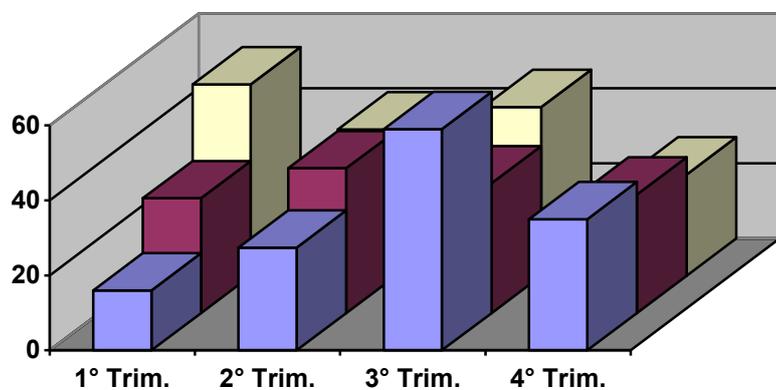


RELAZIONE SULL'ANDAMENTO GESTIONALE E SULLA PERFORMANCE

ANNO 2012

REGIONE PIEMONTE - ASL AL



Indice

Indice

Presentazione

Introduzione

Il contesto generale anno 2012

L'Andamento economico

IL QUADRO ECONOMICO DELL'ULTIMO QUINQUENNIO

I CREDITI VERSO REGIONE

I DEBITI VERSO FORNITORI

LA SITUAZIONE ECONOMICA 2012

Il percorso di riorganizzazione

I progetti avviati in area ospedaliera

I progetti avviati in area territoriale

L'analisi della domanda/offerta della assistenza ospedaliera

L'attività ospedaliera e territoriale

L'ATTIVITA' OSPEDALIERA

L'APPROPIATEZZA DEI RICOVERI

I TEMPI DI ATTESA AZIENDALI

L'ATTIVITA' TERRITORIALE

La nascita della Federazione Piemonte 6

Il percorso di budget

Conclusioni

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 2012, in attesa di relazionare sugli esiti del Piano della Performance 2014-2016 di prossima adozione.

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 2012, la direzione aziendale si è posta come obiettivi prioritari :

- Adozione proposta di riorganizzazione della rete ospedaliera;
- Mantenimento dei livelli di attività ospedaliera e distrettuale;
- Perseguimento dell'equilibrio economico aziendale

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

Nella consapevolezza che solo un impegno comune condiviso a tutti i livelli può portare a risultati concreti, gli obiettivi sono stati declinati nella "scheda di budget", assegnata alle singole unità operative.

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...".

L'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.

Due fattori estremamente positivi, ma che devono portare ad una rilettura dell'impianto organizzativo del Servizio sanitario verso un suo aggiornamento / adeguamento.

Purtroppo il verificarsi contingente della crisi economica che prima ha minato la crescita dei finanziamenti al Servizio Sanitario poi li ha ridotti e della mancata razionalizzazione e controllo della spesa sanitaria tramite interventi strutturali ha portato alla costituzione di un disavanzo la cui gravità ed insostenibilità.

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

La ripartizione percentuale dei costi della nostra Azienda è la seguente:

LIVELLO	COSTI	%
OSPEDALE	321.201.919	41,2%
TERRITORIO	429.969.693	55,2%
PREVENZIONE	28.435.272	3,6%
TOTALE	779.606.884	100,00

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.

Particolarmente importante è anche la garanzia della continuità assistenziale ospedale-territorio che l'Azienda sta perseguendo in linea con le indicazioni regionali.

Il contesto generale anno 2012

Con D.G.R. 13-3723 del 27.4.2013, con la quale si è disposto di nominare il Direttore generale dell'Azienda sanitaria locale AL, sono stati individuati i seguenti obiettivi di mandato:

- 1) attivare gli adempimenti necessari per la costituzione della Federazione sovrazonale di afferenza, ai sensi dell'art. 23 della l.r. n. 18/2007;
- 2) contribuire alla realizzazione delle strutture di funzionamento della Federazione sovrazonale di afferenza, sia conferendo alla stessa, attraverso i previsti accordi contrattuali, le funzioni operative previste dalla legge regionale 3/2012, sia trasferendo le risorse che l'Amministratore Unico della Federazione sovra zonale richiederà ai Soci per lo svolgimento di tali funzioni operative;
- 3) riduzione, rispetto al 2011, del costo complessivo di funzionamento dell'Azienda sanitaria per gli anni 2012 e 2013, in base alle indicazioni che saranno definite, con apposita deliberazione della Giunta regionale, per ciascuna Azienda sanitaria;
- 4) rendere operative le iniziative definite dal PSSR 2012-2015 e dalla Programmazione regionale, anche decentrata a livello di area sovrazonale, per la realizzazione della rete ospedaliera di afferenza;
- 5) attuare il censimento dell'amianto nel territorio di competenza secondo le indicazioni che saranno definite da Regione-ARPA con apposita deliberazione della Giunta regionale.
- 6) Attuare la riconversione dell'Ospedale di Valenza secondo le indicazioni regionali;
- 7) realizzare il progetto di Ospedale Unico, articolato su due sedi, per i Presidi di Novi Ligure e di Tortona.

Tali obiettivi devono essere inquadrati nei più generali obiettivi 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

L'andamento economico

IL QUADRO ECONOMICO DELL'ULTIMO QUINQUENNIO

La tabella sottostante evidenzia l'andamento economico gestionale dell'Azienda nell'arco degli ultimi 5 esercizi; da evidenziare che a fronte di un importo del Fondo sanitario regionale pressoché stabilizzato nel corso degli ultimi anni si registrano, soprattutto negli ultimi esercizi, rilevanti contrazioni di costo per beni e servizi e per la voce personale, segno tangibile delle azioni messe in atto sull'efficientamento dell'intero sistema.

	2008	2009	2010	2011	2012
fondo sanitario regionale	753.848	774.763	775.955	771.904	772.450
altri ricavi	19.894	20.283	19.653	20.415	24.211
totale ricavi gestione ordinaria	773.742	795.046	795.608	792.319	796.661
costo beni e servizi sanitari	- 386.720	- 392.961	- 400.446	- 397.344	- 385.667
costo personale	- 207.730	- 213.639	- 216.378	- 214.080	- 211.625
costi generali di funzionamento e imposte	- 40.931	- 37.843	- 33.656	- 34.751	- 34.895
totale costi gestione ordinaria	- 635.381	- 644.443	- 650.480	- 646.175	- 632.187
saldo mobilità attiva e passiva	- 152.660	- 164.133	- 167.742	- 158.045	- 164.474
costi / ricavi straordinari	6.012	4.023	8.009	5.212	0
risultato economico	- 8.287	- 9.507	- 14.605	- 6.689	0
poste non monetarie	8.289	9.530	9.194	7.396	0
risultato finanziario	2	23	- 5.411	707	0

Euro/1000

LA SITUAZIONE ECONOMICA 2012

Per l'anno 2012 è confermato il raggiungimento dell'obiettivo di pareggio di bilancio. Aspetto che non pare influente è che il risultato di cui trattasi è conseguito in termini di gestione ordinaria senza dunque alcuna influenza di poste straordinarie.

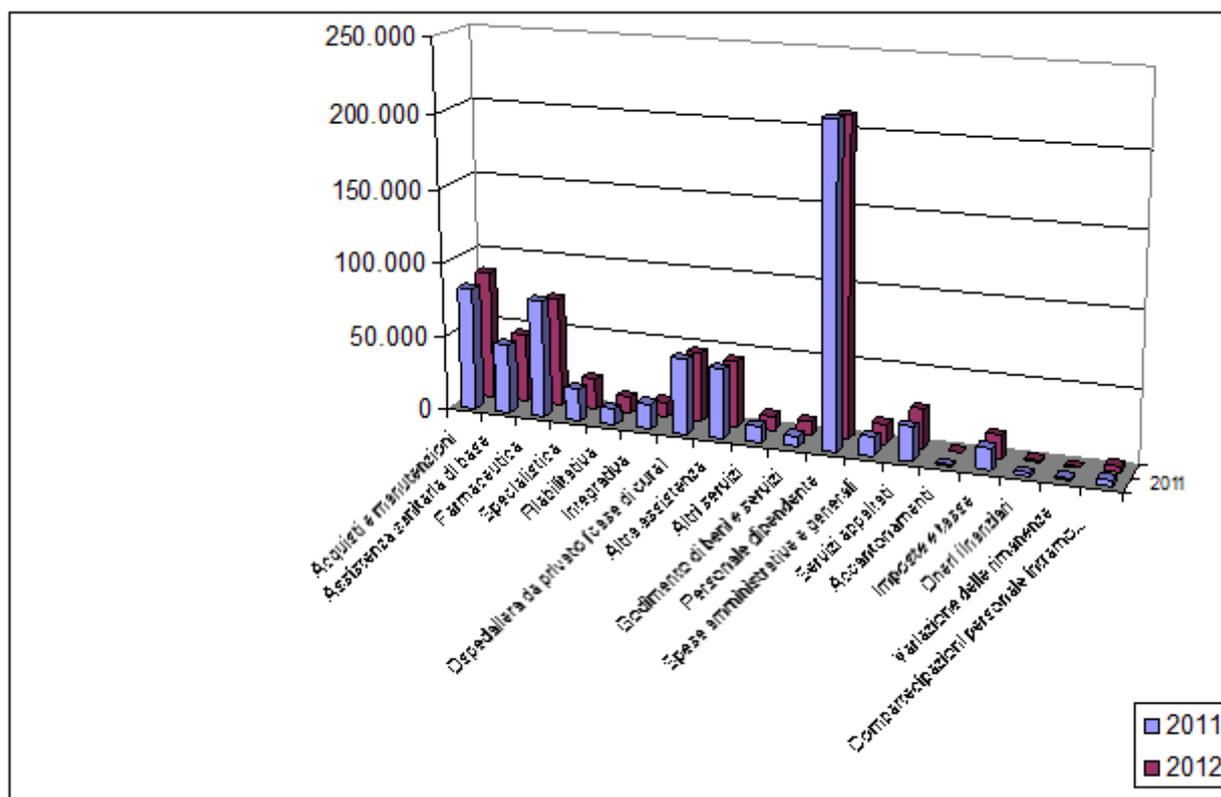
I risultati conseguiti sono sicuramente frutto delle manovre di contenimento della spesa disciplinate a livello nazionale e regionale, ma è altrettanto certo che siano state determinanti le azioni di razionalizzazione condotte nel tempo dalla Direzione Aziendale. Ora, pure nella consapevolezza del necessario ulteriore efficientamento da apportare alla struttura della spesa, riteniamo che ulteriori significative economie non possano essere garantite salvo una profonda reingegnerizzazione della rete di offerta dei servizi e la revisione di alcune norme giuridiche che vincolano e irrigidiscono la spesa.

Tutto ciò premesso si espone il conto economico riclassificato

RIEPILOGO	2011	2012
<i>Quota FSN</i>	769.004	770.403
<i>di cui storno di quota di contributo da FSR in conto esercizio a contributo in c/capitale utilizzata per immobilizzazioni</i>		296
<i>Quota FSN netto storno di quota di contributo da FSR in conto esercizio a contributo in c/capitale utilizzata per immobilizzazioni</i>	769.004	770.107
<i>STP</i>	473	2
<i>Altri Contributi da Regione</i>	1.903	2.248
<i>Totale contributi regionali</i>	771.380	772.357
<i>Altri Contributi da altri enti pubblici</i>	9	93
<i>Contributi da privati</i>	515	-
<i>Totale contributi in c/esercizio</i>	771.904	772.450
Ricavi per prestazioni	2.182	2.108
Recuperi e rimborsi	2.051	1.859
Ticket	9.595	12.376
Ricavi vari	1.811	3.558
	15.639	19.901
Ricavi intramoenia	4.776	4.310
Totale ricavi gestione ordinaria	792.319	796.661
Acquisti e manutenzioni	82.061	86.445
Assistenza sanitaria di base	46.211	46.047
Farmaceutica	78.862	73.884
Specialistica	21.511	20.954
Riabilitativa	11.101	11.340
Integrativa	17.405	10.710
Ospedaliera da privato (case di cura)	50.519	47.187
Ospedaliera da privato (presidi)	-	-
Altra assistenza	46.690	43.810

Altri servizi	10.925	9.923
Godimento di beni e servizi	7.582	8.991
Personale dipendente	214.080	211.625
Spese amministrative e generali	13.207	13.504
Servizi appaltati	22.680	26.025
Accantonamenti	606	601
Imposte e tasse	15.280	15.097
Oneri finanziari	2.036	1.813
Variazione delle rimanenze	1.797	351
Compartecipazioni personale intramoenia	3.622	3.880
Totale costi gestione ordinaria	646.175	632.187
Risultato gestione ordinaria	146.144	164.474
Ricavi straordinari	5.329	-
Costi straordinari	- 117	-
Mobilità attiva extra	36.092	32.269
Mobilità passiva extra	- 55.261	- 55.261
Mobilità attiva INTRA	25.130	22.344
Mobilità passiva intra	- 156.520	- 156.302
Costi capitalizzati E Rivalutazioni	8.314	7.980
Ammortamenti	- 15.800	- 15.504
Svalutazioni	-	-
Risultato di gestione	-6.689	0
saldo ferie e straordinari maturati ma non goduti	370	0
Poste non monetarie come da MEF	-7.026	0
Risultato differenziale	707	0

Euro/1000



Prima di analizzare gli scostamenti è da evidenziare che le intervenute modifiche per la contabilizzazione degli oneri derivanti dall'assistenza integrativa e protesica rendono tale confronto non particolarmente agevole, si tenterà dunque di rendere intelligibili i dati attraverso riconduzioni extracontabili.

