



ASL AL

ANDAMENTO GESTIONALE ANNO 2012 PROSPETTIVE ANNO 2013

INDICE

- Introduzione
- Il contesto ed il percorso di riorganizzazione
- La situazione attuale e le prospettive 2013
- Andamento economico e azioni intraprese in relazione alla Spending Review (DL 95/2012)
- La nascita della Federazione 6 Piemonte Sud-Est
- Assistenza ospedaliera - Analisi della domanda / offerta
- Progetti avviati in area ospedaliera
- Progetti avviati in area territoriale
- Conclusioni

INTRODUZIONE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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.

IL CONTESTO ED IL PERCORSO DI RIORGANIZZAZIONE

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, con particolare riferimento alla definizione dei contenuti dello Statuto ed alla nomina dell'Amministratore Unico designato dal Presidente della Giunta regionale.*
- 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

Il Servizio Sanitario, dal punto di vista organizzativo, tende a 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 di 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.

Obiettivo del percorso di riorganizzazione è la concentrazione della produzione dell'assistenza di maggiore complessità in centri ad alta specializzazione e l'organizzazione di un sistema di relazioni con centri funzionalmente coordinati, cui compete il trattamento della media e bassa complessità, nonché la selezione e l'indicazione al centro di riferimento più idoneo per il paziente.

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.

A ciò si aggiungono rilevanti aspetti legati al miglioramento della qualità e della sicurezza sia delle prestazioni erogate, in funzione della qualificazione e concentrazione della casistica ospedaliera in poche, ma specializzate sedi di erogazione, sia delle strutture e delle sedi di attività, bisognose di rilevanti risorse per la loro messa in sicurezza e per la loro costante necessità di manutenzione.

Il processo avviato di revisione della rete ospedaliera, che troverà compimento con la definizione del nuovo Atto aziendale redatto secondo i vincoli indicati dalla D.G.R. del 14 marzo 2013 n.6-5519, ha rappresentato pertanto un'occasione, dettata anche, ma non solo, dalla necessità di garanzia della sostenibilità economica dell'intero sistema (locale, regionale e nazionale), di profonda riprogettazione dell'intera organizzazione dei servizi offerti, ospedalieri e territoriali, nell'ottica della loro omogeneità, integrazione, appropriatezza, qualità e sicurezza.

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.

LA SITUAZIONE ATTUALE E LE PROSPETTIVE 2013

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

CREDITI VERSO REGIONE

La crescita costante della già rilevante portata dei crediti vantati dall'Azienda nei confronti della Regione Piemonte è causa prevalente della sofferenza sui tempi di pagamento dei fornitori, generando sempre più preoccupanti problemi di cassa.

Le prospettive per il corrente anno, con la riduzione del finanziamento regionale, in seguito evidenziato, lasciano prevedere la possibilità di accentuazione di tale problematica (vedasi, peraltro, la prospettiva indicata in seguito).

Anno	euro
01/01/2008	109.970.082
31/12/2008	114.428.940
31/12/2009	149.988.889
31/12/2010	164.690.757
31/12/2011	175.378.700
31/12/2012	199.405.100

DEBITI VERSO FORNITORI

TEMPI DI PAGAMENTO per LINEE di FORNITURA OMOGENEE *

TEMPI DI PAGAMENTO per LINEE di FORNITURA OMOGENEE *

	scadenza	01/01/2012	01/01/2013
stipendi e MMG	27/XX	0	0
FARMACEUTICA CONVENZIONATA	27/XX	40	60
PRIVATI CONVENZIONATI (CLINICHE E STUDI)	60 gg DF	120	150
FORNITURE DI INTEGRATIVA E PROTESI DA NEGOZI	90 gg DF	90	90
RETTE ANZIANI, DISABILI, SERT	90 gg DF	90	90
ALTRI SERVIZI AD ALTA VALENZA SANITARIA	90 gg DF	120	150
SERVIZI TECNICO ECONOMICI	90 gg DF	180	180
BENI SANITARI (grandi aziende farmaceutiche e dispositivi)	90 gg DF	210	270

(*) ritardo rispetto a scadenze contrattuali / convenzionali

PROSPETTIVE 2013

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

- Riduzione del finanziamento (12 milioni)
- Scarse prospettive di finanziamenti in conto capitale
- Possibilità di turn over personale solo con autorizzazione regionale

Per quanto riguarda l'aspetto legato al pagamento dei fornitori, si può ipotizzare un possibile percorso di recupero progressivo sui tempi di pagamento alla luce

- del possibile sblocco di risorse a seguito della definizione ed approvazione del Piano di rientro regionale;
- degli annunciati interventi normativi di carattere nazionale, con disponibilità di una maggiore liquidità per far fronte al ritardo accumulato (nella logica, peraltro, della possibilità di accensione di mutui finalizzati che comporteranno la necessità di una attenta e oculata gestione, per gli effetti che gli oneri derivanti possono avere sull'andamento economico complessivo dell'Azienda).

