorre solo confermare che, sentiti gli uffici preposti alla redazione del bilancio, i processi di valorizzazione e stima delle fatture da ricevere / emettere, nonché le scritture di rettifica ed integrazione, risultano coerenti con i fatti aziendali, ed è dunque confermato il risultato d'esercizio come sopra esposto, fatto salvo per fatti imprevisti ed imprevedibili che dovessero occorrere in seguito ivi incluso quanto segue con riferimento ai costi per strutture private accreditate.

OSPEDALIERA E SPECIALISTICA DA PRIVATI: come accennato in premessa la situazione pare assumere connotazioni preoccupanti e non più giustificabili presso gli organi di controllo: basti verificare che per gli esercizi 2011 / 2013 alla data attuale, tra gli effettivi dati contabili (fatture di acquisto) derivanti dalla corretta applicazione dei contratti (a loro volta sottoscritti in coerenza con le deliberazioni regionali), regolarmente iscritti nei libri aziendali ed i dati impostati dal CSI in applicativo FEC vi è una sotto valorizzazione, in quest'ultima, di oltre dodici milioni di euro. Ora, non compete alla scrivente indagare le motivazioni di tale discrasia ma tre fatti paiono difficilmente discutibili: a) i dati aziendali sono costante oggetto di analisi, risultando corretti e coerenti agli atti giuridici sottostanti che li hanno prodotti quali: DGR, Determine dirigenziali di emanazione regionale, flussi sanitari pubblicati sui siti istituzionali del CSI (per inciso consultabili anche dalle Strutture); b) dato il presupposto che questa Direzione è chiamata periodicamente a **sottoscrivere e certificare** la coerenza dei dati contabili trasmessi a Regione, Ministeri, organi di controllo ecc., con quelli effettivamente rilevati nella gestione, non pare capzioso ritenere indispensabile un definitivo allineamento per quanto di esclusiva competenza regionale (CSI) c) una massa così ingente di spesa reiteratamente NON rilevata dai flussi economici di esclusiva competenza regionale non consente, di minima, a procedere per quanto di cui al punto precedente; ed ancor più grave inficia significativamente l'attendibilità del bilancio con i conseguenti profili di responsabilità derivanti da una tale grave violazione dei dettami del Codice Civile, dei principi contabili OIC, e da ultimo, del D.Lgs. 118/2011.

Si ritiene, per superare la criticità sopra evidenziata, indispensabile poter raggiungere una sua soluzione concordata.

A proposito del biennio 2011 / 2012 si richiama la ns nota 8465 del 29/1/2014 che ad ogni buon esito si allega alla presente; per quanto riguarda l'esercizio di cui trattasi si richiama la ns. nota

112161 dell' 11/12/2013 anch'essa qui unita, ed a compendio della quale si ricostruisce di seguito l'iter di "formazione" delle poste di bilancio 2013.

- per l'anno 2013 il finanziamento provvisorio assegnato in sede di previsione al 14/2/2013 era commisurato, tra l'altro, ad un costo per assistenza da privati che vedesse (coerentemente alle manovre regionali ed alla c.d. spending review) una riduzione della spesa pari al 2% del valore 2011 (cfr § 5 nota RP prot. 4703/DB2015 del 12/2/2013) in tal senso è stato formulato il CE in pareggio

- con DGR 13-6038 del 2/7/2013 vennero definiti i criteri per la determinazione dei tetti di spesa di cui trattasi; con successiva D.D. 698/DB2000 del 9/9/2013 vennero quantificati i relativi budget assegnati alle strutture

- posto che sia al 14/2/13 (primo preventivo), sia al 27/2/13 (DGR criteri), sia al 9/9/13 (determina budget), sia al 23/12/13 (data di adozione del preventivo 2013), sia al 29/1/2014 (data invio preconsuntivo 2013) così come oggi, resta "in sospeso" la soluzione dei risvolti economici determinati dal definitivo accreditamento della Casa di Cura S. Anna, da ultimo riassunti nelle ns note di cui sopra alle quali si rimanda, dovendosi pertanto assumere a base di calcolo il valore ante accreditamento, il quadro sinottico tra il 14/2/2013 (primo preventivo) e 23/12/13 (preventivo adottato) risulta essere il seguente

conto	descrizione	contratto 10	2011 (10-5%)	2012 (11-0,5%)	2013 (11 -2%)	DD 698/2013	diffe
3100471	Assistenza di ricovero per propri assistiti	23.988.138	22.786.831	22.672.897	22.331.094	23.814.070	1.482.976
3100472	Assistenza di ricovero per assistiti altre AASSLL piemontesi	10.325.001	9.808.751	9.759.707	9.612.576	8.587.796	
3100478	Assistenza di ricovero per assistiti altre AASSLL extra-regione	18.521.205	17.595.145	17.507.169	17.243.242	16.401.967	
	totale	52.832.344	50.190.727	49.939.773	49.186.912	48.803.833	
conto	descrizione	contratto 10	2011 (10-5%)	2012 (11-0,5%)	2013 (11 -2%)	DD 698/2013	diffe
3100419	Assistenza specialistica per propri assistiti	12.886.583	12.242.254	12.181.043	11.997.409	11.947.619	-49.790
3100484	assistenza specialistica per residenti altre aa.ss.ll. piemontesi	2.229.781	2.118.292	2.107.700	2.075.926	2.191.327	
3100485	assistenza specialistica per residenti altre aa.ss.ll. extra-Regione	2.631.890	2.500.106	2.487.605	2.450.103	2.198.631	
	totale	17.748.054	16.860.651	16.776.348	16.523.438	16.337.577	

Preme qui dimostrare la correttezza dell'iscrizione al conto 4.50.150 della somma di euro 1.433.486 ribadendo che esso non rappresenta un maggior fabbisogno ma deriva invece da un valore per residenti previsto dalla regione non coerente con l'attesa diminuzione di spesa allo stesso titolo, ciò ribadito vale esclusivamente per i residenti ASL AL.

Il problema sopra emarginato riguarda altresì il tema di privati accreditati – con riferimento ad assistiti di altre ASR regionali e/o extra regionali. Prima di evidenziare il percorso seguito necessita rappresentare nuovamente la situazione c.s.

conto	descrizione	a	b	c	d	e = b - d
		2013 (11 - 2%)	DD 698/2013	FEC 2012 cons	FEC 2013 precons	diffe
3100471	Assistenza di ricovero presso case di cura accreditate per propri assistiti	22.331.094	23.814.070	21.055.741	21.055.741	2.758.329
3100472	Assistenza di ricovero presso case di cura accreditate per assistiti altre AASSLL piemontesi	9.612.576	8.587.796	6.909.766	6.909.766	1.678.030
3100478	Assistenza di ricovero presso case di cura accreditate per assistiti altre AASSLL extra-regione	17.243.242	16.401.967	15.780.380	15.780.380	621.587
	totale	49.186.912	48.803.833	43.745.887	43.745.887	5.057.946
<hr/>						
conto	descrizione	2013 (11 - 2%)	DD 698/2013	FEC 2012 cons	FEC 2013 precons	diffe
3100419	Assistenza specialistica strutture accreditate per propri assistiti	11.997.409	11.947.619	11.706.780	11.706.780	240.839
3100484	Costi per assistenza specialistica strutture accreditate per residenti altre aa.ss.ll. piemontesi	2.075.926	2.191.327	2.093.912	2.093.912	97.415
3100485	Costi per assistenza specialistica strutture accreditate per residenti altre aa.ss.ll. extra-Regione	2.450.103	2.198.631	2.108.831	2.108.831	89.800
	totale	16.523.438	16.337.577	15.909.523	15.909.523	428.054

Date le incertezze relative al biennio 2011 / 12 si è:

- Proceduto a parificare come in colonna (e) i costi FEC per propri residenti all'effettivo budget (colonna 'b'), iscrivendo al maggior finanziamento (cnt 4.50.150) solo il differenziale tra (b) ed (a) come prima evidenziato
- Proceduto a parificare come in colonna (e) i costi FEC per NON residenti all'effettivo budget (colonna 'b') evitando, almeno in questa prima fase, ove permangono i medesimi problemi per gli anni precedenti, di "forzare" i dati FEC con l'iscrizione di ricavi per adeguarli ai maggiori oneri (euro 1.678.030 + 621.587 + 97.415 + 89.800 = **euro 2.486.832**)
- Al fine di garantire – sempre in questa prima fase e nelle more di una soluzione del problema – il pareggio di bilancio si è ritenuto plausibile NON evidenziare interessi moratori (vedasi conto 3.15.107 attualmente valorizzato a zero), interessi che tuttavia sono presenti nelle scritture contabili dell'Azienda per circa 2,5 mln la cui mancata – temporanea – iscrizione è giustificata dalla presunzione di a) concludere un accordo transattivo con farmafactoring per 1,4 mln di interessi addebitati negli anni b) di concludere un accordo

transattivo con la Casa di Cura S. Anna che, a fine 2013 ha fatto pervenire nota debito pari a 1,1 mln.

Ora restando evidente che, per non "forzare" i dati FEC, si è necessariamente dovuto "forzare" dati aziendali, si ritiene aver compiuto ogni sforzo possibile finalizzato alla conciliazione dei conti regionali relativamente ai flussi di mobilità e le risultanze aziendali.

Si teme, peraltro, che il perdurare delle criticità suesposte avrà effetti cumulativi anche sui bilanci degli anni prossimi.

Revisione della rete ospedaliera

L'Azienda ASL AL ha avviato nel corso del 2012, in sinergia con le altre AA.SS. afferenti all'Area Sovrazonale Piemonte sud-est, un percorso per la definizione di un progetto di revisione della rete ospedaliera aziendale.

L'invio in Regione, presso la Direzione regionale Sanità, della proposta di riorganizzazione della rete ospedaliera è avvenuto in data 20/12/2012 con nota protocollo n.124992.

Rispetto al piano presentato in Assessorato ad ottobre 2012, sono state previste alcune integrazioni / modifiche allo stesso, legate a diverse scelte strategiche ed organizzative riguardanti la rete dell'offerta di riabilitazione aziendale.

L'esito di tale percorso, a seguito di continui contatti con il competente Assessorato regionale, con il confronto con i soggetti istituzionali locali, si è sostanziato a livello di rete ospedaliera regionale con la Deliberazione della Giunta Regionale 14 marzo 2013, n. 6-5519 ad oggetto "Programmazione sanitaria regionale. Interventi di revisione della rete ospedaliera piemontese, in applicazione della D.C.R. n. 167-14087 del 03.04.2012 (P.S.S.R. 2012-2015)", con la quale si è approvato il programma di revisione della rete ospedaliera regionale, nonché le tabelle di dettaglio sui fabbisogni e sulla conseguente redistribuzione delle risorse (numero di posti letto e dotazioni standard di strutture complesse); in particolare si riscontra una ulteriore riduzione delle strutture complesse ospedaliere.

Occorre specificare che, a seguito della riorganizzazioni di servizi e strutture (soprattutto nella conversione del presidio di Valenza), per rispondere ad esigenze di efficienza aziendale e, per pari valore, per tutelare il personale dipendente, si sono indetti, e sono risultati sufficienti, unicamente bandi di mobilità ad adesione volontaria per rispondere alla necessità di reimpiego delle risorse umane dei servizi e strutture oggetto di riconversione.

Mediante questa procedura di assegnazione, si è, pertanto, potuto contemperare le necessità di riorganizzazione aziendale con un'assegnazione non penalizzante per i dipendenti la struttura di afferenza dei quali ha subito la riorganizzazione e garantire, in maniera efficace ed efficiente, adeguati servizi ai cittadini nello svolgimento dei propri compiti istituzionali.