Euro/1000

	ACQUISTI E MANUTENZIONI	2011	2012	rettifiche
3100102	Soluzioni fisiologiche ed altre specialita non medicinali	390	484	
3100105	Siero e vaccini	1.808	1.965	
3100106	Vaccini desensibilizzanti	23	0	
3100107	Reagenti di laboratorio	6.525	6.641	
3100108	Materiale radiografico	23	16	
3100109	Altri materiali diagnostici	653	698	
3100110	Presidi chirurgici	6.101	6.221	
3100111	Materiale sanitario	5.329	5.698	
3100112	Materiali protesici	4.734	4.299	
3100113	Materiali per emodialisi	2.068	1.868	
3100114	Prodotti farmaceutici per uso veterinario	6	4	
3100115	Materiale chirurgico, sanitario e diagnostico per uso veterinario	9	8	
3100116	Prodotti farmaceutici (esclusi classe "h" e "nota 37" 30.12.93 del CUF)	7.356	7.364	
3100117	Prodotti farmaceutici di tipo "H" ad erogazione diretta	8.441	10.221	
3100118	Prodotti farmaceutici in fornitura diretta di assistenza farmaceutica	16.783	15.497	
3100119	Prodotti dietetici (e di nutrizione enterale)	183	1.541	1.331

3100130	Prodotti alimentari per degenti	751	708	
3100132	Materiali di guardaroba	10	9	
3100133	Materiali di pulizia e lavanderia	52	31	
3100134	Materiali di convivenza in genere	324	252	
3100135	Combustibili ad uso riscaldamento e cucine	1.000	48	
3100136	Carburanti e lubrificanti ad uso trasporto	500	536	
3100137	Supporti meccanografici	454	466	
3100146	Acquisto di emoderivati e plasma soggetti a compensazione regionale	717	630	
3100148	costo dei prodotti farmaceutici PHT acquistati dalla ASL capofila per loro conto e riaddebitati	9.018	9.067	
3100149	acquisto di beni per assistenza integrativa compresa nei LEA (non compresa DM 332/1999)	0	1	
3100150	acquisto di beni per assistenza integrativa NON compresa nei LEA (non compresa DM 332/1999)	0	6	
3100151	acquisto di beni per assistenza protesica ex DM 332/1999	0	4.212	4.212
3100154	Emoderivati	0	113	
3100201	Manutenzione ordinaria in appalto ad immobili e loro pertinenze	1.127	885	
3100203	Manutenzione ordinaria in appalto attrezzature tecnico scientifiche sanitarie	4.124	4.175	
3100204	Manutenzione in appalto automezzi	344	287	
3100205	Manutenzione in appalto mobili e attrezzature tecnico - economali	608	448	
3100206	Manutenzione software	480	954	
3100250	Materiale per manutenzione immobili	340	259	
3100251	Materiale per manutenzione di attrezzature sanitarie	374	309	
3100254	Materiali per manutenzione di altre attrezzature tecnico - economali	180	139	
3101070	Cancelleria e stampati	460	385	
	TOT	81.295	86.445	80.902

INTEGRATIVA E PROTESICA

3100467	Assistenza integrativa fornita da farmacie convenzionate	6.660		
3100468	Altra assistenza integrativa	3.190		1331
3100411	Assistenza protesica	7.536		4212
3101801	assistenza integrativa compresa nei LEA (non compresa DM 332/1999)	0	485	
3101802	assistenza integrativa NON compresa nei LEA (non compresa DM 332/1999)	0	6.738	
3101803	assistenza protesica ex DM 332/1999	0	3.487	
	TOT	17.386	10.710	18.192

B0750	GODIMENTO DI BENI E SERVIZI			
3100501	Fitti reali	330	367	
3100502	Canoni per centri elettrocontabili	19	9	
3100503	Canoni per beni strumentali non sanitari	73	53	
3100504	Canoni per beni strumentali sanitari	6.768	6.590	
3100509	Canoni per noleggio attrezzature per assistenza protesica	0	1.939	1.939
3100506	Leasing operativo attrezzature non sanitarie	329	0	
3100510	Canoni per noleggio attrezzature per assistenza integrativa		31	
	TOT	7.519	8.989	7.050

Da cui si evince una lieve riduzione del costo per acquisto di beni e manutenzioni così come dei noleggi ed un incremento della spesa per assistenza protesica ed integrativa che si attesta a 40 euro pro capite. Eseguite le predette riconduzioni, avremo una contrazione del 3% sull'aggregato acquisti e manutenzioni, tenuto conto delle variazioni delle scorte. L'assistenza farmaceutica territoriale segna, anch'essa, una contrazione importante che ha notevolmente contribuito all'equilibrio della gestione.

voce	2011	2.012	
distribuzione diretta	25.224	22.861	
DpC	9.018	9.067	
Farmaceutica convenzionata	78.867	73.884	
totale territoriale	115.120	107.824	-6,34%

Euro/1000

Ospedaliera e specialistica da privati: i contratti per il biennio 2011/12 sono stati sottoscritti, ad eccezione di una struttura di cui si è dato conto nella nota di trasmissione prot 53557 del 20/9/2012, tali contratti rispettano rigorosamente le indicazioni regionali e nazionali (riduzione 5% ed ulteriore 0,5%) al proposito si evidenzia che le risultanze non paiono ancora recepite dal CSI, si è provveduto dunque alla parificazione.

	CSI	CONTRATTI	parificazioni
3.10.471	23.641.000,00	22.672.897,52	- 968.102,48
3.10.472	8.444.000,00	9.759.707,91	
3.10.478	16.070.000,00	17.507.169,05	
tot	48.155.000,00	49.939.774,48	
3.10.419	12.138.000,00	12.180.310,08	42.310,08
3.10.484	2.203.000,00	2.106.982,75	
3.10.485	2.175.000,00	2.489.048,42	
tot	16.516.000,00	16.776.341,25	

Altra assistenza: sono stati mantenuti i livelli di assistenza garantiti nell'ultimo trimestre 2011 e analogamente utilizzando con più efficienza strutture di proprietà per la continuità assistenziale

Altri servizi e spese amministrative generali: anche in questo caso si è raggiunto un buon risultato di risparmio in ragione del 3% circa su base 2011

Personale: viene garantito il rispetto dei limiti di spesa.

cnt	voce	prev 2012
3100387	Consulenze sanitarie e sociosanit. da Terzi - Altri enti pubblici	1.414.031
3100388	Altri servizi sanitari e sociosanitari da pubblico - Altri enti	211.076
3100430	Consulenze sanitarie	637.503
3100434	Costo per acquisti di prestazioni di lavoro interinale (temporaneo) tecnico	372.785
3100452	Spese personale tirocinante eo borsista compresi oneri riflessi	198.110
3100490	Consulenze sanitarie di personale da ASR piemontesi	603.215
3100454	Spese personale religioso convenzionato compresi oneri riflessi	146.315
3100456	Consulenza tecniche	61.277
3100470	Costo per prestazioni di lavoro coordinate e continuative non sanitarie	18.341
3101015	Consulenze amministrative	27.721
3300105	IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente	450.595
	sub tot altre forme	4.140.969
3300104	IRAP relativa a personale dipendente	13.753.000
31006	Personale del ruolo sanitario	162.201.000
31007	Personale del ruolo professionale	537.000
31008	Personale del ruolo tecnico	24.869.000
31009	Personale del ruolo amministrativo	23.645.000
	tot costi	229.145.969
	tetto D.D. 516	229.634.000

Euro/1000

Resta solo da segnalare che in questa sede non sono state eseguite rettifiche in negativo per quegli oneri sostenuti con finanziamenti da privati o comunitari, il ché rafforza l'affermazione circa il raggiungimento dell'obiettivo assegnato.

Servizi appaltati: riguardo questo aggregato di spesa, contrariamente a quanto affermato in precedenza per altre voci, le procedure di spending review sono ancora in corso di esecuzione stante che la massima parte di spesa è generata dai servizi ospedalieri ed interessa dunque aree critiche quali sale operatorie, reparti ad alta intensità di cura ecc. la cui revisione, se non operata oculatamente, potrebbe avere ripercussioni su standard igienico sanitari con potenziali risvolti di responsabilità. Ciò detto in linea generale, si segnala in particolare che, nel corso del 2011 (secondo semestre) è stata disposta l'estensione dell'esternalizzazione della "gestione calore" anche al territorio - e relativi presidi - dell'ex ASL 21, l'incremento di spesa è ascrivibile quasi esclusivamente al trascinarsi di tale provvedimento reso, peraltro, necessario per adeguare a standard qualitativi omogenei i servizi in questione.

Il percorso di riorganizzazione

Il Servizio Sanitario, dal punto di vista organizzativo, deve passare dal concetto della totale autosufficienza delle aziende sanitarie al riconoscimento della necessità di articolarne alcune funzioni in ambiti sovrazionali; tale evoluzione si correla a contingenti e sempre più rilevanti obiettivi di contenimento dei costi per garantire la sostenibilità dell'intero sistema e di conseguimento di maggiore appropriatezza nell'uso delle risorse disponibili.

Per quanto riguarda i servizi ospedalieri appare ormai imprescindibile la necessità di avviare ed attuare il percorso per la "messa in rete" delle strutture di ricovero, articolando le varie sedi per differenti livelli di complessità clinica e di specializzazione.

La realizzazione di reti ospedaliere integrate costituisce uno dei principali strumenti per il riordino del Servizio Sanitario Regionale, prevedendo in particolare l'istituzione di ambiti interaziendali comprendenti le Aziende Sanitarie che insistono sulla medesima area sovrazonale e la specializzazione delle strutture del sistema, attraverso la diversificazione dei centri e l'attribuzione delle competenze per livelli di complessità delle prestazioni ed intensità delle cure.

Il riassetto della rete ospedaliera delle Aziende sanitarie risponde anche all'esigenza di concentrare presso specifici soggetti erogatori le prestazioni sanitarie in determinate branche specialistiche la cui offerta mostra eccessivi segni di frammentazione, a scapito sia della razionalizzazione dei costi e delle attività sia della stessa appropriatezza delle risposte fornite ai bisogni di salute espressi dai cittadini.

Il processo di riorganizzazione della rete ospedaliera deve condurre ad un riassetto funzionale delle attuali strutture ospedaliere, anche attraverso la riconversione di alcune di esse in strutture intermedie a servizio ed in funzione delle esigenze del territorio; la rete ospedaliera deve essere organizzata secondo intensità di cura, che si gradua mediante l'utilizzo di percorsi diagnostico-terapeutici e di indicatori complessità, tenendo conto delle caratteristiche territoriali a cui afferiscono i presidi.

La riorganizzazione della rete ospedaliera deve effettuarsi garantendo la contestualità tra la riconversione dei servizi di ricovero ospedaliero e l'attivazione di servizi sostitutivi dell'assistenziale territoriale.

Quanto sopra nella prospettiva di una progressiva deospedalizzazione (erogazione decentrata dell'assistenza e potenziamento di forme di assistenza alternative rispetto all'ospedalizzazione), secondo modalità che permettano di perseguire gli obiettivi della continuità e dell'integrazione assistenziale; per tali finalità si può ipotizzare la riconversione di alcune sedi in strutture di assistenza primaria ed il potenziamento delle cure domiciliari, con particolare riferimento all'assistenza domiciliare integrata, nonché quello della continuità assistenziale a valenza sanitaria, secondo il criterio del coordinamento tra la dismissione dei servizi di ricovero ospedaliero e l'attivazione di quelli afferenti all'assistenziale territoriale.

La rete ospedaliera deve articolarsi mantenendo o migliorando i livelli di qualità delle prestazioni erogate, con ospedali più qualificati, specializzati e sicuri, collegati in rete alla post-acuzie.

