

RELAZIONE DI MANDATO

ASL AL

Premessa.....	pag.4
Le scelte organizzative.....	pag.7
Strategie organizzative.....	pag.7
Cronologia delle norme e delle azioni.....	pag.10
Le regole.....	pag.12
L'articolazione distrettuale.....	pag.40
L'organizzazione.....	pag.57
L'assetto istituzionale.....	pag.81
L'attuazione del Piano di Organizzazione.....	pag.84
Il Dipartimento di Prevenzione.....	pag.84
I Distretti dell'ASL AL e l'azione di costruzione dei PEPS.....	pag.91
Distretti e uniformità delle procedure e attività.....	pag.96
Il Centro per la ricerca e la sorveglianza dei rischi da amianto...	pag.120
La Rete Ospedaliera.....	pag.128
I risultati ottenuti.....	pag.141
L'equilibrio della gestione.....	pag.141
Il personale.....	pag.146
Gli investimenti nei progetti e nell'innovazione.....	pag.152
L'assistenza farmaceutica.....	pag.204
Conclusioni.....	pag.217

Premessa

L'anno 2008 rappresenta l'inizio dell'ASL AL, ma è innegabile che il periodo antecedente, a partire dal secondo semestre del 2006 e l'intero anno 2007, abbia rappresentato con il commissariamento delle Asl 20-21-22 un momento estremamente importante, seppur carico di difficoltà per l'effettiva nascita dell'ASL provinciale.

Il percorso di costituzione dell'ASL AL e le scelte strategiche, organizzative, nonché le azioni del corrente anno hanno avuto quale quadro di riferimento gli indirizzi forniti dal Piano Socio Sanitario Regionale 2008-2010, attraverso gli snodi fondamentali rappresentati dai percorsi di definizione/approvazione del Piano Strategico di Riquilibrato dell'Assistenza e di Riequilibrio Economico-Finanziario (PRR) 2008-2010, dell'Atto Aziendale – Piano di Organizzazione aziendale e dal piano di rientro per il perseguimento dell'equilibrio della gestione nell'anno 2010.

Il percorso descritto, così sfidante ma anche ricco di ostacoli e difficoltà, ha avuto attori ed interlocutori importanti quali la Conferenza dei Servizi che ha rappresentato e rappresenta sicuramente un importante momento di confronto con i partner istituzionali, i cittadini utenti, le associazioni, gli operatori.

In questo senso la collaborazione tra ASL, Sindaci e rappresentanti di organi istituzionali è risultata particolarmente rilevante: non si è trattato solo di definire momenti di confronto costruttivi sui problemi reali della popolazione, ma anche di percorrere l'iter finalizzato all'elaborazione dei profili e piani di salute, come strumento di programmazione delle politiche sociali e sanitarie a livello distrettuale.

In questo quadro ha assunto particolare importanza l'impronta organizzativa che il nuovo Piano di Organizzazione aziendale ha tracciato sul ruolo della dirigenza aziendale chiamata, a vario livello e grado di responsabilizzazione, a concretizzare le scelte strategiche delineate, traghettando l'Azienda nel difficile percorso di piena integrazione e sviluppo.

Analoga importanza ha rivestito il ruolo del personale del comparto, anche attraverso il prezioso compito di raccordo costituito dalle Rappresentanze Sindacali, chiamato ad affrontare e gestire il cambiamento in atto, attraverso percorsi che hanno richiesto inequivocabilmente uno spirito propositivo e volto al futuro.

I processi di accorpamento, di riorganizzazione interna non hanno mai dimenticato il ruolo e la centralità del cittadino, non solo conclamati ma effettivamente realizzati con progetti, azioni concreti; tra questi hanno assunto una priorità della nuova Azienda:

- il potenziamento degli sportelli e dei punti di primo accesso / contatto a tutti i livelli, sanitari e amministrativi;
- il concetto della effettiva presa in carico del cittadino, che comporta un nuovo rapporto tra ospedali, territori e dipartimenti in una visione sistemica dell'offerta di servizi
- la sempre più puntuale collaborazione con i Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, attori fondamentali del processo di "presa in carico" del cittadino

Il modello di organizzazione adottato, improntato alla semplificazione e al contenimento delle articolazioni orizzontali e verticali, è stato accompagnato da una profonda riorganizzazione sia all'interno dei singoli servizi che nella rete ospedaliera e territoriale, al fine di consentire un impiego più equo delle risorse disponibili, un miglioramento della produttività complessiva del sistema nonché l'eliminazione delle sacche di improduttività, delle duplicazioni e delle incongruità più evidenti dell'organizzazione.

Tale modello tende alla realizzazione di un raccordo sistematico e sinergico fra le varie articolazioni aziendali, per garantire l'efficacia e la qualità dei risultati di salute della popolazione e della gestione della Struttura.

La sinergia fra le Strutture aziendali è stata perseguita utilizzando soluzioni gestionali, progetti e programmi, ricorrendo a coordinamenti organizzativi per le Macroaree aziendali (Prevenzione, Distretti, Ospedali).

Merita sottolineare come negli anni 2008, 2009 e sicuramente 2010 si sia raggiunto il pareggio economico della gestione.

Le scelte organizzative

Strategie organizzative - periodo 2007-2010

Fin dalla costituzione dell'Azienda si è cercato di definire una visione d'insieme di tutti gli assetti attuali e delle prospettive di sviluppo per il futuro al fine di fornire alla Regione elementi utili a rendere ancor più specifico il ruolo dell'ASL AL nel panorama regionale, evidenziando le peculiarità del nostro territorio e la fondamentale importanza dello sviluppo della prevenzione.

L'impegno, finalizzato a realizzare un quadro organizzativo stabile, ha consentito all'Azienda di rispondere in modo efficace ai bisogni della popolazione e, con la definizione dell'Atto aziendale – Piano di organizzazione, ha definito una serie di obiettivi organizzativi che hanno impegnato l'Azienda nel medio e lungo termine, avviando sin da subito il processo di cambiamento.

In più momenti si sono state attuate iniziative per creare una concreta opportunità di incontro coi cittadini e i rappresentanti delle istituzioni del nostro territorio per renderli partecipi del processo di riordino della sanità piemontese in generale e della provincia di Alessandria in particolare, cercando di cogliere tutti i contributi necessari per la progettazione della nuova rete di attività territoriali e ospedaliere.

In questo senso, la proficua collaborazione che si è instaurata tra l'ASL provinciale e i Sindaci è risultata e risulta particolarmente rilevante e ha permesso di giungere rapidamente al nuovo assetto distrettuale che ha consentito momenti di confronto costruttivo sui problemi reali della popolazione e con l'avvio del Comitato dei Sindaci di Distretto e con l'elaborazione dei profili e piani di salute, ormai in dirittura di arrivo, si potrà disporre di uno strumento di programmazione delle politiche sociali e sanitarie di ogni territorio.

Il confronto con gli organi istituzionali e con tutti gli organismi di rappresentanza degli utenti, dalle associazioni di volontariato, dalle organizzazioni dei cittadini e da ogni singolo utente della nostra Azienda, che sono stati e saranno sempre per questa Direzione interlocutori privilegiati in una prospettiva di miglioramento continuo della sanità alessandrina sta alla base del nostro impegno per far crescere l'ASL AL il più vicino possibile ai cittadini.

Le Aziende precedenti (20-21-22) si presentavano con una forte componente di disomogeneità in termini di erogazione di servizi, procedure amministrative, organizzazione strutturale, allocazione di risorse e risposte ai bisogni di salute, che possono sommariamente essere così rappresentate:

- rete ospedaliera diffusa ma non coordinata, con una forte incidenza della mobilità passiva ed elevato tasso di ospedalizzazione;
- insufficiente integrazione tra ospedale e territorio;
- inadeguato sviluppo del modello distrettuale;
- limitata diffusione delle attività di prevenzione;
- diversità di approccio metodologico alle varie problematiche;
- insufficiente coinvolgimento degli Enti locali e dei Soggetti portatori di interessi.

La nuova Azienda costituita con il dichiarato intento di risolvere, in una visione strategica complessiva, le disomogeneità precedentemente esistenti, ha puntato la propria azione verso l'obiettivo di garantire una risposta ai bisogni di salute sempre più qualificata, equa ed uniforme su tutto il territorio provinciale.

La missione istituzionale dell'ASL AL ha consistito e consiste nel farsi carico, in modo costante ed uniforme, dei bisogni di salute dei residenti e nel garantire ai predetti l'erogazione delle prestazioni inserite nei livelli essenziali di assistenza, direttamente o attraverso il ricorso a strutture esterne accreditate, pubbliche o private, assicurando risposte qualificate, appropriate e tempestive, su più livelli di complessità.

In particolare si è operato tenendo conto delle peculiarità, ricavabili dai dati statistici, sociali ed epidemiologici, presenti nella Provincia di Alessandria, quali a puro titolo indicativo, l'elevato indice di vecchiaia della popolazione, correlato all'aumento costante di malattie invalidanti e degenerative e l'esistenza di ambiti territoriali, fortemente connotati da un'elevata prevalenza ed incidenza di patologie tumorali rare.

Ai fini del perseguimento delle sopraccitate finalità, l'ASL AL ha definito la propria visione strategica, strutturando un impianto organizzativo improntato ai seguenti principi:

- razionalità e adeguatezza delle risorse da impiegare,
- continuità e qualità dei servizi da offrire,
- analisi epidemiologica e valutazione dello stato di salute della popolazione,
- programmazione, pianificazione e valutazione delle attività.

Cronologia delle norme e delle azioni

La seconda parte dell'anno 2007 è stata caratterizzata da una serie di interventi legislativi e deliberativi, da parte della Regione Piemonte, di fondamentale importanza strategica per il futuro della sanità piemontese:

- la L.R. n. 18 del 6 agosto 2007 “Norme per la programmazione socio – sanitaria e il riassetto del servizio sanitario regionale”;
- la D.C.R. n. 136-39452 del 22 ottobre 2007 “Individuazione delle Aziende sanitarie locali e dei relativi ambiti territoriali”;
- la D.G.R. n. 137-40212 del 24 ottobre 2007 “Piano socio sanitario 2007-2010”.

L'Azienda ASL AL, istituita con DPGR n. 85 del 17/12/2007 e diventata operativa dal 1 gennaio 2008, ed ha sostituito, unificandone le competenze e le funzioni, le tre AA.SS.LL. (ASL 20, ASL 21, ASL 22) che in precedenza operavano su singole porzioni del territorio provinciale ed extra provinciale.

L'ASL AL ha adottato, con deliberazione n. 1969 del 30 giugno 2008, il proprio Atto aziendale, che disciplina l'organizzazione e il funzionamento dell'intera Azienda e dell'articolazione distrettuale e, in seguito alle osservazioni regionali, l'Atto aziendale è stato adottato in via definitiva con la deliberazione n. 2490 del 27.08.2008.

L'Atto aziendale ha costruito l'impianto della nuova ASL AL su tre elementi cardine, **la prevenzione, la rete dei presidi ospedalieri, la distrettualizzazione**, nonché su forti elementi di integrazione a tutti i livelli, con l'obiettivo di realizzare un modello generale di servizi centrati sul cittadino ed economicamente sostenibile dal sistema.

I principi generali ed i valori a cui si è ispirato il processo di riorganizzazione dei servizi sono rappresentati da:

1. **Beneficialità**: ogni azione di riorganizzazione deve determinare per il sistema, cioè per i pazienti, un incremento dei benefici in termini di Evidence Based Public Health, sicurezza, accessibilità dei servizi, uso razionale delle risorse.
2. **Autonomia**: ogni azione deve essere rapportata alle situazioni locali (distrettualizzazione e sviluppo dei PEPS per far sì che il Distretto acquisisca un effettivo ruolo nei processi di programmazione aziendale);
3. **Equità**: le azioni devono correggere gli squilibri e le diseguità determinatesi nel corso di un lungo periodo senza PSR, in cui i servizi si sono sviluppati in modo frammentato in base a spinte non razionali.

Le Regole

L'Atto Aziendale

L'Unità Sanitaria Locale "AL", è stata costituita in Azienda con personalità **giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale**, con decreto del Presidente della Giunta regionale del Piemonte n. 85 del 17/12/2007 ed è operativa dal 1° gennaio 2008.

La sede legale dell'ASL AL è in Casale Monferrato, al n. civico 2 di viale Giolitti.

La missione istituzionale dell'ASL "AL" consiste nel farsi carico, in modo costante ed uniforme, dei bisogni di salute dei residenti e nel garantire ai predetti l'erogazione delle prestazioni inserite nei livelli essenziali di assistenza, direttamente o attraverso il ricorso a strutture esterne accreditate, pubbliche o private, assicurando risposte qualificate, appropriate e tempestive, su più livelli di complessità.

In particolare l'ASL AL opererà tenendo conto delle peculiarità, ricavabili dai dati statistici, sociali ed epidemiologici, presenti nella Provincia di Alessandria, quali a puro titolo indicativo, l'elevato indice di vecchiaia della popolazione, correlato all'aumento costante di malattie invalidanti e degenerative e l'esistenza di ambiti territoriali, fortemente connotati da un'elevata prevalenza ed incidenza di patologie tumorali rare.

Ai fini del perseguimento delle sopraccitate finalità, l'ASL AL **definisce la propria visione strategica**, strutturando un impianto organizzativo improntato ai seguenti principi:

- alla razionalità e all'adeguatezza delle risorse da impiegare,
- alla continuità e alla qualità dei servizi da offrire,
- all'analisi epidemiologica e alla valutazione dello stato di salute della popolazione
- al metodo della programmazione, della pianificazione e valutazione delle attività.

Ne scaturisce una serie di interventi, diretti a perseguire, nel medio e lungo termine:

- l'unitarietà dell'intervento ospedaliero, attraverso la creazione di un modello di rete coordinato dei presidi ospedalieri esistenti;
- lo sviluppo e la qualificazione del sistema delle cure primarie, quale risposta appropriata ed alternativa ai ricoveri ospedalieri, da realizzare con una più incisivo ruolo dell'organizzazione distrettuale, utilizzando, a tali fini, innovative ed originali soluzioni organizzative, di coinvolgimento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta;
- la continuità assistenziale che garantisca un percorso di presa in carico e di assistenza socio/sanitaria, senza soluzioni di continuità;

- la prevenzione e la promozione della salute, anche attraverso progetti di collaborazione intersettoriali;
- il rafforzamento degli autentici valori aziendali quali il senso d'identità, la meritocrazia, la responsabilizzazione, la valorizzazione, la formazione e il costante aggiornamento dei professionisti e degli operatori sanitari;
- il consolidamento di un'organizzazione capace di coniugare l'efficienza economica con i principi dell'etica pubblica "trasparenza e centralità del cittadino";
- la collaborazione con le Istituzioni locali, le Agenzie formative, le Organizzazioni sindacali, le Associazioni rappresentative dei cittadini e del terzo settore.

Organi dell'Azienda

Sono Organi dell'Azienda:

- il Direttore Generale;
- il Collegio Sindacale.

Il Direttore Generale

Il Direttore Generale, nominato dalla Giunta Regionale, è il legale rappresentante dell'Azienda ed è responsabile della gestione complessiva della stessa, nonché delle relazioni istituzionali esterne, rispondendo alla Regione del proprio operato, svolto nell'ambito della programmazione regionale e sulla base delle indicazioni, valutazioni e proposte espresse dagli organismi locali di riferimento politico – istituzionale.

Attua il proprio mandato con autonomia imprenditoriale nell'organizzazione e allocazione delle risorse produttive a disposizione dell'Azienda, assicura il perseguimento della missione avvalendosi dell'attività degli organi e delle strutture organizzative Aziendali.

Esercita funzioni di governo, di programmazione e pianificazione delle attività di alta amministrazione e di indirizzo gestionale, ordinariamente non ascrivibili ad aspetti di amministrazione attiva e rilevanza gestionale/operativa immediata, nel rispetto peraltro l'autonomia della funzione dirigenziale, alla quale riconosce piena competenza e responsabilità nell'assunzione degli atti concreti di amministrazione e di gestione.

Individua e distribuisce tra le varie strutture le risorse umane, materiali ed economiche da destinare alle diverse funzioni.

Controlla e verifica la corretta ed economica gestione delle risorse disponibili e la conformità della gestione, mediante valutazione comparativa dei costi, dei rendimenti, dei risultati, ai criteri di efficacia, efficienza ed economicità.

Verifica l'imparzialità ed il buon andamento dell'azione amministrativa.

Adegua la gestione del personale alla normativa del codice civile ed alle leggi sul lavoro dipendente dell'impresa.

Adotta i regolamenti di organizzazione e di funzionamento delle strutture interne.

Assume gli atti ed i provvedimenti amministrativi a lui espressamente riservati dalla normativa vigente in materia di nomine.

Il Direttore Generale si avvale di Uffici di Staff in relazione sia alla normativa vigente sia alle proprie autonome scelte organizzative in riferimento alla strategia aziendale.

Nello svolgimento dei propri compiti, il Direttore Generale è coadiuvato dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario d'Azienda, ciascuno per le proprie competenze e con essi costituisce la Direzione Generale dell'Azienda.

La Direzione Generale garantisce, nella sua collegialità, l'unitarietà delle funzioni di indirizzo, programmazione e controllo dell'Azienda.

Il Collegio Sindacale

Il Collegio Sindacale è organo dell'Azienda previsto ai sensi dell'art. 3 *ter* del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., è composto da cinque membri, di cui due designati dalla Regione, uno designato dal Ministero del Economia e delle Finanze, del Bilancio e della Programmazione Economica, uno dal Ministro della Salute e uno dalla Conferenza dei Sindaci.

A tale organo compete, altresì, di riferire almeno trimestralmente alla Regione sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti se vi è fondato sospetto di gravi irregolarità.

Spetta al Collegio Sindacale la trasmissione periodica, almeno semestrale, di una relazione sull'andamento dell'attività aziendale alla Conferenza dei Sindaci.

Organismi locali politico-istituzionali

Sono organismi locali politico - istituzionali:

- La Conferenza e la Rappresentanza dei Sindaci
- Il Comitato dei Sindaci di Distretto

La Conferenza e la Rappresentanza dei Sindaci

La Conferenza dei Sindaci, prevista dall'art. 3, comma 14, del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i. è costituita, ai sensi dell'art. 7 L. R. n. 18 del 6/8/2007 "Norme per la programmazione socio sanitarie e riassetto del Servizio Sanitario Nazionale" dai Sindaci (o loro delegati) di tutti i Comuni del territorio dell'Azienda.

Ai sensi dell'art. 7 L. R. n. 18 del 6/8/2007 la Conferenza è in particolare chiamata a:

- definire, nell'ambito della programmazione socio – sanitaria regionale, le linee di indirizzo per l'elaborazione del Piano attuativo locale;
- esaminare ed esprimere pareri sul bilancio pluriennale di previsione e sul bilancio d'esercizio dell'ASL di riferimento, rimettendo alla Giunta Regionale le proprie osservazioni;

- esprimere i pareri previsti dall'art. 3 *bis*, commi 6 e 7 D. Lgs. N. 502/92 s.m.i. sull'operato del Direttore Generale dell'ASL.

La Conferenza può, inoltre, richiedere all'Amministrazione regionale la revoca del Direttore Generale dell'ASL nei casi previsti dall'art. 3 *bis*, comma 7 D. Lgs. n. 502/92 s.m.i.

La Conferenza esercita, inoltre, ogni altra attribuzione prevista ai Titoli III "Riassetto del Servizio Sanitario Nazionale" e IV "Disposizioni transitorie ed abrogative" della L. R. n. 18 del 6/8/2007.

Ai sensi dell'art. 15 L.R. n. 10 del 24/1/1995, la Conferenza esercita le proprie funzioni di indirizzo e controllo tramite la Rappresentanza dei Sindaci, costituita nel suo seno da non più di n. 5 componenti, da essa eletti.

Le Conferenza dei Sindaci adotta un proprio Regolamento di organizzazione che disciplina le funzioni e le attività della Conferenza stessa e della Rappresentanza, stabilendo i criteri di composizione di quest'ultima in ragione della dimensione demografica e della collocazione dei Comuni all'interno dei Distretti socio – sanitari.

Il Comitato dei Sindaci di Distretto

Il Comitato dei Sindaci di Distretto è istituito ai sensi dell'art. 8 L. R. n. 18 del 6/8/2007, in relazione alle indicazioni dell'art. 3 *quater* comma 4 D. Lgs. 502/92 s.m.i. ed è composto dai Sindaci dei Comuni compresi nell'ambito distrettuale.

Il Comitato dei Sindaci partecipa, sulla base di quanto previsto dagli art. nn. 14, 15, 22 L. R. n. 18 del 6/8/2007, alla programmazione socio – sanitaria a livello distrettuale.

Il Comitato dei Sindaci concorre alla verifica del raggiungimento dei risultati di salute definiti dalla programmazione delle attività territoriali ed esercita ogni altra competenza attribuita dalla L. R. n. 18 del 6/8/2007.

Partecipano alle riunioni del Comitato, con diritto di voto, il Presidente della Provincia e il Presidente dell'Ente gestore dei servizi sociali.

Possono partecipare, senza diritto di voto, il Presidente della Conferenza dei Sindaci, il Direttore Generale, il Direttore del Distretto e il Direttore dell'Ente gestore dei servizi sociali.

L'organizzazione e il funzionamento del Comitato dei Sindaci di Distretto è disciplinato da apposito Regolamento basato sugli indirizzi regionali.

Il Collegio di direzione

Il Collegio di direzione, costituito ai sensi dell'art. 17 del D.Lgs. n. 502/92 s.m.i., è composto dal Direttore Generale che lo presiede, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario d'Azienda nonché dai Responsabili delle Strutture organizzative dell'Azienda, individuati da apposito regolamento coerente con gli indirizzi regionali e approvato dal Direttore Generale.

Esso svolge le funzioni previste dalla normativa vigente e assicura alla Direzione Generale una gestione operativa dell'Azienda su basi collegiali e integrate.

È strumento della Direzione Generale per la comunicazione e condivisione di informazioni gestionali tra la Direzione dell'Azienda e le sue Strutture.

Rappresenta, a livello centrale, l'ambito di definizione di mediazione e di sintesi delle attività negoziali che si sviluppano all'interno dell'azienda.

Il Consiglio dei sanitari

Il Consiglio dei sanitari è organismo elettivo dell'Azienda, è costituito ai sensi dell'art. 3 comma 12 del D.Lgs. n. 502/92 s.m.i., è presieduto dal Direttore Sanitario d'Azienda e svolge le funzioni di consulenza tecnico sanitaria attribuite dalla normativa vigente.

La composizione, le modalità di elezione e di funzionamento del Consiglio dei Sanitari sono disciplinati da apposito regolamento nel rispetto della normativa regionale vigente.

Il Nucleo di Valutazione

È l'organismo che supporta i processi di valutazione, elaborando proposte in particolare sulla:

- definizione dell'impianto del sistema premiante;
- definizione della metodologia di gestione del sistema premiante;
- supporto metodologico alla definizione di obiettivi e relativi indicatori per le varie articolazioni organizzative;
- verifica e valutazione del raggiungimento degli obiettivi.

La composizione e le modalità di funzionamento del Nucleo di Valutazione sono disciplinati da apposito regolamento nel rispetto della normativa regionale vigente.

Altri organismi collegiali di partecipazione e rappresentanza

L'Azienda istituisce, secondo necessità, altri organismi collegiali di direzione e partecipazione, in particolar modo ai sensi dell'art. 10 comma 2 L. R. 6/8/2007 n. 18 sulla base delle disposizioni previste dall'art. 14 comma 2 D. Lgs. 502/92 s.m.i., costituisce la Conferenza Aziendale di partecipazione composta da rappresentanti degli utenti, degli organismi del terzo settore che collaborano con il sistema dei servizi sanitari erogati dall'ASL AL e da rappresentanti dell'azienda.

Le modalità di individuazione dei componenti e di organizzazione e funzionamento della conferenza sono stabilite da apposito regolamento aziendale adottato dal Direttore Generale in conformità degli indirizzi regionali in merito.

Principi organizzativi e macro funzioni dell'Azienda

L'organizzazione aziendale, pur presentandosi unitaria, assume a riferimento la distinzione tra le funzioni di pianificazione strategica posta in capo alla Direzione aziendale e la responsabilità gestionale sulla produzione, di competenza dei vari livelli organizzativi aziendali.

Il Direttore Generale, cui sono attribuiti i poteri del governo aziendale, si avvale del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo in tutte le fasi del governo aziendale, in particolare del processo di programmazione e controllo.

L'Azienda adotta metodologie organizzative basate sui seguenti principi:

- **scelte strategiche** adottate secondo uno schema di accentramento partecipato, con l'ausilio di canali organizzati che, supportando la Direzione, permettano il coinvolgimento attivo dei diversi livelli in cui sono inserite le risorse umane dell'Azienda;

- **scelte gestionali** adottate secondo il principio del decentramento dei poteri decisionali e delle responsabilità, utilizzando gli strumenti della delega, della responsabilizzazione e della valutazione, snellendo i processi e governando i risultati;

- **obiettivi** individuati, concordati ed attribuiti in modo capillare ai diversi livelli aziendali, adottando il sistema della pianificazione diffusa, intesa come utilizzo degli strumenti propri del *problem solving* estesi a tutto il sistema aziendale, all'interno delle linee guida politico-strategiche della Direzione;

- **integrazione** dei diversi livelli aziendali, sviluppando un sistema decisionale e operativo centrato sulla diffusione delle informazioni e sulla condivisione delle scelte;

- **sviluppo della qualità delle risorse umane**, nell'ottica di incentivare professionalità tecnico - specialistica, gestionale e organizzativa di tutti i livelli aziendali, nonché delle risorse che operano in rete per conto dell'Azienda.