Il percorso di revisione del rete ospedaliera dell'Area sovrazonale Piemonte sud-est ha trovato compimento con la citata Deliberazione della Giunta Regionale 14 marzo 2013, n. 6-5519 ad oggetto "Programmazione sanitaria regionale. Interventi di revisione della rete ospedaliera piemontese, in applicazione della D.C.R. n. 167-14087 del 03.04.2012 (P.S.S.R. 2012-2015)" e la successiva Determina dirigenziale del 4 luglio 2013, n. 532 ad oggetto "D.G.R n. 6-5519 del 14/03/2013 "Programmazione sanitaria regionale". Interventi di revisione della rete ospedaliera piemontese, in applicazione della D.C.R. n. 167-14087 del 3.04.2012 (P.S.S.R. 2012-2015). - Interventi attuativi".

Le indicazioni dei citati provvedimenti regionali sono state recepite con l'adozione del nuovo Piano di Organizzazione adottato contestualmente all'Atto Aziendale con deliberazione 803/2013.

QUADRO SINTETICO DELLE AZIONI DI REVISIONE DELLA RETE OSPEDALIERA

SEDE OSPEDALIERA DI ACQUI TERME

Conversione dell'attività di **ricovero ordinario pediatrico in attività diurna** (inizio 2013)

Completamento del progetto di **organizzazione per intensità di cura in area chirurgica**

Disattivazione Punto Nascita: l'attuazione di questa azione è prevista, secondo la DGR n. 6-5519 del 14.03.2013, entro giugno 2014

SEDE OSPEDALIERA DI CASALE MONFERRATO

Conversione dell'attività di **ricovero ordinario pediatrico in attività diurna** (inizio 2013)

Incremento dei posti letto di Recupero e Riabilitazione Funzionale a 20 per assorbimento dell'attività precedentemente svolta presso la sede ospedaliera di Valenza (decorrenza fine marzo 2013)

SEDI OSPEDALIERE DI NOVI LIGURE – TORTONA

Con DGR n. 6-5519 del 14.03.2013 si dà atto del processo di unificazione delle sedi ospedaliere di Novi Ligure e di Tortona quale realtà unificata con funzione di **Ospedale cardine**

Unificazione SOC Ostetricia e Ginecologia: concentrazione su sede di Novi Ligure di tutte le attività interventistiche per l'area di ginecologia, oltre al punto nascita unico (decorrenza 1 maggio 2013)

Unificazione SOC Pediatria: concentrazione nella sede di Tortona dell'attività di degenza precedentemente svolta presso le sedi di Casale Monferrato, Novi Ligure ed Acqui Terme (inizio 2013)

Unificazione delle **direzioni delle strutture ORL – Urologia – Neurologia**

Per quanto riguarda l'**attività chirurgica ed ortopedico-traumatologica:** individuazione del Presidio di Tortona quale sede prevalentemente orientata all'attività di elezione e contestuale caratterizzazione del Presidio di Novi Ligure quale sede deputata all'attività di Emergenza – Urgenza

Attivazione **n.20 p.l. di Recupero e Rieducazione Funzionale** (da realizzare)

Coordinamento / concentrazione dell'**attività chirurgica senologica** presso la sede di Tortona

SEDI OSPEDALIERE NOVI L. – TORTONA PROPOSTA RIORGANIZZAZIONE

Situazione SOC da Atto Aziendale		Situazione SOC da Consistenza organica		SOC - Proposta	
Novi L.	Tortona	Novi L.	Tortona	Novi L.	Tortona
SOC Direzione Medica P.O.					
SOC Ortopedia e Traumatologia					
SOC ORL					
SOC Oculistica					
SOC Chirurgia	SOC Chirurgia	SOC Chirurgia	SOC Chirurgia	SOC Chirurgia DS amb.	SOC Chirurgia
SOC Urologia					
SOC Diabetologia					
SOC Neurologia					
SOC Nefrologia					
SOC Cardiologia					
SOC Medicina Interna					
SOC Oncologia					
SOC Laboratorio Analisi					
SOC Anatomia Patologica					
SOC Immunematologia e Trasfusionale					
SOC Radiologia					
SOC Ostetricia e Ginecologia					
SOC Pediatria					
SOC Neuropsichiatria Infantile					
SOC Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza					
SOC Anestesia e Rianimazione					
SOC Recupero e Rieducazione funzionale					
n. SOC					
17	15	11	10	6	5
n. SOC a scavalco					
2	7	7	7	13	13
n. SOC tot					
34	28	28	24	24	24

SEDE OSPEDALIERA DI OVADA

Disattivazione delle attività chirurgiche in regime di ricovero: questa azione comporta la sospensione dell'attività chirurgica in regime di ricovero ordinario e di day surgery con accorpamento della stessa presso la struttura di chirurgia del P.O. di Novi Ligure (con decorrenza dall'1.4.2013); permane l'attività ambulatoriale

Trasformazione del Pronto Soccorso in **Punto di Primo Intervento attivo H24** (con decorrenza dal 15.4.2013)

Incremento attività di Recupero e Rieducazione Funzionale a n.20 posti letto (entro 2013)

EX SEDE OSPEDALIERA DI VALENZA

Nelle more dell'adozione dell'Atto Aziendale, alla luce del percorso di revisione della rete ospedaliera aziendale, si è provveduto con deliberazione n.166 del 26.02.2013 ad avviare un percorso di riconversione di tutte le attività ospedaliere in essere presso l'ex P.O. Mauriziano di Valenza in attività territoriali

Il nuovo Piano di Organizzazione adottato contestualmente all'Atto Aziendale con deliberazione 803/2013 conferma e formalizza il **processo di riconversione** dell'ex Presidio Ospedaliero di Valenza secondo le indicazioni e le linee guida regionali

Cessazione attività di ricovero ospedaliero e trasformazione in attività territoriali di continuità di cura e di assistenza (decorrenza dal 25 febbraio 2013)

Cessazione attività di Punto di Primo Intervento diurno (decorrenza dal 29 luglio 2013)

Concentrazione attività di supporto diagnostico (laboratorio analisi e lettura esami citologici prevenzione tumori apparato genitale femminile) presso la sede di Casale Monferrato

Concentrazione delle attività distrettuali presso la sede territoriale ex Ospedale Mauriziano e trasferimento attività Dipartimento di Salute Mentale e Dipartimento delle Dipendenze con dismissione sede

Implementazione attività presso la sede territoriale con attivazione di un **Centro di Assistenza Primaria** con presenza di medici di continuità assistenziale supportati da personale infermieristico ed amministrativo dipendente

Contestualmente alla revisione della rete ospedaliera si sono realizzati alcuni interventi di sviluppo delle attività territoriali:

- Completo utilizzo della struttura **Hospice "Il Gelso"** di Alessandria con l'incremento di n.5 posti letto (decorrenza maggio 2013)
- Incremento dell'attività di **assistenza domiciliare e di cure palliative** presso i Distretti di Valenza e Alessandria (decorrenza maggio 2013)
- Attivazione **continuità assistenziale ad indirizzo riabilitativo in Tortona** (n.20 p.l.) presso struttura privata accreditata (decorrenza aprile 2013)

- Avvio **progetto “infermiere di famiglia”** nell’area territoriale di Castellazzo (decorrenza giugno 2013)
- Attivazione n.20 posti letto di **continuità assistenziale** presso la struttura “ex Mauriziano” di Valenza (decorrenza aprile 2013)
- Avvio del **C.A.P. Centro di Assistenza Primaria** presso la struttura “ex Mauriziano” di Valenza (decorrenza 29 luglio 2013)
- Avvio attività nuovo **centro mammografico per screening** in Alessandria – spalto Marengo (inizio 2013)

Prima analisi sugli effetti della revisione della rete ospedaliera

CREAZIONE DI UN UNICO PUNTO NASCITA PER LE SEDI OSPEDALIERE NOVI L. E TORTONA

La chiusura avvenuta nel mese di maggio 2013 del punto nascita esistente nell'ambito del reparto di Ostetricia e Ginecologia del Presidio Ospedaliero di Tortona poneva in sede di programmazione dell'intervento incognite circa l'effettiva capacità di assorbimento da parte del punto nascita unificato presso la sede ospedaliera di Novi L. del fabbisogno del territorio tortonese: in particolare sussisteva l'incognita rappresentata dalla possibile capacità attrattiva di strutture assistenziali posti in territorio extraregionale (Voghera e Pavia in primis) che storicamente hanno generato fenomeni di mobilità passiva particolarmente accentuata per i residenti del Distretto di Tortona.

Si è pertanto proceduto ad una prima analisi dell'ospedalizzazione delle residenti del territorio afferente al Distretto di Tortona valutando i flussi relativi ai seguenti DRG

Drg 370 - Parto cesareo con CC

Drg 371 - Parto cesareo senza CC

Drg 372 - Parto vaginale con diagnosi complicanti

Drg 373 - Parto vaginale senza diagnosi complicanti

Drg 374 - Parto vaginale con sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento

Drg 375 - Parto vaginale con altro intervento eccetto sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento

I periodi oggetto di analisi sono stati gli anni 2011-2012 e 2013 (da maggio 2013 mese dal quale ha operato il punto nascita unico di Novi L. a seguito della chiusura di quello della sede ospedaliera di Tortona).

I dati ricavati sono così rappresentati:

FABBISOGNO PARTI 2011-2013

ANNO	AZIENDA PRODUTTRICE	TOT	TOT RESIDENTI ASLAL	Distretto di Acqui Terme	Distretto di Alessandria	Distretto di Casale	Distretto di Novi Ligure	Distretto di Ovada	Distretto di Tortona	Distretto di Valenza	NON RESIDENTI ASLAL
2011	TOTALE	3.494	3.215	282	1.012	540	560	190	443	188	279
	PIEMONTE	3.201	2.922	266	968	521	508	151	340	168	279
	TOT OSPEDALI ASLAL	1.906	1.627	197	89	425	460	122	293	41	279
	OSPEDALE CASALE M.	546	468	1	12	423			1	31	78
	OSPEDALE TORTONA	425	398		33		104	3	255	3	27
	OSPEDALE NOVI L.	530	477	2	37	2	351	44	34	7	53
	OSPEDALE ACQUI T.	405	284	194	7		5	75	3		121
	ASO ALESSANDRIA	1.168	1.168	57	848	33	46	27	43	114	
	ALTRO PIEMONTE	127	127	12	31	63	2	2	4	13	0
	EXTRAREGIONE	293	293	16	44	19	52	39	103	20	0
2012	TOTALE	3.396	3.131	266	999	511	516	182	449	208	265
	PIEMONTE	3.105	2.840	249	946	500	458	146	344	197	265
	TOT OSPEDALI ASLAL	1.797	1.532	179	88	392	412	125	306	30	265
	OSPEDALE CASALE M.	512	432	1	14	392	1	1	1	22	80
	OSPEDALE TORTONA	437	409	1	36		79	2	290	1	28
	OSPEDALE NOVI L.	494	453	3	32		326	74	14	4	41
	OSPEDALE ACQUI T.	354	238	174	6		6	48	1	3	116
	ASO ALESSANDRIA	1.189	1.189	55	835	38	43	20	37	161	
	ALTRO PIEMONTE	119	119	15	23	70	3	1	1	6	0
	EXTRAREGIONE	291	291	17	53	11	58	36	105	11	0
2013	TOTALE	2.735	2.518	214	795	465	482	133	264	165	217
	PIEMONTE	2.735	2.518	214	795	465	482	133	264	165	217
	TOT OSPEDALI ASLAL	1.548	1.331	149	72	362	411	105	195	37	217
	OSPEDALE CASALE M.	474	413		15	361	3	2	2	30	61
	OSPEDALE TORTONA	132	122	1	17		30	1	71	2	10
	OSPEDALE NOVI L.	628	588	1	34	1	375	52	121	4	40
	OSPEDALE ACQUI T.	314	208	147	6		3	50	1	1	106
	ASO ALESSANDRIA	1.091	1.091	58	707	39	68	27	69	123	
	ALTRO PIEMONTE	96	96	7	16	64	3	1	0	5	0
	EXTRAREGIONE										