Il concetto della continuità dell'assistenza si sta ormai affermando a tutti i livelli, da quello clinico, a quello organizzativo e gestionale. Questo comporterà una transizione da un sistema orientato sugli erogatori di prestazioni, ad un sistema centrato sul paziente e sui percorsi delle singole malattie.

Il descritto percorso di revisione della rete ospedaliera aziendale, nel più ampio quadro del processo di riorganizzazione dell'offerta di servizi ospedalieri a livello di Federazione 6 Piemonte sud-est, traendo spunto da una contingente necessità di garantire la sostenibilità economica del sistema, ha rappresentato per l'ASL AL occasione di profonda riflessione e reingegnerizzazione dell'intero sistema dell'offerta ospedaliera aziendale, nell'ottica di razionalizzazione ed integrazione dei servizi offerti, di qualificazione e di specializzazione delle aree di attività, di miglioramento della qualità e dell'appropriatezza.

Per la realizzazione di questo progetto di revisione è, altresì, necessario definire un percorso per il progressivo sviluppo del ruolo e delle funzioni delle professioni mediche e sanitarie non mediche; in particolare si renderà necessario in maniera sempre più stringente un cambiamento organizzativo e culturale per le diverse figure professionali operanti nel sistema, al fine di garantire una nuova, più funzionale e razionale organizzazione delle cure.

In un quadro organizzativo in evoluzione sarà indispensabile prevedere, sia per la componente medica che sanitaria non medica, un progressivo sviluppo di percorsi di responsabilizzazione su processi (linee di cura): ciò richiederà di fare leva su cambiamenti strutturali (ad esempio mediante l'utilizzo dei team) e culturali (ad esempio mediante una maggiore responsabilizzazione del personale) con modalità che richiedono l'utilizzo di risorse condivise e la trasversalità all'interno dell'organizzazione.

L'Azienda ASL AL ha avviato nel corso del 2012, in sinergia con le altre AA.SS. afferenti alla Federazione 6 sud-est, un percorso per la definizione di un progetto di revisione della rete ospedaliera aziendale; gli esiti di tale processo sono stati oggetto di presentazione e discussione in Assessorato regionale, con la Rappresentanza dei Sindaci dell'ASL AL ed con il Collegio di Direzione Aziendale, nonché con i Primari e Capo Sala PP.OO. ASL AL e con le Rappresentanze Sindaci Asl AL e AT (in data 21/01/2013).

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).

Con la stessa deliberazione sono state fissate le scadenze per la realizzazione della revisione della rete ospedaliera.

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 piano di riorganizzazione della rete ospedaliera aziendale presentato, che prevedeva azioni, tempistiche ed effetti economici conseguenti alle scelte strategiche ed organizzative proposte, è stato nel corso dei successivi mesi oggetto di ulteriori riflessioni, revisioni ed integrazioni, che ne hanno in parte modificato alcune linee di indirizzo e, di conseguenza, i relativi effetti economici.

Tra le altre in particolare, 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:

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

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 (estate 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

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 ambulatori di Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta supportati da personale infermieristico ed amministrativo dipendente, con attivazione di un Centro di Assistenza Primaria.

I progetti avviati in area ospedaliera

Tra i progetti, a carattere ospedaliero, che hanno preso vita nel corso del 2012 e del corrente anno, vanno ricordati, quelli legati a:

- riorganizzazione Area chirurgica sede ospedaliera di Acqui Terme
- somministrazione dose unica del farmaco (DUF)
- piano aziendale utilizzo TAC e RMN
- riorganizzazione allestimento delle terapie oncologiche
- realizzazione rete nefrologica provinciale

Di seguito, verranno descritti per punti essenziali i singoli progetti.

RIORGANIZZAZIONE AREA CHIRURGICA PRESIDIO OSPEDALIERO DI ACQUI T.

Il presupposto da cui si è intrapreso il percorso di riorganizzazione dell'area chirurgica del p.o. di Acqui T. è la necessità di garantire servizi moderni ed efficaci nel rispetto dei più attuali modelli organizzativi in sanità, ovvero orientante l'organizzazione verso un'assistenza ospedaliera per intensità di cura.

Un Nell'Ospedale organizzato per intensità di cura vengono previsti tre livelli:

1. un livello di intensità alta che comprende le degenze intensive e sub-intensive quali rianimazione, unità di terapia intensiva cardiologica (UTIC), blocco operatorio;
2. un livello di intensità media che comprende le degenze suddivise per aree funzionali (area medica, area chirurgica, area materno-infantile ...);
3. un livello di intensità bassa dedicato ai pazienti post-acuti.

La sede ospedaliera di Acqui Terme è attualmente organizzata in Unità Operative su base Aziendale Provinciale Dipartimentale, ma già prevede al suo interno alcune integrazioni che vanno nell'ottica della Dipartimentalizzazione per Aree Omogenee.

A regime la nuova organizzazione prevede pertanto che alle attività di Chirurgia, Otorinolaringoiatria e Urologia siano affiancate quelle di Ortopedia ed Oculistica, svolte in un unico piano di degenza, nello specifico il terzo; alle degenze di Week Surgery, One Day Surgery e Day Surgery delle specialità richiamate sarà dedicato il quinto piano, mentre le attività ambulatoriali, di accettazione e di accoglienza (amministrative e sanitarie integrate) saranno collocate al secondo piano.

Queste attività vengono aggregate con una gestione integrata a quelle ad Alta Intensità di Rianimazione, di Unità Terapia Intensiva Cardiologica e le Sale Operatorie.

DOSE UNICA DEL FARMACO

L'avvio del progetto Dose Unica del Farmaco (DUF) nell'ambito delle strutture ospedaliere dell'ASL AL risale a marzo 2011.

La prima fase sperimentale ha coinvolto i reparti di Cardiologia, Medicina e Neurologia di Tortona e si è conclusa a Novembre 2011.

Essa ha riguardato 65 posti letti e prevedeva la verifica degli indicatori riportati nel Capitolato di gara, i risultati sono stati condivisi dal gruppo di lavoro (di cui alla Deliberazione ASL 169/2011) e approvati dalla Direzione con la delibera n 815 del 24.11.2011.

La fase di sviluppo prevedeva il completamento dell'arruolamento di tutti i reparti degli Ospedali di Tortona, Novi ligure e Acqui terme entro marzo 2013.

Il prossimo obiettivo contrattuale è la conclusione dell'arruolamento del Presidio di Casale entro dicembre 2013. Presso Casale è in corso la formazione del personale che partirà entro giugno 2013.

Il Totale dei posti letto a regime con il sistema SOFIA al 28/02/13 è pari a 444, su tre Presidi e 30 Reparti.

Le tabelle di seguito riportate confrontano la produzione ospedaliera (casi, giornate, peso) con i consumi complessivi (a quantità e a valore).

	Periodo DUF Gen 2012 - Dic 2012 (12 mesi)				Periodo rif. Precedente Apr 2010 - Mar 2011 (12 mesi)			
	Casi	Giornate	Peso	Peso medio	Casi	Giornate	Peso	Peso medio
HME2606001 - MEDICINA INTERNA TORTONA REPARTO	1.190	14.088	1.476	1,24	1.222	15.373	1.494	1,22
HE10806001 - CARDIOLOGIA TORTONA REPARTO	374	3.035	610	1,63	362	3.138	488	1,35
HE10806003 - UTIC TORTONA	116	488	129	1,11	106	435	93	0,88
HSM3206001 - NEUROLOGIA TORTONA REPARTO	438	4.863	657	1,50	451	4.728	688	1,53
TOTALE GRUPPO "PILOTA"	2.118	22.475	2.873	1,36	2.141	23.674	2.763	1,29

Spesa farmaci su 12 mesi	
new	€ 183.327,60
old	€ 368.607,81
Spesa farmaci per punto DRG	
new	€ 63,82
old	€ 111,69
Spesa farmaci per GG Degenza	
new	€ 8,16
old	€ 13,84
Spesa/DRG	-43%
Spesa/Gdeg	-37%

	Periodo DUF Gen 2012 - Dic 2012 (12 mesi)				Periodo rif. Precedente Nov 2010 - Ott 2011 (12 mesi)			
	Casi	Giornate	Peso	Peso medio	Casi	Giornate	Peso	Peso medio
HSC3606001 - ORTOPEDIA TORTONA REPARTO	938	7.136	1.541	1,64	911	7.046	1.449	1,59
HSC3806001 - ORL TORTONA REPARTO								
HCH0906001 - CHIRURGIA TORTONA REPARTO	935	6.016	1.350	1,45	1.274	8.702	1.867	1,47
HCH4306001 - UROLOGIA TORTONA REPARTO								
HMI3706001 - OSTERICIA E GINECLOGIA TORTONA REPARTO	753	2.798	522	0,69	594	2.482	456	0,77
HMI3906001 - PEDIATRIA TORTONA REPARTO	601	2.527	382	0,64	584	2.264	394	0,67
HMI3906003 - PEDIATRIA TORTONA NIDO	213	733	59	0,28	172	585	49	0,29
TOTALE GRUPPO "TORTONA ALTRO"	3.438	19.210	3.853	1,12	3.535	21.079	4.215	1,19

Spesa farmaci su 12 mesi	
new	€ 133.012,98
old	€ 166.096,86
Spesa farmaci per punto DRG	
new	€ 34,52
old	€ 39,40
Spesa farmaci per GG Degenza	
new	€ 6,92
old	€ 7,88
Spesa/DRG	-12%
Spesa/Gdeg	-12%

	Periodo DUF Lug 2012 - Dic 2012 (6 mesi)				Periodo rif. Precedente Lug 2011 - Dic 2011 (6 mesi)			
	Casi	Giornate	Peso	Peso medio	Casi	Giornate	Peso	Peso medio
HSM3204001 - NEUROLOGIA NOVI REPARTO	246	2.241	354	1,44	200	2.346	299	1,49
HCH0904001 - CHIRURGIA NOVI REPARTO	442	3.116	576	1,30	460	3.367	628	1,57
HME2604001 - MEDICINA INTERNA NOVI REPARTO	518	5.368	611	1,18	531	4.953	629	1,16
HME2604003 - LUNGGOGERENZA NOVI	10	226	16	0,82	34	348	23	0,67
HE10804001 - CARDIOLOGIA NOVI REPARTO	260	1.143	428	1,65	222	1.133	360	1,62
HE10804003 - UTIC NOVI	41	165	60	1,46	54	185	70	1,29
HSM2904002 - NEUROLOGIA NOVI AMBULATORIO	49	441	72	1,47	37	413	56	1,51
HSC3604001 - ORTOPEDIA NOVI REPARTO	190	1.787	375	1,98	151	1.747	322	2,13
TOTALE GRUPPO "NOVI PRIMO"	1.764	14.477	2.491	1,41	1.629	14.493	2.386	1,46

Spesa farmaci su 6 mesi	
new	€ 118.919,45
old	€ 147.746,32
Spesa farmaci per punto DRG	
new	€ 47,75
old	€ 61,82
Spesa farmaci per GG Degenza	
new	€ 8,21
old	€ 10,19
Spesa/DRG	-23%
Spesa/Gdeg	-19%

	Periodo DUF Set 2012 - Dic 2012 (4 mesi)				Periodo rif. Precedente Set 2011 - Dic 2011 (4 mesi)			
	Casi	Giornate	Peso	Peso medio	Casi	Giornate	Peso	Peso medio
HCH4304001 - UROLOGIA NOVI REPARTO	212	1.157	238	1,12	184	898	241	1,31
HMI3704001 - OSTERICIA E GINECLOGIA NOVI REPARTO	237	1.688	194	0,82	290	1.311	237	0,82
HMI3904001 - PEDIATRIA NOVI REPARTO	49	281	31	0,64	91	460	50	0,55
HMI3904003 - PEDIATRIA NOVI NIDO	129	477	33	0,26	128	474	32	0,25
ZSM0455001 - SPDC PO NOVI	74	1.055	84	1,13	74	1.055	84	1,13
TOTALE GRUPPO "NOVI ALTRO"	701	4.058	580	0,83	767	4.290	643	0,84

Spesa farmaci su 4 mesi	
new	€ 21.602,99
old	€ 29.767,57
Spesa farmaci per punto DRG	
new	€ 37,28
old	€ 46,29
Spesa farmaci per GG Degenza	
new	€ 5,32
old	€ 6,94
Spesa/DRG	-18%
Spesa/Gdeg	-23%

Oltre ai dati di dettaglio sulla produzione di ciascun reparto avviato, si è analizzata la situazione delle sedi ospedaliere di Tortona e Novi Ligure, nell'ottica complessiva dell'andamento della spesa per farmaci anno 2012 su anno 2011 e dei valori di produzione, sempre anno 2012 su 2011 (dati di consuntivo distribuiti dal Controllo di Gestione).