In questo contesto costituiscono punti di riferimento inscindibili dell'organizzazione aziendale:

- **l'informazione**, regolata da flussi costanti e sistematici mediante strumenti adeguati;

- **la formazione continua** delle risorse umane impegnate nei processi produttivi - erogativi a tutti i livelli;

- **la ricerca di partecipazione** all'elaborazione di strategie, obiettivi e programmi;

- **la condivisione** dei progetti.

Il modello organizzativo dell'Azienda è basato su una netta distinzione tra le macro funzioni:

- di **governo**

- di **supporto**

- di **tutela** della salute

- di **produzione** dei servizi sanitari

L'articolazione delle funzioni in Strutture Organizzative è descritta all'interno del Piano di Organizzazione dell'Azienda.

La **funzione di governo** (o di Direzione strategica), esercitata dalla Direzione generale, è rappresentata dall'insieme delle attività di pianificazione, programmazione, alta amministrazione, controllo strategico e vigilanza

La **funzione di supporto** consiste nell'insieme delle attività finalizzate a supportare la Direzione generale e le strutture preposte allo svolgimento delle funzioni di tutela e di produzione.nell'espletamento delle proprie funzioni istituzionali.

La funzione è svolta a livello centrale con strutture organizzate in forma dipartimentale, con decentramento di funzioni tecnico amministrative ai vari livelli operativi.

La **funzione di tutela** è rappresentata dalle attività finalizzate ad assicurare lo stato di salute dei cittadini attraverso il governo della domanda sanitaria.

La **funzione di produzione** comprende le attività finalizzate alla produzione diretta di servizi sanitari, in ambito ospedaliero o territoriale, di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, anche mediante attività svolte in regime di libera professione *intra moenia*.

Le Strutture Organizzative deputate allo svolgimento delle macro funzioni di tutela e di produzione sono tutte le Strutture aziendali chiamate a svolgere a vario titolo e livello attività di erogazione diretta di prestazioni e servizi sanitari.

Le Macrostrutture Organizzative di tutela e di produzione sono dotate di autonomia tecnico - gestionale ed economico - finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio dell'Azienda.

Le restanti Strutture aziendali operano con autonomia tecnico - professionale e, nell'ambito del budget assegnato, operano con autonomia gestionale.

Il Piano di organizzazione

Il Piano di organizzazione è approvato con deliberazione del Direttore Generale e disciplina, in particolare, l'individuazione delle strutture organizzative e la declaratoria delle competenze delle strutture aziendali.

Tale atto disciplina, altresì, l'articolazione funzionale complessiva delle strutture organizzative e l'attività di coordinamento dei servizi ospedalieri e l'attività di coordinamento dei servizi distrettuali.

Le macro strutture

Le macro strutture sono dotate di autonomia tecnico gestionale ed economico finanziaria con contabilità separata all'interno del bilancio dell'Azienda.

All'interno dell'Azienda si individuano le sottoindicate macro strutture:

- Dipartimento di prevenzione;
- Distretti socio/sanitari;
- Presidi ospedalieri.

Articolazione organizzativa

L'organizzazione dell'Azienda è articolata nelle seguenti tipologie di strutture organizzative:

- Dipartimenti;
- Strutture complesse;
- Strutture semplici a valenza dipartimentale;
- Strutture semplici.

Su argomenti specifici o per necessità contingenti, l'Azienda può costituire gruppi di progetto formati da più soggetti con professionalità differenziate, in stretto collegamento tra loro.

Dei gruppi di progetto possono far parte anche soggetti esterni all'azienda ed il loro funzionamento è definito da apposito regolamento del Direttore generale.

L'Azienda procede altresì con l'affidamento di incarichi di alta specializzazione professionale, al fine di valorizzare le capacità gestionali e professionali necessarie all'Azienda.

Il Dipartimento

Il modello dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa e di organizzazione di tutte le attività dell'ASL AL.

Il Dipartimento, unità organizzativa fondamentale dell'Azienda, è costituita da strutture complesse e semplici omogenee, omologhe, affini o complementari che perseguono comuni finalità e sono quindi fra loro interdipendenti pur mantenendo le rispettive autonomie e responsabilità professionali.

Nell'Azienda si riconoscono, sostanzialmente, tre tipi di Dipartimento:

- **Dipartimenti strutturali**, costituiti al loro interno da strutture organizzative complesse e/o semplici, caratterizzati da strutture organizzative proprie con caratteristiche di stabilità e chiamati a svolgere attività di produzione (a livello ospedaliero e/o territoriale) o attività di supporto all'Azienda per la gestione tecnica, logistica e amministrativa.
- **Dipartimenti funzionali**, caratterizzati ugualmente da un'aggregazione di strutture, ma tale forma dipartimentale nasce dall'esigenza di costituire un dipartimento finalizzato al raggiungimento di uno specifico obiettivo individuato da norme nazionali, nelle esigenze della singola Azienda o nell'opportunità di aggregare strutture complesse, semplici o semplici a valenza dipartimentale totalmente indipendenti fra loro, al fine di raggiungere un determinato obiettivo o assicurare in modo ottimale la continuità diagnostica e terapeutica ai pazienti.
- **Dipartimenti interaziendali**, aggregazioni funzionali di strutture complesse o semplici appartenenti a più Aziende Sanitarie, istituite per il raggiungimento di finalità e obiettivi comuni.

Una medesima struttura, complessa, semplice o semplice a valenza dipartimentale, può far parte di più Dipartimenti funzionali, oltre, naturalmente, che del proprio Dipartimento strutturale.

Complessivamente, i compiti del Dipartimento possono riassumersi in:

- coordinamento ed organizzazione dell'attività di assistenza;
- razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse umane e tecnologiche;
- formazione e aggiornamento;
- didattica;
- ricerca;
- educazione ed informazione sanitaria;
- verifica della qualità;
- organizzazione rapporti con l'utenza.

Il Direttore di Dipartimento

Il Direttore di Dipartimento è nominato, su base fiduciaria, dal Direttore Generale ai sensi della vigente normativa e assume le funzioni di coordinamento delle attività con particolare riguardo alla componente tecnico gestionale.

Compete al Direttore del Dipartimento:

- predisporre la proposta di piano di attività annuale, correlandolo all'utilizzo delle risorse disponibili;
- negoziare con la Direzione Generale il budget limitatamente alle risorse assegnate;
- assicurare il funzionamento del Dipartimento, attuando i modelli organizzativi proposti dal Comitato di Dipartimento;
- promuovere le verifiche periodiche sulla qualità, secondo il modello prescelto dal Comitato di Dipartimento;
- controllare l'aderenza dei comportamenti con gli indirizzi generali definiti dal Comitato di Dipartimento nell'ambito: dell'assistenza sanitaria, della gestione del personale, dei piani di ricerca, di studio e di didattica;
- rappresentare il Dipartimento nei rapporti con il Direttore Generale, il Direttore Amministrativo, il Direttore Sanitario, il Coordinatore della rete dei presidi ospedalieri e con organismi esterni, ove sia previsto che il Dipartimento operi in coordinamento o collegamento con gli stessi;
- gestire le risorse attribuite al Dipartimento secondo le indicazioni del Comitato di Dipartimento.

Il Comitato di Dipartimento

Il Comitato di Dipartimento è costituito da componenti di diritto e componenti elettivi.

Sono componenti di diritto il Direttore del Dipartimento, i Direttori delle strutture complesse e i Responsabili delle strutture semplici.

La componente elettiva è nominata secondo le modalità stabilite in dettaglio nell'apposito regolamento di funzionamento, redatto tenendo conto della vigente normativa con l'obbligo di rappresentanza, all'interno del Comitato, dei profili professionali impegnati.

Le risorse del Dipartimento

Per ogni Dipartimento sono assegnate le risorse in termini di:

- personale dirigente,
- grandi attrezzature,
- risorse economico-finanziarie,
- posti letto (per i Dipartimenti ospedalieri).

L'Azienda costituisce i Dipartimenti di volta in volta individuati dal Piano di Organizzazione di Azienda, in relazione ai risultati attesi dal Piano Sanitario Regionale e dalla programmazione strategica aziendale.

Il budget di Dipartimento è costituito dalla sommatoria delle voci relative ai costi delle risorse umane, tecniche e strutturali assegnati alle strutture che lo compongono nonché dalla sommatoria delle voci relative ai consumi previsti per beni e servizi.

Il budget comprende inoltre, separatamente, eventuali finanziamenti per programmi e progetti dipartimentali.

Strutture operative

Le strutture operative rappresentano l'ulteriore articolazione organizzativa presente nell'ASL AL e si distinguono in strutture complesse e strutture semplici, a seconda del tipo di processi gestiti.

Strutture operative complesse; si qualificano per funzioni atte a governare o attuare processi complessi che richiedono un elevato grado di autonomia gestionale e che comportano la gestione di risorse umane, tecnologiche o finanziarie rilevanti per professionalità, entità o diversità.

Le Strutture complesse devono possedere i seguenti requisiti:

- dimensioni organizzative rilevanti,
- dotazione di personale specialistico dedicato,
- aree fisiche assegnate e dedicate in modo rigido o flessibile nel caso di organizzazione per intensità di cura,
- attrezzature dedicate,
- budget assegnato.

Strutture operative semplici a valenza dipartimentale: sono strutture attivate per funzioni attribuite all'Azienda o dal P.S.S.R. e non utilmente esercitabili da strutture complesse già esistenti o per attività svolte a favore di una pluralità di strutture complesse.

Operano all'interno dei Dipartimenti e dipendono gerarchicamente e funzionalmente dal Direttore del Dipartimento.

Strutture operative semplici: Rappresentano l'unità organizzativa minima all'interno dell'organigramma aziendale; sono collocate all'interno di strutture complesse (ad eccezione delle strutture collocate in Staff alla Direzione Generale), nei confronti delle quali godono, tuttavia, di propria autonomia tecnica ed organizzativa in rapporto a obiettivi prefissati.

L'individuazione dell'unità organizzativa quale struttura semplice presuppone la presenza di effettiva autonomia tecnica ed organizzativa rispetto alla struttura complessa di appartenenza, unitamente ad alcuni elementi caratterizzanti ed imprescindibili:

- Dotazione autonoma di posti letto o di spazi destinati in via esclusiva all'attività della struttura (e con un pieno utilizzo nell'arco dell'orario di lavoro)
- Dotazione autonoma di risorse umane delle quali è affidata l'organizzazione
- Risorse economiche gestite autonomamente assegnate all'interno della SOC.
- Possono costituire, inoltre, requisiti per il riconoscimento della struttura semplice:
- Dotazione strumentale rilevante dal punto di vista tecnico ed economico
- Rilevanza sovraziendale (attività di coordinamento di risorse su più aziende o su territorio sovraziendale)

Dipendono funzionalmente e gerarchicamente dal Direttore della Struttura complessa di appartenenza.

Il Distretto

Il Distretto si configura come un'organizzazione complessa dotata di autonomia tecnico - gestionale ed economico - finanziaria con contabilità separata all'interno del bilancio dell'ASL.

Il Distretto governa la domanda di salute della popolazione di riferimento, assicurando direttamente i servizi del territorio e i percorsi attraverso gli altri livelli assistenziali, garantendo altresì le attività socio assistenziali in integrazione con gli enti gestori.

In particolare provvede:

- al governo della domanda di servizi attraverso la valutazione sistematica dei bisogni della popolazione di riferimento
- alla programmazione delle attività territoriali e alla definizione dei servizi necessari per rispondere ai bisogni della popolazione di riferimento
- alla promozione della comunicazione nei confronti dei cittadini e alla valutazione dell'efficacia degli interventi attraverso la verifica delle attività svolte e dei risultati raggiunti.

Il Distretto quindi opera con funzioni di direzione, di coordinamento e di integrazione della rete dei servizi che erogano i livelli di assistenza territoriale. Il coordinamento organizzativo garantisce il soddisfacimento dei livelli essenziali di assistenza attraverso l'erogazione dei servizi da parte delle unità operative e dei dipartimenti operanti sul territorio.

Il Distretto svolge quindi funzioni di direzione, coordinamento e integrazione della rete dei servizi che erogano i livelli di assistenza territoriali, garantendo altresì la necessaria integrazione con le attività svolte dall'ospedale e dagli enti gestori delle funzioni socio assistenziali.

Gli ambiti distrettuali sono stati definiti dal Direttore Generale sulla base dei criteri previsti dall'art. 19 L.R. 6/8/2007 n. 18 "Articolazione distrettuale dell'ASL e delle attività socio sanitarie" d'intesa con la Conferenza dei Sindaci.

In considerazione della specificità e delle peculiarità della Provincia di Alessandria, si è usufruito della possibilità di derogare dal limite di 70.000 abitanti prevedendo, in alcuni casi, Distretti con popolazione inferiore ma sempre superiore ai 20.000 e si è proposta la costituzione di n. 7 Distretti e precisamente:

- Acqui Terme
- Alessandria
- Casale Monferrato
- Novi Ligure
- Ovada
- Tortona
- Valenza.

L'articolazione distrettuale è riportata nell'allegato A del presente Atto.

Eventuali variazioni al numero, alla denominazione e alla composizione dei Distretti sono disposte con apposito provvedimento del Direttore Generale.

Le Risorse del Distretto

A ogni Distretto sono assegnate le risorse utili per lo svolgimento dell'attività in termini di:

- risorse economiche
- strutture
- personale
- attrezzature.

Il Distretto dispone dell'assegnazione di risorse definite sulla base degli obiettivi di salute della popolazione di riferimento e ha autonomia tecnico gestionale ed economico finanziaria.

Il Regolamento di Distretto

Il Direttore Generale approva un regolamento che disciplina il funzionamento dei Distretti, redatto sulla base di quanto previsto dal presente Atto aziendale.

Il Direttore di Distretto

Il governo delle complesse funzioni attribuite al Distretto è affidato, dal Direttore Generale su base fiduciaria, al Direttore del Distretto, figura dirigenziale che, nell'ambito di competenza, è responsabile della realizzazione degli indirizzi strategici della Direzione dell'Azienda nonché dell'utilizzo delle risorse attribuite e dell'attività svolta verso il perseguimento di precisi obiettivi programmatici.

Il Direttore di Distretto, nell'ambito dell'organizzazione dei servizi territoriali, esercita le seguenti funzioni:

- nei processi assistenziali si pone come garante delle relazioni che si instaurano tra i medici e i servizi di supporto, gli altri livelli assistenziali presenti sul territorio, il sistema ospedaliero e i servizi di prevenzione;
- nei processi organizzativi rappresenta, nei confronti dei soggetti interni al sistema sanitario (Dipartimenti, Strutture) e esterni (soggetti istituzionali, volontariato, ecc.) il riferimento locale per le attività territoriali;
- nei processi gestionali rappresenta il riferimento per l'identificazione delle risorse, la distribuzione delle risorse, il controllo gestionale sulle attività erogate dal Distretto, il contributo all'individuazione e all'analisi dei bisogni nonché alla definizione degli obiettivi di programmazione dell'ASL;
- nelle relazioni esterne rappresenta il riferimento locale per le Amministrazioni locali e per gli enti gestori dei servizi socio assistenziali, per lo sviluppo dell'integrazione dei servizi sanitari e socio assistenziali, per l'analisi dei bisogni, per l'individuazione delle priorità, per la valutazione dei servizi resi e per la costruzione degli atti di programmazione;
- nelle relazioni esterne è riferimento locale della popolazione e delle organizzazioni di volontariato.

Per l'espletamento delle proprie funzioni si avvale dell'Ufficio di Coordinamento delle attività distrettuali.

Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali

L'Ufficio di Coordinamento delle attività distrettuali, costituito ai sensi dell'art. 3 *sexies*, comma 2 D.Lgs. 502/92 s.m.i., è presieduto dal Direttore di Distretto e svolge le funzioni attribuite dalla normativa vigente.

Tale ufficio è composto dal Direttore del Distretto, dai responsabili di ciascuna area di attività del Distretto, da un rappresentante dei M.M.G., da un rappresentante dei P.L.S., da un rappresentante dei medici specialisti, da un farmacista titolare o direttore di farmacia convenzionata col S.S.N., dal Direttore dei servizi socio - assistenziali tutti afferenti l'ambito distrettuale.

Competono all'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali le funzioni propositive e tecnico - consultive relative alle seguenti attività:

- supporto alle competenze assegnate al Direttore del Distretto, in particolar modo all'elaborazione della proposta annuale relativa al programma delle attività distrettuali;

- coordinamento funzionale, operativo e gestionale di tutte le attività distrettuali, nell'ambito degli indirizzi strategici della Direzione Aziendale, del programma delle attività territoriali - distrettuali e del budget attribuito per l'espletamento di tali attività;
- coordinamento tecnico - operativo fra le attività socio - sanitarie di competenza dell'ASL e quelle socio - assistenziali di competenza dei Comuni, svolte nell'ambito territoriale del distretto;
- supporto al Direttore del Distretto ai fini dell'analisi del fabbisogno di salute della popolazione, mediante la definizione di un unico piano di rilevamento, avvalendosi dei dati epidemiologici e degli indicatori di processo, di risultato e di qualità;
- promozione di strategie operative condivise fra i fattori produttivi e territoriali, finalizzate a soddisfare il bisogno reale di salute, sempre nell'ambito della programmazione aziendale e del budget assegnato in raccordo con la rete degli ospedali;
- monitoraggio e valutazione di tutte le attività nonché dei relativi costi indotti dai M.M.G. e dai P.L.S.;
- definizione dei presupposti tecnico - operativi per la stipulazione delle convenzioni per l'esercizio delle attività socio - assistenziali a livello sanitario;
- determinazione, nell'ambito del budget assegnato, delle risorse da destinare all'integrazione socio - sanitaria e delle quote rispettivamente a carico dell'ASL e degli Enti gestori delle funzioni socio - assistenziali;
- individuazione delle procedure di raccordo fra la rete produttiva territoriale, i servizi socio - assistenziali, i M.M.G., i P.L.S. al fine di garantire modalità condivise nell'offerta dei servizi (sportelli unici, modulistica unica, formazione congiunta, ecc.).

Coordinamento interdistrettuale.

Al fine di garantire in maniera costante e uniforme su tutto il territorio aziendale la tutela della salute dei cittadini residenti nell'intero territorio dell'Azienda sanitaria, si istituisce il Coordinamento interdistrettuale.

Il Coordinamento interdistrettuale assicura in modo uniforme:

- a) lo sviluppo della rete informatica;
- b) lo sviluppo dei sistemi di informazione al cittadino sulle prestazioni erogate dall'ASL, sulle tariffe, sulle modalità di accesso ai servizi;
- c) la razionalizzazione delle procedure di accoglienza dell'utente;
- d) lo sviluppo dei sistemi informativi finalizzati ad identificare il fattore "qualità" quale elemento essenziale dei servizi e delle prestazioni offerte;
- e) la formazione e aggiornamento professionale costante degli operatori su modalità di lavoro interrelate e trasversali;
- f) la gestione unitaria della convenzione con i MMG, con i PLS e per tutte le attività di tutela della salute che necessitano di una gestione uniforme sul territorio dell'ASL;

g) l'assistenza necessaria al processo di elaborazione dei PEPS, coordinandone l'attività al fine di predisporre il piano attuativo.

La direzione del Coordinamento interdistrettuale è affidata, dal Direttore Generale, a un Direttore di Distretto con incarico di natura temporanea.

Al fine di sviluppare l'omogeneità delle procedure amministrative nel territorio dell'ASL, la Direzione Generale si avvale altresì di un apposito ufficio di staff.

La rete dei Presidi ospedalieri e il suo coordinamento

La rete dei Presidi ospedalieri dell'ASL AL è costituita dai n. 6 ospedali presenti sul territorio della Provincia (Acqui, Casale Monferrato, Novi Ligure, Ovada, Tortona, Valenza) e il coordinamento è l'articolazione organizzativa che aggrega funzionalmente le Direzioni mediche di ciascun Presidio.

Il coordinamento della rete dei Presidi ospedalieri è affidata dal Direttore Generale a un Direttore medico di Presidio, con incarico di durata temporanea.

Il Coordinatore collabora all'organizzazione complessiva della rete dei Presidi, al fine dell'integrazione e del buon andamento dell'attività e definisce con il Coordinamento interdistrettuale i percorsi della continuità assistenziale e i volumi delle prestazioni ospedaliere da destinare a ciascun Distretto.

Si rapporta coi Direttori di Dipartimento, concordando il piano di risorse da assegnare ai singoli Dipartimenti, anche in relazione alla necessità di omogeneizzare le stesse su base aziendale.

Collabora, inoltre, col coordinatore SITRO nella verifica dei fabbisogni del personale del comparto, adeguandolo rispetto agli obiettivi aziendali.

Il Coordinatore definisce con la Direzione aziendale l'attribuzione del budget di ciascun Presidio, verificando il buon andamento dell'attività e il rispetto dei parametri assegnati.

Al Coordinamento della rete dei Presidi ospedalieri sono poste in staff le Strutture Rischio clinico e Rischio infettivo con l'obiettivo di migliorare su tutto l'ambito della rete i livelli di sicurezza e qualità delle prestazioni erogate.

Dispone, inoltre, di una Direzione amministrativa necessaria per l'attività di competenza.

Il Presidio ospedaliero

Il Presidio ospedaliero è l'articolazione organizzativa che assicura la fornitura di prestazioni specialistiche di ricovero e ambulatoriali e opera con autonomia gestionale.

La tipologia e i volumi di prestazioni sono determinati sulla base della programmazione aziendale e le risorse professionali, le dotazioni strumentali del Presidio concorrono al soddisfacimento della domanda di prestazioni in regime ambulatoriale anche in forme coordinate e integrate con le strutture territoriali.

Il Direttore del Presidio ospedaliero è nominato dal Direttore Generale ed è responsabile del raggiungimento degli obiettivi igienico organizzativi e dell'uso razionale delle risorse umane e strutturali assegnate al Presidio.

Il Direttore del Presidio ospedaliero assume in particolare funzioni e competenze di carattere:

- gestionale e organizzativo, finalizzate alla promozione, all'integrazione e al buon andamento operativo del Presidio, adottando altresì misure necessarie alla rimozione dei disservizi; è inoltre, responsabile delle funzioni di accettazione ospedaliera, della conservazione della documentazione clinica, del coordinamento e della programmazione operativa complessiva delle attività del Presidio.

- igienico sanitario, finalizzate alla prevenzione del rischio infettivo, alla tutela dell'igiene ambientale, alla sorveglianza igienica sui servizi alberghieri e di ristorazione collettiva, alla gestione e alla sorveglianza sulla raccolta dei rifiuti, ecc.

- informativo, finalizzate alla corretta gestione degli strumenti cartacei informatizzati, relativi alla documentazione sanitaria e al corretto funzionamento dei flussi informativi interni ed esterni;

- medico legale, interne al presidio ospedaliero.

Il Presidio ospedaliero dispone di una dotazione amministrativa, necessaria allo svolgimento delle attività di competenza.

Il Dipartimento di prevenzione

Il Dipartimento di prevenzione, ai sensi degli artt. 7 ss. D. Lgs. 502/92 s.m.i., è una macro struttura organizzativa dotata di autonomia gestionale nell'ambito degli obiettivi e delle risorse negoziate.

È preposto all'attività propria del livello di assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, attraverso l'organizzazione e la promozione della tutela della salute della popolazione mediante azioni tendenti a conoscere, prevedere e prevenire gli infortuni e le cause di malattia.

Il Dipartimento è il supporto tecnico alla Direzione e agli Enti Locali nella definizione di strategie di promozione della salute e di prevenzione delle malattie e delle disabilità e del miglioramento della qualità della vita.

In particolare il Dipartimento assicura, altresì, la gestione dei sistemi informativi relativi allo stato di salute della popolazione umana e animale nell'ambito della rete epidemiologica regionale.

MODALITA' DI GESTIONE, CONTROLLO E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE

Programmazione, gestione ed il sistema di budget

Per programmazione si intende un processo continuo di previsione di risorse e di servizi che permetta di raggiungere determinati obiettivi secondo un ordine di priorità stabilito.

La programmazione sanitaria deve quindi caratterizzarsi per la capacità di individuare, rispetto al quadro sanitario rilevato, i determinanti e le tendenze più significative che producono effetti sulla salute della popolazione, calibrando su di essi l'allocazione delle risorse.

La programmazione deve progettare prevedendo gli effetti delle azioni individuate e la loro efficacia attesa, decidendo la quantità delle risorse più adatte alle particolari situazioni sanitarie del territorio di riferimento.

Il modello di programmazione scelto dall'ASL AL si fonda su due approcci complementari:

il primo si basa sull'epidemiologia, intesa come studio della distribuzione dei problemi aventi valenza sanitaria e socio sanitaria nella popolazione residente, il secondo si fonda sullo studio degli ambienti e degli stili di vita.

Il primo approccio consente di indirizzare l'attenzione verso sistemi di cura, il secondo permette di arricchire il raggio d'azione ampliando l'intervento verso attività di prevenzione e di promozione della salute e dell'integrazione socio sanitaria.

Il governo e la gestione dell'Azienda si basano sulla definizione degli obiettivi di salute, di assistenza e di gestione che orientino in modo preciso le scelte verso i bisogni prioritari della popolazione, ottimizzando l'impiego delle risorse disponibili.

La gestione per obiettivi diffusi e integrati fra i differenti livelli dell'Azienda coinvolge tutti i centri di responsabilità e rappresenta il fattore unificante del sistema e delle sue macro e micro articolazioni.

Si tratta, quindi, di realizzare, una programmazione aziendale su due livelli: uno in linea con le macro politiche sanitarie nazionali e regionali, l'altro con le proposte tecnico operative provenienti dalle strutture produttive e dai loro livelli di responsabilità.