NUOVI NATI DISTRETTO DI TORTONA		TOTALE	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Set	Ott	Nov	Dic
2013	Totale	264	28	24	17	17	20	18	25	33	18	26	24	14
	PIEMONTE	264	28	24	17	17	20	18	25	33	18	26	24	14
	OSPEDALE S. SPIRITO DI CASALE	2										1	1	
	OSPEDALE DI TORTONA	71	23	22	13	13								
	OSPEDALE S. GIACOMO DI NOVI	121	3		2		17	12	15	18	13	11	16	14
	OSPEDALE CIVILE DI ACQUI TERME	1										1		
	OSPEDALE CIVILE SS ANTONIO E BIAGIO	69	2	2	2	4	3	6	10	15	5	13	7	
	EXTRAREGIONE		DATO NON ANCORA PERVENUTO											
2012	Totale	449	38	35	33	45	35	32	58	39	34	36	33	31
	PIEMONTE	344	36	28	25	33	27	25	44	28	27	20	25	26
	OSPEDALE S. SPIRITO DI CASALE	1							1					
	OSPEDALE DI TORTONA	290	30	26	22	27	22	19	36	24	24	18	19	23
	OSPEDALE S. GIACOMO DI NOVI	14	1			3	3	2		2	1	1		1
	OSPEDALE CIVILE DI ACQUI TERME	1		1										
	OSPEDALE MAGGIORE DELLA CARITA'	1											1	
	OSPEDALE CIVILE SS ANTONIO E BIAGIO	37	5	1	3	3	2	4	7	2	2	1	5	2
	LOMBARDIA	91	2	7	5	8	8	6	13	11	6	13	8	4
	EXTRAREGIONE ALTRO	14	0	0	3	4	0	1	1	0	1	3	0	1
2011	Totale	443	41	30	32	34	41	47	38	32	31	39	41	37
	OSPEDALE SANTA CROCE	1		1										
	OSPEDALE S. SPIRITO DI CASALE	1										1		
	OSPEDALE DI TORTONA	255	29	15	17	17	25	21	21	22	20	20	28	20
	OSPEDALE S. GIACOMO DI NOVI	34	1	2	3	4	4	5	4	1	2	4	1	3
	OSPEDALE CIVILE DI ACQUI TERME	3						1	2					
	OSP. OSTETR. GINECOLOG. SANT'ANNA	2		1					1					
	OSPEDALE SANTA CROCE E CARLE	1							1					
	OSPEDALE CIVILE SS ANTONIO E BIAGIO	43	3	2	3	2	5	11	5	2	2	2	4	2
	LOMBARDIA	93	7	9	8	8	6	9	4	7	7	11	6	11
	EXTRAREGIONE ALTRO	10	1	0	1	3	1	0	0	0	0	1	2	1

Dai dati sopra riportati si possono ricavare le seguenti osservazioni:

- analizzando i dati relativi si riscontra che il processo di assorbimento da parte del punto nascita di Novi L. risulta soddisfacente ed in linea con quanto ipotizzato in sede di programmazione dell'intervento;
- in particolare la mancanza dell'offerta del punto nascita di Tortona ha comportato che i parti stimati mensilmente delle residenti del Distretto di Tortona pari a 22 sono stati assorbiti dalle altre strutture ospedaliere nei seguenti termini

Ospedale di Novi L. n.12 parti mensili medi

Azienda Ospedaliera di Alessandria n.6 parti mensili medi;

- per i rimanenti parti rispetto alla media mensile degli ultimi anni delle residenti del bacino afferente il Distretto di Tortona si può ritenere il ricorso alle strutture viciniori della provincia pavese (Voghera soprattutto), dato confermato dall'incremento delle nascite sul territorio lombardo di bambini con madri residenti nel bacino tortonese;

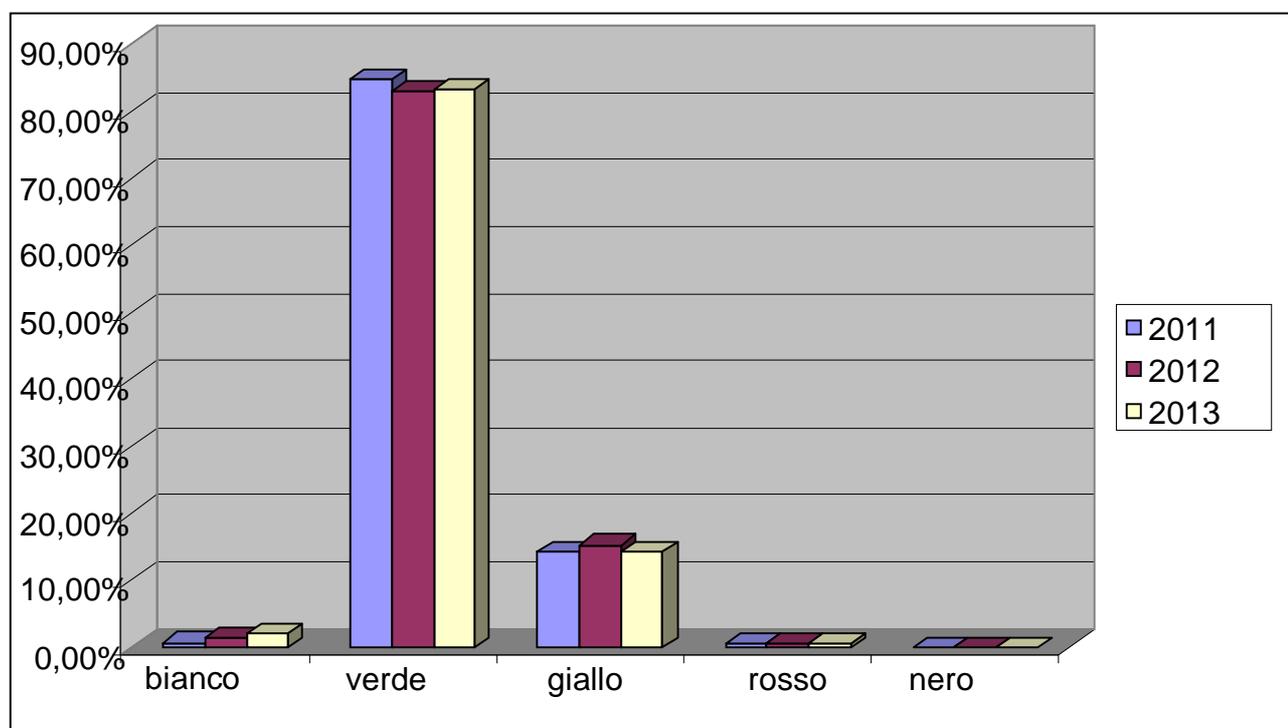
- il dato sul punto nascita di Novi L. testimonia i primi frutti delle azioni fatte per garantire una efficace rete tale da assicurare idonei percorsi e prestazioni alle residenti del Distretto di Tortona;
- da rilevare anche l'importante ruolo rivestito dall'Azienda Ospedaliera di Alessandria in grado di assicurare una sempre maggiore risposta.

LA CONVERSIONE DEL PUNTO DI PRIMO INTERVENTO DEL PRESIDIO OSPEDALIERO DI OVADA

Accessi al Pronto Soccorso Ovada anni 2011-2012-2013 suddivisi per codice urgenza

COD URGENZA	ANNO 2011	ANNO 2012	ANNO 2013	PER RESIDENTI OVADA
BIANCO	58	129	140	85
VERDE	7.871	7.439	5.599	4.914
GIALLO	1.327	1.367	954	269
ROSSO	41	40	34	14
NERO	1	1		
Totale complessivo	9.298	8.976	6.727	5.282

Analisi in percentuale delle tipologie di accesso al Pronto Soccorso di Ovada anni 2011-2012 -2013 per tipologia di codice di urgenza



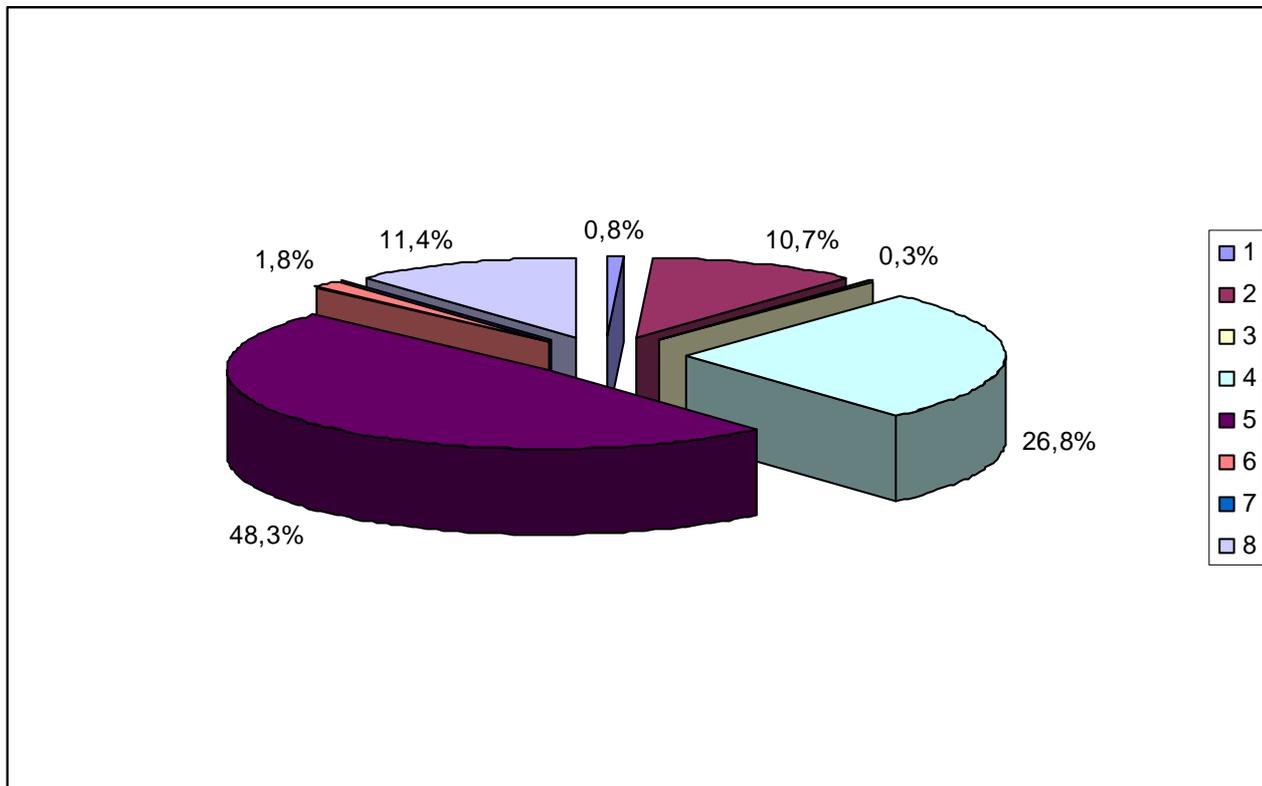
Accessi al Pronto Soccorso Ovada anni 2011-2012-2013 suddivisi per tipo dimissioni

TIPO DIMISSIONI	ANNO 2011	ANNO 2012	ANNO 2013
Dimissione a domicilio	7.375	7.196	5.412
Deceduto	16	17	4
Giunto cadavere	1	2	1
Non Dimesso	2		4
Ricoverato	950	990	656
Rifiuta Osservazione	203	229	175
Rifiuta ricovero	91	90	66
Si allontana	151	103	61
Si allontana con Prestazioni	310	213	72
Trasferito ad altra struttura di ricovero	68	38	36
Trasferito in altra struttura (RSA - RAF - ecc..)	22	2	
Trasferito in altro Pronto Soccorso	105	95	236
Non specificato	4	1	4
TOTALE	9.298	8.976	6.727