Sono stati considerati separatamente i centri di consumo interessati dal Progetto DUF e quelli che non ne sono coinvolti; il risultato è riassunto nella tabella sottostante:

VALORI PRODUZIONE NOVI LIGURE				CONSUMI FARMACI NOVI LIGURE				
ANNO 2012	ANNO 2011		a dieci mesi	ANNO 2012	ANNO 2011			
14.393.832	15.104.189	-5%	PROGETTO SI	572.816	635.357	-10%	PROGETTO SI	
3.338.597	4.176.055	-20%	PROGETTO NO	746.948	780.097	-4%	PROGETTO NO	
a dieci mesi								
TOTALI	17.732.429	19.280.244	-8%	TUTTO	1.319.764	1.415.454	-7%	TUTTO
VALORI PRODUZIONE TORTONA				CONSUMI FARMACI TORTONA				
ANNO 2012	ANNO 2011		a dieci mesi	ANNO 2012	ANNO 2011			
13.274.060	13.915.601	-5%	PROGETTO SI	370.909	465.932	-20%	PROGETTO SI	
3.854.066	4.400.268	-12%	PROGETTO NO	1.240.148	1.303.515	-5%	PROGETTO NO	
a dieci mesi								
TOTALI	17.128.127	18.315.869	-6%	TUTTO	1.611.057	1.769.447	-9%	TUTTO

A fronte di un calo generalizzato dei valori di produzione, la riduzione della spesa per farmaci è più marcata per i reparti coinvolti nel progetto, cui peraltro corrisponde una riduzione di attività minore. Viceversa, gli altri reparti hanno avuto una riduzione della spesa farmaci più contenuta, ed una maggiore riduzione dei valori di attività.

La tendenza è evidente su Tortona, ma riscontrabile anche su Novi Ligure, tenendo conto che l'avvio del presidio è iniziato a Maggio e terminato a Novembre 2012, per cui gli effetti positivi del progetto si vedono solo parzialmente nel 2012 stesso.

UTILIZZO TAC – RMN

Con Delibera di Giunta Regionale n.15-2091 del 24 maggio 2011 sono stati approvati i criteri di appropriatezza prescrittiva per le prestazioni dell'area radiologica TAC e RMN e sono state approvate le modifiche al nomenclatore tariffario regionale, di cui alla D.G.R. n. 73-13176 del 26.07.2004 e s.m.i., per le prestazioni ambulatoriali della branca di radiologia diagnostica, compresi gli standard di qualità minimi per l'esecuzione di prestazioni di RM.

Con la D.G.R. n.24-5147 del 28.12.2012 "Attuazione Piano di rientro. Individuazione criteri per una appropriata allocazione delle attrezzature di TC e RMN", la Regione Piemonte ha individuato i criteri per la pianificazione sostenibile ed efficiente dell'offerta delle grandi attrezzature con riferimento a TC e RMN.

In ambito regionale e locale il ricorso alle prestazioni di area radiologica ha visto nel corso degli ultimi anni una crescita continua, anche in rapporto alla veloce evoluzione tecnologica del settore.

Nell'ambito dell'area radiologica l'appropriatezza prescrittiva riveste particolare significatività in funzione del controllo della domanda di prestazioni; in questo ambito si

registra un ricorso a prestazioni caratterizzate da elevata tecnologia e da alto costo non sempre aderenti a linee guida validate da società scientifiche e istituzioni.

Un appropriato ricorso alle prestazioni è funzionale ad un corretto uso delle risorse (appropriatezza organizzativa) e consente di rispondere in modo adeguato ad una specifica domanda di assistenza (appropriatezza clinica).

Inoltre l'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza permette al sistema sanitario, oltre al corretto utilizzo delle risorse nel contesto di una maggiore efficacia-efficienza del sistema di offerta, anche una migliore performance dei tempi e delle liste di attesa per le singole tipologie di prestazioni.

Risulta quindi indispensabile definire una programmazione dell'offerta di attività di diagnostica strumentale TAC ed RMN tale da garantire una equità di accesso con una diffusione appropriata delle suddette tecnologie.

L'utilizzo delle apparecchiature deve corrispondere a criteri di pieno utilizzo, in rapporto ad un ricorso appropriato, proporzionando la dotazione delle apparecchiature in rapporto al reale fabbisogno clinico ed alla casistica trattata da ciascuna struttura.

Gli Accordi aziendali con i medici di medicina generale dell'ASL AL degli ultimi anni (deliberazioni 2009/1168, 2010/1613, 2011/922, 2012/96) contengono numerosi progetti volti alla appropriatezza delle prestazioni diagnostiche e specialistiche, con particolare riferimento alla diagnostica radiologica negli accordi 2012 e 2013.

ANALISI DEL QUADRO ATTUALE DOTAZIONE STRUMENTALE

TAC/RMN

STANDARD REGIONALI

POP ASL AL	POP FED SUD EST
453.355	658.386

	STANDARD REGIONALI		
	STANDARD APPARECCHIATURE OGNI 100.000 ABIT	APPARECCHIATURE PREVISTE TERRITORIO ASL AL (ASL AL, ASO e privati)	APPARECCHIATURE PREVISTE TERRITORIO FED SUD EST (ASL AL, ASO, ASL AT e privati)
TAC	2,4	10,9	15,8
RMN	1,9	8,6	12,5

FEDERAZIONE 6 PIEMONTE SUD-EST

NUMERO RMN-TAC ATTIVE

	TAC	RMN
ASL AL	5	3 (*)
ASL AT	3	2
ASO AL	3	1
CITTA' DI ALESSANDRIA	1	1
SALUS	1	
SANT'ANNA	1	1
CENTOCANNONI	1	2
NEWINA	1	1
ZORINI	1	
FOCO	1	
TOTALE	18	11

Nota: di cui 2 in "service totale" ed una gestita in service (proprietà ASL AL)

Da quanto sopra riportato si riscontra una sostanziale coerenza tra gli standard regionali evidenziati nella D.G.R. 28 dicembre 2012 n.24-5147 e l'attuale situazione della dotazione di attrezzature TAC e RMN della rete ospedaliera della Federazione 6 Piemonte sud-est; solo per quanto riguarda le TAC si registra una situazione di n.2 unità al di sopra dello standard regionale.

Da segnalare la forte incidenza degli erogatori privati sul numero complessivo di attrezzature disponibili.

INDICE N° PRESTAZIONI PER 1.000 ABITANTI

AMBULATORIALE PER ESTERNI

	INDICE MEDIO REGIONALE PER 1.000 ABITANTI 2009	INDICE MEDIO REGIONALE PER 1.000 ABITANTI 2010	INDICE ASLAL PER 1.000 ABITANTI 2011	INDICE ASLAL PER 1.000 ABITANTI 2012
TAC	60	64	76	73
RMN	95	97	92	85

Come evidenziato nella tabella, l'ASLAL presenta indici superiori (seppur in calo nel corso del 2012) per quanto attiene le TAC per esterni, mentre per quanto riguarda le RMN si registra un dato al di sotto della media regionale in sensibile decrescita nel corso dell'ultimo anno.

In generale si registra per l'ASL AL una superiore produzione di RM rispetto alle TC (+5.441 nel 2012 e +7.374 nel 2011); si registra un calo delle RM nel 2012 rispetto al 2011 (-2.977), ma sono aumentate leggermente quelle fatte presso la ASL AL (+144) in particolare con crescita più elevata a Novi L. (+620) e riduzione presso la sede di Tortona.

RICHIESTA INTERNA DELLA RETE PP.OO.

ANNO 2012

	% TAC PER RICOVERO+DH	% RMN PER RICOVERO+DH
PP.OO. ASL AL	28,5%	4,6%
	% TAC PER ACCESSO DEA/PS	% RMN PER ACCESSO DEA/PS
PP.OO. ASL AL	8,9%	0,2%

Il Piano aziendale per l'utilizzo appropriato ed efficiente delle attrezzature TAC ed RMN si articola sulle seguenti linee di indirizzo:

- azioni relative all'appropriatezza degli esami diagnostici per degenti;
- azioni relative alla corretta indicazione del quesito clinico (DGR n. 15-2091 del 24 maggio 2011);
- azioni relative all'appropriatezza dell'attività delle strutture private accreditate;
- attività di informazione / formazione.

Nell'ottica della corretta ed efficiente gestione delle attività e delle attrezzature disponibili si colloca anche il coordinamento della rete delle strutture di radiologia aziendali (gestione integrata del RIS PACS e delle refertazioni).

RIORGANIZZAZIONE DELL'ALLESTIMENTO TERAPIE ONCOLOGICHE

Tra le indicazioni del Piano di Rientro Regionale, dal novembre 2011 i farmaci antitumorali ad uso parenterale potranno essere utilizzati solo se allestiti in dosi pronte all'uso e personalizzate, presso il laboratorio della Farmacia o in un laboratorio sotto il controllo della Farmacia.

L'Azienda Asl AL, per garantire la continuità di cure dei pazienti presso tutte le strutture dell'Asl, ha dovuto riformulare, in via sperimentale, i percorsi organizzativi interessati.

Tale scelta per rispondere alle seguenti necessità:

- ridurre il rischio clinico da farmaci;
- disporre di dati di dettaglio per la verifica dell'appropriatezza prescrittiva;
- ridurre la spesa per farmaci riducendo gli scarti di prodotto e le giacenze di reparto;
- recuperare risorse assistenziali infermieristiche

L'Asl AL intende gestire, in via sperimentale, la preparazione dei farmaci antitumorali parenterali attraverso la centralizzazione delle preparazioni presso centri rispondenti alle caratteristiche di sicurezza richieste, sotto la supervisione del Dipartimento del Farmaco.

Questo sistema muta radicalmente le modalità di lavoro attuali e richiede una prima condivisione operativa da parte del personale interessato e una formulazione chiara e preliminare dei percorsi da adottare.

REALIZZAZIONE RETE NEFROLOGICA PROVINCIALE

L'ASL AL, per rispondere alle indicazioni regionali di riorganizzazione dei servizi interaziendali in forma sovrazonale con particolare riferimento alle reti ospedaliere, ha ritenuto avviare un progetto di revisione organizzativa della rete provinciale dell'assistenza dialitica.

Attività propedeutica è stata la creazione di una Commissione interaziendale ASL AL / ASO AL, con il compito precipuo di valutare le modalità operative omogenee di riorganizzazione della rete nefrologica alla luce della normativa regionale (D.G.R. 8-6636 del 03/0/2007 "Progetto integrato di previsione dell'insufficienza renale e appropriatezza del percorso assistenziale di diagnosi e cura delle malattie nefrologiche"; D.G.R. 8-12316 del 12/10/2009 "Potenziamento delle cure domiciliari nei pazienti affetti da insufficienza renale terminale con necessità di trattamento dialitico tramite contributo economico di sostegno alla dialisi domiciliare"; D.G.R. 18-12960 del 30/12/2009, con la quale la Giunta regionale aveva provveduto ad approvare il Piano di attività e di spesa della Agenzia regionale per i servizi sanitari nel cui ambito era stata prevista la creazione del tavolo PDTA "Dialisi domiciliari e malattie renali croniche"; D.G.R. 59-3569 del 13/03/2012 "Approvazione del Percorso diagnostico Terapeutico Assistenziale sulla Dialisi Domiciliare").

La Commissione Interaziendale ha operato per promuovere nuove metodologie di lavoro, in particolare per quanto riguarda:
organizzazione delle attività infermieristiche;
attivazione e potenziamento delle attività di day service, se necessario attraverso la creazione di ambulatori condivisi per visite mediche multi specialistiche coordinate;
definizione di percorsi diagnostici condivisi tra i diversi specialisti e con i MMG, al fine di migliorare l'accesso alle cure, con riduzione dei tempi di attesa.

I Progetti avviati in area territoriale

La riorganizzazione della rete ospedaliera deve effettuarsi garantendo la contestualità tra la riconversione dei servizi di ricovero ospedaliero e l'attivazione di servizi sostitutivi afferenti al livello dell'assistenza territoriale; alla luce di ciò, parallelamente ai progetti di riordino e di sperimentazione in ambito ospedaliero, si sono avviati progetti in ambito territoriali, che qui di seguito verranno esposti:

- riorganizzazione e centralizzazione delle funzioni distrettuali
- progetto "Infermiere di famiglia"
- potenziamento Hospice di Alessandria
- progetto "Lesioni cutanee"
- accordo aziendale MMG e PLS
- 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 intrapreso 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, Appropriata prescrivibile, 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.

ACCORDO AZIENDALE CON MMG E PLS

L'Azienda ha definito accordi aziendali che attraverso progetti specifici porti al miglioramento dell'assistenza ed al perseguimento delle linee strategiche a livello regionale.