Governo e gestione dell'Azienda

Il governo e la gestione dell'Azienda si basano sulla definizione degli obiettivi di salute, di assistenza e di gestione che orientino in modo preciso le scelte verso i bisogni prioritari della popolazione, ottimizzando l'impiego delle risorse disponibili.

La gestione per obiettivi diffusi e integrati fra i differenti livelli dell'Azienda coinvolge tutti i centri di responsabilità e rappresenta il fattore unificante del sistema e delle sue macro e micro articolazioni.

Il sistema di budget

Il sistema di budget, in particolare, rappresenta, per tutti i livelli di responsabilità coinvolti, lo strumento per individuare i principali obiettivi e le specifiche azioni necessarie per realizzarli, definendone allo stesso tempo le risorse necessarie per il loro perseguimento.

L'Azienda, attraverso il metodo della pianificazione strategica, correla gli obiettivi predeterminati e le decisioni assunte a livello organizzativo per il loro conseguimento.

Il processo di pianificazione è articolato in modo integrato e flessibile in fasi successive:

- quella della individuazione degli obiettivi prioritari di intervento nel quadro delle indicazioni della programmazione sanitaria nazionale e regionale, quella della valutazione delle risorse necessarie al raggiungimento degli obiettivi nei limiti delle disponibilità effettive;
- quella della conseguente attivazione dei programmi di intervento predisposti;
- quella del "controllo" dei risultati conseguiti (intermedi e finali) a conferma o modifica del processo in relazione agli indici di accostamento-scostamento verificati nel raffronto obiettivi/risultati.

Il processo di budgeting consente di individuare per ciascun livello dei centri di responsabilità individuati dal modello organizzativo dell'Azienda obiettivi di risultato e di efficienza specifici per l'attuazione delle scelte della programmazione, previa assegnazione delle risorse da mettere a disposizione ai fini del conseguimento degli stessi nel periodo di tempo previsto.

Il processo di budget consente l'integrazione fra la Direzione Generale e tutte le articolazioni organizzative all'interno dell'Azienda, mediante la responsabilizzazione diretta dei professionisti e identificando nel contributo partecipativo degli stessi lo strumento essenziale per la qualificazione dell'offerta di servizio e per le realizzazioni delle finalità istituzionali.

All'attività di programmazione, gestione e controllo è funzionale il sistema di reporting, che consente di analizzare e confrontare obiettivi prestabiliti e risultati conseguiti, indirizzando verso eventuali azioni correttive.

Il sistema dei controlli

Il sistema di programmazione, valutazione e controllo interno fa parte di un processo unitario che richiede la partecipazione di più strutture e quindi va gestito in modo integrato.

Ferma restando la competenza in materia di controllo sulle attività riservata dalla normativa a enti e organismi esterni, all'interno dell'Azienda sono presenti diverse attività di controllo:

- l'attività di controllo strategico;
- l'attività di controllo di gestione;

- l'attività di controllo di regolarità amministrativa e contabile;
 - l'attività di valutazione del personale.
 - **L'attività di controllo strategico** è di diretta competenza del Direttore Generale ed è finalizzata alla valutazione e alla verifica della congruenza tra gli obiettivi definiti dalla programmazione strategica e i risultati conseguiti;
 - **l'attività di controllo di gestione** è finalizzata alla verifica dell'efficacia, efficienza economicità della gestione al fine di ottimizzare, anche mediante tempestivi interventi di correzione, il rapporto tra costi e risultati conseguiti;
 - **l'attività di controllo della regolarità amministrativa e contabile** è demandato al Collegio Sindacale ex art. 3 D.Lgs. n. 502/92 s.m.i.;
 - **l'attività di valutazione professionale del personale dirigente** è demandata al Collegio tecnico, mentre la valutazione dei risultati conseguiti dai dirigenti e dal personale in genere è affidata al Nucleo di Valutazione e le modalità, la periodicità e gli effetti di tale valutazione sono stabilite conformemente alla normativa vigente ed ai rispettivi C.C.N.L.
- L'Azienda, inoltre, nell'ambito della sua autonomia ritiene necessario garantire al suo interno l'attivazione delle seguenti forme di controllo:
- Il monitoraggio della qualità dell'assistenza e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate;
 - Il controllo dal punto di vista dell'utenza, finalizzato alla acquisizione delle valutazioni delle proposte, delle doglianze, degli indici di gradimento o di insoddisfazione dei cittadini sull'attività dell'Azienda e alla assunzione delle iniziative opportune o necessarie conseguenti, espresso in particolare a livello degli appositi organismi partecipativi istituiti dall'Azienda, ferme restando le altre forme di comunicazione formali o informali fra Azienda e utenza.

Programmazione socio – sanitaria a livello locale

Sono strumenti della programmazione socio – sanitaria a livello locale:

- i profili e i piani di salute
- i piani attuativi delle Aziende Sanitarie Locali
- il sistema di budget
- i piani di zona
- la relazione socio – sanitaria aziendale
- il bilancio sociale.

I profili e i piani di salute

Il PEPS è lo strumento con cui la comunità locale a livello distrettuale definisce il profilo di salute, individua gli obiettivi di salute e produce linee di indirizzo volte a orientare le politiche del territorio, in particolare:

- definisce gli obiettivi prioritari di salute e benessere
- individua tutti i soggetti coinvolti, i rispettivi ruoli e i compiti specifici
- attiva gli strumenti di valutazione del raggiungimento degli obiettivi.

I Piani attuativi locali recepiscono gli obiettivi di salute previsti dai PEPS relativi alla rete dei servizi socio sanitari.

Il Comitato dei Sindaci di Distretto, sentiti i soggetti interessati, predispone il PEPS e lo approva a maggioranza.

L'ASL fornisce l'assistenza necessaria, assicura la partecipazione al processo di elaborazione e approvazione dei PEPS, garantendo la disponibilità di tutte le informazioni epidemiologiche relative alla popolazione del distretto.

Il PEPS, sulla base delle linee guida elaborate dalla Giunta Regionale, orienta la programmazione e tiene conto degli atti fondamentali di indirizzo regionale, provinciale e comunale, compresi i Piani di zona e assicura il raccordo con gli Enti pubblici interessati,

con le strutture di assistenza, le organizzazioni di volontariato, le associazioni di promozione sociale, la cooperazione sociale e il terzo settore.

Il PEPS ha la durata del Piano socio – sanitario regionale e si attua attraverso programmi operativi annuali che ne possono anche costituire aggiornamento.

Il piano attuativo

Il piano attuativo locale è lo strumento di programmazione con il quale l'Azienda programma le attività da svolgere recependo per le attività sanitarie e socio – sanitarie territoriali, quanto previsto dei PEPS di distretto e dai Piani di zona.

Il Piano attuativo locale ha la durata del Piano socio – sanitario regionale e può prevedere aggiornamenti annuali.

La Conferenza dei Sindaci, sulla base delle risultanze dei PEPS, determina gli indirizzi e definisce i criteri per l'elaborazione del Piano attuativo locale.

Il Direttore Generale, previo confronto coi soggetti interessati, adotta il Piano attuativo e lo trasmette alla Conferenza dei Sindaci per acquisirne il parere.

Il Piano attuativo si realizza attraverso programmi annuali di attività articolati, per quanto riguarda le attività socio – sanitarie territoriali, per distretti.

Il Direttore Generale adotta il programma annuale nel rispetto di quanto previsto dall'art. 15 L. R. 6/8/2007 n. 18.

I Piani di zona

Il Piano di zona è lo strumento attraverso il quale i Comuni, secondo gli assetti territoriali della gestione dei servizi sociali (Distretto) e con il concorso di tutti i soggetti attivi della progettazione, disegnano il sistema integrato di interventi e servizi sociali con riferimento agli obiettivi strategici, agli strumenti e alle risorse di attivare.

I PEPS, redatti sulla base delle linee guida regionali, si raccordano con i Piani di zona nel processo programmatico distrettuale, al fine di realizzare compiutamente il Piano attuativo locale dell'Azienda.

La relazione socio sanitaria

La relazione socio sanitaria è lo strumento di accertamento e documentazione dei risultati raggiunti, in rapporto agli obiettivi definiti dalla programmazione socio sanitaria regionale e aziendale.

La relazione è predisposta dal Direttore Generale entro il 30 giugno dell'anno successivo a quello di riferimento ed è trasmessa dall'ASL alla Giunta regionale e alla Conferenza dei Sindaci.

Il bilancio sociale

Il bilancio sociale è lo strumento con cui l'ASL AL rende conto dei risultati raggiunti in rapporto agli obiettivi socio sanitari e assistenziali assegnati dalla Regione e dal Piano attuativo locale.

Il bilancio sociale si caratterizza come uno strumento per dare trasparenza all'azione istituzionale dell'Azienda, illustrando gli esiti dell'attività svolta, in modo attivo e dinamico, attraverso la verifica del raggiungimento degli obiettivi stabiliti dalla programmazione.

Tale bilancio si configura come lo strumento attraverso il quale è periodicamente possibile verificare la realizzazione degli obiettivi stabiliti, in un contesto che permette di riconoscere i diversi bisogni della popolazione e le diverse capacità, descrivendo le azioni e i risultati conseguiti dall'Azienda sanitaria nel campo della tutela della salute.

È un documento sperimentale che accompagna la relazione socio sanitaria.

I servizi socio assistenziali

Il Distretto è il centro di riferimento sanitario e socio – sanitario in grado di fornire la globalità delle risposte disponibili sia da parte del Servizio Sanitario Nazionale sia da parte dei servizi socio assistenziali gestiti in forma associata il cui ambito ottimale di gestione viene individuato nei Distretti sanitari.

Gli Enti gestori dei servizi socio assistenziali sono costituiti da forme consortili in 6 Distretti dell'ASL AL e precisamente:

- il Distretto di Alessandria "CISSA Comuni Alessandrino",
 - il Distretto di Tortona "CISA Tortona",
 - il Distretto di Novi "CISA Novene",
 - il Distretto di Ovada "CISS Ovada",
 - il Distretto di Acqui "Comunità montana suol d'Aleramo",
 - il Distretto di Valenza "CISS Comuni Valenzano",
- mentre nel Distretto di Casale i servizi socio assistenziali sono gestiti con delega all'ASL.

La costituzione di momenti di programmazione comuni, l'assunzione di impegni reciproci nel processo programmatico unitario fra Distretti e servizi socio assistenziali, con la definizione del programma delle attività territoriali e

del Piano di zona, puntano alla realizzazione di un sistema integrato sanitario e socio sanitario.

I PEPS rappresentano un possibile sviluppo degli strumenti di programmazione che hanno visto i vari soggetti lavorare insieme nella predisposizione dei Piani di zona.

Il Direttore dei Servizi socio assistenziali partecipa di diritto all'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali, al fine di garantire un coordinamento tecnico operativo tra le attività socio sanitarie di competenza dell'ASL e quelle socio assistenziali di competenza dei Comuni.

La nomina del Direttore socio – assistenziale del Distretto di Casale, i cui servizi socio assistenziali sono gestiti con delega da parte dell'Assemblea dei Sindaci all'ASL AL, viene effettuata dal Direttore Generale su proposta dell'Assemblea stessa.

Il Direttore socio – assistenziale del Distretto di Casale:

- a) dirige e coordina le attività socio - assistenziali e collabora, per quanto di competenza, col Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo alle attività di programmazione aziendale nel medesimo settore;
- b) esprime parere obbligatorio sugli atti del Direttore Generale per gli aspetti e le materie di competenza e formula proposte al medesimo, sempre negli ambiti di competenza, per l'elaborazione degli atti di programmazione e degli incarichi di responsabilità.

Il sistema di qualità aziendale

L'ASL AL eroga le proprie prestazioni e i propri servizi secondo modalità che promuovano la salute e il miglioramento della qualità e assicurano la partecipazione della popolazione.

A tale scopo l'Azienda progetta e realizza un sistema qualità in cui:

- sia garantita l'esplicitazione dell'organizzazione e delle responsabilità nell'ambito del sistema,
- vengano descritti e attuati sistemi di normazione e misura dei processi e di rilevazione dei risultati, con particolare riguardo ai processi ad elevato impatto sui servizi resi,
- vengano organicamente individuati progetti e obiettivi di innovazione e miglioramento della qualità organizzativa, tecnico-professionale e percepita,
- vengano realizzate le indicazioni regionali per la gestione del rischio clinico, attivando la specifica "Unità" di gestione del rischio.

La Direzione Generale stabilisce l'organizzazione del sistema di gestione per la qualità.

Organizzazione e gestione delle risorse umane

Nell'ambito dell'organizzazione dell'Azienda, le risorse umane rappresentano il capitale principale e lo strumento attraverso il quale garantire il raggiungimento della missione aziendale.

L'Azienda progetta e mette in atto un sistema di organizzazione fondato su criteri di gestione delle risorse umane ispirate ai seguenti principi e valori:

- valorizzazione dell'autonomia professionale;
- responsabilizzazione;
- collaborazione e condivisione delle strategie, dei programmi e dei singoli obiettivi;
- lavoro di gruppo;
- propositività e disponibilità al cambiamento.

L'Azienda, inoltre, adotta sistemi di gestione atti a sviluppare le competenze di tutte le risorse professionali presenti nell'organizzazione, per mezzo del sistema formativo, di sistemi di valutazione delle competenze e di valutazione delle prestazioni.

L'Azienda istituisce un sistema di incentivazione del personale finanziato dai fondi contrattuali, comprensivi delle economie aziendali a seguito di specifiche azioni di efficienza e da fondi di soggetti terzi.

Il sistema di incentivazione è riferito a obiettivi attribuiti dalla Direzione Generale ai responsabili delle strutture e la verifica del raggiungimento dei risultati, condizione necessaria per l'erogazione dei compensi, è affidata al Nucleo di Valutazione.

Il sistema di incentivazione è oggetto di specifica normativa interna all'Azienda.

Criteri e modalità di conferimento degli incarichi dirigenziali

L'Azienda mediante il conferimento degli incarichi tende a realizzare modalità di organizzazione e di funzionamento delle proprie strutture riconducibili ai principi di efficienza, efficacia, economicità, qualità, responsabilizzando le risorse professionali e garantendo autonomia organizzativa e gestionale.

L'Azienda provvede alla definizione ed alla graduazione delle funzioni dirigenziali all'interno delle singole strutture operative, in conformità e coerenza con le disposizioni regionali e dei contratti collettivi nazionali di lavoro del personale dirigente, privilegiando la valorizzazione degli incarichi di natura professionale.

Fermo quanto previsto per il Direttore del Dipartimento e per il Direttore di Distretto, le tipologie di incarico relativamente al ruolo sanitario, nelle varie articolazioni aziendali, sono le seguenti:

- incarichi con responsabilità di struttura, distinguibili in incarichi di struttura complessa o semplice;
- incarichi di natura professionale ad elevata specializzazione;
- incarichi di natura professionale di consulenza, di studio e ricerca, ispettivi, di verifica e controllo;
- incarichi di natura professionale, conferibili a dirigenti con meno di cinque anni di servizio.

Per i dirigenti del ruolo tecnico, professionale e amministrativo, oltre all'attribuzione di incarichi di struttura complessa o semplice, si prevede la possibilità di conferire incarichi di natura professionale in presenza di aree specialistiche a elevato contenuto tecnico, in qualità di supporto al responsabile della struttura, configurando così un'articolazione analoga a quella sopra descritta per i dirigenti del ruolo sanitario.

Nell'affidamento degli incarichi dirigenziali e nella revoca dei medesimi, l'Azienda si attiene altresì ai seguenti criteri:

- capacità gestionali, con particolare riferimento ai rapporti con l'utenza, alla disponibilità collaborativa, alla integrazione professionale, alla comunicazione *intra* ed *extra* aziendale, al possesso di tecniche di management;
- capacità di aggregazione del consenso sui valori e sugli obiettivi assunti dall'Azienda;
- capacità di gestione delle risorse umane, finanziarie e professionali nella realizzazione degli obiettivi aziendali, in relazione ai risultati conseguiti;
- riconosciuta sensibilizzazione alle strategie dell'umanizzazione e di tutela dell'utenza;
- frequenza e superamento dei corsi di formazione manageriale ex art.16 *quinquies* D. Lgs. n. 229/99 relativi in particolare all'organizzazione e alla gestione dei servizi sanitari, ai criteri di finanziamento ed ai bilanci, alla gestione delle risorse umane e all'organizzazione del lavoro, agli indicatori di qualità dei servizi e delle prestazioni;
- partecipazione a corsi di aggiornamento professionale obbligatori o facoltativi;
- tipologia e durata di incarichi precedentemente svolti;
- *curriculum*, con particolare riguardo alla natura e durata delle funzioni svolte negli ultimi cinque anni, alle caratteristiche e ai contenuti delle pubblicazioni, all'attività didattica, di sperimentazione o di ricerca, al possesso di esperienza e di conoscenze correlate all'incarico da conferire.

Per il conferimento degli incarichi dirigenziali l'Azienda ricorre a sistemi basati su selezione pubblica, selezione interna o valutazione interna su base fiduciaria e discrezionale, secondo criteri definiti dalla Direzione Generale, dalla normativa vigente e dal quadro contrattuale in atto.

Gli incarichi di cui agli artt.15 *septies*, commi 1 e 2, e 15 *octies* (contratti a tempo determinato e contratti per l'attuazione di progetti finalizzati) sono conferiti dal Direttore Generale con atto scritto e motivato su base fiduciaria e discrezionale, nel rispetto della normativa vigente.

Tutti gli incarichi dirigenziali sono conferiti con atto del Direttore Generale e con stipula del conseguente contratto che ne disciplina la durata, avuto riguardo ai principi di valutazione delle posizioni dirigenziali con apposito atto, nel rispetto delle disposizioni di legge e delle norme contenute nei C.C.N.L.

La valutazione

L'Azienda realizza, in conformità con quanto specificatamente previsto dalla normativa vigente e richiesto dal quadro contrattuale in atto, una gestione meritocratica del personale a tutti i livelli, adottando sistemi di valutazione equi e trasparenti.

I criteri di valutazione fanno riferimento al raggiungimento dei risultati previsti in sede di programmazione e alle capacità professionali espresse, rispetto alle competenze previste per ricoprire il ruolo assegnato.

In sintonia con quanto previsto dalla normativa vigente, si adotta un processo di valutazione gestito e garantito dalla linea gerarchica e, nel contempo, atto a verificare e sviluppare:

□ le capacità gestionali, con particolare riferimento ai rapporti con l'utenza, alla disponibilità collaborativa, alla integrazione professionale, alla comunicazione intra ed extra aziendale;

□ le capacità di aggregazione del consenso sui valori e sugli obiettivi assunti dall'Azienda;

□ le capacità di conseguire risultati coerenti con gli obiettivi aziendali;

□ le capacità di gestione delle risorse umane, finanziarie e professionali;

□ una riconosciuta sensibilità alle strategie dell'umanizzazione ed alla tutela dell'utenza;

□ la partecipazione ad attività di formazione permanente e di aggiornamento professionale.

Per i dirigenti, la valutazione delle attività professionali è demandata al Collegio tecnico, mentre la valutazione dei risultati conseguiti è affidata al Nucleo di Valutazione, con le modalità, la periodicità e gli effetti stabiliti con regolamenti aziendali, conformemente alla normativa vigente ed C.C.N.L.

Per il personale del comparto, le modalità, le periodicità e gli effetti della valutazione sono stabiliti conformemente a quanto previsto dai CCNL.

Il sistema delle responsabilità disciplinari del personale del comparto è contenuto in apposito regolamento interno, approvato dal Direttore generale, sentito il collegio di direzione, in conformità alla normativa vigente.

Cessazione degli incarichi dirigenziali

Nel rispetto dei vincoli posti dal quadro legislativo e contrattuale vigente, gli incarichi dirigenziali possono decadere per le seguenti motivazioni:

- per scadenza della durata contrattuale,
- per modifiche organizzative che comportano una redistribuzione delle responsabilità gestionali e professionali,
- per avvenuta revoca, in caso di inadempienze per le casistiche di cui all' art. 15 *ter*, comma 3 D. Lgs. 502/92 s.m.i., con le procedure previste dalle vigenti disposizioni legislative e contrattuali, con atto motivato del soggetto che ha conferito l'incarico,
- in tutti gli altri casi previsti dalla normativa vigente.

Le relazioni con gli Enti Locali

La necessità di un sistema di relazioni stabili e significative tra l'ASL AL, le sue articolazioni e gli Enti Locali territoriali non è solo un obbligo di legge previsto dalla L.R. n. 18/07 (Conferenza dei Sindaci, Comitato dei Sindaci) ma è una condizione preliminare per garantire un adeguato e omogeneo governo della salute sul territorio di riferimento dell'Azienda.

La partecipazione degli Enti Locali alla definizione delle linee programmatiche e all'organizzazione dei servizi socio sanitari in relazione ai bisogni assistenziali della popolazione, tenendo conto degli indicatori dello stato di salute della popolazione medesima, sono la base per un sistema di relazioni tra l'ASL AL e gli Enti Locali.

La ricerca e lo sviluppo di soluzioni organizzative innovative ed efficaci saranno realizzati garantendo la massima integrazione tra gli Enti Locali e i servizi socio sanitari territoriali e ospedalieri.

In questo senso i PEPS consentono, attraverso un modello relazionale fortemente innovativo e partecipato, di assumere l'ottica della promozione della salute come riferimento sul quale leggere e interpretare le azioni di programmazione della rete dei servizi.

Le relazioni con le Organizzazioni Sindacali

Lo sviluppo del sistema delle relazioni sindacali è uno degli strumenti indispensabili per garantire la realizzazione degli obiettivi posti dalla Legge di riordino delle Sanità piemontese con il pieno coinvolgimento delle OO.SS. sia in relazione alla qualità delle prestazioni, sia all'efficacia/efficienza dell'azione gestionale.

Conseguentemente, le relazioni sindacali sono orientate su due direttrici fondamentali:

- una di livello aziendale provinciale, sulle politiche che l'Azienda intende perseguire,
- l'altra di livello di singole AA.SS.LL. accorpate, per la gestione delle problematiche locali.

La scelta di mantenere due diversi livelli di contrattazione decentrata per la sottoscrizione di intese e accordi aventi valenza locale deve far sì che l'Azienda formuli indirizzi comuni indispensabili per un'omogenea ed equa gestione degli istituti contrattuali.

La pluralità dei momenti di confronto, del rispetto delle prerogative di ciascun soggetto sono regolate con specifici protocolli di relazioni sindacali che snelliscano l'azione gestionale, costituendo un elemento di crescita e condivisione finalizzato alla realizzazione del comune obiettivo della qualità del servizio sanitario.

Coinvolgimento del volontariato

Al fine di favorire la presenza e l'attività all'interno delle strutture dell'Azienda, delle Organizzazioni ed Associazioni di Volontariato, sono adottate le seguenti metodologie, destinate ad ispirare le linee strategiche e gestionali dell'Azienda nell'ottica di garantire il coinvolgimento e la partecipazione delle realtà esistenti sul territorio:

- costituzione della Commissione Permanente Consultiva composta da un dipendente dell'Azienda, referente dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico, e da un rappresentante per ciascuna delle Associazioni di Volontariato riconosciute, avente come compiti la predisposizione di proposte e programmi, la formulazione di suggerimenti idonei a favorire l'adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie dei cittadini in conformità ai principi enunciati dalla Carta dei Servizi;
- attivazione dello Sportello del Cittadino in cui le Associazioni di Volontariato si propongono di affiancare gli utenti in difficoltà nei percorsi burocratico – amministrativi nell'ambito dei Servizi erogati da questa Azienda;
- realizzazione della Carta dei Servizi con l'intento di favorire e migliorare i rapporti con i cittadini, con recapito della Carta medesima ad ogni capo famiglia residente sul territorio dell'Azienda, onde diffondere capillarmente l'informazione circa i servizi erogati e le modalità per la loro fruizione;
- concessione di locali all'interno delle strutture dell'Azienda alle Associazioni di Volontariato, nell'ambito delle previsioni della Legge quadro sul volontariato, per le attività proprie delle Associazioni, finalizzate anche ad iniziative aperte alla cittadinanza.

Garanzie a tutela dell'utenza

Le linee strategiche della politica sanitaria che l'Azienda persegue hanno possibilità di essere sviluppate e trasformate in realizzazioni concrete solamente se il processo vede in ogni momento del suo evolvere il pieno coinvolgimento del cittadino utente, che da oggetto dell'assistenza del Servizio Sanitario diventa sempre più anche soggetto competente, in grado di determinarla e di parteciparvi attivamente.

Lo stesso accesso ai servizi e la loro utilizzazione sono fortemente condizionati dal grado di conoscenza che i cittadini hanno circa le loro caratteristiche e il loro funzionamento.

Pertanto la centralità del cittadino assume valore strategico assoluto per l'Azienda ed è perseguita mediante specifiche politiche della comunicazione tese all'informazione, all'educazione sanitaria ed alla partecipazione.

L'informazione, sistematica e tempestiva, anche attraverso il sito internet aziendale, ha lo scopo di favorire un utilizzo appropriato dei servizi e delle prestazioni sanitarie, così come di indurre un consenso effettivamente informato ai trattamenti e permettere l'esercizio della facoltà di scelta nel rispetto delle regole del gioco.

La formazione può agire concretamente nel perseguire obiettivi di salute e di

prevenzione, laddove debbono essere assunti comportamenti e stili di vita individuali più sani e sicuri o deve essere adottato un approccio all'ambiente collettivo tale da tutelarne gli aspetti di salubrità.