"Fabbisogno" di RICORSO AD ACCESSI DI DEA/PS residenti del Distretto di Ovada

	1 SEM 2013	ANNO 2012	1 SEM 2013	ANNO 2012	ANNO 2013	
	N. Accessi	N. Accessi	%	%	N. Accessi	%
TOTALE	5.329	10.268	100,0%	100,0%	10.942	100,0%
ALTRE AASS PIEMONTE	25	52	0,5%	0,5%	83	0,8%
OSPEDALE ACQUI T.	507	720	9,5%	7,0%	1.172	10,7%
OSPEDALE CASALE M.	11	16	0,2%	0,2%	35	0,3%
OSPEDALE NOVI L.	1.285	1.722	24,1%	16,8%	2.934	26,8%
OSPEDALE OVADA	2.754	6.484	51,7%	63,1%	5.282	48,3%
OSPEDALE TORTONA	95	67	1,8%	0,7%	192	1,8%
OSPEDALE VALENZA		1	0,0%	0,0%		
ASO ALESSANDRIA	642	1.181	12,0%	11,5%	1.244	11,4%
<i>Ospedale Civile Alessandria</i>	187	377	3,5%	3,7%	421	3,8%
<i>Ospedale Infantile Alessandria</i>	455	804	8,5%	7,8%	823	7,5%

"Fabbisogno" di ricorso ad accessi DEA/PS dei residenti del Distretto di Ovada
 Anno 2013
 Ripartizione in %



Dall'analisi dell'insieme dei dati sopra riportati si rileva il ruolo sicuramente importante ma sicuramente parziale che il presidio di emergenza-urgenza della sede ospedaliera di Ovada riveste per la popolazione del Distretto di appartenenza.

In particolare si evidenzia quanto segue:

- nell'intero anno 2013 il 48,3% dei residenti del Distretto di Ovada che hanno fatto ricorso a strutture DEA/PS/PPI regionali hanno fatto accesso alla struttura della sede ospedaliera di Ovada (dato in calo rispetto al 51,7% nei primi 6 mesi del medesimo anno);
- di questi accessi il 93,0% sono stati classificati nella scala di urgenza quali "codici verdi", ponendo pertanto possibili dubbi sull'effettiva appropriatezza di una parte più o meno significativa di tali accessi;
- il ruolo delle strutture DEA dell'Azienda Ospedaliera di Alessandria e dei Presidi Ospedalieri di Novi Ligure ed Acqui Terme risulta particolarmente significativo coprendo oltre il 48,9% del "fabbisogno" di accessi alle strutture di emergenza/urgenza della popolazione del Distretto di Ovada;
- nel corso degli ultimi anni, in particolare a partire dal 2011, si registra un progressivo calo di ricorso al Pronto Soccorso di Ovada da parte dei residenti del Distretto di appartenenza, nel più generale contesto di riduzione degli accessi complessivi alla struttura 2013;

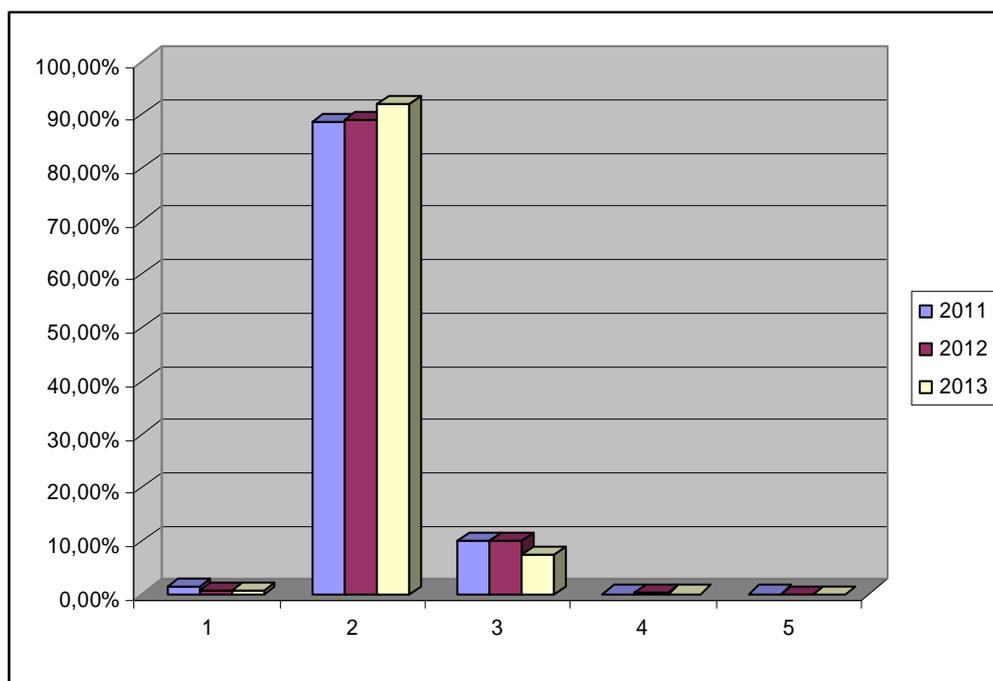
- si mantiene un incremento del ruolo dell'Azienda Ospedaliera di Alessandria (sia per il DEA dell'Ospedale Civile che per l'Ospedale Infantile) nel ricorso a strutture di emergenza/urgenza dei residenti del Distretto di Ovada.

LA CONVERSIONE DEL PUNTO DI PRIMO INTERVENTO DEL PRESIDIO OSPEDALIERO DI VALENZA

Accessi al PPI Valenza anni 2011-2012 -2013 suddivisi per codice urgenza

COD URGENZA	ANNO 2011	ANNO 2012	ANNO 2013	PER RESIDENTI VALENZA
BIANCO	49	22	12	12
VERDE	3.095	2.776	1.426	1.274
GIALLO	350	315	114	19
ROSSO	2	8	1	
NERO	2			
Totale complessivo	3.498	3.121	1.553	1.305

Analisi in percentuale delle tipologie di accesso al PPI Valenza anni 2011-2012-2013 per tipologia di codice di urgenza



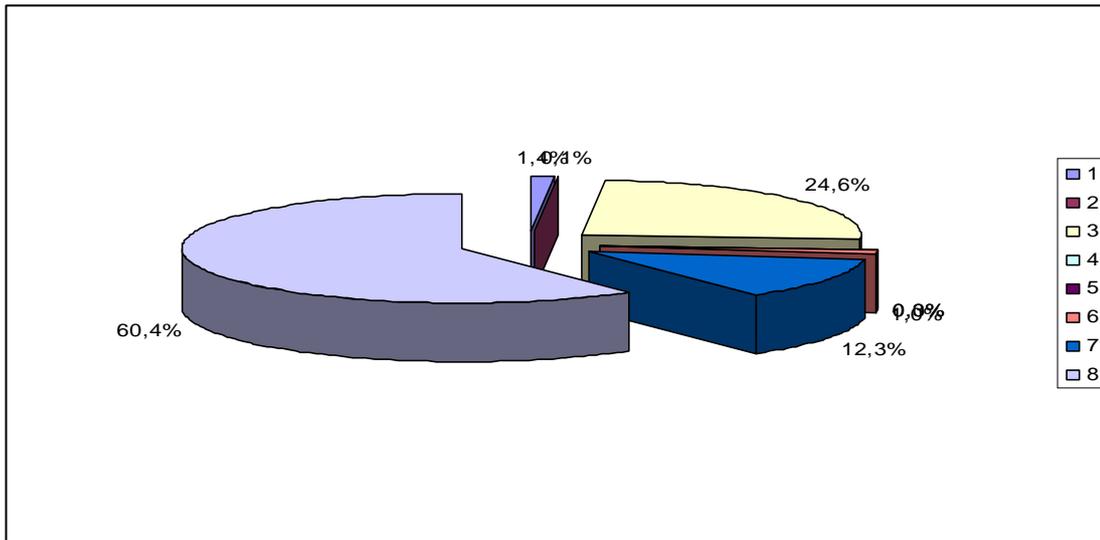
Accessi al PPI Valenza anni 2011-2012 suddivisi per tipo dimissioni

TIPO DIMISSIONI	ANNO 2011	ANNO 2012	ANNO 2013
Dimissione a domicilio	3.171	2.848	1.473
Giunto cadavere	1		
Ricoverato	11	16	2
Rifiuta Osservazione	19	12	13
Rifiuta ricovero	24	11	4
Si allontana	21	15	5
Si allontana con Prestazioni	2	13	3
Solo accesso senza prestazioni	1		
Trasferito ad altra struttura di ricovero	42	3	1
Trasferito in altra struttura (RSA - RAF - ecc..)		1	
Trasferito in altro Pronto Soccorso	205	200	52
Non specificato	1	2	
TOTALE	3.498	3.121	1.553

"Fabbisogno" DI RICORSO AD ACCESSI DI DEA/PS residenti del Distretto di Valenza

EROGATORE	ANNO 2012	1 SEM 2013	ANNO 2012	1 SEM 2013	ANNO 2013	
	N. Accessi	N. Accessi	%	%	N. Accessi	%
TOTALE	11.914	5.691	100,0%	100,0%	10.653	100,0%
ALTRE AASS PIEMONTE	136	75	1,1%	1,3%	148	1,4%
OSPEDALE ACQUI T.	9	8	0,1%	0,1%	11	0,1%
OSPEDALE CASALE M.	2.854	1.292	24,0%	22,7%	2.617	24,6%
OSPEDALE NOVI L.	34	18	0,3%	0,3%	34	0,3%
OSPEDALE OVADA	7		0,1%	0,0%	3	0,0%
OSPEDALE TORTONA	125	57	1,0%	1,0%	105	1,0%
OSPEDALE VALENZA	2.576	1.086	21,6%	19,1%	1.305	12,3%
ASO ALESSANDRIA	6.173	3.155	51,8%	55,4%	6.430	60,4%
<i>di cui Ospedale Civile Alessandria</i>	4.352	2.222	36,5%	39,0%	4.651	43,7%
<i>di cui Ospedale Infantile Alessandria</i>	1.821	933	15,3%	16,4%	1.779	16,7%

“Fabbisogno” di ricorso ad accessi DEA/PS residenti del Distretto di Valenza
 Anno 2013
 Ripartizione in %



Dall’analisi dell’insieme dei dati sopra si rileva il ruolo sicuramente importante ma sicuramente parziale che il presidio di emergenza-urgenza della sede ospedaliera di Valenza rivestiva per la popolazione del Distretto di appartenenza.

In particolare si evidenzia quanto segue:

- nell’intero anno 2013 solo il 12,3% dei residenti del Distretto di Valenza che hanno fatto ricorso a strutture DEA/PS/PPI regionali hanno fatto accesso alla struttura della sede ospedaliera di Valenza;
- di questi accessi il 91,82% sono stati classificati nella scala di urgenza quali “codici verdi”, ponendo pertanto possibili dubbi sull’effettiva appropriatezza di una parte più o meno significativa di tali accessi;
- il ruolo delle strutture DEA dell’Azienda Ospedaliera di Alessandria e del Presidio Ospedaliero di Casale Monferrato risulta particolarmente significativo coprendo oltre il 84,9% del “fabbisogno” di accessi alle strutture di emergenza/urgenza della popolazione del Distretto di Valenza;
- nel corso degli ultimi anni si registra un progressivo calo di ricorso al PPI h24 di Valenza da parte dei residenti del Distretto di appartenenza, nel più generale contesto di riduzione degli accessi complessivi alla struttura;
- si riscontra un incremento piuttosto evidente ruolo dell’Azienda Ospedaliera di Alessandria (sia per il DEA dell’Ospedale Civile che per l’Ospedale Infantile) nel ricorso a strutture di emergenza/urgenza dei residenti del Distretto di Valenza.