Oltre alla definizione di alcuni aspetti relativi agli art. 9, 17 e 19 dell'AIR, è stato individuato e sottoscritto, con i MMG, il progetto relativo alla razionalizzazione della spesa farmaceutica territoriale.

Il progetto, che ha preso avvio negli anni passati, ha dato ottimi risultati sul piano della appropriatezza prescrittiva e del contenimento della spesa farmaceutica.

Parallelamente, è stato sottoscritto dalle parti interessate l'accordo con i PLS, che definisce gli aspetti relativi agli art. 17, 18, 19 e 21 dell'AIR.

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.

L'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, Ovada, Tortona 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 ACUTI	PUBBLICO	1.899
	PRIVATO	245
	TOTALE	2.144
PL POST ACUTI	PUBBLICO	264
	PRIVATO	211
	TOTALE	475
PL TOTALE	PUBBLICO	2.163
	PRIVATO	456
	TOTALE	2.619

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 2012:

	Casi			Peso medio			Degenza Media
	RIC ORD	DH	TOT	RIC ORD	DH	TOT	RIC ORD
TOTALE PP.OO. ASL AL	25.501	11.150	36.651	1,3	0,71	1,12	8,2
PRESIDIO ACQUI	4.424	1.976	6.400	1,27	0,66	1,08	6,9
ORTOPEDIA ACQUI REPARTO	474	296	770	1,77	0,62	1,33	9,1
ORL ACQUI REPARTO	72	171	243	1,14	0,73	0,85	3
OCULISTICA ACQUI REPARTO		217	217		0,47	0,47	
CHIRURGIA ACQUI REPARTO	663	260	923	1,3	0,47	1,07	8,4
UROLOGIA ACQUI REPARTO	203	196	399	1,47	0,76	1,12	5,3
MEDICINA INTERNA ACQUI REPARTO	1.302	4	1.306	1,31	0,1	1,31	8,2
ONCOLOGIA ACQUI REPARTO		144	144		1,52	1,52	
OSTERICIA E GINECOLOGIA ACQUI REPARTO	731	543	1.274	0,74	0,44	0,61	4
PEDIATRIA ACQUI REPARTO	235	14	249	0,66	3,68	0,83	3,6
PEDIATRIA ACQUI NIDO	174		174	0,26		0,26	3,6
RIANIMAZIONE ACQUI	63		63	5,7		5,7	14
CARDIOLOGIA ACQUI REPARTO	507	131	638	1,39	0,85	1,28	6,5
PRESIDIO CASALE	7.497	3.989	11.486	1,31	0,69	1,1	8,3
ORTOPEDIA CASALE REPARTO	695	246	941	2,06	0,63	1,68	10,6
ORL CASALE REPARTO	189	162	351	0,99	0,57	0,8	3,3
OCULISTICA CASALE REPARTO	289	479	768	0,65	0,47	0,54	2,7
ODONTOSTOMATOLOGIA CASALE REPARTO		128	128		0,19	0,19	
CHIRURGIA CASALE REPARTO	742	338	1.080	1,31	0,67	1,11	7,5
UROLOGIA CASALE REPARTO	389	151	540	1,18	0,79	1,07	6,2
NEUROLOGIA CASALE REPARTO	570		570	1,14		1,14	10,4
NEFROLOGIA CASALE REPARTO		70	70		0,38	0,38	
MALATTIE INFETTIVE CASALE REPARTO	230	35	265	1,78	0,54	1,62	15,5
MEDICINA GENERALE CASALE REPARTO	1.328	99	1.427	1,36	0,56	1,31	10
PNEUMOLOGIA CASALE REPARTO		145	145		0,82	0,82	
GASTROENTER/ENDOSCOPIA DIGES.CASALE		71	71		0,4	0,4	
ONCOLOGIA CASALE REPARTO	304	471	775	1,72	1,39	1,52	12,5
OSTERICIA E GINECOLOGIA CASALE REPARTO	922	438	1.360	0,76	0,51	0,68	4
PEDIATRIA CASALE REPARTO	248	8	256	0,55	0,14	0,53	3,9
PEDIATRIA CASALE NIDO	382		382	0,4		0,4	3,4
RIANIMAZIONE CASALE	100	858	958	3,54	0,42	0,75	10,2
CARDIOLOGIA CASALE REPARTO	619	201	820	1,71	1,98	1,77	6,2
RRF CASALE	190	89	279	2,53	0,43	1,86	24
SPDC P.O. CASALE	300		300	1,1		1,1	10,8

	Casi			Peso medio			Degenza Media
	RIC ORD	DH	TOT	RIC ORD	DH	TOT	RIC ORD
PRESIDIO NOVI	5.757	2.366	8.123	1,24	0,69	1,08	7,4
ORTOPEDIA NOVI REPARTO	383	191	574	1,96	0,77	1,56	10,1
OCULISTICA NOVI REPARTO	5	215	220	0,74	0,46	0,47	4,6
CHIRURGIA NOVI REPARTO	850	432	1.282	1,32	0,51	1,04	7,3
UROLOGIA NOVI REPARTO	609	682	1.291	1,11	0,56	0,82	5,1
NEUROLOGIA NOVI REPARTO	466	20	486	1,42	0,31	1,37	9,9
NEFROLOGIA NOVI AMBULATORIO	100	33	133	1,48	0,48	1,23	9,2
MEDICINA GENERALE NOVI REPARTO	1.114	117	1.231	1,20	0,47	1,13	10,2
ONCOLOGIA NOVI REPARTO		139	139		1,54	1,54	
OSTERICIA E GINECOLOGIA NOVI REPARTO	714	400	1.114	0,78	0,41	0,65	4,4
PEDIATRIA NOVI REPARTO	213	11	224	0,6	0,18	0,58	5,8
PEDIATRIA NOVI NIDO	378		378	0,25		0,25	3,6
RIANIMAZIONE NOVI	64		64	5,89		5,89	13,2
CARDIOLOGIA NOVI REPARTO	621	126	747	1,63	2,63	1,80	4,4
SPDC PO NOVI	240		240	1,07		1,07	14,2
PRESIDIO OVADA	1.310	353	1.663	1,39	1,22	1,35	13
CHIRURGIA OVADA REPARTO	129	191	320	0,92	0,52	0,68	6,3
MEDICINA GENERALE OVADA REPARTO	978	162	1.140	1,18	2,04	1,30	11,3
DEGENZA COD 56 II LIVELLO OVADA	203		203	2,7		2,7	25,5
PRESIDIO TORTONA	5.670	2.407	8.077	1,32	0,71	1,14	7,6
ORTOPEDIA TORTONA REPARTO	592	382	974	1,97	0,69	1,46	9,6
ORL TORTONA REPARTO	349	265	614	1,09	0,58	0,87	4,3
OCULISTICA TORTONA REPARTO		39	39		0,47	0,47	
CHIRURGIA TORTONA REPARTO	853	600	1.453	1,49	0,66	1,15	6,4
UROLOGIA TORTONA REPARTO	88	134	222	1,08	0,94	1	6,8
NEUROLOGIA TORTONA REPARTO	438	6	444	1,5	0,11	1,48	11,1
MEDICINA INTERNA TORTONA REPARTO	1.191	6	1.197	1,25	0,91	1,24	11,8
ONCOLOGIA TORTONA REPARTO		201	201		2,16	2,16	
OSTERICIA E GINECOLOGIA TORTONA REPARTO	755	386	1.141	0,69	0,45	0,61	3,7
PEDIATRIA TORTONA REPARTO	601	122	723	0,64	0,11	0,55	4,2
PEDIATRIA TORTONA NIDO	213		213	0,28		0,28	3,4
RIANIMAZIONE TORTONA	100	223	323	7,27	0,42	2,54	15,6
CARDIOLOGIA TORTONA REPARTO	490	43	533	1,51	0,61	1,44	7,2
PRESIDIO VALENZA	831	38	869	1,56	0,86	1,53	17,3
MEDICINA GENERALE VALENZA REPARTO	653	36	689	1,38	0,87	1,35	16,3
DEGENZA COD 56 II LIV VALENZA	178	2	180	2,2	0,63	2,18	21,3

Nella tabella seguente è rappresentata l'attività dell'ASO di Alessandria per i residenti ASL AL anno 2012

ASO ALESSANDRIA PER RESIDENTI ASL AL – ANNO 2012

anno 2012	Casi			Peso medio			Degenza media
	RIC ORD	DH	TOT	RIC ORD	DH	TOT	RIC ORD
TOTALE	17.983	7.749	25.732	1,77	0,76	1,46	8,51
07 - CARDIOCHIRURGIA	206		206	6,44		6,44	14,15
08 - CARDIOLOGIA	1.541	242	1.783	2,38	0,94	2,19	4,07
09 - CHIRURGIA GENERALE	901	500	1.401	2,55	0,87	1,95	8,15
10 - CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	28	795	823	1,22	0,80	0,82	3,89
11 - CHIRURGIA PEDIATRICA	199	344	543	1,11	0,49	0,71	4,55
12 - CHIRURGIA PLASTICA	75	544	619	1,18	0,91	0,94	3,43
13 - CHIRURGIA TORACICA	182		182	2,52		2,52	6,55
14 - CHIRURGIA VASCOLARE	499	144	643	2,71	0,61	2,24	6,84
18 - EMATOLOGIA	206	342	548	5,74	1,61	3,17	17,34
19 - MALATTIE ENDOCRINE E DELLA NUTRIZIONE	319	118	437	1,34	0,14	1,02	9,26
21 - GERIATRIA	710		710	1,46		1,46	11,02
24 - MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	271	17	288	2,03	1,10	1,97	14,76
26 - MEDICINA GENERALE	2.447	90	2.537	1,31	0,51	1,28	9,36
28 - UNITA' SPINALE	20	37	57	0,00	0,00	0,00	103,25
29 - NEFROLOGIA	171	126	297	1,59	1,58	1,59	16,01
30 - NEUROCHIRURGIA	512	70	582	3,26	1,01	2,99	8,77
31 - NIDO	1.211		1.211	0,48		0,48	3,54
32 - NEUROLOGIA	931	105	1.036	1,26	1,03	1,24	8,73
33 - NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	171	22	193	0,96	0,29	0,89	6,84
34 - OCULISTICA	25	505	530	0,76	0,50	0,51	3,24
35 - ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA		80	80		0,74	0,74	
36 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	949	490	1.439	2,13	0,65	1,63	7,19
37 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1.878	550	2.428	0,79	0,48	0,72	4,59
38 - OTORINOLARINGOIATRIA	275	698	973	1,72	0,48	0,83	5,89
39 - PEDIATRIA	965	136	1.101	0,62	0,18	0,56	3,73
40 - PSICHIATRIA	371	107	478	1,14	1,09	1,13	8,14
43 - UROLOGIA	590	214	804	1,62	0,58	1,34	6,20
49 - TERAPIA INTENSIVA	142	212	354	7,54	0,55	3,35	12,41
50 - UNITA' CORONARICA	109		109	3,30		3,30	4,15
56 - RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	557	46	603	2,79	1,40	2,68	26,92
58 - GASTROENTEROLOGIA		72	72		0,11	0,11	
60 - LUNGODEGENTI	139		139	1,12		1,12	17,22
61 - MEDICINA NUCLEARE	43		43	1,30		1,30	2,09
64 - ONCOLOGIA	503	818	1.321	1,61	1,07	1,27	11,94
67 - PENSIONATI	36	9	45	1,96	0,57	1,68	7,44
68 - PNEUMOLOGIA	602	105	707	2,05	0,80	1,86	12,93
71 - REUMATOLOGIA	23	61	84	1,69	0,64	0,93	12,00
73 - TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	77		77	2,90		2,90	18,86
75 - NEURORIABILITAZIONE	50	34	84	9,73	2,01	6,61	66,48
78 - UROLOGIA PEDIATRICA	47	115	162	1,39	0,47	0,74	5,87
97 - DETENUTI	2	1	3	1,67	1,01	1,45	10,00

% DI SODDISFACIMENTO DEL FABBISOGNO ASSISTENZA OSPEDALIERA – ANNO 2012

Come evidenziato nelle tabelle sotto riportate, l'Azienda Ospedaliera di Alessandria partecipa al soddisfacimento del "fabbisogno" ospedaliero dei residenti ASL AL svolgendo il ruolo di "ospedale di comunità" che ha sul territorio del Distretto di Alessandria (28% dei casi relativi alle specialità di base a fronte della medesima percentuale per quanto riguarda la popolazione del Distretto AL sul totale ASL AL); tale percentuale risulta più bassa per i ricoveri di minore complessità (26%) indice del parziale assorbimento della domanda da parte dei PP.OO. dell'ASL AL, per salire sui casi di maggiore "peso".