La partecipazione rappresenta uno strumento essenziale per la definizione degli obiettivi di salute e consente scelte programmatiche condivise, tanto più necessarie con l'evolversi dei rischi, col moltiplicarsi e col progressivo differenziarsi dei bisogni di salute, che determinano la necessità, sempre più pregnante, di un utilizzo oculato di risorse disponibili non illimitate.

In merito a quanto sopra detto, l'Azienda, tende ad assicurare:

- controlli di qualità da parte della domanda, specie con riferimento ai percorsi di accesso ai servizi;
- la promozione della sperimentazione e l'utilizzo di indicatori di qualità dei servizi dal lato dell'utenza;
- la sperimentazione di modalità di raccolta e di analisi dei "segnali di disservizio";
- la garanzia che l'operato dei propri dipendenti sia sempre improntato ai principi dell'etica pubblica, alla trasparenza, all'imparzialità e alla centralità del cittadino.

Tutela della privacy

L'Azienda, alla luce del D.Lgs. 30/06/2003 n. 196, ha individuato, con un regolamento formalizzato, le misure minime di sicurezza per il trattamento dei dati personali anche a livello informatico ed ha contribuito con corsi interni alla formazione e sensibilizzazione degli operatori responsabili del trattamento delle informazioni ritenute sensibili.

L'articolazione distrettuale dell'ASL AL

DISTRETTO DI ACQUI TERME



Distretto ACQUI TERME

DATI ISTAT 31/12/2005

COMUNE	Resid.	Dens.	EX Distretto	Ente Gest. Socio-Ass.
1. Acqui Terme	20.230	605,3	Acqui T.	A.S.C.A.*
2. Alice Bel Colle	780	64,5	Acqui T.	A.S.C.A.
3. Maranzana AT	307	68,2	Acqui T.	A.S.C.A.
4. Cassine	3.031	90,4	Acqui T.	A.S.C.A.
5. Castelnuovo B.da	661	50,2	Acqui T.	A.S.C.A.
6. Mombaldone AT	269	22,0	Acqui T.	A.S.C.A.
7. Morsasco	687	67,3	Acqui T.	A.S.C.A.
8. Orsara B.da	420	81,7	Acqui T.	A.S.C.A.
9. Ricaldone	663	62,5	Acqui T.	A.S.C.A.
10. Rivalta B.da	1.452	144,8	Acqui T.	A.S.C.A.
11. Strevi	2.045	134,5	Acqui T.	A.S.C.A.
12. Malvicino	119	13,7	Acqui T.	A.S.C.A.
13. Ponti	677	54,6	Acqui T.	A.S.C.A.
14. Ponzone	1.218	17,5	Acqui T.	A.S.C.A.
15. Bistagno	1.831	103,8	Acqui T.	A.S.C.A.
16. Cartosio	778	46,7	Acqui T.	A.S.C.A.
17. Castelletto d'Erro	146	31,0	Acqui T.	A.S.C.A.
18. Cavatore	316	30,3	Acqui T.	A.S.C.A.
19. Denice	202	27,1	Acqui T.	A.S.C.A.
20. Grogardo	321	34,4	Acqui T.	A.S.C.A.
21. Melazzo	1.262	64,0	Acqui T.	Gest.Ass.ta Com. Mont.
22. Merana	182	19,5	Acqui T.	A.S.C.A.
23. Montechiaro Acqui	582	33,2	Acqui T.	A.S.C.A.
24. Morbello	457	19,6	Acqui T.	A.S.C.A.
25. Pareto	649	15,9	Acqui T.	A.S.C.A.
26. Prasco	522	86,1	Acqui T.	A.S.C.A.
27. Spigno M.to	1.174	21,4	Acqui T.	A.S.C.A.
28. Terzo	874	99,7	Acqui T.	A.S.C.A.*
29. Visone	1.183	94,2	Acqui T.	A.S.C.A.
TOTALE Distretto	43.038			

A.S.C.A. – Associazione socio assistenziale dei Comuni dell'Acquese- Comunità Montana Suol Aleramo.

* Comunità Montana Alta Valle Orba Erro Bormida di Spigno- Gestione Associata Servizi Socio-Assitenziali- Centro di Costo di Acqui Terme.

DISTRETTO DI ALESSANDRIA



DISTRETTO ALESSANDRIA

DATI ISTAT 31/12/2005

COMUNE	Resid.	Dens	EX Distretto	Ente Gest. Socio-Ass.
1. Alessandria	91.593	449,1	1-AL	CISSACA
2. Bergamasco	755	56,8	1-AL	CISSACA
3. Borgoratto Aless.	607	92,0	1-AL	CISSACA
4. Bosco Marengo	2.521	56,3	1-AL	CISSACA
5. Carentino	311	31,7	1-AL	CISSACA
6. Casal Cermelli	1.229	104,8	1-AL	CISSACA
7. Castellazzo B.da	4.478	99,3	1-AL	CISSACA
8. Castelspina	411	75,1	1-AL	CISSACA
9. Felizzano	2.431	96,5	1-AL	CISSACA
10.Frascaro	456	86,7	1-AL	CISSACA
11.Frugarolo	1970	72,2	1-AL	CISSACA
12.Gamalero	804	65,9	1-AL	CISSACA
13.Masio	1.481	66,4	1-AL	CISSACA
14.Oviglio	1.243	45,5	1-AL	CISSACA
15.Pietra Marazzi	948	121,1	1-AL	CISSACA
16.Piovera	789	50,4	1-AL	CISSACA
17.Predosa	2.047	62,2	1-AL	CISSACA
18.Quargnento	1.334	36,9	1-AL	CISSACA
19.Quattordio	1.721	96,7	1-AL	CISSACA
20.Sezzadio	1.279	37,6	1-AL	CISSACA
21.Solero	1.643	72,3	1-AL	CISSACA
22.Castelletto M.to	1.537	163,0	1-AL	CISS- Va*
Totale Distretto	121.588			

*CISSACA dall'1/1/2009

DISTRETTO CASALE MONFERRATO



Distretto CASALE M.to

Dati ISTAT 31/12/2005

COMUNE	Resid.	Dens	EX Distretto	Ente Gest. Socio-Ass.
1. Casale M.to	35.758	414,2	1 Casale	Asl21
2. Altavilla M.to	494	43,8	1 Casale	Asl21
3. Balzala	1.447	86,5	1 Casale	Asl21
4. Borgo S.Martino	1.379	141,0	1 Casale	Asl21
5. Bozzole	323	34,3	1 Casale	Asl21
6. Camagna M.to	551	58,7	1 Casale	Asl21
7. Cella Monte	542	96,3	1 Casale	Asl21
8. Coniolo	444	42,9	1 Casale	Asl21
9. Conzano	1.004	86,4	1 Casale	Asl21
10. Frassinello M.to	529	62,1	1 Casale	Asl21
11. Frassineto Po	1.455	49,7	1 Casale	Asl21
12. Giamole	701	134,8	1 Casale	Asl21
13. Mirabello M.to	1.368	103,1	1 Casale	Asl21
14. Occimiano	1.395	62,3	1 Casale	Asl21
15. Olivola	145	54,1	1 Casale	Asl21
16. Ottiglio	694	47,9	1 Casale	Asl21
17. Ozzano M.to	1.538	101,2	1 Casale	Asl21
18. Pomaro M.to	394	29,0	1 Casale	Asl21
19. Rosignano M.to	1.702	88,6	1 Casale	Asl21
20. Sala M.to	446	58,1	1 Casale	Asl21
21. San Giorgio M.to	1.295	181,6	1 Casale	Asl21
22. Terruggia	826	114,1	1 Casale	Asl21
23. Ticineto	1.397	171,4	1 Casale	Asl21
24. Treville	259	55,5	1 Casale	Asl21
25. Valmacca	1.071	85,1	1 Casale	Asl21
26. Vignale M.to	1.096	58,3	1 Casale	Asl21
27. Villanova M.to	1.775	107,0	1 Casale	Asl21
	60.028			

Distretto Casale M.to

COMUNE	Resid.	Dens.	Ex Distretto	Ente Gest. Socio-Ass.
1. Trino Vc	7.605	107,7	3 Trino-Monc.	Asl21
2. Alfiano Natta	785	60,0	3 Trino-Monc.	Asl21
3. Camino	778	42,2	3 Trino-Monc.	Asl21
4. Castelletto Merli	503	42,8	3 Trino-Monc.	Asl21
5. Cereseto	479	46,0	3 Trino-Monc.	Asl21
6. Cerrina M.to	1.602	93,7	3. Trino-Monc	Asl21
7. Gabiano	1.249	70,2	3. Trino-Monc.	Asl21

8. Mombello M.to	1.110	55,8	3.Trino Monc.	Asl21
9. Moncalvo	3320	188,0	3.Trino-Monc.	Asl21
10.Moncestino	239	37,2	3.Trino-Monc.	Asl21
11. Morano Po	1.587	89,8	3.Trino-Monc.	Asl21
12. Murisengo	1521	99,7	3 Trino-Monc.	Asl21
13. Odalengo Grande	528	33,3	3.Trino-Monc.	Asl21
14. Odalengo Piccolo	273	35,8	3.Trino-Monc.	Asl21
15. Palazzolo VC	1328	95,5	3.Trino-Monc.	Asl21
16. Pontestura	1.519	80,5	3.Trino-Monc.	Asl21
17. Ponzano M.to	397	34,3	3.Trino-Monc.	Asl21
18. Serralunga di Crea	617	70,3	3.Trino-Monc.	Asl21
19. Solonghello	223	45,3	3.Trino-Monc.	Asl21
20. Villamiroglio	341	35,3	3.Trino-Monc.	Asl21
21. Villadeati	509	35,1	3.Trino-Monc.	Asl21
Tot. Parziale	26.513			
TOTALE GENERALE	86.541			
TOTALE COMUNI	48			

DISTRETTO DI NOVI LIGURE



Distretto NOVI LIGURE

DATI ISTAT 31/12/2005

COMUNE	Resid.	Dens	EX Distretto	Ente Gest. Socio-Ass.
1.Novi Ligure	28.360	523,1	Novi L.	CSP
2.Basaluzzo	1.949	128,1	Novi L.	CSP
3.Capriata d'Orba	1.857	65,6	Novi L.	CSP
4.Francavilla Bisio	458	59,0	Novi L.	CSP
5.Fresonara	718	103,5	Novi L.	CSP
6.Pasturana	1.099	208,9	Novi L.	CSP
7.Pozzolo Form.ro	4.744	133,3	Novi L.	CSP
8.Tassarolo	599	84,5	Novi L.	CSP
Tot. Parziale	39.784			
9.Arquata Scrivia	5.884	251,9	Arquata Scr.	CSP
10.Gavazzana	134	42,9	Arquata Scr.	CSP
11.Gavi Ligure	4.558	89,5	Arquata Scr.	CSP
12.San Cristoforo	591	164,6	Arquata Scr.	CSP
13.Sardigliano	431	34,2	Arquata Scr.	CSP
14.Serravalle Scr.	6.087	380,0	Arquata Scr.	CSP
15.Cassano Spinola	1.864	124,5	Arquata Scr.	CSP
16.Albera Ligure	337	15,8	Arquata Scr.	CSP
17.Borghetto Borb.	1.976	49,9	Arquata Scr.	CSP
18.Cabella Ligure	596	12,7	Arquata Scr.	CSP
19.Cantalupo Lig.	550	22,9	Arquata Scr.	CSP
20.Carrega Ligure	113	2,0	Arquata Scr.	CSP
21.Gronzona	536	20,8	Arquata Scr.	CSP
22.Mongiardino	190	6,5	Arquata Scr.	CSP
23.Roccaforte Lig.	176	8,5	Arquata Scr.	CSP
24.Rocchetta Lig.	216	21,4	Arquata Scr.	CSP
25.Stazzano	2.217	124,4	Arquata Scr.	CSP
26.Vignole Borbera	2.195	258,5	Arquata Scr.	CSP
27.Bosio	1.175	17,5	Arquata Scr.	CSP
28.Carrosio	475	65,6	Arquata Scr.	CSP
29.Fraconalto	336	21,2	Arquata Scr.	CSP
30.Parodi Ligure	753	60,2	Arquata Scr.	CSP
31.Voltaggio	769	14,9	Arquata Scr.	CSP
Tot. Parziale	32.159			
TOTALE Distretto	71.943			

DISTRETTO DI OVADA



Distretto OVADA

DATI ISTAT 31/12/2005

COMUNE	Resid.	Dens.	EX Distretto	Ente Gest. Socio-Ass.
1. Ovada	11.646	329,6	Ovada	CSS Ovadese
2. Carpeneto	937	68,9	Ovada	CSS Ovadese
3. Castelletto d'Orba	2.009	141,0	Ovada	CSS Ovadese
4. Montaldo B.da	672	120,6	Ovada	CSS Ovadese
5. Rocca Grimalda	1.435	91,8	Ovada	CSS Ovadese
6. Silvano d'Orba	1.854	153,5	Ovada	CSS Ovadese
7. Trisobbio	674	71,7	Ovada	CSS Ovadese
8. Belforte M.to	443	50,5	Ovada	CSS Ovadese
9. Casaleggio Boiro	390	31,9	Ovada	CSS Ovadese
10. Lerma	828	56,9	Ovada	CSS Ovadese
11. Montaldeo	312	60,1	Ovada	CSS Ovadese
12. Tornese	709	53,3	Ovada	CSS Ovadese
13. Tagliolo M.to	1.504	58,0	Ovada	CSS Ovadese
14. Cassinelle	896	37,6	Ovada	CSS Ovadese
15. Tremolino	1.069	74,2	Ovada	CSS Ovadese
16. Molare	2.166	66,1	Ovada	CSS Ovadese
Totale Distretto	27.544			

DISTRETTO DI TORTONA



Distretto TORTONA

Dati ISTAT 31/12/2005

COMUNE	Resid.	Dens.	EX Distretto	Ente Gest. Socio-Ass.
1. Tortona	26.684	268,7	2. Tortona	CISA
2. Alluvioni Cambiò	1.009	108,7	2. Tortona	CISA
3. Alzano Scrivia	403	194,7	2. Tortona	CISA
4. Carbonara Scrivia	1.019	202,6	2. Tortona	CISA
5. Carezzano	429	41,6	2. Tortona	CISA
6. Casalnoceto	907	69,9	2. Tortona	CISA
7. Castellar Guid.	401	163,0	2. Tortona	CISA
8. Castelnuovo Scr.	5.559	122,4	2. Tortona	CISA
9. Guazzora	308	105,8	2. Tortona	CISA
10. Isola S. Antonio	778	32,5	2. Tortona	CISA
11. Molino dei Torti	701	255,8	2. Tortona	CISA
12. Paderna	247	58,5	2. Tortona	CISA
13. Pontecurone	3.848	129,1	2. Tortona	CISA
14. Sale	4.269	95,5	2. Tortona	CISA
15. S. Agata Fossili	433	53,9	2. Tortona	CISA
16. Sarezzano	1.187	86,1	2. Tortona	CISA
17. Spineto Scrivia	336	81,6	2. Tortona	CISA
18. Viguzzolo	2.999	164,1	2. Tortona	CISA
19. Villalvernia	941	203,1	2. Tortona	CISA
20. Villaromagnano	755	123,4	2. Tortona	CISA
21. Volpedo	1.205	113,9	2. Tortona	CISA
22. Avolasca	287	23,4	2. Tortona	CISA
23. Berzano di Tort.	157	54,0	2. Tortona	CISA
24. Brignano Frasc.	486	27,9	2. Tortona	CISA
25. Casasco	137	15,2	2. Tortona	CISA
26. Castellania	99	12,9	2. Tortona	CISA
27. Cerreto Grue	339	70,9	2. Tortona	CISA
28. Costa Vescovato	351	45,3	2. Tortona	CISA
29. Dernice	236	12,9	2. Tortona	CISA
30. Fabbrica Curone	774	14,4	2. Tortona	CISA
31. Garbagna	721	34,8	2. Tortona	CISA
32. Gremiasco	373	21,5	2. Tortona	CISA
33. Momperone	223	25,9	2. Tortona	CISA
34. Monleale	623	64,8	2. Tortona	CISA
35. Montacuto	340	14,3	2. Tortona	CISA
36. Montegioco	312	57,4	2. Tortona	CISA
37. Montemarzino	366	37,3	2. Tortona	CISA
38. Pozzol Groppo	389	28,1	2. Tortona	CISA
39. S. Sebastiano Cur.	596	150,9	2. Tortona	CISA
40. Volpeglino	156	48,4	2. Tortona	CISA
TOTALE Distretto	61.383			

DISTRETTO DI VALENZA



Distretto VALENZA

Dati ISTAT 31/12/2005

COMUNE	Resid.	Dens	EX Distretto	Ente Gest. Socio-Ass.
1. Valenza Po	20.471	409,0	2 Valenza	CISS
2. San Salvatore M.to	4.587	145,0	2 Valenza	CISS
3. Bassignana	1.802	64,1	2 Valenza	CISS
4. Pecetto di Val.	1.286	112,3	2 Valenza	CISS
5. Cuccaro M.to	362	67,7	1 - AL	CISS
6. Fubine	1.681	65,9	1 - AL	CISS
7. Lu M.to	1.209	55,6	1 - AL	CISS
8. Montecastello	359	47,1	1 - AL	CISS
9. Rivarone	381	62,7	1 - AL	CISS
Totale Distretto	32.138			

L'ORGANIZZAZIONE

Atto Aziendale e Piano di organizzazione ASL AL

Sintesi

Il completamento del processo di aziendalizzazione comporta l'esigenza di incrementare l'efficienza delle aziende sanitarie, anche valutando la possibilità di prevedere meccanismi che rendano il sistema più flessibile e più permeabile alle istanze sociali e politiche emergenti sul territorio.

Sotto questo aspetto le iniziative da promuovere possono riguardare il consolidamento dell'adozione degli strumenti del management, la ridefinizione degli ambiti territoriali, il rapporto con le tematiche del governo clinico.

Attraverso l'accorpamento delle Aziende Sanitarie Locali, la Regione Piemonte ha voluto creare le condizioni per generare economie di scala e raggiungere dimensioni più efficienti sul piano gestionale, finalizzate al perseguimento degli obiettivi di qualità, appropriatezza ed efficacia delle prestazioni erogate così come tracciato dal Piano Sanitario Regionale.

Il percorso di accorpamento delle tre ex AA.SS.LL. della Provincia di Alessandria ha avuto avvio con il perseguimento dell'obiettivo unico di breve periodo di riqualificazione dei L.E.A. e di riequilibrio finanziario, ivi compresi l'apporto di elementi propedeutici sul previsto accorpamento ed elementi progettuali e di organizzazione utili per la sua realizzazione.

La costituzione dell'A.S.L. unica della Provincia di Alessandria ha comportato la necessità di creare un modello organizzativo in grado di rispondere ad alcune prioritarie esigenze:

- garanzia di qualità e di volume di servizi erogati in grado di rispondere alle esigenze di salute dei cittadini;
- uniformità ed omogeneità di risposta su tutto il territorio;
- diffusione dei servizi sanitari e dei servizi amministrativi in modo da assicurare puntualità ed efficienza di risposta, superando i possibili disagi derivanti da problemi territoriali ed orografici, o determinati da collegamenti infrastrutturali;
- razionalizzazione nella gestione delle risorse e nella definizione dei protocolli, procedure e linee guida finalizzate

L'Atto Aziendale dell'ASL AL ed il relativo Piano di Organizzazione, presentati dalla Direzione aziendale nello scorso mese di giugno e, successivamente, approvati dagli organismi regionali, delineano un quadro organizzativo propedeutico e funzionale a tali linee strategiche.

L'ASL AL ha sostituito, unificandone competenze e funzioni, le AA.SS.LL. n. 20 di Alessandria, n. 21 di Casale Monferrato e n. 22 di Novi Ligure nelle quali era suddiviso il territorio della Provincia di Alessandria, costituendo un'unica Azienda provinciale con 6 ospedali a gestione diretta e 7 distretti sanitari.

Le predette Aziende erano fortemente disomogenee sia per organizzazione strutturale, sia per erogazione dei servizi sia per risposte ai bisogni di salute.

La nuova Azienda è stata costituita, quindi, con l'intento, tra gli altri, di risolvere le disomogeneità esistenti in una visione strategica complessiva, al fine di garantire una qualificata risposta ai bisogni di salute della popolazione di riferimento in modo equo e uniforme su tutto il territorio provinciale.

Attraverso lo strumento dell'Atto aziendale si è voluto realizzare il completamento del processo di aziendalizzazione così come delineato dalle linee guida regionali, che sottolineano non solo l'aspetto di efficienza e di uso razionale delle risorse, ma anche la necessità di applicare i valori più rappresentativi della cultura aziendale ovvero il senso di appartenenza, la responsabilizzazione, la partecipazione ai vari livelli e la valorizzazione del personale umano e relazionale.

Al fine del perseguimento delle proprie finalità istituzionali, l'ASL AL ha delineato un impianto organizzativo improntato a:

- razionalità e adeguatezza delle risorse da impiegare,
- continuità e qualità dei servizi da offrire,
- analisi epidemiologica e valutazione dello stato di salute della popolazione,

- programmazione, pianificazione e valutazione delle attività.

Con il Piano di Organizzazione è stata rappresentata la struttura aziendale a regime, previsto per l'anno 2010, al termine del percorso di accorpamento delle tre ex AA.SS.LL. della provincia, costruendo l'organizzazione della nuova ASL AL su tre elementi cardine, la prevenzione, la rete dei presidi ospedalieri, la distrettualizzazione, nonché su forti elementi di integrazione a tutti i livelli con l'obiettivo di realizzare un modello generale di servizi centrati sul cittadino ed economicamente sostenibile dal sistema.

Il modello di organizzazione proposto, improntato alla semplicità e al contenimento delle articolazioni orizzontali e verticali, è stato accompagnato da profonda riorganizzazione sia all'interno dei singoli servizi che nella rete ospedaliera e territoriale, al fine di consentire un impiego più equo delle risorse disponibili, un miglioramento della produttività complessiva del sistema, l'eliminazione delle sacche di improduttività, delle duplicazioni e delle incongruità più evidenti dell'organizzazione.

Tale modello tende alla realizzazione di un raccordo sistematico e sinergico fra le varie articolazioni aziendali, per garantire l'efficacia e la qualità dei risultati di salute della popolazione e della gestione della struttura.

La sinergia fra le Strutture aziendali è stata perseguita utilizzando soluzioni gestionali, progetti e programmi, ricorrendo a coordinamenti organizzativi solo per le macroaree aziendali (Prevenzione, Distretti, Ospedali).

Il processo di riorganizzazione e semplificazione organizzativa non va visto semplicemente nell'ottica della riduzione delle Strutture aziendali, ma come percorso per superare le frammentazioni, garantendo un'aggregazione ampia per affinità, determinando condivisioni di linguaggio, di obiettivi, di strumenti, e mettendo in tal modo le basi per un cambiamento evolutivo reale in termini di:

- valorizzazione dei ruoli e delle responsabilità,
- orientamento all'utente nel disegno organizzativo,
- equità complessiva interna e nei confronti della popolazione,
- semplificazione degli *iter* amministrativi e sanitari.

Alla luce di ciò, è risultato fondamentale e necessario un ripensamento del ruolo della dirigenza, finalizzato alla responsabilizzazione in relazione ai risultati prodotti.

I modelli di progressione di carriera, con l'assegnazione di incarichi e ruoli di responsabilità, rappresentano una delle logiche organizzative più incisive per la motivazione e lo sviluppo delle risorse umane aziendali.

Per il personale rappresenta un riconoscimento delle capacità potenziali e delle competenze acquisite e allo stesso tempo per l'organizzazione costituiscono un meccanismo per valorizzare e selezionare le risorse umane.

Tradizionalmente, la progressione di carriera nell'ambito delle realtà della Pubblica Amministrazione coincide con l'assunzione di crescenti responsabilità manageriali, rappresentati dall'attribuzione di incarichi di struttura sempre più rilevanti.