Progetti avviati in area territoriale

La riorganizzazione della rete ospedaliera deve effettuarsi garantendo la continuità tra i servizi di ricovero ospedaliero e l'attivazione di servizi sostitutivi afferenti al livello dell'assistenziale territoriale; alla luce di ciò, nel corso dell'anno 2013 sono proseguiti i progetti in ambito territoriali iniziati a partire dal 2012:

- riorganizzazione e centralizzazione delle funzioni distrettuali
- progetto "Infermiere di famiglia"
- potenziamento Hospice di Alessandria
- progetto "Lesioni cutanee"
- commissione Doppia Diagnosi
- gruppo Riabilitativo Dipartimentale
- progetto Mediazione interculturale
- progetto di gestione liste d'attesa residenziale anziani

RIORGANIZZAZIONE E CENTRALIZZAZIONE DELLE FUNZIONI DISTRETTUALI

Considerando che il modello organizzativo attuale identifica i Distretti come un'organizzazione complessa dotata di autonomia tecnico gestionale ed economico finanziaria, si è mantenuto un processo di centralizzazione di gestione delle funzioni, come di seguito elencato:

- Coordinamento distrettuale;
- Coordinamento amministrativo distretti;
- Programmazione, controllo e budget;
- Protesica, Integrativa e Convenzione trasporti;
- Spesa farmaceutica/rapporti con servizio farmaceutico, D.P.C. - Distribuzione per conto, Appropriately prescrittiva, Altra integrativa;
- Strutture private accreditate, Attività di ricovero, Prestazioni ambulatoriali;
- Tutela salute in carcere – attività amministrative (escluso convezioni c.ass.le);
- Specialisti ambulatoriali;
- Assistenza primaria, MMG e PLS, Scelta e revoca ed iscrizione, Cure domiciliari, Continuità Assistenziale;
- Convenzioni, Rapporti con Strutture Socio Sanitarie, Valutazione - organizzazione cure intermedie.

Il processo di centralizzazione comporta un miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza gestionale dei servizi e prestazioni offerti, garantendo percorsi condivisi, protocolli e modalità gestionali comuni, nell'ottica del generale efficientamento del sistema.

PROGETTO "INFERMIERE DI FAMIGLIA"

Il progetto denominato "Infermiere di famiglia" è stato avviato in considerazione dell'importante cambiamento dei bisogni assistenziali della popolazione, in particolare l'aumento della frequenza di patologie croniche.

La progressiva necessità di assistere il paziente dopo la dimissione ospedaliera e il conseguente prolungamento del bisogno di assistenza ha comportato una crescente domanda/necessità di assistenza domiciliare e/o ambulatoriale e territoriale e la necessità di avviare un nuovo modello organizzativo delle Cure domiciliari.

La nuova figura professionale dell'infermiere di famiglia risponde a queste esigenze; la sua collocazione è prevista, congiuntamente al MMG, nell'ambito dell'assistenza sanitaria di base, che andrà dalla promozione della salute alla prevenzione della malattia, dalla riabilitazione all'assistenza dei malati cronici e terminali.

POTENZIAMENTO HOSPICE DI ALESSANDRIA

L'Hospice è una struttura residenziale che ha le caratteristiche della casa. Rappresenta una offerta socio sanitaria con elevata intensità assistenziale e competenze specifiche.

L'Hospice di Alessandria

- accoglie pazienti affetti da malattie in fase avanzata;
- integra il servizio di cure palliative domiciliari per controllare e contenere il dolore;
- solleva temporaneamente le famiglie dal carico assistenziale; permette ai malati di superare situazioni di crisi;
- sostituisce la casa quando quella del malato non è idonea o in caso di particolare ed estrema solitudine.

A partire dal mese di maggio 2013, a seguito della mobilità su base volontaria del personale prima afferente l'ex sede ospedaliera di Valenza, l'Hospice "il Gelso" di Alessandria ha potuto potenziare l'offerta di posti letto da 11 a 16.

PROGETTO "LESIONI CUTANEE"

Le malattie vascolari e le loro complicanze in termini di lesione cutanee rappresentano un problema sanitario e sociale, sia per gli aspetti umani sia per gli aspetti economici, vista la maggiore incidenza degli stessi nella terza età.

Alla luce di questa considerazione, si è ritenuto necessario avviare un processo di condivisione/omogeneizzazione dei percorsi di continuità assistenziale e terapeutica rivolti alla prevenzione e cura delle lesioni cutanee e vascolari.

COMMISSIONE DOPPIA DIAGNOSI

Nell'ambito della riorganizzazione in funzione di una presa in carico trasversale del paziente e del sempre maggiore numero di pazienti che presentano problemi psichiatrici e di tossicodipendenza ed alcol-dipendenza, si è istituito la cd. "Commissione Doppia Diagnosi".

Il paziente, in cui coesistono i due disturbi distinti, ma correlati, necessita di una assistenza congiunta dei due Servizi (salute mentale e dipendenze patologiche).

Il DPD ed il DSM dell'ASL AL hanno messo un protocollo operativo di collaborazione per garantire la migliore gestione clinica e riabilitativa dei propri pazienti.

La Commissione Doppia Diagnosi attraverso incontri calendarizzati opera per la rivalutazione di pazienti già inseriti in Comunità Terapeutiche e per la valutazione e l'eventuale presa in carico di nuovi casi.

GRUPPO RIABILITATIVO DIPARTIMENTALE

Nell'ambito del Dipartimento di Salute Mentale si è sviluppata una organizzazione integrata di servizi finalizzati alla omogeneità delle risposte terapeutiche assistenziali dei pazienti.

Tale condizione è necessaria per il corretto utilizzo delle risorse collegate a percorsi clinici integrati di valutazione e di esito.

Il Gruppo Riabilitativo a carattere Dipartimentale risponde a questa esigenza.

Si occupa di Riabilitazione Psicosociale, ad oggi, prevalentemente a livello territoriale; attualmente sono in corso degli studi per l'applicazione all'interno di ogni SPDC dell'ASL AL.

Il Gruppo Riabilitativo ha il compito di esaminare i casi proposti dal medico curante, che ha in carico l'utente, e, attraverso procedure standard codificate e predefinite, predispone un progetto riabilitativo.

MEDIAZIONE INTERCULTURALE

Il fenomeno della immigrazione, sempre più diffuso anche nel nostro territorio non limitandosi più alle sole aree metropolitane, necessita di una adeguata risposta per consentire l'accesso al sistema sanitario ed assistenziale.

L'Azienda in collaborazione con l'ISRAL (Istituto per la storia della resistenza e della società contemporanea in provincia di Alessandria) attua progetti di mediazione culturale, soprattutto nell'ambito dei consultori, dove la presenza di donne straniere è rilevante.

L'attività di mediazione si orienta:

- a sostenere la capacità di comunicazione tra operatori sanitari ed utenti stranieri (conoscenza linguistica e modalità di linguaggio);
- a potenziare l'alfabetizzazione sanitaria dell'utenza immigrata (la capacità di ottenere, elaborare e capire le informazioni sanitarie).

PROGETTO DI GESTIONE LISTE D'ATTESA RESIDENZIALE ANZIANI

Sull'attività di controllo di gestione territoriale le risorse economiche destinate all'assistenza residenziale e semiresidenziale assumono un'incidenza rilevante sul totale delle risorse assegnate.

Fino ad ora sulle stesse vi era uno strutturato controllo contabile (budget / conto di bilancio / fattura / ordinativo di spesa) che consentiva un programmato utilizzo delle risorse ed un'analisi degli scostamenti rispetto alle previsioni, ma che rinviava ad analisi non strutturate l'approfondimento circa l'utilizzo e la destinazione delle risorse sotto diversi aspetti (es. il rispetto del rapporto tra posti letto residenziali anziani e popolazione anziana, la distribuzione di risorse).

Si è conseguentemente impostato un sistema di rilevazione che, confrontando i dati presenti nella banca dati regionale per la gestione dei flussi di assistenza residenziale, consentisse una riconduzione degli stessi ai dati di fatturazione, operando quindi una quadratura tra i due dati, e ne scorporasse anche l'aspetto quantitativo a livello distrettuale.

La creazione di archivi e procedure congiunte tra distretto e controllo di gestione ha come obiettivo la strutturazione di una reportistica periodica da fornire ai livelli decisionali in materia. Per questo motivo, utilizzando le procedure già in uso al controllo di gestione, si è studiata l'implementazione delle medesime al fine di standardizzare il lavoro in essere e garantire il raggiungimento dell'obiettivo prefissato.

Tutti questi lavori, in avanzata fase di realizzazione, consentiranno a breve la strutturazione delle informazioni previste e la conseguente produzione di report; tutto ciò finalizzato a rendere più efficaci ed efficienti i processi decisionali relativi alla gestione delle liste di attesa e degli inserimenti in struttura, con la possibilità di monitoraggio costante sul rispetto dei budget disponibili ed alla sostenibilità complessiva del sistema.

CENTRO DI ASSISTENZA PRIMARIA VALENZA (C.A.P.)

Il piano Sanitario Regionale prevede all'interno della organizzazione delle Aziende Sanitarie Locali la presenza dei Centri di Assistenza Primaria (CAP).

I CAP dovrebbero, nell'ottica del P.S.R., rappresentare il fulcro dell'organizzazione delle Cure Primarie, con l'obiettivo di fornire ai cittadini una offerta più ampia ed un punto di riferimento nella fascia oraria giornaliera.

Il CAP viene attivato per rispondere alle esigenze ed ai bisogni sanitari che non costituiscono emergenza (gli eventi di emergenza sono di pertinenza del Servizio Territoriale 118).

Il CAP ha come obiettivo quello di integrare l'attività del Medico di Famiglia : nelle ore diurne in cui il medico non svolge attività di ambulatorio e per quelle piccole urgenze di difficile gestione da parte del Medico Curante, riducendo il ricorso dell'ospedalizzazione impropria.

L'apertura del CAP del Distretto di Valenza si inserisce nel percorso di riconversione del presidio ospedaliero Ex Mauriziano di Valenza.

Il processo di riconversione ha permesso di liberare spazi nei quali sono state inserite ed avvicinare progressivamente le attività e le strutture distrettuali e, da ultimo, con la chiusura del punto di primo intervento, di allestire il centro CAP.

La gestione è affidata ai Medici di Guardia Medica (Continuità Assistenziale); essi avranno a disposizione i Servizi ubicati presso il distretto (Radiologia, Punto Prelievi, Medici Specialisti).

Questa organizzazione permette una diretta connessione tra le cure primarie e i servizi territoriali , permettendo all'utenza una più ampia accessibilità ai servizi.

I Medici di Guardia Medica verranno affiancati da personale infermieristico adeguatamente preparato . nel servizio sono presenti a regime un totale di 10 medici. I medici sono stati individuati in base alla disponibilità tra quelli operanti prioritariamente in continuità assistenziale nel distretto di Valenza; per la copertura di turni mancanti sono stati individuati i medici attingendo alla graduatoria aziendale della guardia medica come da AIR secondo disponibilità dichiarata con il criterio di priorità legato al posizionamento in graduatoria.

Il CAP sarà attivo dal Lunedì al Venerdì dalle ore 8.00 alle ore 16.00, in corrispondenza dei servizi presenti nel Distretto di Valenza di cui si avvale, mentre un centralino telefonico con personale esperto è attivo 24 H.

L'attività del CAP sarà collegata con i MMG/PLS tramite la condivisione informatica della relazione clinica di accesso al CAP (da ottobre 2013) e organizzativamente tramite riunioni di coordinamento periodiche.