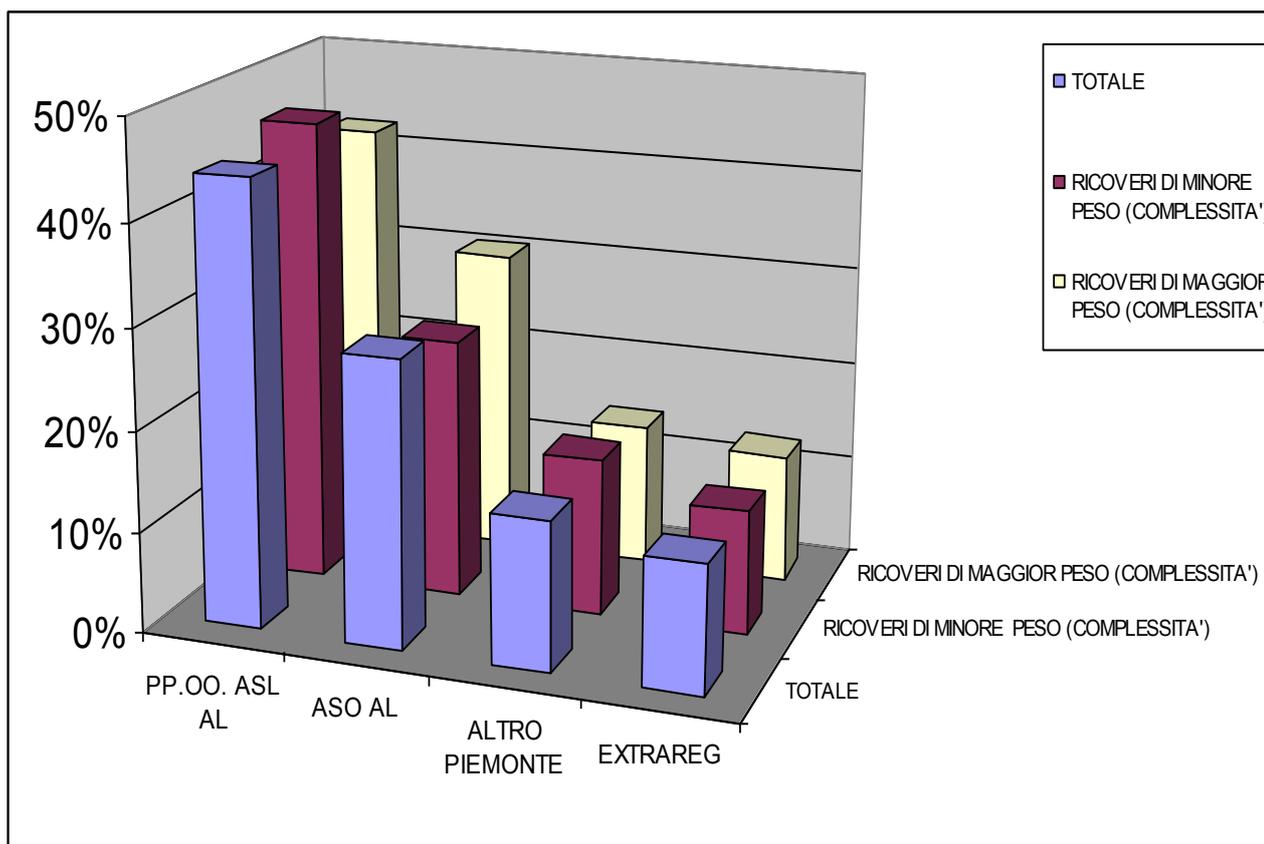
Se al bacino di "attrazione" dell'ASO AL si somma anche il territorio di Valenza (che per vicinanza e tradizione gravita sulla città di Alessandria), tenendo anche conto che il P.O. di Valenza nel 2012 svolgeva solo in piccola parte il ruolo di Ospedale di comunità, si nota come l'assorbimento della domanda di assistenza ospedaliera dei presidi ASL AL (Casale in primis) contribuisce a limitare il ricorso all'Azienda Ospedaliera, chiamata per suo ruolo ad attività di più alta specializzazione.

SPECIALITA' DI BASE (QUELLE EROGATE ANCHE DA PP.OO. ASL AL)

RO+DH – ANNO 2012	EROGATORI			
	PP.OO. ASL AL	ASO AL	ALTRO PIEMONTE	EXTRAREG
TOTALE	44%	28%	15%	13%
RICOVERI DI MINORE PESO (COMPLESSITA')	46%	26%	16%	12%
RICOVERI DI MAGGIOR PESO (COMPLESSITA')	42%	31%	14%	13%

ALTRE SPECIALITA'

RO+DH – ANNO 2012	EROGATORI			
	PP.OO. ASL AL	ASO AL	ALTRO PIEMONTE	EXTRAREG
TOTALE	0%	69%	8%	23%
RICOVERI DI MINORE PESO (COMPLESSITA')	0%	69%	6%	25%
RICOVERI DI MAGGIOR PESO (COMPLESSITA')	0%	69%	9%	22%



POPOLAZIONE

	%
DISTRETTO ACQUI	10%
DISTRETTO ALESSANDRIA	28%
DISTRETTO CASALE	19%
DISTRETTO NOVI	16%
DISTRETTO OVADA	6%
DISTRETTO TORTONA	14%
DISTRETTO VALENZA	7%

Nella tabella sotto riportata si evidenzia il grado di soddisfazione della domanda ospedaliera suddiviso per ciascun distretto in base al tipo di erogatore, relativamente alle specialità di base.

ANNO 2012 – SPECIALITA' DI BASE

anno 2012	TOT		Distretto di Acqui Terme		Distretto di Alessandria		Distretto di Valenza		Distretto di Casale		Distretto di Novi Ligure		Distretto di Ovada		Distretto di Tortona	
	casi	%	casi	%	casi	%	casi	%	casi	%	casi	%	casi	%	casi	%
TOTALE	69.678	100,0%	7.087	100,0%	19.079	100,0%	4.592	100,0%	13.536	100,0%	10.824	100,0%	4.557	100,0%	10.003	100,0%
OSPEDALE S. SPIRITO DI CASALE	9.631	13,8%	36	0,5%	298	1,6%	848	18,5%	8.236	60,8%	97	0,9%	39	0,9%	77	0,8%
OSPEDALE DI VALENZA	703	1,0%	2	0,0%	75	0,4%	392	8,5%	158	1,2%	10	0,1%	4	0,1%	62	0,6%
OSPEDALE DI TORTONA	7.368	10,6%	39	0,6%	476	2,5%	71	1,5%	35	0,3%	1.276	11,8%	155	3,4%	5.316	53,1%
OSPEDALE S. GIACOMO DI NOVI	7.214	10,4%	166	2,3%	557	2,9%	53	1,2%	18	0,1%	5.182	47,9%	908	19,9%	330	3,3%
OSPEDALE CIVILE DI ACQUI TERME	4.821	6,9%	3.792	53,5%	217	1,1%	20	0,4%	6	0,0%	94	0,9%	684	15,0%	8	0,1%
OSPEDALE CIVILE DI OVADA	1.344	1,9%	72	1,0%	33	0,2%	1	0,0%	1	0,0%	156	1,4%	1.063	23,3%	18	0,2%
TOT PP.OO. ASLAL	31.081	44,6%	4.107	58,0%	1.656	8,7%	1.385	30,2%	8.454	62,5%	6.815	63,0%	2.853	62,6%	5.811	58,1%
ASO ALESSANDRIA	19.448	27,9%	985	13,9%	12.550	65,8%	1.998	43,5%	1.161	8,6%	1.306	12,1%	530	11,6%	918	9,2%
CASA DI CURA SALUS	2.123	3,0%	53	0,7%	1.371	7,2%	179	3,9%	67	0,5%	224	2,1%	54	1,2%	175	1,7%
CASA DI CURA CITTA' DI ALESSANDRIA	2.150	3,1%	111	1,6%	969	5,1%	230	5,0%	103	0,8%	266	2,5%	100	2,2%	371	3,7%
CASA DI CURA S. ANNA	1.373	2,0%	32	0,5%	74	0,4%	89	1,9%	1.092	8,1%	68	0,6%	11	0,2%	7	0,1%
CASA DI CURA VILLA IGEA	1.391	2,0%	763	10,8%	156	0,8%	19	0,4%	26	0,2%	218	2,0%	186	4,1%	23	0,2%
ALTRO PIEMONTE	3.346	4,8%	318	4,5%	651	3,4%	163	3,5%	1.709	12,6%	223	2,1%	87	1,9%	195	1,9%
EXTRAREG	8.766	12,6%	718	10,1%	1.652	8,7%	529	11,5%	924	6,8%	1.704	15,7%	736	16,2%	2.503	25,0%

D'altro lato si nota per alcune specialità (ad es. Urologia ed Ostetricia Ginecologia) la capacità dei PP.OO. ASL AL di assorbire parte della domanda ospedaliera del territorio alessandrino.

SPECIALITA'	CASI EROGATI DA PPOO ASL AL PER RESIDENTI DISTRETTO AL	% FABBISOGNO DEL DISTRETTO AL
UROLOGIA PP.OO. ASL AL	321	28%
OSTETRICIA PP.OO. ASL AL	392	16%

MOBILITA' PASSIVA EXTRAREGIONALE

ANNO 2011		TOTALE EXTRAREG	LOMBARDIA	LIGURIA	EMILIA ROMAGNA	TOSCANA	VENETO	ALTRO EXTRAREG
TOT	CASI	10.835	6.820	2.896	378	214	148	379
	% SU TOT DOMANDA	13,0%	8,2%	3,5%	0,5%	0,3%	0,2%	0,5%
Distretto di Acqui Terme	CASI	889	299	501	28	26	12	23
	% SU TOT DOMANDA	11,2%	3,8%	6,3%	0,4%	0,3%	0,2%	0,3%
Distretto di Alessandria	CASI	2.117	1.320	442	101	70	54	130
	% SU TOT DOMANDA	8,8%	5,5%	1,8%	0,4%	0,3%	0,2%	0,5%
Distretto di Casale	CASI	1.182	834	156	55	41	32	64
	% SU TOT DOMANDA	7,4%	5,2%	1,0%	0,3%	0,3%	0,2%	0,4%
Distretto di Novi Ligure	CASI	2.217	1.103	913	90	37	24	50
	% SU TOT DOMANDA	17,4%	8,6%	7,2%	0,7%	0,3%	0,2%	0,4%
Distretto di Ovada	CASI	919	314	554	25	9	5	12
	% SU TOT DOMANDA	17,7%	6,0%	10,7%	0,5%	0,2%	0,1%	0,2%
Distretto di Tortona	CASI	2.872	2.500	234	49	19	13	57
	% SU TOT DOMANDA	24,3%	21,1%	2,0%	0,4%	0,2%	0,1%	0,5%
Distretto di Valenza	CASI	639	450	96	30	12	8	43
	% SU TOT DOMANDA	11,5%	8,1%	1,7%	0,5%	0,2%	0,1%	0,8%

CONSIDERAZIONI FINALI SULLA DOMANDA / OFFERTA OSPEDALIERA

Come può evincersi dalla tabella sotto riportata, per le specialità di base quali Medicina Generale, Chirurgia Generale, Ostetricia Ginecologia l'attività dei presidi ospedalieri dell'ASL AL riesce a garantire una adeguata risposta alla domanda ospedaliera del territorio provinciale (al di sopra del 50%); tali specialità sono distribuite capillarmente sulle diverse sedi ospedaliere in quanto rappresentano l'offerta di base da garantire in maniera omogenea e facilmente accessibile su tutto il territorio dell'ASL.

Per tali specialità l'offerta dell'Azienda Ospedaliera di Alessandria soddisfa una fascia che si attesta al di sotto del bacino della popolazione di afferenza (ca.28% Alessandria, al di sopra del 30% se si considera anche il territorio di Valenza che gravita in maniera significativa sulla città di Alessandria), segno della capacità attrattiva dei PP.OO. ASL AL su tali specialità di base.

Per riguarda le altre discipline sia mediche che chirurgiche, cresce l'apporto sul soddisfacimento della domanda ospedaliera da parte dell'ASO Alessandria e degli altri erogatori sia regionali che extraregionali; per tali specialità, laddove presenti nell'ambito della rete ospedaliera ASL AL, il piano di revisione in via di attuazione prevede la loro necessaria concentrazione in sedi ospedaliere specifiche, nell'ottica di garantire maggiore specializzazione e, di conseguenza, maggiore qualità e sicurezza dell'attività offerta alla popolazione.