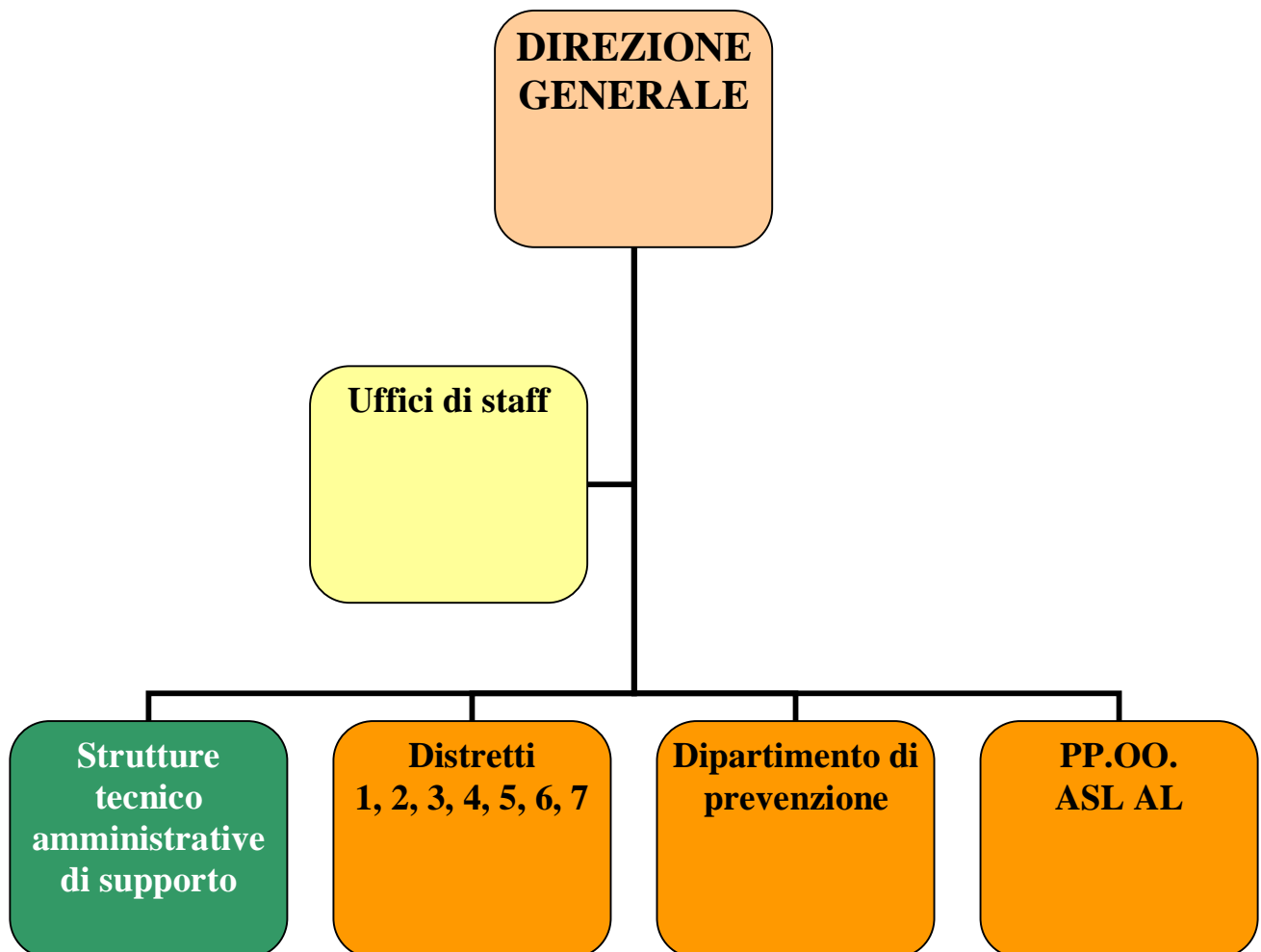
Nell'ottica del processo di riorganizzazione, l'ASL AL intende sostituire tale modello con uno che preveda due percorsi di carriera dirigenziale, complementari e paralleli (dual ladder):

- percorso manageriale tradizionale (incarichi di struttura), con livelli progressivi in base alla tipologia di struttura affidata (semplice, semplice e valenza dipartimentale, complessa, dipartimento, macroarea):
 - attribuzione dei compiti gestionali complessivi della Struttura;
 - organizzazione complessiva delle risorse umane, tecniche e strumentali affidate;
 - contrattazione, definizione e gestione del budget di Struttura;
 - rapporti coi livelli direzionali dell'Azienda nelle fasi di programmazione, gestione e controllo dell'andamento aziendale (per i titolari di Struttura complessa, Dipartimento e Macroarea);

- percorso di carriera su base tecnico - professionale (incarichi di natura professionale), con responsabilizzazione tecnico/professionale sulle funzioni assegnate:
 - responsabilizzazione tecnico – professionale sulle funzioni assegnate;
 - coordinamento delle risorse umane assegnate;
 - gestione delle risorse tecnico – strumentali funzionali all'incarico ricoperto;
 - rapporti col titolare di incarico di Struttura nelle fasi di programmazione, gestione e controllo dell'andamento della Struttura medesima.

Tale sistema presuppone un percorso di graduazione e pesatura dei diversi incarichi individuati nell'organizzazione aziendale, ai quali dovranno essere attribuiti livelli retributivi che si rapportino a ruolo, funzioni e responsabilità.

Pertanto, gli incarichi di natura professionale potranno avere una graduazione e pesatura tali da garantire una efficace valorizzazione dell'incarico svolto, paragonabile, in termini economici, agli incarichi di struttura.



Servizi di supporto e staff

La scarsità di risorse assegnate al Sistema sanitario comporta necessariamente la ricerca di sinergie operative, sviluppando al massimo le innovazioni tecnologiche e organizzative volte a introdurre e migliorare i livelli di efficacia e di efficienza in funzione del controllo della dinamica dei costi ma soprattutto per migliorare i risultati raggiunti.

Per quanto riguarda l'area di supporto, è stato adottato un modello sperimentale a doppia scala di progressione: l'organizzazione è stata riarticolata in pochi contenitori strutturali corrispondenti a grandi aree di risultato (Strutture complesse), affidate a dirigenti con responsabilità in ordine al conseguimento degli obiettivi gestionali.

All'interno dei contenitori, la gestione delle questioni specialistiche è stata affidata a dirigenti professionali incaricati di standardizzare i processi in termini di efficacia amministrativa, in collaborazione con i dirigenti gestionali.

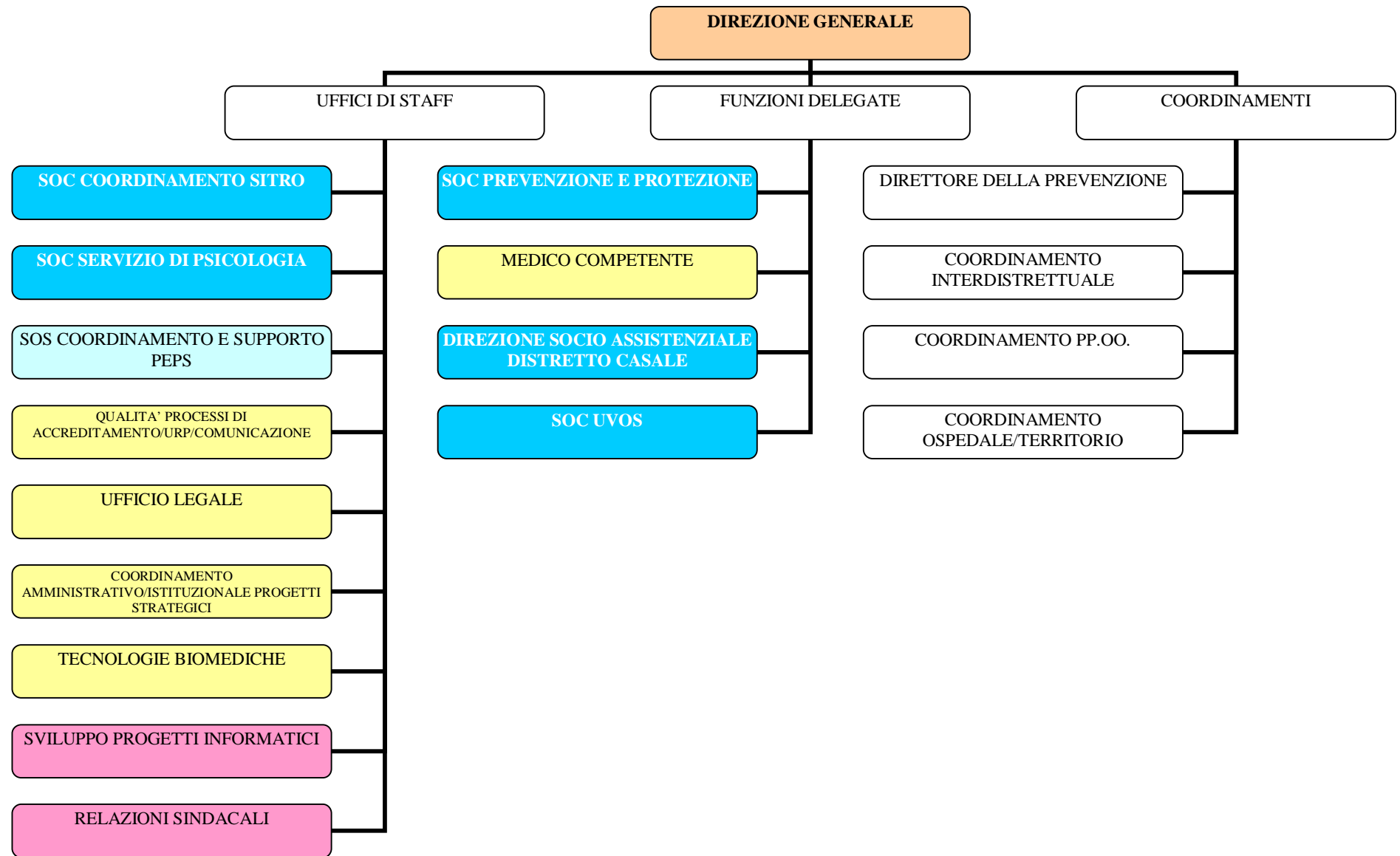
Gli Uffici di staff sono stati rivisti suddividendoli in due aree, staff e funzioni delegate e sono intesi come supporto indispensabile per consentire alla Direzione di svolgere pienamente i propri compiti.

Le responsabilità amministrative presenti sui presidi e sul territorio delineano un quadro complessivo della funzione di supporto, con collocazione in linea rispetto al Responsabile di presidio o di distretto e con l'obiettivo di garantire omogeneità dei processi organizzativi.

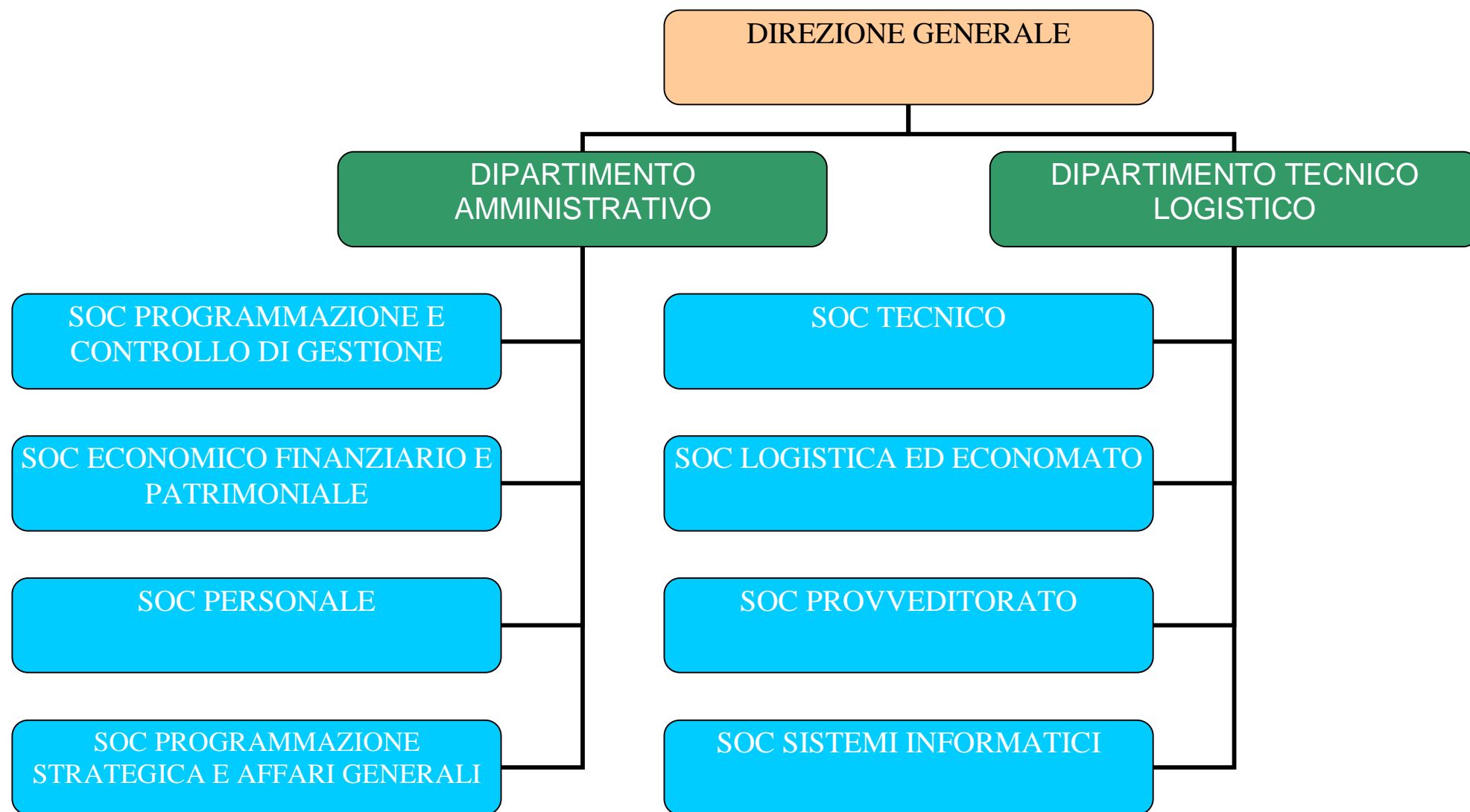
Le strutture amministrative di supporto, vista l'elevata complessità e la forte articolazione territoriale dell'ASL provinciale, sono state organizzate in due Dipartimenti, Amministrativo e Tecnico logistico, con l'obiettivo di incrementare e qualificare l'efficacia delle singole Strutture nelle varie articolazioni centrali e territoriali, assicurando omogeneità di azione e tempestivo assolvimento delle funzioni di supporto amministrativo.

L'organizzazione così delineata dei servizi consente da un lato di garantire un supporto alla Direzione Aziendale nel processo decisionale, soprattutto per le problematiche connesse al reperimento e al controllo dell'uso delle risorse e dall'altro di supportare in modo qualificato e omogeneo le attività di produzione dei servizi nella loro articolazione territoriale.

STRUTTURE IN STAFF ALLA DIREZIONE GENERALE



SUPPORTO TECNICO AMMINISTRATIVO



Area della prevenzione

Tale area viene organizzata sulla base dell'ASL unica con un Dipartimento articolato in strutture trasversali orientate alle funzioni e in strutture destinate allo sviluppo territoriale, sia per le aree mediche che per le aree veterinarie.

Il Dipartimento di prevenzione è stato riorganizzato sulla base di Strutture Complesse con specifiche funzioni che superano la logica geografica delle vecchie AA.SS.LL., al fine di razionalizzare l'impiego delle risorse e recuperare efficienza.

Il modello proposto attualmente prevede, a regime, la realizzazione di un unico dipartimento con SOC relative alle varie aree di attività (SIAN, SISP, SPRESAL, Veterinaria A, B, C) e SOS legate alle realtà territoriali.

La transizione dalla realtà attuale, estremamente variegata, al modello a regime si presenta complessa e necessita di passaggi e temporizzazioni specifiche.

Si potranno, per esempio, prevedere passaggi innovativi, con l'eventuale sviluppo di modelli differenti caratterizzati da individuazione di alcune funzioni specifiche nelle differenti aree (es. Igiene degli Alimenti ed Igiene della Nutrizione derivati dal SIAN o Igiene e Sicurezza degli ambienti e Prevenzione e Controllo Malattie Infettive derivati dal SISP), se compatibili con le indicazioni regionali.

Dovrà anche svilupparsi il rapporto di collaborazione sinergica tra Dipartimento e mondo del lavoro, attraverso un contatto con rappresentanti dei lavoratori e delle imprese finalizzato a garantire una migliore prevenzione specie per quanto attiene agli infortuni sul lavoro.

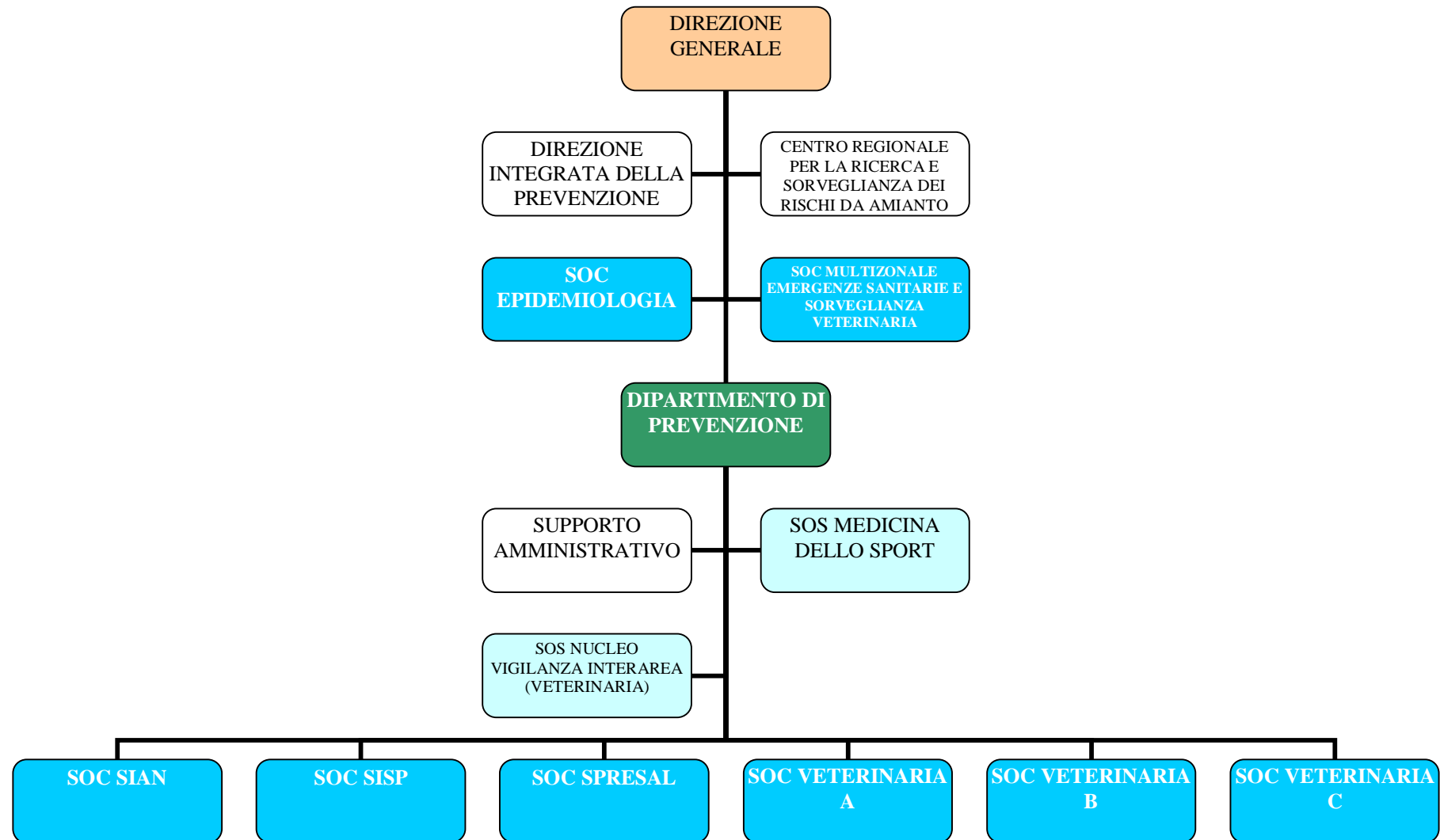
Le attività del Dipartimento di prevenzione dovranno, a livello territoriale, integrarsi con le attività distrettuali in un modello a matrice, difficile da costruire a causa degli attualmente quasi inesistenti livelli di integrazione tra Distretti e Dipartimento di Prevenzione ma da ritenersi indispensabile per le necessità di una programmazione delle attività distrettuali (PEPS e PAL) che non può prescindere dai contributi del Dipartimento di Prevenzione, sia nella fase di definizione dei bisogni della popolazione, sia nella fase di erogazione dei servizi.

È stata, altresì, introdotta la figura del Direttore della Prevenzione, separato dal Direttore del Dipartimento di Prevenzione e collocato in staff alla Direzione Generale, a cui affidare la doppia funzione di sostegno sia a livello

centrale regionale sia a livello periferico, con il compito di costituire un riferimento funzionale per tutti i progetti di prevenzione all'interno dell'ASL AL.

Il Direttore della prevenzione lavorerà in stretta collaborazione con la Direzione Generale, il Dipartimento di Prevenzione, i Distretti, i servizi socio assistenziali, le Amministrazioni Locali, le associazioni di categoria e le forze sociali, al fine di perseguire gli obiettivi di prevenzione previsti dal PRR.

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE



Area distrettuale

Gli ambiti distrettuali sono stati definiti dal Direttore Generale, d'intesa con la Conferenza dei Sindaci, sulla base dei criteri previsti da Legge Regionale.

In considerazione della specificità e delle peculiarità della Provincia di Alessandria, si è usufruito della possibilità di derogare dal limite di 70.000 abitanti necessari per il dimensionamento ottimale dell'ambito distrettuale delle AA.SS.LL. prevedendo, in alcuni casi, Distretti con popolazione inferiore e si è proposta la costituzione di n. 7 Distretti e precisamente:

- Acqui Terme
- Alessandria
- Casale Monferrato
- Novi Ligure
- Ovada
- Tortona
- Valenza.

Il modello organizzativo delineato nel Piano di organizzazione dell'ASL AL punta alla massima semplicità strutturale e chiarezza interpretativa, identificando il Distretto come un'organizzazione complessa dotata di autonomia tecnico gestionale ed economico finanziaria.

Le Direzioni di Distretto assumono, a livello locale, responsabilità di governo complessivo dei processi di assistenza, contribuendo a identificare i principali bisogni dei cittadini e il sistema di offerta di servizi in grado di soddisfarli e, nel contempo, hanno il compito di coordinare l'attività dei diversi soggetti erogatori di prestazioni al fine di garantire percorsi di cura integrati ed efficaci.

Nell'ambito del Distretto quindi deve svilupparsi una integrazione tra i vari servizi, che schematicamente possono essere distinti in:

- Servizi forniti direttamente dalle strutture distrettuali:
 - cure primarie
 - cure domiciliari
 - attività ambulatoriali.
- Servizi forniti, nell'ambito di ciascun Distretto, da erogatori appartenenti a strutture trasversali:
 - Sert
 - DSM
 - attività consultoriali

- attività psicologiche
- Medicina Legale.

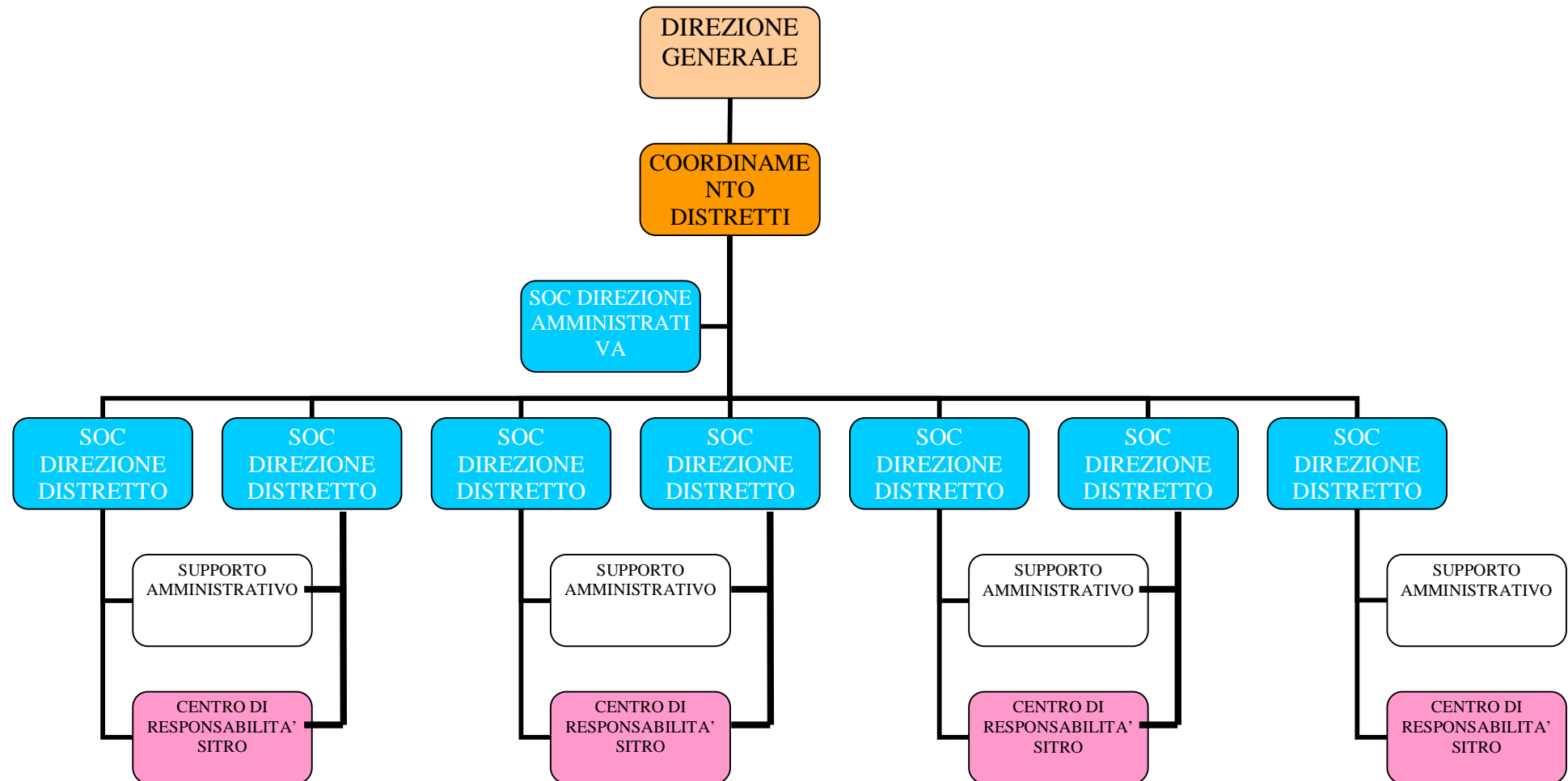
In questa logica occorre definire con chiarezza i rapporti tra Distretto e Servizi trasversali che operano nell'ambito distrettuale:

- al Servizio spetta la responsabilità di definire le caratteristiche tecniche delle risposte, di omogeneizzarle nelle diverse realtà e ridefinirne i livelli quantitativi in base alle risorse disponibili ed alla negoziazione con i direttori di distretto e con il loro coordinamento;
- al Distretto è attribuita la responsabilità di controllare e dirigere in modo integrato le risposte dei vari servizi.