Il CAP in coordinamento con il poliambulatorio specialistico ed il servizio di radiologia, presenti nella medesima sede, consente di erogare prestazioni nelle seguenti specialità:

- allergologia
- diagnostica ecografica addominale
- radiologia dei segmenti ossei e del torace
- dermatologia
- chirurgia
- diagnostica di laboratorio

Le prestazioni per gli utenti CAP, previa valutazione medica, sono ad accesso diretto.

Analisi della domanda/offerta della assistenza ospedaliera

La rete ospedaliera della Provincia di Alessandria, dopo la revisione, è composta dalle sedi di Acqui Terme, Casale Monferrato, Novi Ligure/Tortona, Ovada e dall'Azienda Ospedaliera di Alessandria, per quanto riguarda le strutture pubbliche e dalle strutture private accreditate Salus, Città di Alessandria, Villa Igea e Sant'Anna.

Globalmente sono presenti i seguenti posti letto

		ATTUALI
PL CLINCLE PRIVATE	RIC. ORD.	346
	D.H.	29
	TOTALE	375
PL ASL AL	RIC. ORD.	740
	D.H.	136
	TOTALE	876
PL ASO	RIC. ORD.	525
	D.H.	90
	TOTALE	615

In questo contesto si differenzia la struttura dell'ASO di Alessandria per la presenza di discipline di alta specializzazione di riferimento per tutta la zona Piemonte sud est.

Nelle seguenti tabelle è rappresentata l'attività dei PP.OO. dell'ASL AL relativi all'anno 2013:

	Casi			Peso Medio			Degenza Media
	DO	DH	TOT	DO	DH	TOT	DO
PRESIDI	23.961	9.608	33.569	1,19	0,72	1,06	8,07
PRESIDIO ACQUI	4.289	1.652	5.941	1,20	0,73	1,07	7,07
ORTOPEDIA ACQUI REPARTO	437	299	736	1,67	0,70	1,28	9,90
ORL ACQUI REPARTO	90	151	241	1,46	0,71	0,99	3,61
OCULISTICA ACQUI REPARTO		23	23		0,46	0,46	
CHIRURGIA ACQUI REPARTO	598	297	895	1,36	0,68	1,14	9,49
UROLOGIA ACQUI REPARTO	216	202	418	1,15	0,83	1,00	4,78
MEDICINA INTERNA ACQUI REPARTO	1.337		1.337	1,23		1,23	8,24
ONCOLOGIA ACQUI REPARTO		53	53		1,60	1,60	
OSTERICIA E GINECOLOGIA ACQUI REPARTO	665	510	1.175	0,69	0,61	0,66	4,00
PEDIATRIA ACQUI REPARTO	134	6	140	0,76	2,59	0,84	3,88
PEDIATRIA ACQUI NIDO	182		182	0,23		0,23	3,24
RIANIMAZIONE ACQUI	70		70	4,59		4,59	12,91
CARDIOLOGIA ACQUI REPARTO	423	111	534	1,14	0,95	1,10	6,07
UTIC ACQUI	137		137	1,11		1,11	5,16
PRESIDIO CASALE	7.283	3.804	11.087	1,21	0,71	1,03	8,63
ORTOPEDIA CASALE REPARTO	656	278	934	1,79	0,73	1,47	10,91
ORL CASALE REPARTO	193	162	355	1,30	0,73	1,04	3,69
OCULISTICA CASALE REPARTO	203	387	590	0,72	0,53	0,60	2,61
ODONTOSTOMATOLOGIA CASALE REPARTO		97	97		0,33	0,33	
CHIRURGIA CASALE REPARTO	727	330	1.057	1,25	0,75	1,09	7,45

UROLOGIA CASALE REPARTO	358	147	505	1,07	0,86	1,01	5,94
NEUROLOGIA CASALE REPARTO	540		540	1,11		1,11	11,01
NEFROLOGIA CASALE REPARTO		90	90		0,60	0,60	
INFETTIVE CASALE REPARTO	259	27	286	1,54	0,75	1,47	14,85
MEDICINA INTERNA CASALE REPARTO	1.386	112	1.498	1,19	0,73	1,16	9,35
LUNGODEGENZA CASALE	24		24	1,54		1,54	23,63
PNEUMOLOGIA CASALE REPARTO		185	185		0,94	0,94	
GASTROENTER/ENDOSCOPIA DIGES.CASALE		67	67		0,70	0,70	
ONCOLOGIA CASALE REPARTO	320	143	463	1,54	1,12	1,41	12,31
OSTERICIA E GINECOLOGIA CASALE REPARTO	874	388	1.262	0,69	0,54	0,64	3,97
PEDIATRIA CASALE REPARTO		20	20		0,32	0,32	
PEDIATRIA CASALE NIDO	479		479	0,30		0,30	3,18
RIANIMAZIONE CASALE	117	1.076	1.193	3,81	0,55	0,87	10,46
CARDIOLOGIA CASALE REPARTO	522	217	739	1,48	1,68	1,54	7,26
UTIC CASALE	74		74	0,84		0,84	2,09
RRF CASALE	257	78	335	1,74	0,68	1,49	24,39
SPDC P.O. CASALE	294		294	0,89		0,89	11,04
PRESIDIO NOVI	6.234	2.027	8.261	1,09	0,72	1,00	7,16
ORTOPEDIA NOVI REPARTO	345	131	476	1,74	0,75	1,47	10,39
OCULISTICA NOVI REPARTO		79	79		0,54	0,54	
CHIRURGIA NOVI REPARTO	878	477	1.355	1,23	0,62	1,01	7,52
UROLOGIA NOVI REPARTO	609	604	1.213	1,06	0,61	0,84	5,24
NEUROLOGIA NOVI REPARTO	528	16	544	1,27	0,53	1,25	9,56
NEFROLOGIA NOVI AMBULATORIO	88	41	129	1,34	1,24	1,31	10,36
MEDICINA INTERNA NOVI REPARTO	1.161	7	1.168	1,14	0,43	1,14	9,38
LUNGODEGENZA NOVI	60		60	0,76		0,76	15,35
GASTROENTER/ENDOSCOPIA DIGES.NOVI		16	16		0,30	0,30	
ALLERGOLOGIA NOVI		33	33		0,44	0,44	
ONCOLOGIA NOVI REPARTO		93	93		0,82	0,82	
OSTERICIA E GINECOLOGIA NOVI REPARTO	969	384	1.353	0,69	0,49	0,64	4,03
PEDIATRIA NOVI REPARTO	142	6	148	0,56	0,33	0,55	5,55
PEDIATRIA NOVI NIDO	510		510	0,22		0,22	3,40
RIANIMAZIONE NOVI	79		79	5,15		5,15	13,24
CARDIOLOGIA NOVI REPARTO	562	140	702	1,33	2,11	1,48	4,83
UTIC NOVI	71		71	1,38		1,38	3,17
SPDC PO NOVI	232		232	0,92		0,92	13,19
PRESIDIO OVADA	1.128	116	1.244	1,26	1,02	1,24	13,97
MEDICINA INTERNA OVADA REPARTO	772	114	886	1,18	1,03	1,16	10,86
LUNGODEGENZA OVADA	148		148	0,85		0,85	13,95
PNEUMOLOGIA OVADA REPARTO		2	2		0,09	0,09	
DEGENZA COD 56 II LIVELLO OVADA	208		208	1,88		1,88	25,51
PRESIDIO TORTONA	4.955	2.003	6.958	1,28	0,71	1,11	7,76
ORTOPEDIA TORTONA REPARTO	629	416	1.045	1,71	0,74	1,32	8,95
ORL TORTONA REPARTO	318	315	633	0,99	0,69	0,84	3,25
OCULISTICA TORTONA REPARTO	1	57	58	1,34	0,48	0,50	7,00
CHIRURGIA TORTONA REPARTO	961	591	1.552	1,29	0,72	1,07	6,17
NEUROLOGIA TORTONA REPARTO	440	4	444	1,34	0,63	1,33	10,19
MEDICINA INTERNA TORTONA REPARTO	1.288		1.288	1,25		1,25	10,74
ONCOLOGIA TORTONA REPARTO		89	89		1,76	1,76	
OSTERICIA E GINECOLOGIA TORTONA REPARTO	224	138	362	0,71	0,49	0,63	3,71

PEDIATRIA TORTONA REPARTO	433	87	520	0,52	0,24	0,47	4,10
PEDIATRIA TORTONA NIDO	81		81	0,31		0,31	3,40
RIANIMAZIONE TORTONA	65	251	316	6,38	0,53	1,74	17,58
CARDIOLOGIA TORTONA REPARTO	399	55	454	1,34	1,23	1,33	7,54
UTIC TORTONA	116		116	1,23		1,23	4,42
PRESIDIO VALENZA	72	6	78	1,70	0,44	1,61	19,17
MEDICINA INTERNA VALENZA REPARTO	31	6	37	1,28	0,44	1,14	11,26
LUNGODEGENZA VALENZA	23		23	1,75		1,75	26,91
DEGENZA COD 56 II LIV VALENZA	18		18	2,37		2,37	22,89

Nella tabella seguente è rappresentata l'attività dell'ASO di Alessandria per i residenti ASL AL anno 2013

ASO ALESSANDRIA PER RESIDENTI ASL AL – ANNO 2013

ANNO 2013	Casi			Peso Medio			Degenza Media
	RIC. ORD.	DH	TOT	RIC. ORD.	DH	TOT	RIC. ORD.
TOT	15.374	5.843	21.217	1,63	0,76	1,39	8,9
07 - CARDIOCHIRURGIA	167		167	5,85		5,85	16,1
08 - CARDIOLOGIA	1.313	226	1.539	2,00	0,99	1,85	4,1
09 - CHIRURGIA GENERALE	740	293	1.033	2,26	0,89	1,87	9,4
10 - CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	29	566	595	1,15	0,83	0,84	4,2
11 - CHIRURGIA PEDIATRICA	155	301	456	0,97	0,50	0,66	4,8
12 - CHIRURGIA PLASTICA	81	331	412	1,19	0,97	1,02	3,8
13 - CHIRURGIA TORACICA	189		189	2,15		2,15	5,5
14 - CHIRURGIA VASCOLARE	413	118	531	2,43	0,62	2,03	8,0
18 - EMATOLOGIA	181	250	431	6,36	1,12	3,32	19,2
19 - MALATTIE ENDOCRINE E DELLA NUTRIZIONE	251	92	343	1,31	0,34	1,05	10,4
21 - GERIATRIA	563		563	1,43		1,43	14,0
24 - MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	238	13	251	2,00	1,71	1,98	16,5
26 - MEDICINA GENERALE	2.259	78	2.337	1,25	0,78	1,24	9,9
28 - UNITA' SPINALE	22	33	55	0,28	0,14	0,20	89,2
29 - NEFROLOGIA	171	118	289	1,58	1,54	1,56	12,4
30 - NEUROCHIRURGIA	462	62	524	3,06	1,06	2,82	8,3
31 - NIDO	1.115		1.115	0,45		0,45	3,4
32 - NEUROLOGIA	718	105	823	1,35	0,79	1,28	9,6
33 - NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	137	19	156	0,86	0,37	0,80	6,3
34 - OCULISTICA	28	354	382	0,79	0,62	0,63	3,1
35 - ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA		84	84		0,80	0,80	
36 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	853	434	1.287	2,00	0,75	1,58	7,4
37 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1.705	443	2.148	0,72	0,52	0,68	4,7
38 - OTORINOLARINGOIATRIA	200	620	820	1,42	0,57	0,78	5,8
39 - PEDIATRIA	753	94	847	0,62	0,45	0,60	3,8
40 - PSICHIATRIA	334	65	399	0,94	1,20	0,98	8,5
43 - UROLOGIA	464	231	695	1,49	0,75	1,24	6,1
49 - TERAPIA INTENSIVA	123	166	289	6,73	0,79	3,32	12,1
50 - UNITA' CORONARICA	108		108	2,55		2,55	4,7
56 - RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	455	38	493	2,32	1,59	2,26	28,2
58 - GASTROENTEROLOGIA		26	26		0,25	0,25	
60 - LUNGODEGENTI	35		35	1,38		1,38	19,6