L'attività ospedaliera e territoriale

L'ATTIVITA' OSPEDALIERA

Per quanto concerne l'attività proprie dell'ASL AL, nel corso del 2012 si registra un sostanziale mantenimento dei livelli di attività ospedaliera e distrettuale rispetto al precedente anno, con un progressivo processo di trasformazione dell'attività di ricovero ospedaliero (in lieve calo) a fronte dell'incremento dell'attività di specialistica ambulatoriale, in linea con le indicazioni e gli standard regionali in tema di appropriatezza dell'attività di degenza ospedaliera.

Il peso medio (indice di complessità) dell'attività di ricovero dei Presidi Ospedalieri dell'ASL AL è in linea rispetto all'anno precedente, 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 (-1,5% rispetto all'anno 2011), con una significativa diminuzione dei codici bianchi (accessi tendenzialmente inappropriati) pari al 2% circa, 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 2011	170.352.800,26	11.038.796,67	13.074.996,26	459.390,85	18.046,11	194.944.030,15

Da report extranet CSI Piemonte – Regio8

ATTIVITA' AMBULATORIALE PER ESTERNI

PRESTAZIONI AMBULATORIALI PER ESTERNI – PRESIDIO ASL AL		2011	2012
PRESIDIO ACQUI	Prestazioni di attivita' clinica	115.541	132.493
	Prestazioni di laboratorio	576.166	550.773
	Prestazioni di diagnostica strumentale e di immagine	22.302	21.702
	TOTALE	714.009	704.968
PRESIDIO CASALE	Prestazioni di attivita' clinica	263.155	257.458
	Prestazioni di laboratorio	1.296.071	1.302.543
	Prestazioni di diagnostica strumentale e di immagine	46.322	45.109
	TOTALE	1.605.548	1.605.110
PRESIDIO NOVI	Prestazioni di attivita' clinica	174.132	203.738
	Prestazioni di laboratorio	1.295.938	1.421.462
	Prestazioni di diagnostica strumentale e di immagine	29.751	31.306
	TOTALE	1.499.821	1.656.506
PRESIDIO OVADA	Prestazioni di attivita' clinica	69.877	69.331
	Prestazioni di laboratorio	38	197
	Prestazioni di diagnostica strumentale e di immagine	12.358	12.783
	TOTALE	82.273	82.311
PRESIDIO TORTONA	Prestazioni di attivita' clinica	144.788	158.787
	Prestazioni di laboratorio	676.091	603.677
	Prestazioni di diagnostica strumentale e di immagine	29.343	33.036
	TOTALE	850.222	795.500
PRESIDIO VALENZA	Prestazioni di attivita' clinica	27.721	27.800
	Prestazioni di laboratorio	755	2.765
	Prestazioni di diagnostica strumentale e di immagine	9.581	8.971
	TOTALE	38.057	39.536
TOTALE GENERALE		4.789.930	4.883.931

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
BIANCO	7.914	7.193	7.051
VERDE	91.860	91.739	90.791
GIALLO	14.898	14.531	14.079
ROSSO	503	543	584
NERO	3	5	7
Non triagiato	339	169	-
Totale complessivo	115.517	114.180	112.512

PP.OO. ASL AL	ACCESSI DEA/PS Complessivi (residenti e non) ANNO 2012
ACQUI	17.626
NOVI	24.919
OVADA	8.976
TORTONA	25.564
CASALE	32.306
VALENZA	3.121
TOT ASL AL	112.512

DOMANDA RESIDENTI ASL AL 2012

ANNO 2012	TOTALE	PP.OO. ASL AL		ASO AL		EXTRAREG	
	CASI	CASI	%	CASI	%	CASI	%
MEDICINA GENERALE	9.653	5.630	58,3%	2.537	26,3%	547	5,7%
CHIRURGIA GENERALE	8.536	4.381	51,3%	1.401	16,4%	1.014	11,9%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	8.390	4.156	49,5%	2.428	28,9%	1.356	16,2%
ALTRE DISCIPLINE	52.430	17.144	32,7%	19.366	36,9%	7.918	15,1%

L'APPROPRIATEZZA RICOVERI

I ricoveri ospedalieri effettuati per problemi clinici che si potrebbero affrontare, con pari efficacia, minor rischio di iatrogenesi e maggiore economicità nell'impiego delle risorse, ad un livello di assistenza meno intensivo, vengono definiti inappropriati dal punto di vista organizzativo.

L'appropriatezza è stata identificata come "prossima frontiera" nello sviluppo della pratica clinica: uno scenario in cui i medici agiscono, nel rispetto dei bisogni individuali dei pazienti, secondo linee guida cliniche e clinico-organizzative con vantaggi certi in termini di esito clinico e di equità dell'assistenza prestata.

Le indicazioni legislative del D.L. 229/99 contengono espliciti riferimenti all'appropriatezza come condizione necessaria dei livelli di assistenza erogati al carico del SSN. Più recentemente, nel D.P.C.M. del 29 novembre 2001, "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", [1] sono stati identificati 43 DRG come "prestazioni incluse nei LEA che presentano un profilo organizzativo potenzialmente inappropriato, o per le quali occorre comunque individuare modalità più appropriate di erogazione:.....un elenco di DRG 'ad alto rischio di inappropriata' se erogati in regime di degenza ordinaria, per i quali, sulla base delle rilevazioni regionali, dovrà essere indicato un valore percentuale/soglia di ammissibilità, fatto salvo, da parte delle Regioni, l'individuazione di ulteriori DRG e prestazioni assistenziali".

L'importanza di stabilire un valore soglia è legata a considerazioni di natura tecnico-professionale ed organizzative. La trasferibilità della casistica trattata in regime ordinario verso forme di assistenza meno intensive e dispendiose è, infatti, influenzata da aspetti clinici (severità, compresenza di altre malattie, livello di autosufficienza) e da aspetti socio-demografici (condizione familiare e supporto di *caregivers*, età avanzata, livello di istruzione); questi fattori sono in grado di condizionare l'adesione ai trattamenti, l'efficacia dell'assistenza, l'assorbimento di risorse assistenziali, la durata delle degenza e, in ultima analisi, il ricorso a modalità assistenziali più intensive [2-3].

Negli ALLEGATI 1-2-3, vengono illustrati i valori 2012 relativamente ad alcuni DRG ad alto rischio inappropriata.

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 2012 relativi alle varie strutture della Asl AL , così come forniti alla Regione Piemonte. (ALLEGATO 4)

L'ATTIVITA' TERRITORIALE

<u>DISTRETTI - ATTIVITA' AMBULATORIALE</u>		2011	2012
DIREZIONE DISTRETTO ACQUI	Prestazioni di attivita' clinica	14.070	11.463
	Prestazioni di laboratorio	431	557
	Prestazioni di diagnostica strumentale e di immagine	14	4
	TOTALE	14.515	12.024
DIREZIONE DISTRETTO ALESSANDRIA	Prestazioni di attivita' clinica	37.711	44.812
	Prestazioni di laboratorio	220	9.017
	Prestazioni di diagnostica strumentale e di immagine	8.037	8.777
	TOTALE	45.968	62.606
DIREZIONE DISTRETTO CASALE	Prestazioni di attivita' clinica	28.259	26.194
	Prestazioni di laboratorio	835	1.490
	Prestazioni di diagnostica strumentale e di immagine	10	77
	TOTALE	29.104	27.761
DIREZIONE DISTRETTO NOVI	Prestazioni di attivita' clinica	33.009	40.833
	Prestazioni di laboratorio	494	554
	Prestazioni di diagnostica strumentale e di immagine	1	
	TOTALE	33.504	41.387
DIREZIONE DISTRETTO OVADA	Prestazioni di attivita' clinica	5.327	4.440
	Prestazioni di laboratorio	712	689
	Prestazioni di diagnostica strumentale e di immagine	234	197
	TOTALE	6.273	5.326
DIREZIONE DISTRETTO TORTONA	Prestazioni di attivita' clinica	32.191	33.570
	Prestazioni di laboratorio	2.372	2.305
	Prestazioni di diagnostica strumentale e di immagine	515	417
	TOTALE	35.078	36.292
DIREZIONE DISTRETTO VALENZA	Prestazioni di attivita' clinica	13.027	12.941
	Prestazioni di laboratorio	351	307
	Prestazioni di diagnostica strumentale e di immagine		1
	TOTALE	13.378	13.249
TOTALE DISTRETTI		177.820	198.645

CASE DI CURA PRESENTI SUL TERRITORIO ASL AL
PRODUZIONE RICOVERI OSPEDALIERI

	2011			2012		
	DO	DH	TOT	DO	DH	TOT
TOTALE	11.387	4.953	16.340	11.002	4.688	15.690
CASA DI CURA SALUS	3.935	501	4.436	3.583	206	3.789
CASA DI CURA CITTA' DI ALESSANDRIA	4.319		4.319	4.017		4.017
CASA DI CURA S. ANNA	1.288	1.988	3.276	1.340	1.913	3.253
CASA DI CURA VILLA IGEA	1.845	2.464	4.309	2.062	2.569	4.631

<u>FABBISOGNO PER DISTRETTO RICOVERI OSPEDALIERI</u>		Anno	
		2011	2012
Distretto di Acqui Terme	PE - Passiva Extraregione	889	dato non disp.
	PI - Passiva Infraregione	2.875	2.769
	PR - Produzione Residenti	4.186	4.109
	TOTALE	7.950	6.878
Distretto di Alessandria	PE - Passiva Extraregione	2.117	dato non disp.
	PI - Passiva Infraregione	20.303	19.181
	PR - Produzione Residenti	1.737	1.662
	TOTALE	24.157	20.843
Distretto di Casale	PE - Passiva Extraregione	1.182	dato non disp.
	PI - Passiva Infraregione	5.459	5.168
	PR - Produzione Residenti	9.308	8.628
	TOTALE	15.949	13.796
Distretto di Novi Ligure	PE - Passiva Extraregione	2.217	dato non disp.
	PI - Passiva Infraregione	3.208	3.061
	PR - Produzione Residenti	7.337	6.823
	TOTALE	12.762	9.884
Distretto di Ovada	PE - Passiva Extraregione	919	dato non disp.
	PI - Passiva Infraregione	1.324	1.231
	PR - Produzione Residenti	2.948	2.858
	TOTALE	5.191	4.089
Distretto di Tortona	PE - Passiva Extraregione	2.872	dato non disp.
	PI - Passiva Infraregione	2.417	2.224
	PR - Produzione Residenti	6.549	5.826
	TOTALE	11.838	8.050
Distretto di Valenza	PE - Passiva Extraregione	639	dato non disp.
	PI - Passiva Infraregione	3.248	3.229
	PR - Produzione Residenti	1.651	1.405
	TOTALE	5.538	4.634

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

Attività

Riga	Rif.		Numero
			Consuntivo - Val. Comp.
		Voce	
Q110		Continuità assistenziale - numero visite	59173
Q111		ADI - ADP numero interventi	50771
Q112		PLS n° prestazioni aggiuntive - terapeutiche (A1)	149
Q113		PLS n° prestazioni aggiuntive - di screening (A2)	3145
Q114		PLS n° prestazioni aggiuntive - vaccinazioni (B)	0
Q115		PLS n° prestazioni aggiuntive - diagnostiche (C)	4081
Q116		PLS n° prestazioni aggiuntive - bilanci di salute	18839
Q117		MMG - Assistenza primaria -numero scelte	402348
Q118		PLS - Assistenza primaria -numero scelte	34897
Q119		MMG - assistenza primaria - numero di equipis assistenza territoriale	27
Q120		MMG - Assistenza primaria -numero ore totale di apertura settimanale ambulatori	5000
Q121		PLS - Assistenza primaria -numero ore totale di apertura settimanale ambulatori	615
Q122		MMG - Prevenzione-numero pazienti inseriti nella gestione integrata del diabete	9134

Risorse

Riga	Rif.		Numero Medio
			Consuntivo - Val. Comp.
		Voce	
Q210		MMG - Assistenza primaria - numero medici	343
Q211		di cui operanti in medicina in associazione	62
Q212		di cui operanti in medicina di rete	123
Q213		di cui operanti in medicina di gruppo	127
Q214		PLS - Assistenza primaria - numero pediatri	39
Q215		di cui operanti in medicina in associazione	21
Q216		di cui operanti in medicina di rete	0
Q217		di cui operanti in medicina di gruppo	1

Riga	Rif.		Numero
			Consuntivo - Val. Comp.
		Voce	
Q218		Numero ore di apertura del servizio di C.A. (ore medico totali) per tutti i punti di erogazione	109220