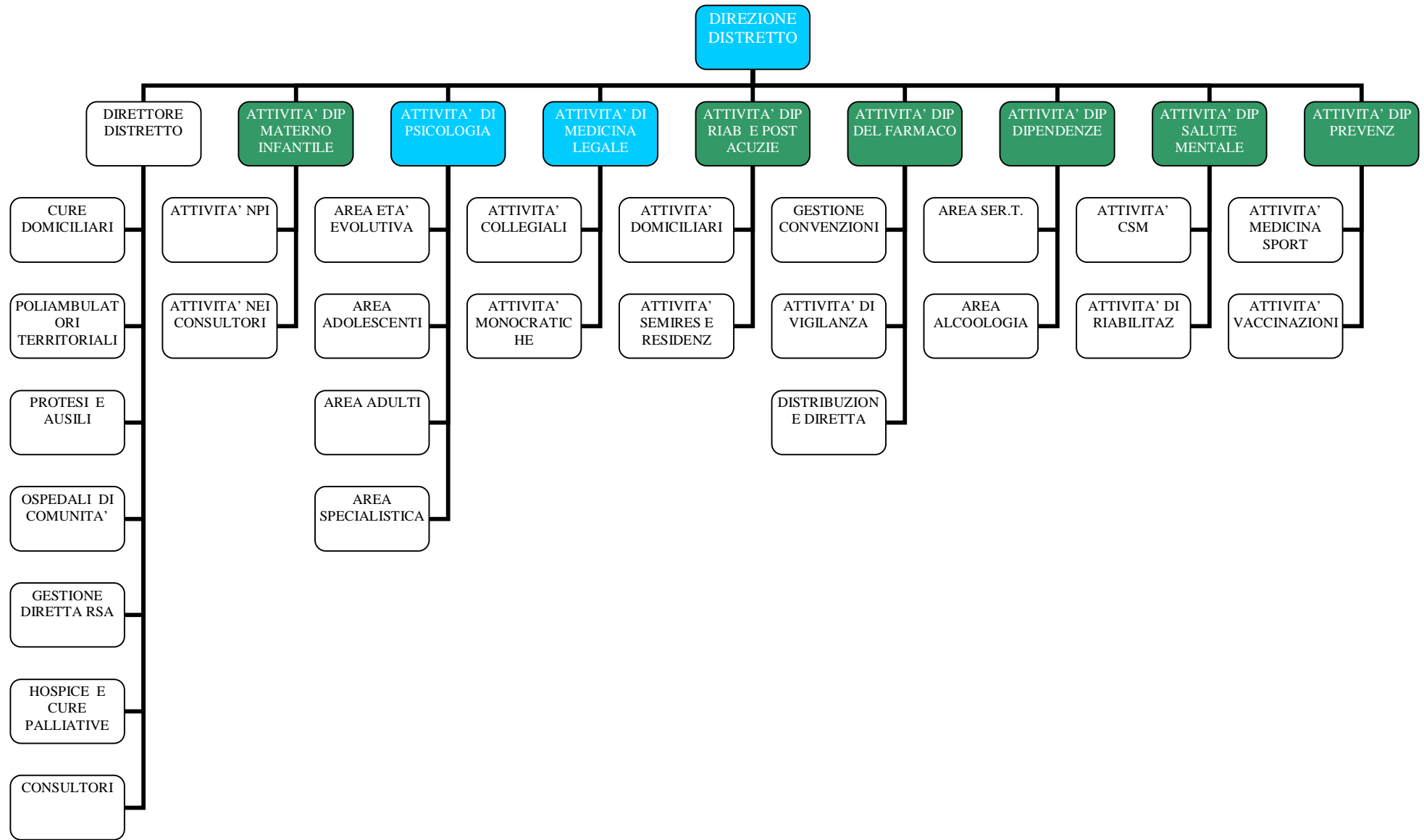
Il governo delle complesse funzioni attribuite al Distretto è affidato dal Direttore Generale, su base fiduciaria, al Direttore di Distretto, figura dirigenziale che, nell'ambito di competenza, è responsabile della realizzazione degli indirizzi strategici della Direzione dell'Azienda nonché dell'utilizzo delle risorse attribuite e dell'attività svolta verso il perseguimento di precisi obiettivi programmatici.

È stato, altresì, previsto un Coordinamento interdistrettuale per assicurare in modo uniforme lo sviluppo delle attività distrettuali su tutto il territorio dell'ASL.

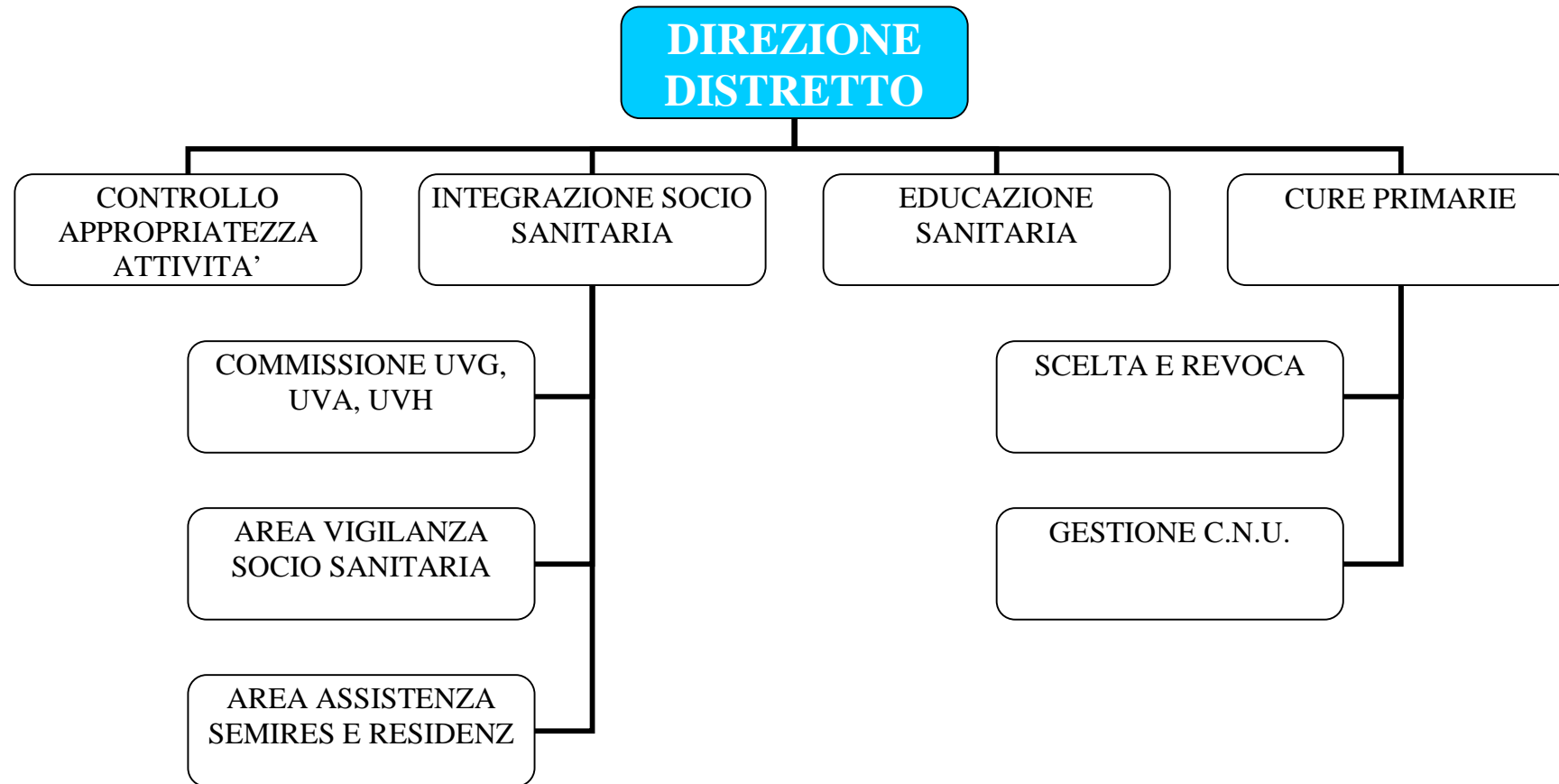
DISTRETTI



DISTRETTI – FUNZIONE PRODUZIONE



DISTRETTI – FUNZIONE TUTELA



Area Presidi ospedalieri

L'assetto organizzativo della rete ospedaliera dell'ASL AL è stato delineato tenendo conto della presenza sul territorio di n. 6 Presidi ospedalieri, al fine garantire alla popolazione la maggior uniformità possibile in termini di accessibilità e qualità dei servizi erogati, utilizzando al meglio le risorse disponibili.

La scelta del modello a rete permette di valorizzare i singoli presidi ospedalieri come luogo di produzione al servizio delle comunità locali e dell'intero territorio provinciale, realizzando un'equa distribuzione delle risorse alla luce delle sinergie funzionali e operative introdotte fra i diversi ospedali.

Ogni Presidio ospedaliero è diretto da un dirigente medico al quale compete la responsabilità di garantire le condizioni organizzative e tecnico sanitarie necessarie al raggiungimento degli obiettivi delle singole Strutture e dei Dipartimenti, sviluppando la continuità delle cure all'interno dell'ospedale in raccordo con i servizi territoriali.

I Dipartimenti ospedalieri, in coerenza con la realizzazione concreta della rete degli ospedali, si configurano come dipartimenti trasversali sui 6 ospedali, per soddisfare due elementi organizzativi di base, la qualità clinico assistenziale e l'efficienza gestionale.

I Dipartimenti hanno responsabilità sulle risorse professionali ad alta specializzazione, garantiscono omogeneità dei processi assistenziali, si rapportano al Coordinatore della rete, forniscono supporto alla Direzione Generale all'interno del Collegio di direzione per la definizione delle linee strategiche aziendali.

Sul piano delle responsabilità organizzative il Direttore del presidio risponde della gestione complessiva dell'ospedale, mentre i Direttori di dipartimento rispondono dei risultati del proprio ambito di attività.

Il modello organizzativo messo a punto si regge fra coordinamento ospedaliero, coordinamento infermieristico, direzioni di presidio, dipartimenti, ciascuno con compiti di responsabilità differenti ma strettamente correlati all'efficacia dell'intero sistema.

Al Direttore del presidio ospedaliero compete la responsabilità di garantire le condizioni organizzative e tecnico sanitarie necessarie al raggiungimento degli obiettivi delle singole unità operative e dei Dipartimenti, sviluppando la

continuità delle cure all'interno dell'ospedale in raccordo con i servizi territoriali.

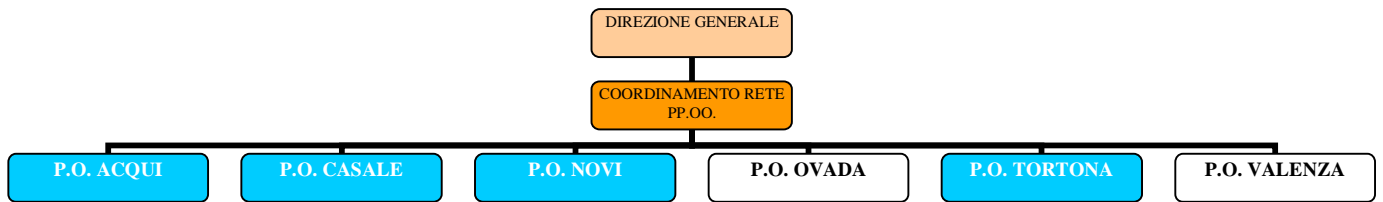
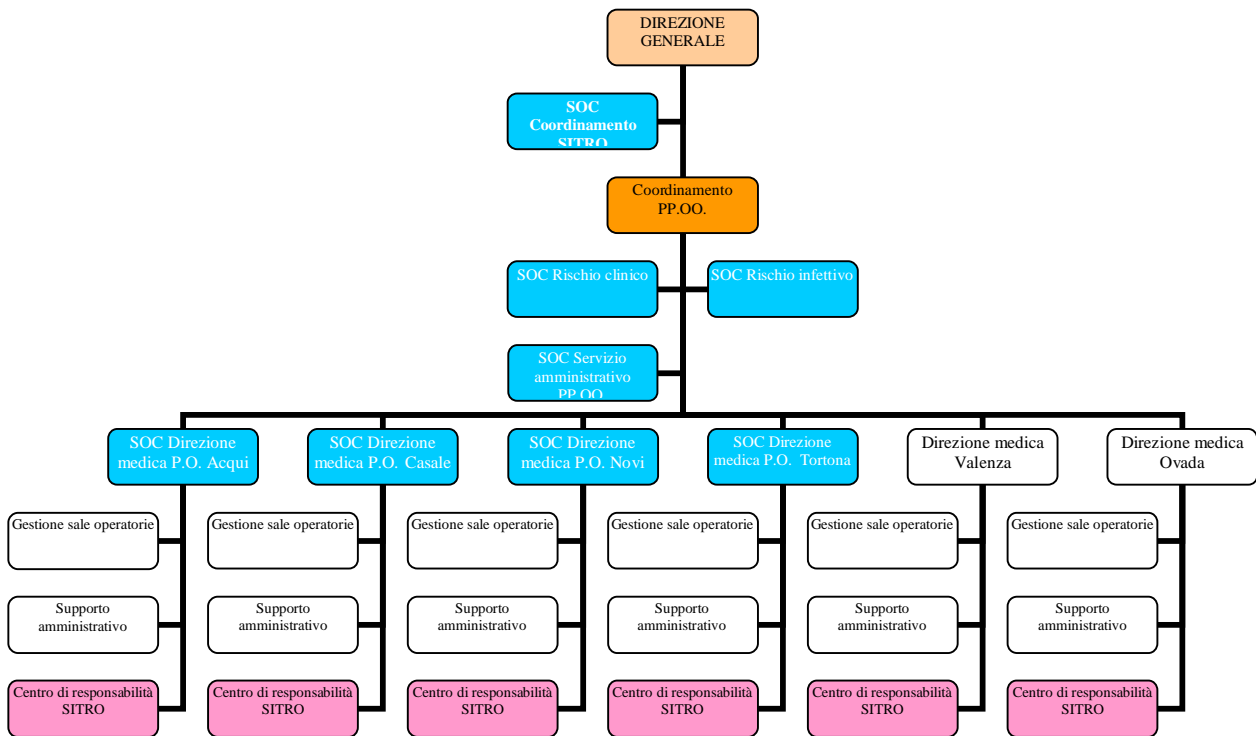
È stato, inoltre, introdotto il ruolo del Coordinatore della rete ospedaliera, garante dell'omogeneità dell'organizzazione, interlocutore della Direzione Generale per quanto riguarda le risorse umane e strumentali da assegnare ai singoli presidi e strumento di raccordo fra rete ospedaliera e altre Macrostrutture aziendali per consentire all'Azienda di diventare sempre più un sistema integrato, sia sul piano manageriale che su quello professionale.

Il Coordinatore della rete modula la produzione dei singoli presidi in base ai bisogni di salute espressi negli ambiti distrettuali, negoziandoli con i Direttori di presidio.

In staff al Coordinatore della rete dei presidi, al fine di garantire un'azione omogenea e coordinata a livello aziendale nell'organizzazione di tutti i presidi ospedalieri, è stata posta una struttura amministrativa complessa denominata Servizio amministrativo PP.OO.

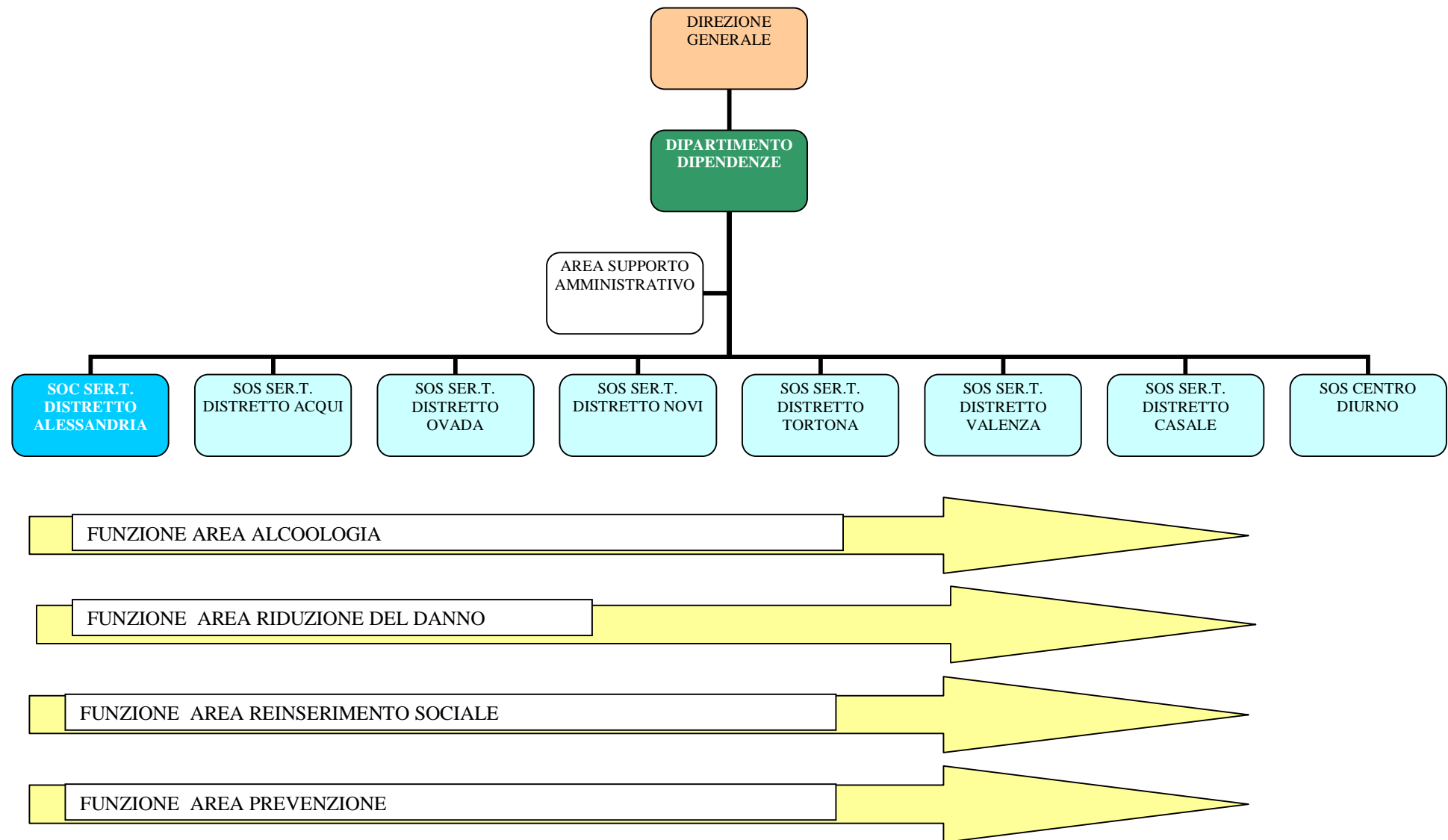
Tale struttura deve garantire l'omogeneità dei processi amministrativi in capo alle funzioni amministrative di supporto poste in staff ai Direttori di presidio.

PRESIDI OSPEDALIERI

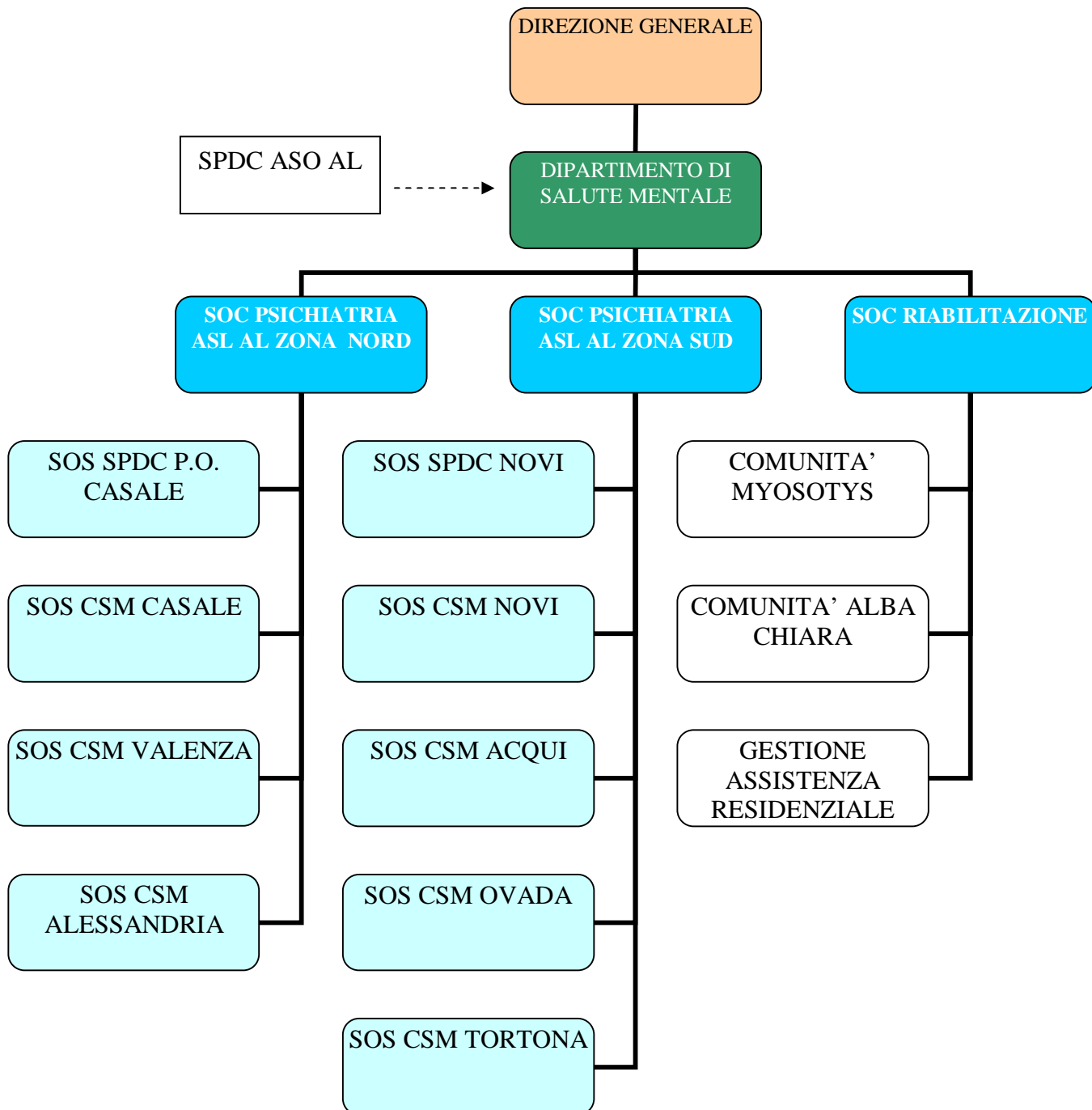


- Dipartimento area Specialità Chirurgiche**
- Dipartimento Area Chirurgica**
- Dipartimento Area Specialità Mediche**
- Dipartimento Area Medica**
- Dipartimento Area Diagnostica**
- Dipartimento Area Diagnostica per immagini**
- Dipartimento Materno infantile**
- Dipartimento Emergenza Urgenza ed Area Critica**
- Dipartimento Riabilitazione e post acuzie**
- Dipartimento del Farmaco**

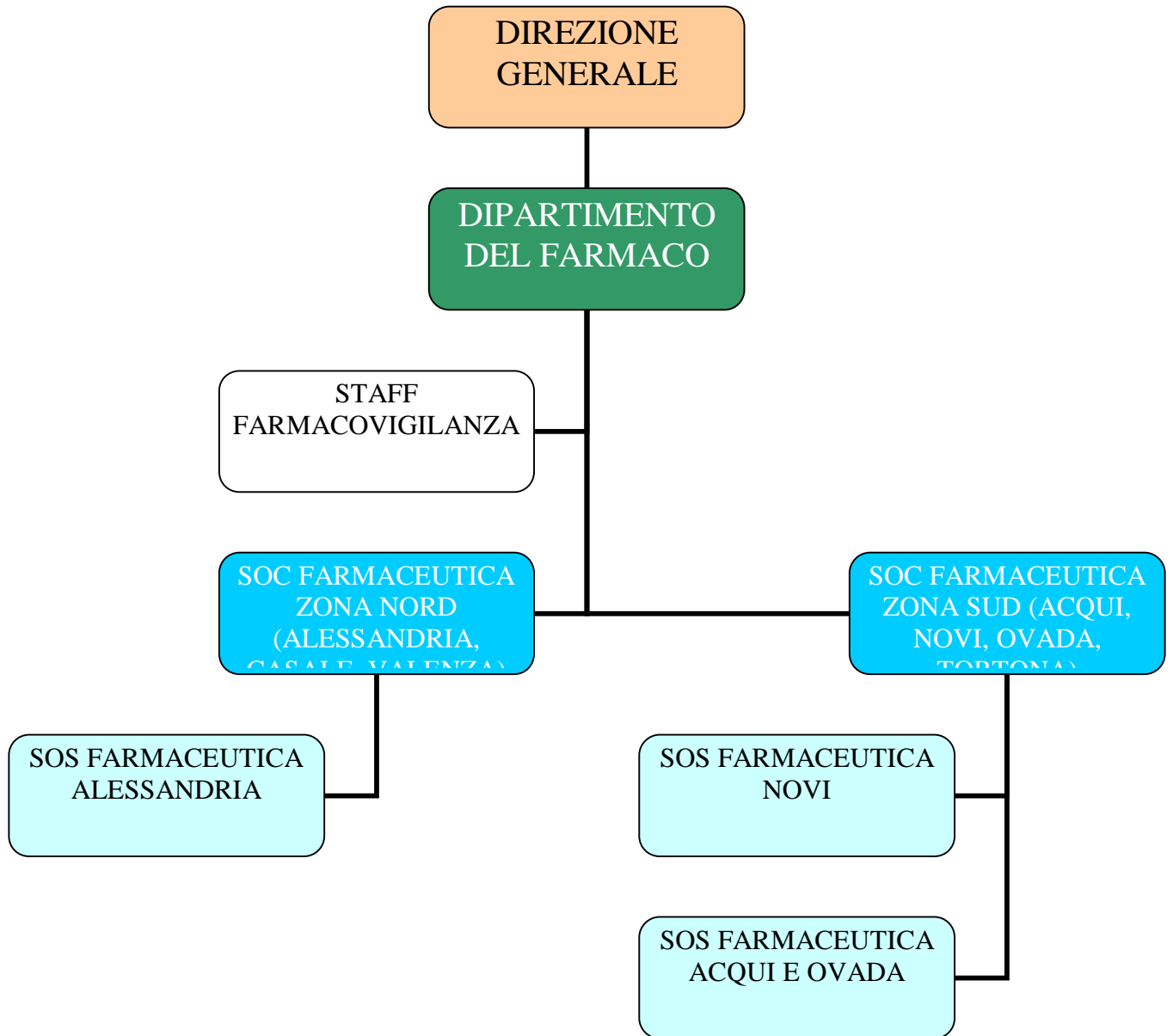
DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE



DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE



DIPARTIMENTO DEL FARMACO



PIANO ORGANIZZAZIONE – ASL AL

	Situazione precedente (ASL20-ASL21-ASL22)			Situazione a regime ASL AL	
	Ex ASL20	Ex ASL21	Ex ASL22	TOT	ASL AL
DIPARTIMENTI	9	14	14	37	16
STRUTTURE COMPLESSE	46	50	55	151	109

L'assetto istituzionale

LA CONFERENZA DEI SINDACI/RAPPRESENTANZA/COMITATO DEI SINDACI DI DISTRETTO

La collaborazione tra ASL, Sindaci e Rappresentanti di Organi Istituzionali è stata particolarmente rilevante non solo per l'adempimento dei compiti istituzionali assegnati dalla vigente normativa nazionale e regionale ma anche nel definire momenti di confronto costruttivi sui problemi reali della popolazione, oltre che nella definizione delle modalità di lavoro per l'elaborazione dei profili e piani di salute come strumento di programmazione delle politiche sociali e sanitarie a livello distrettuale e ha permesso di giungere rapidamente alla definizione della nuova articolazione distrettuale e l'avvio dell'attività dei Comitati dei Sindaci di Distretto.