LE POSSIBILI SCELTE STRATEGICHE A LIVELLO MACRO

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

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

OBIETTIVI STRATEGICI

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

ANDAMENTO ECONOMICO E AZIONI INTRAPRESE IN RELAZIONE ALLA SPENDING REVIEW (DL 95/2012)

Per l'anno 2012 è confermato il raggiungimento dell'obiettivo di pareggio di bilancio. Aspetto, che non pare ininfluente, 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 condotte via via nel tempo dalla direzione aziendale.

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

Si rimanda all'allegato, relativo agli obiettivi assegnati alla Direzione per l'anno 2012, per l'analisi delle voci di bilancio e delle azioni intraprese per l'efficientamento del sistema.

Tutto ciò premesso, fin dalla promulgazione del DL 95/2012 (cd. Spending Review), le varie strutture aziendali si sono attivate per adempiere al dettato delle norme finalizzate al contenimento della spesa pubblica; al proposito è da precisare che non trattandosi, come ovvio ed evidente, di una mera "ricerca di sconto", peraltro difficilmente proponibile alle aziende, ma di una "riduzione degli importi di fornitura e delle connesse prestazioni", si è dovuto tenere nel dovuto conto della superiore necessità di garantire essenziali livelli quali – quantitativi di prestazioni sanitarie rese ai cittadini.

Per quanto attiene il costo di beni, eventuali riduzioni possono essere ottenute esclusivamente a seguito di contrazioni dei consumi ovvero delle attività connesse; infatti

per quelli impiegati nel ciclo produttivo si ha una contrazione del 2,8% sostanzialmente riconducibile al calo dell'attività di ricovero.

Al proposito è importante riferire che, leggendo i dati disponibili, parrebbe potersi dedurre che i vincoli di spesa introdotti abbiano indirettamente prodotto una maggiore appropriatezza nel sistema di cure; infatti, il calo generalizzato dei ricoveri in Piemonte non ha dato luogo ad incrementi diretti di mobilità passiva come invece ci si sarebbe potuti attendere in un primo momento.

Per quanto attiene il costo per servizi, essi vanno ulteriormente suddivisi tra quelli intermedi, di natura tecnico – economale, e quelli sanitari finiti resi alla persona.

Per quanto qui d'interesse, nel settore relativo alla gestione dei servizi sono stati posti in essere articolati interventi di riduzione delle prestazioni corrispettive, che, pur conservando inalterata la qualità all'utente, permettono di conseguire un risultato in termini di contrazione dei costi, restando inteso che solo la revisione della rete organizzativa delle strutture consentirà di raggiungere risultati significativi.

Così nella gestione della ristorazione degenti e dipendenti delle mense appaltate, la modifica del paniere dei prodotti, garantiti i livelli qualitativi CEE porta ad un apprezzabile risparmio, così come la dismissione della degenza nell'ospedale di Valenza, oltre agli effetti del percorso di riorganizzazione in atto delle strutture aziendali di erogazione delle prestazioni.

Per quanto riguarda le mense a gestione diretta (ex ASL 22) sono previsti analoghi interventi.

Nel servizio di pulizia, la riduzione dei passaggi in aree non critiche porta ad una riduzione di spesa, anche in questo caso la sospensione del servizio nei locali dimessi di Valenza e delle Comunità Psichiatriche produrrà risultati apprezzabili.

Nel servizio di supporto alla gestione informatizzata del farmaco in unità posologica con allestimento della terapia personalizzata a bordo letto minori costi potranno derivare dalla riduzione di strutture di ricovero ospedaliere effettuato con la revisione della rete

ospedaliera e con la rimodulazione dell'intervento in generale, anche sulla base dell'iniziale esperienza, maturata sul presidio di Tortona (vedasi lo specifico punto nella presente relazione).