61 - MEDICINA NUCLEARE	48		48	1,07		1,07	2,1
64 - ONCOLOGIA	340	444	784	1,37	0,62	0,94	15,9
67 - PENSIONATI	37	10	47	2,01	0,71	1,73	10,4
68 - PNEUMOLOGIA	517	86	603	1,93	1,06	1,81	13,2
71 - REUMATOLOGIA	20	22	42	1,39	0,52	0,93	13,3
73 - TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	66		66	3,90		3,90	18,0
75 - NEURORIABILITAZIONE	36	35	71	10,84	1,87	6,42	82,4
78 - UROLOGIA PEDIATRICA	41	85	126	1,16	0,72	0,87	4,3
97 - DETENUTI	7	1	8	1,27	0,74	1,20	8,4

MOBILITA' PASSIVA EXTRAREGIONALE

Anno 2012		TOTALE	LOMBARDIA	VENETO	LIGURIA	EMILIA ROMAGNA	TOSCANA	ALTRE REGIONI
All	casi	10.245	6.433,00	131,00	2.723,00	330,00	227,00	401,00
	% sul fabbisogno totale residenti	11%	6,97%	0,14%	2,95%	0,36%	0,25%	0,43%
Distretto di Acqui Terme	casi	836	276,00	10,00	462,00	33,00	31,00	24,00
	% sul fabbisogno totale residenti	1%	0,30%	0,01%	0,50%	0,04%	0,03%	0,03%
Distretto di Alessandria	casi	1.945	1.160,00	55,00	430,00	87,00	73,00	140,00
	% sul fabbisogno totale residenti	2%	1,26%	0,06%	0,47%	0,09%	0,08%	0,15%
Distretto di Casale	casi	1.106	782,00	20,00	168,00	40,00	20,00	76,00
	% sul fabbisogno totale residenti	1%	0,85%	0,02%	0,18%	0,04%	0,02%	0,08%
Distretto di Novi Ligure	casi	2.112	1.052,00	15,00	878,00	63,00	40,00	64,00
	% sul fabbisogno totale residenti	2%	1,14%	0,02%	0,95%	0,07%	0,04%	0,07%
Distretto di Ovada	casi	772	236,00	8,00	485,00	17,00	16,00	10,00
	% sul fabbisogno totale residenti	1%	0,26%	0,01%	0,53%	0,02%	0,02%	0,01%
Distretto di Tortona	casi	2.918	2.528,00	15,00	236,00	65,00	26,00	48,00
	% sul fabbisogno totale residenti	3%	2,74%	0,02%	0,26%	0,07%	0,03%	0,05%
Distretto di Valenza	casi	556	399,00	8,00	64,00	25,00	21,00	39,00
	% sul fabbisogno totale residenti	1%	0,43%	0,01%	0,07%	0,03%	0,02%	0,04%

Attività ospedaliera e territoriale

Per quanto concerne l'attività proprie dell'ASL AL, nel corso del 2013 si registra un sostanziale mantenimento dei livelli di attività ospedaliera (RICOVERI: 2013= 33.569; 2012= 36.618; PRESTAZIONI: per interni 2013= 998.862; 2012= 1.175.917; per esterni 2013= 6.884.773; 2012= 6.871.494) e distrettuale (Prestazioni: 2013= 209.666; 2012=195.562) rispetto al precedente anno.

Il peso medio (indice di complessità) dell'attività di ricovero dei Presidi Ospedalieri dell'ASL AL è in linea rispetto all'anno precedente (2013= 1.06; 2012= 2.12), segnale del processo di mantenimento dell'appropriatezza e della qualificazione dell'attività di ricovero della rete dei Presidi Ospedalieri.

Per quanto attiene la Rete dell'Emergenza / Urgenza delle sedi ospedaliere ASL AL, si registra un andamento sostanzialmente stabile degli accessi (-4% rispetto all'anno 2012), prosegue il trend in diminuzione dei codici bianchi (accessi tendenzialmente inappropriati), segnale evidente dei risultati ottenuti a fronte di un coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta sulla gestione degli episodi per i quali non risulta di fatto necessario l'accesso alla rete dell'emergenza-urgenza (con conseguenti effetti sull'efficienza ed efficacia dell'intero settore ospedaliero).

RICOVERI-AMBULATORIALE-DEA-FILE F

	per residenti ASLAL	altre residenti ASL Piemonte	per residenti altre Regioni	per Stranieri	per STP	Totali
	Importi	Importi	Importi	Importi	Importi	Importi
anni 2012	165.951.983,18	11.092.698,24	11.578.891,49	552.908,95	21.754,71	189.198.236,57
anno 2013	157.490.745,48	10.356.227,04	10.795.495,52	425.449,38	19.832,33	179.087.749,75

Da report extranet CSI Piemonte – Regio080

ATTIVITA' AMBULATORIALE PER ESTERNI

		2012	2013
PRESIDIO ACQUI	Prestazioni di attività clinica	132.493	111.652
	Prestazioni di laboratorio	550.773	566.122
	Prestazioni di diagnostica strumentale e di immagine	21.702	23.988
PRESIDIO CASALE	Prestazioni di attività clinica	257.458	296.724
	Prestazioni di laboratorio	1.302.543	1.279.612
	Prestazioni di diagnostica strumentale e di immagine	45.109	46.084
PRESIDIO NOVI	Prestazioni di attività clinica	203.738	193.045
	Prestazioni di laboratorio	1.421.462	1.946.466
	Prestazioni di diagnostica strumentale e di immagine	31.306	30.035
PRESIDIO OVADA	Prestazioni di attività clinica	69.331	71.324
	Prestazioni di laboratorio	197	80
	Prestazioni di diagnostica strumentale e di immagine	12.783	13.626
PRESIDIO TORTONA	Prestazioni di attività clinica	158.787	169.361
	Prestazioni di laboratorio	603.677	100.649
	Prestazioni di diagnostica strumentale e di immagine	33.036	32.345
PRESIDIO VALENZA	Prestazioni di attività clinica	27.800	30.899
	Prestazioni di laboratorio	2.765	4.935
	Prestazioni di diagnostica strumentale e di immagine	8.971	8.530
NOTA = ATTIVITA' DI LABORATORIO AL NETTO DEI PRELIEVI ARTERIOSI (91.48.5) CAPILLARE (91.49.1) E VENOSO (91.49.2)			

DEA / PRONTO SOCCORSO

COD URGENZA	ANNO 2010	ANNO 2011	ANNO 2012	ANNO 2013
BIANCO	7.914	7.193	7.051	5.308
VERDE	91.860	91.739	90.791	88.657
GIALLO	14.898	14.531	14.079	12.909
ROSSO	503	543	584	593
NERO	3	5	7	2
Non triagiato	339	169	-	1
Totale complessivo	115.517	114.180	112.512	107.470

PP.OO. ASL AL	ACCESSI DEA/PS
	Complessivi (residenti e non)
	ANNO 2013
ACQUI	17.256
NOVI	25.537
OVADA	6.727
TORTONA	24.099
CASALE	32.298
VALENZA	1.553
TOT ASL AL	107.470

CASE DI CURA PRESENTI SUL TERRITORIO ASL AL
PRODUZIONE RICOVERI OSPEDALIERI

	2012			2013		
	DO	DH	TOTALE	DO	DH	TOTALE
CASA DI CURA SALUS	3.583	206	3.789	3.531	187	3.718
CASA DI CURA CITTA' DI ALESSANDRIA	4.017		4.017	4.291		4.291
CASA DI CURA S. ANNA	1.340	1.913	3.253	1.273	1.972	3.245
CASA DI CURA VILLA IGEA	2.062	2.569	4.631	1.967	2.684	4.651
TOTALE PRODUZIONE CASE DI CURA	11.002	4.688	15.690	11.062	4.843	15.905

FABBISOGNO RICOVERI RESIDENTI ASL ALESSANDRIA

		2012	2013
Distretto di Acqui Terme	PE - Passiva Extraregione	836	dato non dispo.
	PI - Passiva Infraregione	2.769	2.330
	PR - Produzione Residenti	4.109	3.802
Distretto di Alessandria	PE - Passiva Extraregione	1.945	dato non dispo.
	PI - Passiva Infraregione	19.181	15.901
	PR - Produzione Residenti	1.662	1.375
Distretto di Casale	PE - Passiva Extraregione	1.106	dato non dispo.
	PI - Passiva Infraregione	5.168	4.457
	PR - Produzione Residenti	8.628	8.103
Distretto di Novi Ligure	PE - Passiva Extraregione	2.112	dato non dispo.
	PI - Passiva Infraregione	3.061	2.899
	PR - Produzione Residenti	6.823	6.498

Distretto di Ovada	PE - Passiva Extraregione	772	dato non dispo.
	PI - Passiva Infraregione	1.231	1.118
	PR - Produzione Residenti	2.858	2.574
Distretto di Tortona	PE - Passiva Extraregione	2.918	dato non dispo.
	PI - Passiva Infraregione	2.224	2.031
	PR - Produzione Residenti	5.826	5.349
Distretto di Valenza	PE - Passiva Extraregione	556	dato non dispo.
	PI - Passiva Infraregione	3.229	2.795
	PR - Produzione Residenti	1.405	1.032

I TEMPI DI ATTESA AZIENDALI

La Regione Piemonte raccoglie informazioni utili per conoscere tempi d'attesa di visite specialistiche, esami diagnostici, attraverso le informazioni fornite dalle Aziende Sanitarie afferenti.

In allegato, si offre il dettaglio dei tempi di attesa 2013 relativi alle varie strutture della Asl AL, così come forniti alla Regione Piemonte.

Si allega tabella tempi di Attesa Regionali (allegato 3)

L'ATTIVITA' TERRITORIALE

		2012	2013
DISTRETTO ACQUI	Prestazioni di attivita' clinica	11.473	14.492
	Prestazioni di laboratorio	557	612
	Prestazioni di diagn. strum. e di immagine	4	
	TOTALE	12.034	15.104
DISTRETTO ALESSANDRIA	Prestazioni di attivita' clinica	45.123	51.249
	Prestazioni di laboratorio	176	210
	Prestazioni di diagn. strum. e di immagine	15.898	7.795
	TOTALE	61.197	59.254
DISTRETTO CASALE	Prestazioni di attivita' clinica	26.663	31.331
	Prestazioni di laboratorio	1.035	1.005
	Prestazioni di diagn. strum. e di immagine	78	206
	TOTALE	27.776	32.542
DISTRETTO NOVI	Prestazioni di attivita' clinica	40.867	48.353
	Prestazioni di laboratorio	554	719
	TOTALE	41.421	49.072
DISTRETTO OVADA	Prestazioni di attivita' clinica	4.450	5.241
	Prestazioni di laboratorio	689	690
	Prestazioni di diagn. strum. e di immagine	200	144
	TOTALE	5.339	6.075
DISTRETTO TORTONA	Prestazioni di attivita' clinica	33.670	32.426
	Prestazioni di laboratorio	457	608
	Prestazioni di diagn. strum. e di immagine	417	224
	TOTALE	34.544	33.258
DISTRETTO VALENZA	Prestazioni di attivita' clinica	12.943	14.049
	Prestazioni di laboratorio	307	312
	Prestazioni di diagn. strum. e di immagine	1	
	TOTALE	13.251	14.361
DISTRETTI	Prestazioni di attivita' clinica	175.189	197.141
	Prestazioni di laboratorio	3.775	4.156
	Prestazioni di diagn. strum. e di immagine	16.598	8.369
	TOTALE	195.562	209.666
NOTA = ATTIVITA' DI LABORATORIO AL NETTO DEI PRELIEVI ARTERIOSI (91.48.5) CAPILLARE (91.49.1) E VENOSO (91.49.2)			