LA CONFERENZA DEI SINDACI

La Conferenza composta dai Sindaci dei 195 Comuni dell'ASL AL, si è insediata il 28 febbraio 2008 e ha ottemperato ai seguenti adempimenti:

- approvazione del Regolamento;
- elezione del Presidente, Vice Presidente, Rappresentanza;
- individuazione ambiti territoriali distrettuali;
- parere su individuazione Sede Legale;
- espressione parere sul raggiungimento obiettivi assegnati per gli anni 2006/2007 e 2008 da parte dei Direttori Generali di ASL AL (ex ASL 20-21-22) e Azienda Ospedaliera di Alessandria;
- espressione parere sul raggiungimento degli obiettivi assegnati all'atto della nomina del Direttore Generale dell' ASL AL;
- designazione componenti di competenza nei Collegi Sindacali di ASL AL e Azienda Ospedaliera di Alessandria.

I COMITATI DEI SINDACI DI DISTRETTO

Il ruolo dei Comitati Sindaci di Distretto è particolarmente rilevante quale Organismo Istituzionale Distrettuale che permette, pur tenendo conto delle esigenze generali, la realizzazione di una programmazione calibrata ai bisogni specifici del territorio di riferimento.

I 7 Comitati dei Sindaci di Distretto sono stati insediati entro il 1° semestre del 2008, hanno provveduto ad approvare i regolamenti di funzionamento ed a nominare i Presidenti, i Vice Presidenti e gli Esecutivi.

I Comitati dei Sindaci si sono riuniti con un frequenza maggiore di quanto avvenuto negli anni antecedenti l'entrata in vigore della legge regionale n. 18 del 2007.

E' stata avviata, con il supporto di un apposito Ufficio di Staff alla Direzione Generale, l'attività di elaborazione dei Profili e Piani di Salute (PePS), quale strumento di conoscenza dello stato di salute delle popolazioni e di programmazione delle politiche sociali e sanitarie in ambito distrettuale.

Nel mese di aprile 2009 si è tenuto un convegno provinciale di presentazione ed illustrazione delle modalità di costruzione dei PePS. Una presentazione più approfondita è stata effettuata in ogni Comitato e/o Esecutivo dei Sindaci.

LA CONFERENZA DI PARTECIPAZIONE

In base alla DGR n.16-9683 del 30/09/2008 è stata istituita la Conferenza di Partecipazione, la cui composizione e i cui mandati sono stati definiti con Delibera del Direttore Generale n. 1955 del 12/11/2009.

L'attuazione del Piano di Organizzazione

Il Dipartimento di Prevenzione

PREMESSA

Il Dipartimento di Prevenzione (DP) dell' ASL AL è stato prefigurato a seguito della istituzione dell'Azienda sanitaria "ASL AL" di Alessandria con i provvedimenti relativi all' 'Atto Aziendale' e al 'Piano di organizzazione' (delib. n. 1969 del 30.06.08 e n. 2490 del 27.08.2008) . Quest'ultimo prevedeva (cfr. pag. 84 del Piano) una ' ..transizione dalla realtà attuale estremamente variegata al modello a regime (che) si presenta complessa e (che) necessita di passaggi e temporizzazione specifiche ' al fine di perseguire:

- La costituzione di un unico DP provinciale (attraverso l'aggregazione dei DP ex-20, 21 e 22)
- L'individuazione di tre aree sovradistrettuali (distretti di Acqui, Novi e Ovada; distretti di Alessandria e Tortona; distretti di Casale M.to e Valenza).

Con deliberazione del D.G. nr. 1704 del 15.09.09 'Atto aziendale ASL AL: costituzione di un Dipartimento unico di Prevenzione in ambito provinciale - prima fase' viene costituito un Dipartimento unico di prevenzione in ambito provinciale (costituito dalle s.o.c. SIAN, SISP, SPRESAL, Veterinaria aree A-B-C, Presidio multizonale di profilassi e polizia veterinaria) che dovrà interfacciarsi con il Centro regionale per i rischi da amianto e con la s.o.c. Epidemiologia; la direzione viene affidata al dr. G. C. Bina (direttore s.o.c. PMPPV e coordinatore dei servizi veterinari), coadiuvato dal dr. C. Rendo, quale referente per le aree mediche del Dipartimento stesso.

Con deliberazione nr. 96 del 28.01.10 'Riorganizzazione responsabilità di s.c. del Dipartimento di prevenzione e attribuzione s.o.s. in via sperimentale – prima fase' tenuto conto di quanto previsto dall' Atto aziendale (attribuzione responsabilità delle s.c. uniche aziendali previste) vengono avviate le procedure di selezione interna per l'individuazione del responsabile unico delle s.o.c. SIAN e SPRESAL; si dà mandato al Direttore del DP di definire i passaggi organizzativi necessari al raggiungimento del nuovo assetto dipartimentale; si attribuiscono, in via sperimentale, gli incarichi relativi alle s.o.s. 'Nucleo di vigilanza interarea', 'Prevenzione malattie infettive e vaccinazioni', 'Prevenzione e sicurezza ambienti aperti e confinati', 'Medicina dello Sport' nonché delle referenze SISP relative alle aree sovradistrettuali di Casale- Valenza e Ovada-Acqui- Novi.

Con deliberazione n. 841 del 30.06.10 'Dipartimento unico di Prevenzione in ambito provinciale: seconda fase' vengono infine attribuite in via definitiva le titolarità delle s.o.c. ricomprese nell'ambito del dipartimento (prendendo atto della conclusione delle procedure interne di selezione, nonché del pensionamento/trasferimento ad altri incarichi di alcuni dirigenti) e viene dato mandato al Direttore del DP, di concerto con i direttori delle s.o.c., di redigere entro gg. 90 un documento di riorganizzazione complessivo del Dipartimento e delle strutture complesse da presentare alla Direzione Generale.

Alla luce del mandato ricevuto la Direzione del DP ha provveduto a riorganizzare il Dipartimento e le strutture complesse in esso comprese, attraverso un approfondito lavoro:

- di analisi del contesto
- di elaborazione di un modello organizzativo consono alle complessità dello scenario e alle sfide del futuro.

In tal senso la Direzione del DP si è avvalsa della proficua collaborazione dei direttori delle s.o.c. e della s.o.s. a valenza dipartimentale 'Medicina dello sport' (che hanno redatto le proposte delle singole strutture) e della supervisione dei dirigenti dr. C. Rendo (per quanto riguarda l'area medica) e del dr. E. Guerci (per quanto riguarda l'area veterinaria).

ORGANIZZAZIONE

Il modello organizzativo prefigurato è quello previsto dall' Atto aziendale vigente (cfr. art. 22 e segg.), in particolare la tipologia è quella del Dipartimento "strutturale", costituito al proprio interno da s.o.c. e s.o.s. con caratteristiche di autonomia e stabilità (cfr. art. 27), e chiamato a svolgere attività di produzione a livello territoriale.

Il DP è la struttura preposta all'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro. Ha il compito non solo di prevenire le malattie, ma in primo luogo di promuovere, proteggere e migliorare la salute e il benessere dei cittadini, attraverso interventi che spesso trascendono i confini del settore sanitario e vanno a coinvolgere l'intera società civile. Garantisce la tutela della salute collettiva perseguendo, a supporto delle strategie della direzione generale e in collaborazione con tutte le altre articolazioni aziendali, obiettivi di promozione della salute, di prevenzione delle malattie e delle disabilità e di miglioramento della qualità della vita.

Il modello organizzativo, come si è detto, è quello del dipartimento 'strutturale' previsto dall'Atto aziendale; si vuol delineare contestualmente un modello organizzativo che si baserà:

- 1) Sul consolidamento della modalità di lavoro per processi 'trasversali' - interdisciplinari che si interfacciano con le competenze tecnico - scientifiche e gestionali ('verticali') delle strutture complesse e semplici: tale modello 'a matrice' costituisce il presupposto organizzativo fondamentale per fornire prodotti dipartimentali integrati, caratterizzati da unireferenzialità e semplificazione per l'utenza, multidisciplinarietà, efficacia e appropriatezza delle azioni e dei contenuti.
- 2) Sulla integrazione tra i vari servizi dipartimentali per assicurare continuità ai percorsi di tutela della salute, garantire modalità organizzative (con criteri di forte flessibilità operativa) nell'erogazione per migliorare l'efficienza delle prestazioni e l'accesso dei cittadini.
- 3) Sulla collaborazione con le altre strutture (dipartimenti, strutture, uffici) componenti la rete della prevenzione, con la finalità di valorizzare al meglio la diffusa disponibilità delle competenze specialistiche.

E' indispensabile peraltro fare una breve cronistoria delle principali azioni messe in atto dal DP e una breve sintesi dei programmi futuri.

Nel primo semestre 2010, al fine di permettere al DP un decentramento di livelli di responsabilità adeguato alla complessità delle attività da svolgere e alla vastità del territorio provinciale, nonché al fine di valorizzare adeguatamente (allineandola all'evoluzione già attuato nell'azienda nei riguardi delle altre figure professionali sanitarie) la risorsa professionale dei TPALL ('Tecnici di prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro', figure centrali nelle attività di sanità pubblica) sono state individuate:

- Posizioni organizzative, per ogni singolo servizio dipartimentale con competenza su ogni singola area sovradistrettuale, con ruolo di coordinamento dei TPALL;
- Posizioni organizzative, per ogni singola area sovradistrettuale, con ruolo di raccordo delle professionalità TPALL di tutti i servizi dipartimentali, con la direzione del DP.

Si prevede, in ottemperanza alle indicazioni del vigente Atto aziendale che con successivi provvedimenti formali sarà costituito il 'Comitato di Dipartimento' (cfr. art. 24 Atto az.) con la rappresentanza di tutti i profili professionali presenti e sempre con successivo provvedimento formale sarà redatto il 'Regolamento del Dipartimento' (art. 26 Atto).

Sempre alla luce della estrema complessità del governo delle attività di prevenzione e di sanità pubblica che il DP deve pianificare, organizzare e attuare in tutto l'ambito provinciale, si prevede l'istituzione della figura del 'Coordinatore' dell' Area medica dipartimentale in sintonia con la già esistente figura del 'Coordinatore dell' Area veterinaria dipartimentale' (tenendo conto della più che positiva esperienza e dei risultati conseguiti da tale ruolo nell' area veterinaria).

La necessità di istituire tale figura nasce dalle seguenti premesse:

- La costituzione nel settembre '09 del Dipartimento unico provinciale della Prevenzione ha dovuto far fronte a una serie di rilevanti difficoltà determinate sia dalle oggettive dimensioni del Dipartimento (il più grande della regione in termini di popolazione, superficie, nr. di unità produttive escludendo quello dell'area metropolitana di Torino) sia in termini di complessità organizzativa (aggregazione di Dipartimenti provenienti con la loro identità e specificità da tre ex-ASL, disomogeneità di procedure, assetto 'verticale' di Servizi altamente specializzati e autonomi, etc.) sia in termini di carenza, ancora perdurante, di adeguate risorse.
- Di fronte alla complessità dei problemi ancora da affrontare e alla necessità di promuovere cambiamento e innovazione soprattutto nei servizi medici del DP apparve opportuno alla D.G. individuare una figura di "Referente" dell' area medica al fine di sviluppare una forte spinta all'integrazione organizzativa e alla standardizzazione delle procedure. Si reputa che tale ruolo di 'Referente' dell' area medica vada oggi sostituito, come per l'area veterinaria, con il ruolo più incisivo di Coordinatore.
- Il ruolo di 'Coordinatore' (rispettivamente dell'Area Medica e Veterinaria) verrebbe quindi assegnato dal Direttore Generale -su proposta del direttore del D.P. - a un dirigente responsabile di SOC di comprovata esperienza manageriale e professionale. Il ruolo di Coordinatore si fonda su criteri di fiduciarità e lealtà, e come tale può essere revocata sulla base di valide motivazioni. Il Coordinatore coadiuva il Direttore del D.P. nelle principali funzioni direzionali (programmazione strategica, indirizzo e controllo delle attività svolte dai servizi dipartimentali, efficienza ed efficacia delle prestazioni erogate). In particolare, su delega del direttore del D.P., il coordinatore svolge le seguenti attività:

- Supervisione della corretta attuazione della nuovo modello organizzativo e verifica dei risultati e degli obiettivi attesi.
- Supporto flessibile e snello alle attività di programmazione, indirizzo e controllo del Dipartimento al fine di rendere incisiva, efficiente e tempestiva l'attività decisionale del direttore del D.P., riducendo la distanza della 'catena di comando' fra vertice e linea produttiva.
- Supporto al direttore del D.P. nella programmazione e gestione delle riunioni periodiche dei direttori delle strutture dipartimentali.

Per tale figura vengono individuati i seguenti dirigenti:

- dr. CORRADO RENDO, direttore s.o.c. SIAN, quale Coordinatore dell' Area medica dipartimentale;
- dr. ENRICO GUERCI, direttore s.o.c. Veterinaria 'B', quale Coordinatore dell' Area veterinaria dipartimentale, che andrà a sostituire in tale ruolo l'attuale Coordinatore dr. G.C. Bina.

Per quanto riguarda la s.o.s. a valenza dipartimentale 'Medicina dello sport', alla luce dell'esperienza maturata e delle criticità relative alle sue carenze di supporto amministrativo e di mancanza di raccordo con i Servizi dipartimentali (in particolare con il SIAN), si propone il suo inserimento nell' ambito del SIAN al fine di garantire:

- una minima indispensabile efficienza gestionale e amministrativa
- la sinergia operativa sui temi della promozione della salute, dell'attività motoria e della prevenzione nutrizionale.

CONCLUSIONI

Alla luce di quanto sopra, si ribadiscono gli obiettivi prioritari che (seppure in una situazione di oggettiva carenza di risorse umane e tecnologiche) la Direzione del DP intende perseguire:

- la piena integrazione organizzativa
- l'ottimizzazione e l'uso efficiente e flessibile delle risorse
- l'attuazione del modello organizzativo delineato e la sua verifica al fine di individuare le azioni correttive necessarie
- l'orientamento alla 'customer satisfaction' attraverso migliori funzioni di informazione/formazione e assistenza ai cittadini e alle imprese

- la formazione del personale per adeguare la professionalità ai nuovi scenari sociali e sanitari
- l'avvio di un moderno sistema di miglioramento continuo della qualità, finalizzato a un futuro accreditamento.

I Distretti dell'ASL AL e l'azione di costruzione dei PEPS



Il **Distretto Sanitario** è inteso come l'insieme delle strutture e delle professionalità che costituiscono la parte territoriale dell'Azienda Sanitaria. Esso provvede ai bisogni di salute della popolazione per quanto riguarda la prevenzione, la cura e la riabilitazione. L'integrazione tra le attività del Distretto e quelle dell'Ospedale garantisce la continuità assistenziale sia in caso di ricovero che di dimissioni dall'Ospedale.

I Distretti Sanitari dell'ASL AL

I Distretti Sanitari che costituiscono l'ASL AL sono 9: **Alessandria, Acqui Terme, Casale Monferrato, Novi Ligure, Ovada, Tortona, Valenza**. I Comuni compresi in tali Distretti sono complessivamente 195. Gli abitanti totali dell'insieme dei Distretti che compongono attualmente l'ASL AL erano 430.586 nel 2001. In tabella sono descritti i residenti distribuiti per aree specifiche nell'anno 2006.

POPOLAZIONE		2006
PROVINCIA	ALESSANDRIA	432.215
DISTRETTO	ALESSANDRIA	121.819
DISTRETTO	ACQUI TERME	43.072
DISTRETTO	CASALE MONFERRATO	86.911
DISTRETTO	NOVI LIGURE	72.244
DISTRETTO	OVADA	27.743
DISTRETTO	TORTONA	61.432
DISTRETTO	VALENZA	31.917
AZIENDA	ASL AL	445.138
REGIONE	PIEMONTE	4.352.828

Il “**Profilo di Salute**” di una popolazione, nello specifico, è lo strumento che consente di indagare diverse aree tematiche con importanti ripercussioni sulla salute, sul benessere e sulla qualità di vita delle persone, quali gli aspetti demografici, ambientali, sociali ed economici, gli stili di vita, i trasporti, l’istruzione, il lavoro, il welfare, le cause di malattia e di mortalità, nonché la percezione soggettiva che i cittadini hanno del loro stato di salute e di ciò che può influenzarlo, verificata sulla base delle evidenze documentali.

Nel profilo di salute vengono a confluire:

- “**la parola del professionista**”, attraverso l’analisi di tutte quelle informazioni desumibili dai dati correnti, dalle esperienze compiute, dai sistemi informativi di Enti/Associazioni, da indagini mirate, dalla letteratura;
- “**la parola della cittadinanza**”, ovvero il punto di vista del cittadino, raccolto grazie ad attività di ascolto e tramite gli amministratori locali in relazione agli specifici compiti svolti dagli Enti locali.

Il Profilo di Salute rappresenta una “fotografia” ovvero la descrizione quantitativa e, soprattutto, qualitativa dello “stato di salute” della popolazione residente in un determinato territorio, delle prospettive positive di salute e dei fattori di criticità, direttamente connessa alle funzioni di informazione e comunicazione del rischio, di selezione partecipata delle priorità e di valutazione di impatto degli interventi attuati.

Si compone, essenzialmente, di tre elementi costitutivi:

- il quadro epidemiologico della popolazione oggetto di studio (provinciale, distrettuale, cittadina);
- l’analisi dei determinanti di salute, cioè di tutti i fattori (condizioni socio-economiche, stato dell’ambiente, organizzazione sanitaria, stili di vita, ecc.) che producono effetti, positivi o negativi, sulla salute;
- l’analisi dei bisogni espressi dai cittadini.

Parallelamente, i suoi **principali obiettivi** sono:

- offrire informazioni sullo stato di salute della popolazione;
- identificare problemi di salute;
- individuare aree prioritarie di intervento, inerenti il territorio provinciale, distrettuale o cittadino;
- fornire idee per possibili soluzioni;
- contribuire al monitoraggio dell'efficacia delle azioni intraprese, al fine di mettere in campo eventuali aggiustamenti.

Il profilo di salute appare, quindi, il documento utile per far sì che i dati, oggettivi e soggettivi, descrittivi lo stato di salute della popolazione di un territorio orientino le scelte non solo nel comparto sanitario ma anche in tutti i settori che, direttamente o indirettamente, hanno ripercussioni sulla salute stessa della collettività.

Proprio per questo, esso rappresenta il supporto di base per l'individuazione delle criticità, il ponte tra i cittadini ed i produttori di dati da un lato ed i decisori dall'altro: l'elaborazione del profilo costituisce, infatti, la fase predisponente alla scelta delle aree su cui è prioritario intervenire, lo stimolo all'azione per gli amministratori ma anche per la popolazione.

I destinatari del profilo sono molti: consente, infatti, ai decisori politici (Enti Locali, Comuni, Comitati dei Sindaci di Distretto), al mondo sanitario (Azienda Sanitaria Locale, Distretti Sanitari, Presidi e Aziende Ospedaliere), al mondo extra-sanitario (Enti Gestori, Università, Scuola, Volontariato, ecc.), a tutta la cittadinanza, di "avere il polso della situazione" sulla condizione di benessere globale della comunità e di definire le strategie più idonee per la sua promozione e tutela.

Sulla base del profilo la comunità locale può essere in grado di pervenire alla progettazione coordinata di un "**Piano di Salute**" ossia di un atto di programmazione di politiche del territorio che rispondono concretamente ai bisogni reali delle persone in materia di salute, in grado di individuare linee ed obiettivi concreti per lo sviluppo sostenibile sotto il profilo sanitario, includendo valutazioni etiche, sociali, assistenziali, ambientali, culturali, economiche e tecniche.

Il piano di salute consiste, pertanto, nella messa in atto delle azioni di competenza degli Amministratori locali - ponderate sulla base delle evidenze emerse dallo studio preliminare del profilo di salute - volte a produrre una selezione partecipata delle priorità, a valutare l'impatto degli interventi già

progettati, a prevenire, ridurre o rimuovere i fattori negativi e a promuovere e diffondere, invece, i fattori positivi che incidono sulla salute di una collettività.

Nel loro complesso, conformemente a quanto disposto dal Piano Socio Sanitario Regionale e per quanto descritto, i PePS risultano:

- costruiti a livello locale (**Distretto**), anche attraverso l'iniziativa e l'assunzione di responsabilità da parte degli Enti Locali (**Comitati dei Sindaci di Distretto**), con il coinvolgimento di numerosi soggetti sociali (istituzionali e non) e con il supporto tecnico delle ASL e dei consorzi socio-assistenziali;
- lo strumento per la valutazione dell'impatto sulla salute delle scelte politico-amministrative, per l'identificazione di obiettivi di salute sostenibili, per lo sviluppo e l'attuazione di politiche di salute e vedranno i servizi socio-assistenziali impegnati soprattutto su alcuni fronti convergenti (garantire l'accesso alle informazioni necessarie, rendendole disponibili e fruibili; sviluppare politiche di integrazione e favorire alleanze tra soggetti diversi, sanitari e non).
- **La Salute è il risultato delle azioni di tutta la società e non solo della sanità**

L'ASL, in modo particolare, fornisce l'assistenza necessaria, assicura la partecipazione al processo di elaborazione e approvazione dei PePS e garantisce la disponibilità di tutte le informazioni epidemiologiche (stato di salute, analisi dei determinanti di salute, analisi dei bisogni) relative alla popolazione del Distretto, rendendole disponibili e fruibili.

A tal fine l'ASL AL ha provveduto a costituire la Sos Coordinamento e Supporto PePS che ha provveduto a costruire e rendere disponibili i dati dei territori locali (provincia di Alessandria, ASL AL, 7 Distretti Sanitari, 195 Comuni aziendali), confrontati con i valori piemontesi, degli attuali 99 indicatori (sanitari, socio-assistenziali, economici, ambientali, su stili di vita, trasporti, istruzione, agricoltura, lavoro, welfare).

Sono stati costituiti i Laboratori Locali di Salute presso i Distretti di Valenza e di Acqui Terme, con il compito di delineare le strategie operative finalizzate alla costruzione dei Profili di Salute.

Nell'ambito di tali Laboratori operano un **Tavolo di Confronto**, formato da rappresentanti delle istituzioni sanitarie e politiche locali, nonché dai tecnici dell'ASL, ed alcuni **Tavoli di lavoro specifici**, riferiti a singole tematiche, quali ad esempio l'ambiente, la salute delle donne e dei minori, gli anziani, le fasce deboli, gli incidenti sul lavoro, ecc.