Nel settore del Servizio Tecnico, la necessità di adempiere a precisi dettati normativi nel campo delle manutenzioni elettriche, antincendio e di sicurezza in genere non consente particolari interventi di riduzione delle prestazioni, tenuto conto che in massima parte quanto possibile è già stato fatto.

Le voci di spesa più significative gestite, riguardano le utenze; anche in questo caso la realizzazione di economie è strettamente connessa al piano di rientro.

La voce più consistente delle spese tecniche, è, per l'appunto, la gestione calore per un importo di spesa contrattuale per l'anno 2013 pari a 10.000.000€. Anche in questo caso la riorganizzazione della rete ospedaliera porta ad un significativo risparmio di costi; mentre un serrato controllo nella fase di esecuzione del contratto consente razionalizzazioni significative di spesa rispetto all'aggiudicazione.

Nel settore delle Tecnologie Biomediche, stante la necessità di mantenere nei limiti di legge i parametri di manutenzione del parco tecnologico, il contenimento della spesa è stato e sarà perseguito, oltre che con la rinegoziazione dei contratti, soprattutto con la integrale ricognizione – ora in corso - di tutti gli elettromedicali esistenti ed una razionalizzazione del numero e della concentrazione in base agli effettivi impieghi.

In questo ambito è in corso – insieme agli utilizzatori - una concreta rimodulazione del servizio esternalizzato di sterilizzazione, con revisione dei kit e razionalizzazione nell'utilizzo dei medesimi.

Quanto sopra stante che il processo di revisione della spesa dell'ASL AL non può non passare anche attraverso un'analisi e un ripensamento sull'attuale assetto organizzativo, caratterizzato da un sistema di sedi e punti di erogazione delle prestazioni offerte a volte disomogeneo; le economie di scala che tali azioni possono portare al sistema si sommeranno pertanto al percorso di rinegoziazione dei termini economici dei contratti di fornitura in essere; il processo di revisione della spesa è stato avviato dall'ASL AL a partire

dal secondo semestre 2012, con azioni che hanno riguardato, come detto, non solo la rinegoziazione delle condizioni contrattuali per le forniture di beni e servizi già in essere, ma più in generale un percorso di ripensamento sull'assetto organizzativo dell'azienda e dei servizi da essa offerti in relazione al ruolo alla stessa affidato nel quadro della rete dei servizi ospedalieri e territoriali dell'Area sovrazonale della Federazione sud-est.

Tutte le azioni sopra riportate si collocano, quindi, nel processo in atto di riorganizzazione dell'intero sistema, orientato ad una razionalizzazione dei punti di erogazione dei servizi, nell'ottica non solo dell'efficientamento complessivo del sistema, ma anche del miglioramento dei processi di erogazione delle attività in termini di efficacia, qualità e sicurezza nell'offerta al cittadino.

LA NASCITA DELLA FEDERAZIONE 6 PIEMONTE SUD-EST

Con la Legge Regionale 28 marzo 2012, n°3 ad oggetto “Disposizioni in materia di organizzazione del Sistema sanitario regionale”, 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 Sovrazionale 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.

Alla Federazione Piemonte 6 vengono trasferite le attività relative all’analisi delle strategie necessarie al coordinamento, integrazione ed omogeneizzazione delle procedure e supporto alla revisione dei processi delle singole ASR.

Secondo quanto stabilito dal comma 10 dell’art.2 della succitata legge regionale, le Federazioni non dispongono di personale proprio, ma si avvalgono delle risorse umane assegnate funzionalmente dalle aziende sanitarie; da cui le parti interessate hanno provveduto, mediate protocolli d’intesa, ad individuare il personale da assegnare alle Federazione 6.

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”

- Gestione del materiale, dei magazzini e della logistica.

Si precisa che il trasferimento della funzione Gestione del materiale, dei magazzini e della logistica non implica assegnazione di personale.

Occorre ricordare che tutti i progetti sono stati intrapresi nel rispetto della normativa regionale di riferimento, soprattutto con riferimento al DL 95/2012 convertito in legge 135/2012, della DCR 167-14087 e della legge regionale 3/2012.

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

Quanto sopra descritto dovrà raccordarsi con le prospettive di possibile revisione del ruolo e funzioni dell’organizzazione delineata con la Legge regionale 28 marzo 2012, n°3, alla luce degli indirizzi che proverranno dalla Regione sul tema.