**Modello 1 - Q.1 - CONSUNTIVO - Assistenza distrettuale - medicina di base e la pediatria di libera scelta (Attività)
Attività**

Riga		Numero
		Consuntivo - Val. Comp.
	Voce	
Q110	Continuità assistenziale - numero visite	61278
Q111	ADI - ADP numero interventi	49025
Q112	PLS n° prestazioni aggiuntive - terapeutiche (A1)	133
Q113	PLS n° prestazioni aggiuntive - di screening (A2)	3150
Q114	PLS n° prestazioni aggiuntive - vaccinazioni (B)	0
Q115	PLS n° prestazioni aggiuntive - diagnostiche (C)	4203
Q116	PLS n° prestazioni aggiuntive - bilanci di salute	18049
Q117	MMG - Assistenza primaria -numero scelte	399239
Q118	PLS - Assistenza primaria -numero scelte	36546
Q119	MMG - assistenza primaria - numero di equipes assistenza territoriale	27
Q120	MMG - Assistenza primaria -numero ore totale di apertura settimanale ambulatori	4910
Q121	PLS - Assistenza primaria -numero ore totale di apertura settimanale ambulatori	585
Q122	MMG – Prevenzione - numero pazienti inseriti nella gestione integrata del diabete	8604

Modello 1 - U.1B - CONSUNTIVO - Assistenza distrettuale - DSM (Attività)
Attività prodotta e acquistata a favore di persone con problemi psichiatrici

Riga		Numero
		Consuntivo - Val. Comp.
	Voce	
U110b	N° utenti in carico	4340
U111b	Centri diurni - (n° giornate) - Assistenza semiresidenziale	0
U112b	DH territoriali - (n° giornate) - Assistenza semiresidenziale	0
U113b	Assistenza territoriale residenziale (n° giornate)	91383
U114b	Comunità alloggio	12716
U115b	Gruppi appartamento e progetti individuali	25425
U116b	Comunità protette (A e B)	33427
U117b	Comorbilità psichiatrica	4742
U118b	RSA / RAF	15073
U119b	Attività territoriale/ambulatoriale (N° prest.) - persone con problemi psichiatrici	17003
U120b	Prestazioni da nomenclatore nazionale (N° prestazioni - flusso C)	17003
U121b	Prestazioni da nomenclatore regionale (N° prestazioni)	0
U122b	Attività di ricovero (Numero) per DRG psichiatrici indotta da propri residenti (consumo)	1057
U123b	Ricoveri ordinari - acuzie (codice 40 servizio pubblico SPDC e Clinica Universitaria)	930
U124b	di cui TSO	78
U125b	di cui LEA (elenco)	41
U126b	Ricoveri ordinari - postacuzie (codice 40, 56 e 60 privati Case di Cura)	0
U127b	di cui LEA (elenco)	0
U128b	Ricoveri diurni (DH codice 40, SDO)	127
U129b	Attività di ricovero (Numero) per DRG psichiatrici indotta da pazienti psichiatrici (produzione)	526
U130b	Ricoveri ordinari - acuzie (codice 40 servizio pubblico SPDC e Clinica Universitaria)	526
U131b	di cui TSO	13
U132b	di cui LEA (elenco)	39
U133b	di cui mobilità attiva	51
U134b	Ricoveri ordinari - postacuzie (codice 40 privati Case di Cura - solo DRG elenco)	0
U135b	di cui LEA (elenco)	0
U136b	Ricoveri diurni (DH codice 40, SDO)	0
U137b	di cui mobilità attiva	0

**Modello 1 - U.1A - CONSUNTIVO - Assistenza distrettuale - Sert
(Attività)**

**Attività prodotta e acquistata a favore di persone con problemi di dipendenza
(pesi, giornate, N° prest. prodotte)**

Riga		Numero Medio
		Consuntivo - Val. Comp.
	Voce	
U110a	N° utenti in carico	2646
U111a	Tossicodipendenti	1706
U112a	Alcoolisti	791
U113a	altre dipendenze	149

Riga		Numero
		Consuntivo - Val. Comp.
	Voce	
U114a	Assistenza territoriale semiresidenziale (n° giornate) - persone con problemi di dipendenza	1200
U114a8	STR semiresidenziale 8 ore die 12-C1	0
U114a4	STR semiresidenziale breve 4 ore die 12-C2	1200
U117a	Assistenza territoriale residenziale (n° giornate) - persone con problemi di dipendenza	16238
U118aa	STR residenziale 12-A	8433
U118ab	STR alloggio reins 12-B1	0
U118ac	STR alloggio reins HIV/AIDS 12-B2	0
U119aa	STS Adulti 13-A	0
U119ab	STS Bambini 13-A	0
U119ac	STS Mamme pronta emergenza 13-A	0
U119ad	STS Bambini pronta emergenza 13-A	0
U119ae	STS Coppie (adulti e minori) 13-B	0
U119af	STS Minori 13-C	0
U119ag	STS Minori pronta emergenza 13-C	0
U119ah	STS Centro Crisi 13-D	0
U119ai	STS Comorbilità 13-E	3662
U119al	STS HIV/AIDS 13-F	2094
U120aa	SRLA residenziale 14-A	957
U120ab	Gruppi appartamento 14-B	1092
U123a	Attività territoriale/ambulatoriale - persone con problemi di dipendenza	
U124a	prestazioni da nomenclatore nazionale (pesi - flusso C) erogate dai Sert	26748
U125a	N° somministrazione farmaci	255922
U126a	N° raccolta campioni urine	32192
U127a	N° altre prestazioni infermieristiche	15769
U128a	N° passaggi servizi bassa soglia	7470
U129a	N° certificazioni per mansioni a rischio	50
U130a	Attività indotte da residenti dell'ASL con problemi di dipendenza (pesi)	49
U131a	Prestazioni specifiche (pesi flusso C) erogate da altre strutture aziendali e/o da altre ASR	0

Percorso di budget 2013

Il budget riveste, anche per l'anno 2013, un ruolo molto importante, non tanto e non solo come riferimento operativo generale sull'andamento dell'azienda (in confronto a quanto previsto), ma anche perché, nel suo processo di preparazione:

- obbliga tutte le aree aziendali a riflettere sulle attività di propria competenza, impostare programmi e monitorare (controllare continuamente) le attività quando i programmi diventano operativi.
- promuove la comunicazione tra le diverse aree aziendali e il confronto su fabbisogni spesso contrastanti;
- fornisce, di conseguenza, dei criteri di valutazione delle performance (necessariamente) condivisi.

Per l'anno 2013, il percorso di budget si è così articolato:

PRESIDI OSPEDALIERI

L'anno 2013 è stato caratterizzato dall'impatto della riorganizzazione della rete ospedaliera sui servizi erogati dai Presidi Ospedalieri. Questo processo ha dato atto a modificazioni organizzative e strutturali il cui governo e controllo sono stati sostenuti da specifici obiettivi di budget in carico alle strutture ospedaliere coinvolte.

Inevitabili gli effetti sugli aspetti organizzativi e sulle risorse assegnate delle varie realtà organizzative.

Anche gli obiettivi di consumo di beni sanitari hanno subito delle conseguenze a seguito dei cambiamenti della rete ospedaliera. Si è cercato di rimodulare i valori in base alle effettive attività svolte (chi fa che cosa e dove) e non più (o non solo) secondo la visione dello "storico".

Tra novembre e dicembre 2012 si sono svolti incontri con i responsabili di strutture della rete ospedaliera afferenti alla stessa area (Medicina, Ostetricia, Neurologia, Chirurgia, Cardiologia) con lo scopo di effettuare un'analisi di benchmarking.

OBIETTIVI ASSEGNATI ALLA MACROAREA PRESIDIO OSPEDALIERI ASL AL:

- STRUTTURE DI PRODUZIONE (DEGENZA E SPECIALISTICA):

Obiettivi di Attività:

Mantenimento a livello 2012 del rapporto fatturato complessivo/consumo beni sanitari

Corretto utilizzo registro operatorio informatizzato (inserimento cod. intervento)

Corretta prescrizione ed imputazione dei farmaci ex H-OSP 1

Obiettivi di Efficienza:

Consumo farmaci, beni sanitari e protesi: definiti in base alle effettive prospettive di attività svolte nella nuova ottica di riorganizzazione delle rete

Riduzione dei costi sui servizi di sterilizzazione : -10% anno 2011

- ALTRE STRUTTURE OSPEDALIERE

Rispetto degli stanziamenti sui conti di bilancio gestiti: entro la disponibilità fissata nei budget finanziari 2012 nel sistema contabilità (Direzioni Sanitarie di Presidio); partecipazione all'obiettivo dei reparti sul riduzione dei costi sui servizi di sterilizzazione (Direzioni Sanitarie di Presidio);

Obiettivi specifici per altre strutture (SITRO, Rischio Clinico e Infettivo, Direzione Amministrativa PPOO)

DISTRETTI E AREA TERRITORIALE

La delibera del Direttore Generale nr 302 del 13/9/2012, avente ad oggetto "Attività distrettuale – riorganizzazione sperimentale", ha definito uno schema organizzativo di delega di funzioni delle principali attività distrettuali, al fine di favorire la visione unitaria e centrale delle attività.

- DISTRETTI – DIPARTIMENTO DIPENDENZE – DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE

Obiettivi di Efficienza:

Rispetto degli stanziamenti sui conti di bilancio gestiti: entro la disponibilità fissata nei budget finanziari 2013 nel sistema contabilità

Obiettivi specifici per DSM SERT

Progetti e Obiettivi Regionali:

Progetti specifici per tutte le strutture del territorio

- OBIETTIVI ASSEGNATI AL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Obiettivi di Attività:

Specifici per struttura del Dipartimento, come da indicazioni regionali

Obiettivi di Efficienza:

Consumo beni sanitari

Progetti:

Predisposizione di proposte di razionalizzazione della Pronta Disponibilità della dirigenza e comparto, in collaborazione e con la condivisione di tutti i Servizi del D.P.

Analisi dell'organizzazione territoriale delle sedi del D.P. e proposte di revisione.

Adeguamento dei processi organizzativi a seguito dell'adozione del nuovo atto aziendale.

Revisione del regolamento del D.P.

AREA AMMINISTRATIVA E TECNICO-LOGISTICA

Gli obiettivi sono stati incentrati in particolare su:

attuazione delle disposizioni nazionali e regionali in merito alla revisione della spesa pubblica; attività e riorganizzazione interna dei servizi derivanti dalle funzioni attribuite alla Federazione.

OBIETTIVI ASSEGNATI ALL'AREA AMMINISTRATIVA

Obiettivi di Efficienza:

Rispetto degli stanziamenti sui conti di bilancio gestiti: entro la disponibilità fissata nei budget finanziari 2013 nel sistema contabilità (Provveditorato, Economato, Tecnico, Sistema Informativo, Controllo di Gestione)

Altri obiettivi specifici assegnati alle singole strutture

COMPARTO SANITARIO

Gli obiettivi, coerenti con quelli assegnati alle strutture sanitarie, sono definiti in accordo con la struttura S.I.T.R.O. che ha provveduto alla loro diffusione, attuazione e verifica.

COMPARTO AMMINISTRATIVO, TECNICO E PROFESSIONALE

Sono stati assegnati obiettivi specifici funzionali ai processi di riorganizzazione e di controllo / revisione della spesa pubblica in atto.

ESITO PROCESSO DI VALUTAZIONE

Schede valutate da Nucleo di Valutazione:	132
Strutture con obiettivi non raggiunti: di cui:	16
Area Ospedaliera	11
Area Territoriale	5
Percentuali di abbattimento applicate sull'indennità di risultato del personale dirigente:	Minimo 6% massimo 20%