**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	4664
U111b	Centri diurni - (n° giornate) - Assistenza semiresidenziale	10059
U112b	DH territoriali - (n° giornate) - Assistenza semiresidenziale	2636
U113b	Assistenza territoriale residenziale (n° giornate)	88018
U114b	Comunità alloggio	13138
U115b	Gruppi appartamento e progetti individuali	20845
U116b	Comunità protette (A e B)	34607
U117b	Comorbilità psichiatrica	4533
U118b	RSA / RAF	14895
U119b	Attività territoriale/ambulatoriale (N° prest.) - persone con problemi psichiatrici	36151
U120b	Prestazioni da nomenclatore nazionale (N° prestazioni - flusso C)	16803
U121b	Prestazioni da nomenclatore regionale (N° prestazioni)	19348
U122b	Attività di ricovero (Numero) per DRG psichiatrici indotta da propri residenti (consumo)	1072
U123b	Ricoveri ordinari - acuzie (codice 40 servizio pubblico SPDC e Clinica Universitaria)	947
U124b	di cui TSO	100
U125b	di cui LEA (elenco)	37
U126b	Ricoveri ordinari - postacuzie (codice 40 privati Case di Cura)	0
U127b	di cui LEA (elenco)	0
U128b	Ricoveri diurni (DH codice 40, SDO)	125
U129b	Attività di ricovero (Numero) per DRG psichiatrici indotta da pazienti psichiatrici (produzione)	540
U130b	Ricoveri ordinari - acuzie (codice 40 servizio pubblico SPDC e Clinica Universitaria)	540
U131b	di cui TSO	49
U132b	di cui LEA (elenco)	32
U133b	di cui mobilità attiva	68
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	2250
U111a	Tossicodipendenti	1353
U112a	Alcoolisti	791
U113a	altre dipendenze	106

Riga		Numero
		Consuntivo - Val. Comp.
	Voce	
U114a	Assistenza territoriale semiresidenziale (n° giornate) - persone con problemi di dipendenza	728
U114a8	STR semiresidenziale 8 ore die 12-C1	0
U114a4	STR semiresidenziale breve 4 ore die 12-C2	728
U117a	Assistenza territoriale residenziale (n° giornate) - persone con problemi di dipendenza	13256
U118aa	STR residenziale 12-A	10404
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	399
U119ai	STS Comorbilità 13-E	730
U119al	STS HIV/AIDS 13-F	993
U120aa	SRLA residenziale 14-A	0
U120ab	Gruppi appartamento 14-B	730
U123a	Attività territoriale/ambulatoriale - persone con problemi di dipendenza	
U124a	prestazioni da nomenclatore nazionale (pesi - flusso C) erogate dai Sert	25963
U125a	N° somministrazione farmaci	279385
U126a	N° raccolta campioni urine	33848
U127a	N° altre prestazioni infermieristiche	12186
U128a	N° passaggi servizi bassa soglia	5881
U129a	N° certificazioni per mansioni a rischio	62
U130a	Attività indotte da residenti dell'ASL con problemi di dipendenza (pesi)	66
U131a	Prestazioni specifiche (pesi flusso C) erogate da altre strutture aziendali e/o da altre ASR	0

La nascita della Federazione Piemonte 6

Con riferimento alla Legge Regionale 28 marzo 2012, n°3, sono state istituite le Federazioni Sovraziendali, società consortili a responsabilità limitata, di diritto privato, aventi la finalità della gestione organizzativa, amministrativa, logistica ed informatica delle aziende sanitarie che afferiscono alle Federazioni medesime, in un'ottica di cooperazione interaziendale e con l'obiettivo della realizzazioni di reti integrate di offerta, anche a livello interprovinciale, dirette a conseguire il medesimo livello possibile di efficacia sanitaria ed efficienza organizzativa.

La Federazione Sovrazonale Piemonte 6 – Piemonte Sud-Est s.c. a r.l. è stata costituita con atto notarile in data 16.5.2012 e vi afferiscono le AA.SS.LL. di Alessandria , Asti e l'ASO "SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo" di Alessandria.

Con riferimento alla DGR 13-3723/2012, si segnala che, nel rispetto delle disposizioni previste dalla legge regionale 3/2012, l'ASL AL, appartenente alla Federazione Piemonte 6 Piemonte Sud Est, ha contribuito al trasferimento delle funzioni alla Federazione stessa, anche attraverso le Assemblee e i previsti accordi contrattuali.

Mediante adesione su base volontaria dell'apposito avviso pubblico di assegnazione, nella prime fasi di avvio, le funzioni conferite sono:

Acquisizione beni e servizi

Tecnologie sanitarie

Sistemi informativi - informatici

Gestione assicurativa su progetto regionale

Analisi della strategia necessaria al coordinamento, integrazione ed omogeneizzazione delle procedure e supporto alla revisione dei processi delle singole ASR, con riferimento a "Gestione del patrimonio immobiliare per le funzioni ottimizzabili in materia di manutenzioni, appalti ed alienazioni, in coerenza con gli indirizzi regionali"

I percorsi sono stati avviati nell'ottica della ottimizzazione dell'equo e corretto utilizzo delle risorse disponibili, senza trascurare le esigenze assistenziali del cittadino.

Il percorso di budget 2012

Il budget è il principale strumento del controllo del sistema aziendale, inteso come pianificazione, programmazione e controllo dell'attività, ovvero come il processo formale attraverso il quale sono definiti gli obiettivi aziendali, l'impiego e l'allocazione delle risorse. Da non dimenticare che il budget svolge un veicolo privilegiato attraverso il quale trasmettere i messaggi di indirizzo delle politiche aziendali a tutti i livelli della struttura organizzativa: un mezzo di diffusione e crescita della cultura d'impresa

Per l'anno 2012, il percorso di budget si è così articolato:

OBIETTIVI ASSEGNATI ALLA MACROAREA PRESIDII OSPEDALIERI ASL AL:

- STRUTTURE DI PRODUZIONE (DEGENZA E SPECIALISTICA):

Obiettivi di Attività:

Mantenimento a livello 2011 del rapporto fatturato complessivo/consumo beni sanitari

Obiettivi di Efficienza:

Consumo farmaci, beni sanitari e protesi: complessiva riduzione del 6% rispetto al consumato 2011 (in linea con indicazioni "spending review" e disposizioni regionali)

Appropriatezza ricoveri - DRG medici e chirurgici (DGR 4-2495 del 3 agosto 2011): rispetto degli standard previsti (o miglioramento degli indici rispetto 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)

Obiettivi connessi alla riorganizzazione delle reti ospedaliere (Direzioni Sanitarie di Presidio)

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

OBIETTIVI ASSEGNATI ALLE STRUTTURE TERRITORIALI

- DISTRETTI - DIPARTIMENTO DIPENDENZE - DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE

Obiettivi di Efficienza:

Consumo farmaci e beni sanitari: complessiva riduzione del 6% rispetto al consumato 2011 (in linea con indicazioni "spending review" e disposizioni regionali)

Rispetto degli stanziamenti sui conti di bilancio gestiti: entro la disponibilità fissata nei budget finanziari 2012 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: complessiva riduzione del 6% rispetto al consumato 2011 (in linea con indicazioni "spending review" e disposizioni regionali)

Progetti:

Progetti specifici per tutte le strutture del Dipartimento

OBIETTIVI ASSEGNATI ALL'AREA AMMINISTRATIVA

Obiettivi di Efficienza:

Rispetto degli stanziamenti sui conti di bilancio gestiti: entro la disponibilità fissata nei budget finanziari 2012 nel sistema contabilità (Provveditorato, Economato, Tecnico, Sistema Informativo, Controllo di Gestione)

Altri obiettivi specifici assegnati alle singole strutture

OBIETTIVI ASSEGNATI AL COMPARTO RUOLO TECNICO, PROFESSIONALE, AMMINISTRATIVO

Partecipazione e collaborazione nei processi in atto finalizzati all'attuazione degli indirizzi della Legge regionale 28 marzo 2012, n. 3 "Disposizioni in materia di organizzazione del Sistema sanitario regionale" e del PSSR 2012-2015, con particolare riguardo al percorso di costituzione ed avvio della Federazione Sovrazonale

Collaborazione con il responsabile della struttura nella definizione ed attuazione delle azioni previste dal D.L. 6 luglio 2012, n. 95 (coordinato con la legge di conversione 7 agosto 2012, n. 135), recante: "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini" (spending-review) (per i titolari di posizione organizzativa)

OBIETTIVI ASSEGNATI AL COMPARTO RUOLO SANITARIO

Individuati nell'ambito degli obiettivi della SOC SITRO

ESITO PROCESSO DI VALUTAZIONE

Schede valutate da Nucleo di Valutazione: 137

Strutture con obiettivi non raggiunti: 14
di cui:

Area Ospedaliera 9
Area Territoriale 5

Percentuali di abbattimento applicate
sull'indennità di risultato del personale
dirigente: Minimo 5% massimo 15%

Conclusioni

Riteniamo che non sia possibile estrapolare la valutazione delle future scelte strategiche relative all'ASL dalla più complessiva situazione della Sanità piemontese e nazionale nonché dall'evoluzione e modifica dell'attuale "stato sociale".

La crisi economica senza precedenti che stiamo attraversando ha evidenziato con maggior drammaticità alcune problematiche latenti delle nostre organizzazioni.

In particolare è venuta emergendo la necessità di affrontare il tema della sostenibilità del sistema.

E' ancora possibile pensare ad un'evoluzione dello stato sociale secondo canoni tradizionali o si impone l'esigenza di creare una forte discontinuità nel sistema che, governata adeguatamente, possa portare ad una revisione complessiva dell'intervento pubblico nei settori strategici dei servizi in generale e della sanità in particolare?

Per quanto attiene ai nostri ambiti specifici alcuni temi di fondo andranno affrontati nel medio termine.

La riduzione e specializzazione dei punti di erogazione ospedalieri sarà necessaria al fine di garantire percorsi definiti e sicuri per i pazienti.

L'obiettivo è assicurare l'appropriatezza e la sicurezza ancor prima che l'economicità.

Per raggiungere questo obiettivo deve migliorare la capacità delle istituzioni sanitarie a tutti i livelli di comunicare ai cittadini che alcune ristrutturazioni organizzative sono finalizzate al miglioramento della qualità e non devono essere lette solo in ottica economicistica.

In questo quadro sarebbe sicuramente di aiuto lo sviluppo di nuove progettualità di edilizia sanitaria con la possibilità di pensare a nuove strutture anziché continuare ad intervenire su strutture concepite con criteri ormai superati.

La rete territoriale dovrà essere qualitativamente potenziata anche in continuità con i percorsi ospedalieri.

Sarà necessaria una manutenzione continua dei processi accompagnata da sviluppo di competenze specifiche a livello distrettuale.

Anche in questo caso alcune attività di back office potranno essere accentrate mentre dovrà rimanere capillare il servizio e l'informazione diretta all'utente.

L'attività di prevenzione è parte integrante dei servizi territoriali e verranno valorizzati progetti di informazione e prevenzione soprattutto rivolti ai giovani e alle categorie più deboli economicamente e culturalmente.

Nei prossimi anni sarà necessaria anche una profonda riflessione sull'evoluzione delle professioni sanitarie.

Sappiamo che andremo incontro ad una storica diminuzione nel numero dei medici accompagnata da una crescita professionale e culturale delle professioni sanitarie non mediche e soprattutto del ruolo infermieristico.

A ciò si aggiunge il parziale fallimento del classico modello dipartimentale accompagnato dall'emergere di nuove modalità organizzative quali l'affermarsi del modello di organizzazione degli ospedali per intensità di cure.

Si profila un ritorno della centralità delle alte professionalità mediche disgiunto almeno parzialmente da compiti di gestione organizzativa diretta soprattutto in ambito chirurgico.

Il rapporto convenzionale con i Medici di Medicina Generale dovrà evolvere attraverso il potenziamento dell'impegno congiunto verso l'appropriatezza prescrittiva sia in ambito farmaceutico che diagnostico.

Lo sviluppo dell'informatizzazione dovrà permettere di monitorare con sempre maggiore precisione i percorsi diagnostico / terapeutici dei pazienti.

Anche il rapporto pubblico / privato in sanità si sta evolvendo.

Già oggi sappiamo che una vasta parte delle risorse (si parla del 30%) impegnate in sanità sono destinate a servizi pagati direttamente od indirettamente (forme assicurative private) dai cittadini.

Nessuno auspica una privatizzazione della sanità, ma nel contempo non si può non tenere conto di questa realtà ed ipotizzare nuove forme di collaborazione nel futuro.

In conclusione non si può che affermare che sarà necessario uno sforzo di pensare a modelli nuovi in parziale discontinuità con il passato.

Questo sforzo dovrà essere accompagnato da un'assunzione di responsabilità a tutti i livelli da parte degli attori istituzionali e dei professionisti finalizzato anche a riaffermare con dignità ed orgoglio il ruolo di centralità della sanità pubblica nel servizio al cittadino.