ASSISTENZA OSPEDALIERA - ANALISI DELLA DOMANDA / OFFERTA

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".

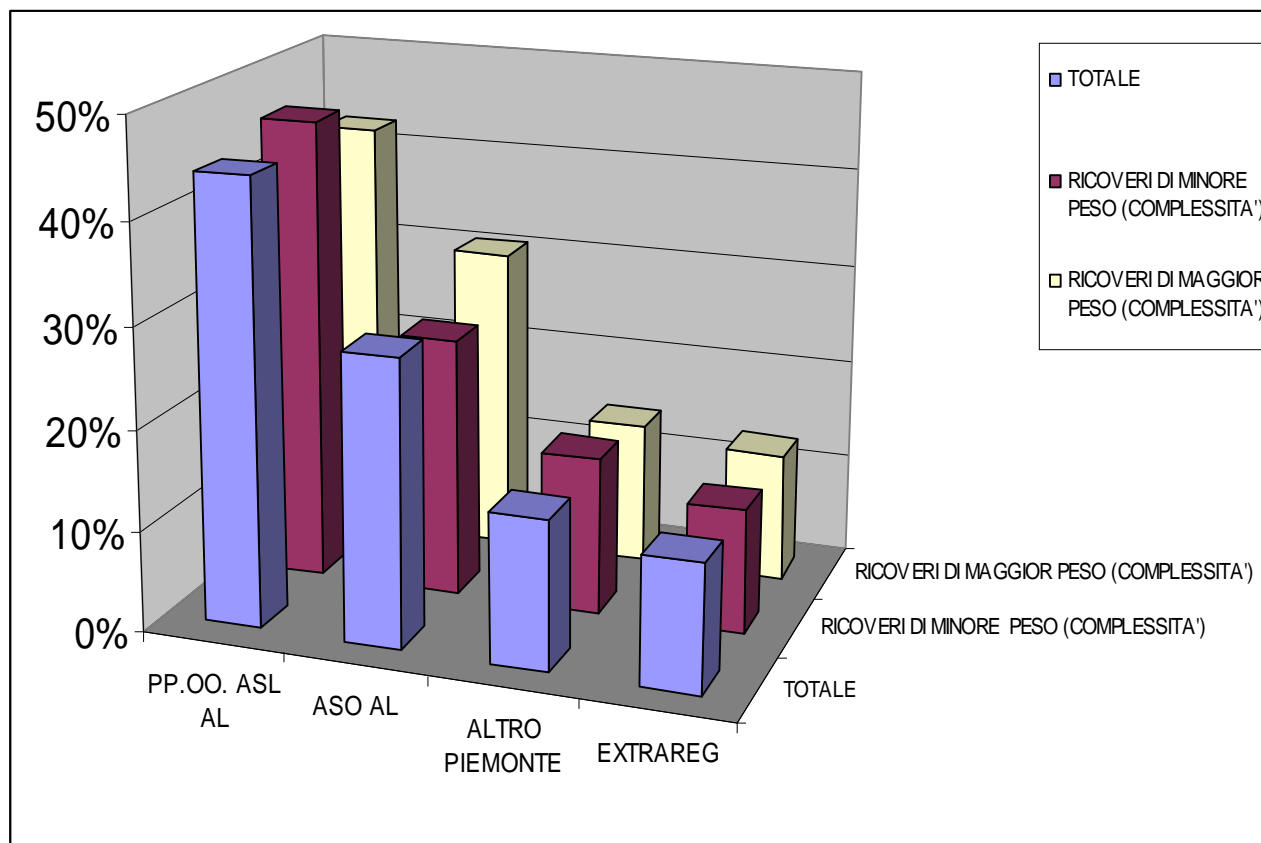
Se al bacino di "attrazione" dell'ASO AL si somma anche il territorio di Valenza (che per vicinanza e tradizione gravita sulla città di Alessandria), tenendo anche conto che il P.O. di Valenza nel 2012 svolgeva solo in piccola parte il ruolo di Ospedale di comunità, si nota come l'assorbimento della 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.

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%

DATI ATTIVITA' DI EMERGENZA URGENZA

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

COD URGENZA	ACCESSI DEA/PS Complessivi (residenti e non) ANNO 2012
BIANCO	7.051
VERDE	90.791
GIALLO	14.079
ROSSO	584
NERO	7
Non triagiato	-
TOT ASL AL	112.512

	ACCESSI Complessivi DEA/PS	% ACCESSI SEGUITI DA RICOVERO
PP.OO. ASL AL	112.512	11,7%
ASO - OSP CIVILE	39.685	20,3%
ASO INFANTILE	22.273	7,3%
MEDIA REGIONALE ASL PIEMONTE		9,9%
MEDIA REGIONALE ASO PIEMONTE		13,7%

DATI ATTIVITA' AMBULATORIALE PER ESTERNI – ANNO 2012

	n. prest.
PRESIDIO ACQUI	704.968
PRESIDIO CASALE	1.605.110
PRESIDIO NOVI	1.656.506
PRESIDIO OVADA	82.311
PRESIDIO TORTONA	795.500
PRESIDIO VALENZA	39.536
TOTALE PP.OO. AS AL	4.883.931

PER RESIDENTI ASL AL	n. prest.
AZIENDA OSPEDALIERA ALESSANDRIA	1.692.496

PROGETTI AVVIATI IN AREA OSPEDALIERA

REVISIONE DELLA RETE OSPEDALIERA AZIENDALE

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'invio in Regione, presso la Direzione regionale Sanità, della proposta di riorganizzazione della rete ospedaliera è avvenuto in data 20/12/2013 con nota protocollo n.124992.

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

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

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

Si rimanda all'allegato, relativo agli obiettivi assegnati alla Direzione per l'anno 2012, per il dettaglio delle azioni intraprese nei diversi ambiti ospedalieri dell'ASL AL.

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 temperare 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.

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 cambiamento di questo tipo è una scelta culturale impegnativa perché vuol dire mettere in discussione funzioni e ruoli per la costruzione di progetti che devono essere condivisi, al fine di garantire un servizio migliore di quello che si offre con gli ospedali suddivisi per reparti e discipline.

Un ospedale non più strutturato come da tradizione in Reparti o Unità Operative in base alla patologia e alla disciplina medica, ma organizzato in aree, chiamate "aree omogenee di cura", che aggregano i pazienti in base alla maggiore o minore gravità del caso e al conseguente minore o maggiore livello di complessità assistenziale.

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

- un livello di intensità alta che comprende le degenze intensive e sub-intensive quali rianimazione, unità di terapia intensiva cardiologica (UTIC), blocco operatorio;
- un livello di intensità media che comprende le degenze suddivise per aree funzionali (area medica, area chirurgica, area materno-infantile ...);
- 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
HME26060601 - MEDICINA INTERNA TORTONA REPARTO	1.190	14.089	1.476	1,24	1.222	15.373	1.494	1,22
HE108060601 - CARDIOLOGIA TORTONA REPARTO	374	3.035	610	1,63	362	3.138	488	1,35
HE108060603 - UTIC TORTONA	116	488	129	1,11	106	435	93	0,88
HSM32060601 - 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	€ 308.607,81
Spesa farmaci per punto DRG	
new	€ 63,82
old	€ 111,69
Spesa farmaci per GG Degenza	
new	€ 8,16
old	€ 13,04
Spesa/DRG	Spesa/Gdeg
-43%	-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
HSC36060601 - ORTOPEDIA TORTONA REPARTO	938	7.136	1.541	1,64	911	7.046	1.449	1,59
HSC38060601 - ORL TORTONA REPARTO								
HCH09060601 - CHIRURGIA TORTONA REPARTO	933	6.016	1.350	1,45	1.274	8.702	1.867	1,47
HCH43060601 - UROLOGIA TORTONA REPARTO								
HMI37060601 - OSTERICIA E GINECOLOGIA TORTONA REPARTO	753	2.798	522	0,69	594	2.482	456	0,77
HMI39060601 - PEDIATRIA TORTONA REPARTO	601	2.527	382	0,64	584	2.264	394	0,67
HMI39060603 - 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	€ 133.012,90
old	€ 166.096,06
Spesa farmaci per punto DRG	
new	€ 34,52
old	€ 39,40
Spesa farmaci per GG Degenza	
new	€ 6,92
old	€ 7,88
Spesa/DRG	Spesa/Gdeg
-12%	-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
HSM32040401 - NEUROLOGIA NOVI REPARTO	246	2.241	354	1,44	200	2.346	299	1,49
HCH09040401 - CHIRURGIA NOVI REPARTO	442	3.116	576	1,30	400	3.367	628	1,57
HME26040401 - MEDICINA INTERNA NOVI REPARTO	518	5.368	611	1,18	531	4.953	629	1,18
HME26040403 - LUNGODEGENZA NOVI	18	226	15	0,82	34	349	23	0,67
HE108040401 - CARDIOLOGIA NOVI REPARTO	260	1.143	428	1,65	222	1.133	360	1,62
HE108040403 - UTIC NOVI	41	155	60	1,46	54	185	70	1,29
HSM29040402 - NEFROLOGIA NOVI AMBULATORIO	49	441	72	1,47	37	413	56	1,51
HSC36040401 - 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	€ 61,92
Spesa farmaci per GG Degenza	
new	€ 8,21
old	€ 10,19
Spesa/DRG	Spesa/Gdeg
-23%	-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
HCH43040401 - UROLOGIA NOVI REPARTO	212	1.157	238	1,12	184	990	241	1,31
HMI37040401 - OSTERICIA E GINECOLOGIA NOVI REPARTO	237	1.088	194	0,82	290	1.311	237	0,82
HMI39060401 - PEDIATRIA NOVI REPARTO	49	281	31	0,64	91	460	50	0,55
HMI39060403 - PEDIATRIA NOVI NIDO	129	477	33	0,26	128	474	32	0,25
ZSM40SSPO01 - 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	Spesa/Gdeg
-19%	-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		
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		
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 ed 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.

Fondamentale all'avvio del progetto, sono stati gli incontri svolti tra le parti interessate (personale Asl AL, Aso AL e Polo oncologico) per confrontare, rettificare e, da ultimo, validare ed approvare nuovi protocolli comuni.

Parallelamente, l'ulteriore attività propedeutica, è stata l'attività di implementazione e aggiornamento del software gestionale.

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.

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'assistenziale 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 prescrizione, Altra integrativa;
- Strutture private accreditate, Attività di ricovero, Prestazioni ambulatoriali;
- Tutela salute in carcere – attività amministrative (escluso convenzioni 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, predisporre 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.

ALCUNI DATI DELL'ATTIVITA' DISTRETTUALE

DISTRETTI - ATTIVITA' AMBULATORIALE		2012
DISTRETTO ACQUI	TOTALE	12.024
DISTRETTO ALESSANDRIA	TOTALE	62.606
DISTRETTO CASALE	TOTALE	27.761
DISTRETTO NOVI	TOTALE	41.387
DISTRETTO OVADA	TOTALE	5.326
DISTRETTO TORTONA	TOTALE	36.292
DISTRETTO VALENZA	TOTALE	13.249
TOTALE DISTRETTI		198.645

Assistenza territoriale ANZIANI Attività	Anno 2012
	TOTALE ASL AL
Assistenza territoriale semiresidenziale (n° giornate)	5.891
a favore di anziani non autosufficienti C.D.I./C.D.I.A.	4.038
a favore anziani non autosufficienti affetti dal morbo di Alzheimer C.D.A.A./C.D.A.I.	1.853
Assistenza territoriale residenziale (n° giornate)	665.273
a favore di non autosufficienti - esclusa continuità ass.le	657.797
di cui a favore di Alta Intensità	73.042
di cui a favore di Alta incrementata Intensità	10
di cui a favore di nuclei alzheimer temporanei (N.A.T.)	3.857
di cui a favore di Media Intensità	571.323
di cui a favore di Medio Alta Intensità	7.129
di cui a favore di Bassa Intensità	2.436
di cui a favore di Medio Bassa Intensità	0
di cui n° giornate per ricoveri di sollievo (non autosufficienti)	266
di cui n° casi per ricoveri di sollievo (non autosufficienti)	9
a favore di (continuità assistenziale)	7.476

Assistenza territoriale DISABILI Attività	Anno 2012
	TOTALE ASL AL
Assistenza territoriale semiresidenziale (n° giornate)	50.099
a favore di disabili	49.673
fascia A	0
fascia B	49.673
fascia C	0
a favore di (ex art. 26)	426
Assistenza territoriale residenziale (n° giornate)	108.525
a favore di disabili	107.625
fascia A	0
fascia B	107.259
fascia C	366
a favore di (ex art. 26)	900

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.

Come più volte sottolineato la frammentazione dei centri di erogazione genera incertezza e non garantisce lo sviluppo di competenze adeguate ad affrontare emergenti e diversificati bisogni sanitari.

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.