Distretti – uniformità di azioni, regolamenti e procedure

Si è operato per garantire azioni e servizi uniformi in tutti i distretti dell'ASL AL e in particolare si sono adottati i seguenti provvedimenti- regolamenti:

- Regolamento di organizzazione e funzionamento del Distretto
- Commissione di vigilanza per il controllo dell'appropriatezza nelle strutture sanitarie private
- Commissione di vigilanza sulle strutture sanitarie private accreditate e non accreditate sul possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi
- Commissione Unità di Valutazione Geriatrica (U.V.G.).
- Commissione di Vigilanza sui Presidi Socio-Assistenziali, Socio-Educativi e Socio-Sanitari.
- Attuazione Piano Regionale Liste di Attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali.
- Approvazione procedura generale dell'ASL AL "Preso in carico del paziente in ambito domiciliare".
- Adozione regolamento per l'applicazione della DGR 56-13332 del 15.02.2010 "Prestazioni di assistenza tutelare socio-sanitaria ed istituzione del contributo economico a sostegno della domiciliarità
- Approvazione criteri per la definizione dei rapporti tra A.S.L. – Enti Gestori delle funzioni socio – ass.li e gestori di strutture residenziali per disabili del territorio.
- Approvazione check list di valutazione presidi residenziali per anziani – disabili e minori.
- Prosecuzione progetto per la riqualificazione e potenziamento della continuità assistenziale sul territorio.

SETTORE ANZIANI

CURE DOMICILIARI

Sono definite come una modalità di assistenza sanitaria e sociale erogata al domicilio del paziente in modo continuo ed integrato al fine di fornire cure appropriate da parte del medico di base e di altri operatori dei servizi territoriali, ospedalieri e delle associazioni di volontariato, secondo le necessità rilevate e i cui obiettivi sono:

- Assistere le persone con patologie e/o problematiche sociali trattabili a domicilio, favorendo il recupero ed il mantenimento delle capacità residue di autonomia e di relazione, al fine di migliorare la loro qualità di vita;
- Supportare i “care giver” e trasmettere loro eventuali competenze per un’autonomia di intervento.

Vista la necessità di ridurre i ricoveri ospedalieri è indispensabile non ridimensionare il servizio, pertanto l’unica azione possibile è ottimizzare l’uso del personale in rapporto al numero dei casi e alla qualità degli stessi.

Pur considerando gli elevati costi che derivano, soprattutto dalla spesa per farmaci e medicazioni, non è opportuno effettuare riduzioni nella consegna a domicilio di tale materiale sanitario poiché il costo di detti farmaci e medicazioni risulta più conveniente tramite l’erogazione diretta con il servizio farmaceutico interno che non con la ricetta “spendibile” direttamente presso le farmacie esterne.

CENTRI DIURNI ANZIANI

Nati con lo scopo di “alleviare” e “supportare” l’onere di famiglie in cui è presente un anziano parzialmente non autosufficienti e non ancora tale da richiedere l’ingresso in R.A.F. o R.S.A. e nello stesso tempo con l’obiettivo di “riabilitare” in qualche modo l’anziano cercando di evitare il suo isolamento sembrano aver perso il proprio ruolo. Infatti, l’esperienza dimostra che gli anziani parzialmente autosufficienti tendenzialmente non frequentano; gli anziani non autosufficienti “non reggono” la frequenza e conseguentemente alla semiresidenzialità viene scelta la residenzialità, eccezione fatta per qualche caso di Alzheimer.

Considerata la situazione dei centri diurni anziani funzionanti sul territorio emerge la necessità di ridefinire gli accordi contrattuali con i gestori dei medesimi.

ASSISTENZA RESIDENZIALE

A partire dall’1/1/2008 in occasione della costituzione dell’unica azienda sanitaria, si è proceduto a rilevare le differenti situazioni delle tre ex aziende, ora distrettualizzate, ed a introdurre elementi di omogeneità.

Dal punto di vista organizzativo si è proceduto, tra l'altro, alla definizione di percorsi unici e chiari attraverso protocolli operativi, modulistica comune ed individuazione di luoghi unitari di accesso; alla definizione di modalità di funzionamento dell'Unità di Valutazione Geriatrica omogenee nelle varie realtà distrettuali introducendo un'unica graduatoria; al consolidamento del processo d'integrazione socio-sanitaria con percorsi assistenziali integrati.

Nel corso del breve periodo si è evidenziato che:

- Per quello che riguarda i posti letto dedicati ai malati di Alzheimer sono funzionanti ad oggi sul territorio solo 2 nuclei (uno ambito territoriale ASL 21 e uno ambito territoriale ASL 20), un altro nucleo è previsto sul territorio dei Comuni afferenti all'ambito territoriale ASL 22; dati gli alti costi previsti dalla D.G.R. n. 38 – 11189 del 6.4.2009 emerge la difficoltà ad applicare le onerose tariffe;
- Assistenza residenziale ad anziani non autosufficienti: l'applicazione su tutto il territorio delle progressioni tariffarie previste dalle DD.GG.RR. n. 2 – 3520 del 31.7.2006, n. 39 – 9365 del 1°.8.2008 ha portato ad un livellamento quasi omogeneo delle rette residenziali per anziani non autosufficienti. L'approvazione della D.G.R. n. 64 – 13649 del 22.3.2010 prevede ulteriori incrementi di rette dal 1° giugno 2010 in favore delle strutture residenziali per non autosufficienti ; detti aumenti si ritiene che potranno essere riconosciuti con il vincolo dell'erogazione del contributo regionale all'uopo destinato, in caso contrario non potrà essere riconosciuto alcun incremento.

Dall'esame della distribuzione dei posti letto dedicati all'alta intensità è evidente la necessità di implementare l'alta intensità nel Distretto di Alessandria.

Nella situazione di cui sopra, visti gli alti costi derivanti si rende quanto mai indispensabile il rispetto del criterio degli inserimenti "standardizzati" al 1° o 15° giorno del mese, sistema che consente di controllare la spesa pur senza ridurre il numero degli inserimenti di assistiti in regime convenzionale ASL.

	DISTRETTO ALESSANDRIA		DISTRETTO TORTONA		DISTRETTO CASALE		DISTRETTO VALENZA	
	al 31.12.08	al 31.12.09	al 31.12.08	al 31.12.09	al 31.12.08	al 31.12.09	al 31.12.08	Al 31.12.09
>65A IN STRUTTURA	540	547	196	201	388	389	107	108
di cui rivalutati psich.	65	62	20	21	49	54	1	1
POP TOT	124.465	124.465	62.603	62.603	87.161	87.161	31.844	31.844
POP >65A	30.181	30.181	16.305	16.305	22.754	22.754	7.975	7.975
% POP >65A	24,2%	24,2%	26,0%	26,0%	26,1%	26,1%	25,0%	25,0%
PL 100 >65A	1,79	1,81	1,20	1,23	1,71	1,71	1,34	1,35

	DISTRETTO ACQUI		DISTRETTO NOVI		DISTRETTO OVADA		TOTALE	
	al 31.12.08	al 31.12.09	al 31.12.08	al 31.12.09	al 31.12.08	al 31.12.09	al 31.12.08	al 31.12.09
>65A IN STRUTTURA	182	182	288	289	105	106	1.806	1.822
di cui rivalutati psich.	4	4	8	8	5	3	152	153
POP TOT	43.465	43.465	73.599	73.599	28.515	28.515	451.652	451.652
POP >65A	12.553	12.553	19.003	19.003	7.808	7.808	116.579	116.579
% POP >65A	28,9%	28,9%	25,8%	25,8%	27,4%	27,4%	25,8%	25,8%
PL 100 >65A	1,45	1,45	1,52	1,52	1,34	1,36	1,55	1,56

Come emerge dalla tabella, a livello aziendale la percentuale di posti letto sul totale degli ultra 65 enni è ancora inferiore al valore di riferimento regionale (2 posti letto ogni 100 abitanti), attestandosi a 1,56 posti letto su base aziendale, con una variabilità tra i distretti, che vanno da 1,81 di Alessandria a 1,23 di Tortona.

Storicamente, il distretto capofila delle vecchie aziende (Alessandria, per Tortona; Casale per Valenza; Novi per Acqui ed Ovada) presenta un miglior rapporto di posti letto, che progressivamente dovrà essere riequilibrato.

Occorre tuttavia considerare che il raggiungimento del parametro regionale comporterebbe la necessità di convenzionare 2.332 posti letto totali, cioè 510 posti in più, che con una presenza media di 350 giorni/anno ad una quota sanitaria media attuale di 37 €/giorno comporterebbe un incremento di spesa di 6 milioni e 600 mila euro/anno, in questo momento non sostenibile per il bilancio dell'ASL.

Dal punto di vista organizzativo si è proceduto, tra l'altro, alla definizione di percorsi unici e chiari attraverso protocolli operativi, modulistica comune ed individuazione di luoghi unitari di accesso; alla definizione di modalità di funzionamento dell'Unità di Valutazione Geriatrica omogenee nelle varie realtà distrettuali introducendo un'unica graduatoria; al consolidamento del processo d'integrazione socio-sanitaria con percorsi assistenziali integrati.

Sul versante economico, si è dovuto assicurare a tutte le strutture un duplice incremento tariffario (nel 2008 e nel 2009) articolato in due fasi, sulla base di quando disposto dalla DGR 2-3520 del 31 luglio 2006 e dalla DGR 39-9365 del 4 agosto 2008.

Nel solo esercizio 2009 sul totale delle strutture convenzionate e a gestione diretta, la progressione tariffaria ha inciso per 2.099.425 euro.

Per l'esercizio 2010 l'applicazione della normativa sull'accreditamento, con il conseguente schema di convenzione di cui alla DGR 44-12758 del 2009, comporta il riconoscimento dell'incremento ISTAT da gennaio 2010, mediamente di 1euro/gg/utente da gennaio a maggio, pari a circa 140.000 euro.

Le associazioni di categoria delle case di riposo hanno chiesto l'applicazione della DGR 64-13649 del 22 marzo 2010, con il riconoscimento della retta solo per la media intensità, da giugno (data prevista dalla DGR).

Ciò significa, per l'ASL AL, portare le rette dagli attuali 37 euro di media di quota sanitaria a circa 40 euro, con un ulteriore incremento di costi, a parità di posti letto, di 1.339.000 euro sulla disponibilità 2009, che aggiunti ai precedenti, assommano a 1.479.000 euro di incremento.

Come si evince da quanto esposto, tali incrementi non sono riconducibili a scelte aziendali, ma all'applicazione di disposizioni regionali in materia.

Percorso di progressione assistenza residenziale anziani non autosufficienti

La D.G.R. n. 17 – 15226 del 30 marzo 2005, che norma l'applicazione del nuovo modello integrato di assistenza residenziale socio – sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti, contempla, tra l'altro, la revisione organizzativa, da raggiungere su tutto il territorio regionale, del modello di assistenza residenziale delineato nel 1995 con la D.G.R. n. 41 – 42433.

La diversificazione tariffaria ha indotto, altresì, la Regione Piemonte ad emanare un ulteriore provvedimento, precisamente la D.G.R. n. 2 – 3520 del 31.7.2006, con la quale sono state fornite le linee guida per la presentazione dei modelli di progressione di cui all'allegato A), punto1, e con la quale è stata prevista una progressione temporale, articolata negli anni 2006 – 2007 – 2008, finalizzata a garantire il definitivo passaggio, sull'intero territorio regionale, dal modello assistenziale e tariffario di cui alla D.G.R. n. 41 – 42433/95 e s.m.i. a quello delineato dalla D.G.R. n. 17 – 15226/2005 sopra richiamata.

La deliberazione predetta, all'allegato A), punto 1, ha individuato, quale strumento per programmare e monitorare tale passaggio, il progetto di progressione che è stato redatto dalle strutture residenziali socio – sanitarie a gestione diretta e/o convenzionate per l'assistenza di anziani non autosufficienti ad esclusione di strutture e/o nuclei per l'assistenza ad anziani autosufficienti (R.A. e/o R.A.A.), nuclei destinati a pazienti affetti da demenza

di Alzheimer e patologie correlate.

Con deliberazione dell'1 agosto 2008 n. 39 – 9365 la Regione Piemonte ha approvato il percorso di progressione conclusivo per giungere, entro il 31 dicembre 2009, alla omogenea applicazione su tutto il territorio regionale del modello di residenzialità di cui alla D.G.R. n. 17 – 15226 del 30.3.2005 prevedendo:

- a) un riconoscimento dell'incremento integrativo per l'anno 2008 a quelle strutture che, con la progressione di cui alla D.G.R. n. 2 – 3520/2006, non hanno ancora raggiunto i livelli assistenziali definiti dalla citata D.G.R. n. 17 – 15226/2005;
- b) l'applicazione dell'incremento integrativo per l'anno 2008 a partire dal primo giorno del mese successivo a quello di entrata in vigore della D.G.R. n. 39 – 9365/2008, previa validazione del progetto di progressione da parte degli Enti preposti.

Allo stato attuale la quasi totalità delle strutture residenziali presenti sul territorio dell'A.S.L. AL eroga gli standard assistenziali previsti dalla normativa percependo le tariffe a regime contemplate dalla D.G.R. n. 39 – 9365/2008; una minima percentuale, per motivi legati al sistema autorizzativo (autorizzazione al funzionamento del presidio ancora in regime transitorio ma con piano di fattibilità per l'adeguamento strutturale e organizzativo) pur erogando gli stessi standard assistenziali percepisce tariffe di poco inferiori a quelle previste; in particolare gli incrementi tariffari nei confronti di queste strutture sono stati applicati, in ottemperanza al disposto regionale, nel limite del 50% .

Conseguentemente sul versante economico, si è dovuto assicurare a tutte le strutture un duplice incremento tariffario (nel 2008 e nel 2009) articolato in due fasi, sulla base di quanto disposto dalla DGR 2-3520 del 31 luglio 2006 e dalla DGR 39-9365 del 4 agosto 2008.

Continuità Assistenziale del paziente anziano in dimissione dall'ospedale

Premessa e analisi dei bisogni

Nella realtà della nostra provincia, per la composizione della popolazione, la necessità di garantire i percorsi dei pazienti anziani oltre la fase acuta del ricovero ospedaliero rappresenta un obiettivo prioritario.

Il paziente può rimanere a carico del circuito ospedaliero per completare il ciclo di cure transitando nei reparti di Recupero e Rieducazione Funzionale o nella Lungodegenza (sia dei presidi ospedalieri dell'asl Al sia del privato accreditato).

In alternativa le Dimissioni Protette e la Continuità Assistenziale rappresentano strumenti per consentire il completamento di percorsi di cura per pazienti che, superata la fase acuta, non necessitano di ulteriore ricovero in ambiente ospedaliero per acuti ma presentano situazioni sociali o sanitarie che rendono necessario il permanere in ambiente protetto o rendono opportuno il proseguimento di cure specifiche.

Nessun Bisogno= Dimissioni dall'ospedale e invio al domicilio

Necessita di trattamento riabilitativo specifico= trasferimento in RRF

Soggetto in genere anziano con più patologie concomitanti che necessita di monitorare la prosecuzione delle cure e l'interazione tra le varie patologie e i relativi trattamenti= trasferimento in Lungodegenza

Soggetto dimissibile che necessita di proseguire i trattamenti impostati in reparto con presenza di care giver a domicilio= dimissioni in Cure domiciliari

Soggetto dimissibile per impossibilità alla prosecuzione delle cure che necessita di trattamento palliativo di fine vita= dimissioni in Cure Domiciliari/Palliative o in Hospice

Paziente dimissibile dal punto di vista sanitario, che non trarrebbe beneficio dall'ulteriore proseguimento del ricovero, che necessita di un periodo di "convalescenza" o che, a seguito di un passaggio in Pronto Soccorso, non presenta condizioni tali da rendere necessario il ricovero, per ambedue queste tipologie di pazienti la componente sociale non permette il rientro al proprio domicilio= invio in Continuità Assistenziale

Pazienti dimissibili in cui sia necessario proseguire uno specifico percorso di cura, ben individuato, ma con caratteristiche sanitarie di una certa complessità= invio in Dimissioni Protette

Se i primi percorsi risultano codificati o comunque da tempo esiste una prassi comune, per quel che riguarda la Continuità Assistenziale e le Dimissioni Protette occorre predisporre un percorso comune nell'ambito dell'asl AL, con individuazioni degli operatori coinvolti, definizione della modulistica, numero di posti letto disponibili, ecc.

Percorso del paziente

- 1) Il paziente ha terminato il proprio percorso di cura nel reparto per acuti: gli operatori del reparto individuano il bisogno del paziente e

- propongono una delle soluzioni possibili (RRF, Lungodegenza, Cure domiciliari, Continuità Assistenziale, ecc)= predisposizione di un modulo unico per tutta l'asl AL
- 2) La direzione di presidio raccoglie le richieste, individua le priorità, effettua una valutazione del caso al letto del paziente, soprattutto dove è possibile disporre di un servizio sociale ospedaliero; in alcuni distretti la direzione del presidio per accelerare il percorso permette al reparto di contattare direttamente la centrale operativa del Distretto; in questi casi ovviamente la valutazione del caso viene effettuata direttamente dai medici del distretto e dall'assistente sociale dell'ente gestore, sempre al letto del paziente= predisposizione di modulistica comune per l'asl
 - 3) In qualunque caso (sia tramite presidio delegando la prima valutazione del caso allo stesso, sia tramite reparto con ruolo decisionale del Distretto quando il paziente si trova ancora in ambito ospedaliero) la comunicazione raggiunge la centrale operativa del Distretto; in genere si intende per centrale operativa il servizio cure domiciliari, salvo in alcuni distretti in cui si intende l'UVG; si ritiene opportuno uniformare le differenti opzioni distrettuali, per cui al termine "centrale operativa" si farà corrispondere (nel corso del 2010) il servizio di cure domiciliari= necessità per alcuni distretti di predisporre una lista d'attesa
 - 4) Il paziente e/o la sua famiglia firma un foglio di accettazione della proposta in cui viene individuata la struttura e stabilita un primo periodo di inserimento; il paziente viene inserito in struttura con trasporto a carico dell'asl; il personale del reparto attiva in tempo utile il servizio farmaceutico che predispone i farmaci necessari ad avviare la terapia nel nuovo presidio; i servizi farmaceutici dell'asl AL riforniscono di massima le strutture che garantiscono e sono convenzionate con l'asl per la continuità assistenziale; il mmg del paziente predispone una cartella d'ingresso e concorda con il medico inviante o che ha valutato il paziente un numero di accessi necessari per il trattamento del paziente, retribuiti come accessi ADI (vedi protocollo proposto dal distretto di Tortona)
 - 5) Il medico del distretto (UVG) con i servizi sociali concorda un prolungamento o la chiusura del periodo di assistenza presso la struttura (vedi modulo...); il periodo di ricovero presso la struttura è necessario per predisporre il ritorno al domicilio del paziente o l'invio in un presidio per anziani per un inserimento a tempo indeterminato
 - 6) Ogni distretto predispone un albo delle strutture idonee all'ospitalità in continuità assistenziale o in dimissioni protette (presenza dell'elenco nel modulo di accettazione del paziente)
 - 7) Il numero di ingressi è calcolato in giornate di degenza/ anno per ogni distretto: pertanto stabilito un budget ad inizio anno è possibile individuare quanti pazienti possono essere presenti contemporaneamente; la responsabilità del centro di costo è del

- direttore di distretto, che può limitare o estendere la possibilità della continuità monitorando l'andamento del fenomeno;
- 8) Il numero di giornate di degenza suddivise per il numero di anziani residenti nel distretto costituisce un valore indice di riferimento da cui partire per la programmazione sanitaria distrettuale; l'asl si impegna a rendere omogeneo questo indicatore tra i vari distretti salvo diversa valutazione legata a specifiche motivazioni legate al contesto

Piano Aziendale Liste di Attesa

ATTUAZIONE PIANO REGIONALE LISTE DI ATTESA

Premessa

Il Governo delle liste d'attesa per le prestazioni specialistiche, in regime ambulatoriale o di ricovero, è considerato, nel contesto legislativo nazionale e informativo, uno dei principali elementi di valutazione sia della qualità che della capacità di rispondere ai bisogni dei cittadini da parte dei sistemi sanitari pubblici.

Infatti in relazione all'aumento della domanda di prestazioni specialistiche ambulatoriali deve essere considerato che le liste e i tempi di attesa sono uno dei parametri principali attraverso i quali viene "valutato" dai cittadini il Sistema Sanitario, con il quale viene letta spesso "la qualità" del Sistema.

D'altra parte esiste una letteratura ampia sul fatto che la valutazione "cruda" della lista d'attesa in realtà sia poco o nulla significativa al riguardo e che il tema vada affrontato in modo complessivo, considerando sia la domanda che l'offerta.

E' stato registrato negli ultimi anni, in tutte le realtà regionali, accanto ad una giusta maggiore attenzione da parte dei cittadini, un sensibile superamento dei volumi di prestazioni erogate rispetto al fabbisogno individuato dalla programmazione regionale, determinato spesso da improprie indicazioni all'esame specialistico, da un uso improprio delle tecnologie sanitarie e da un uso incongruo delle richieste urgenti.

Azioni previste nel Piano Aziendale Liste di Attesa

La Direzione Generale dell'ASL AL, riguardo al Piano Aziendale per il contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, si è posta l'obiettivo prioritario di contrastare il fenomeno dell'allungamento dei tempi per le visite, condividendo un percorso che tiene conto dell'applicazione di criteri rigorosi sia di integrazione che di appropriatezza che di urgenza delle prestazioni specialistiche ambulatoriali garantendo, al contempo, la trasparenza del sistema a tutti i livelli.

A tale riguardo è stato avviato un piano organizzativo, improntato ad aspetti di urgenza nonché di qualificazione della domanda di prestazioni specialistiche, garantendo un ricorso appropriato anche attraverso criteri di priorità nell'accesso. Il livello di rischio potenziale per la salute deve essere il criterio cardine per stabilire il tempo di erogazione della prestazione, utilizzando pienamente tutte le capacità produttive di ambulatori e reparti per mettere a disposizione dei cittadini, in percorsi pubblici e trasparenti, l'intero potenziale

costituito da tutto il personale e strutture presenti, verificabile attraverso analitici piani di produzione.

Premessa a tali interventi sono state le **azioni già implementate** ispirate ai criteri sottospecificati:

INTEGRAZIONE

- **Univoca procedura di gestione delle agende**

Integrazione e coordinamento all'interno dell'ASL provinciale delle attività di gestione e monitoraggio nell'erogazione delle prestazioni specialistiche di base, con univoca modalità di gestione delle agende per apertura, chiusura e modifica ambulatori e rilevazione dei tempi di attesa;

- **Anagrafe provinciale assistiti**

Fase di avvio per l'implementazione di un CUP sovrazonale, in via di esecuzione, che prevede la conversione delle anagrafi esistenti in un unico grande archivio, già operativo, capace di raccogliere i dati relativi a tutti i Distretti Sanitari della Provincia, comprese le strutture ospedaliere con le informazioni sui pazienti assistiti.

TRASPARENZA

- **Organigramma delle attività ambulatoriali**

Pubblicazione in rete aggiornata online di tutti gli ambulatori specialistici con elenco degli specialisti, delle sedi, degli orari e delle modalità delle attività;

URGENZA

- **Protocolli operativi**

Definizione di specifici protocolli operativi per 19 prestazioni specialistiche che presentano maggiori aspetti di criticità, attraverso un nuovo linguaggio prescrittivo basato su tempi di attesa differenziati per singola prestazione in base al bisogno clinico dell'utente su criteri di urgenza;

APPROPRIATEZZA

- **Procedure organizzative**

Applicazione di protocolli e procedure specifiche sviluppate su criteri di priorità clinica e bisogno oggettivo garantendo in maniera utile ed immediata le esigenze e le necessità cliniche del paziente, un chiaro linguaggio prescrittivo nonché precise indicazioni operative.

Nello specifico, l'Azienda provinciale ASL AL, sulla base delle indicazioni regionali e secondo i criteri esplicitati, ha attivato il proprio piano organizzativo per le prestazioni di: prima visita urologica, cardiologica, allergologica, oculistica, diabetologica, endocrinologica, fisiatrica, gastroenterologica, neurochirurgica, neurologica, chirurgica, pneumologica, elettromiografia, ecocolordoppler, esofagogastroscoopia, ecografia addome superiore e inferiore, mammografia, test allergometrici, colonscopia.

Per tali prestazioni il livello di rischio potenziale per la salute è stato assunto come criterio cardine per stabilire il tempo di erogazione.

A tale riguardo è stato definito, in accordo con gli specialisti di branca, i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta, un nuovo linguaggio prescrittivo, basato sui tempi di attesa differenziati per singola prestazione e in base al bisogno clinico dell'utente. Tale definizione di priorità cliniche individua i criteri di utilizzo delle priorità cliniche U-B-D-P da parte dei Medici prescrittori in rapporto alla diagnosi / sospetto diagnostico, per le prestazioni considerate. Oltre alla classificazione delle prescrizioni ambulatoriali, vengono definiti specifiche procedure e modelli operativi per l'individuazione delle caratteristiche di prima visita e visita di controllo, l'eventuale sospensione dell'attività di prenotazione e la sospensione dell'attività di erogazione (Deliberazione DG ASL AL n. 2009/494 del 20.02.09 "Protocollo Operativo di Attuazione Piano Regionale Liste di Attesa" e documento "Procedura per la Programmazione dell'Attività ambulatoriale").

Controllo della domanda

E' evidente come un'azione sull'appropriatezza della domanda, relativa alla indicazione corretta dell'esame prescritto e della sua urgenza relativa, sia condizione indispensabile per poter dare risposte adeguate in termini qualitativi e quantitativi.

Il Piano Regionale attribuisce importanza rilevante a questo aspetto e la nostra azienda ha inserito il rispetto di tale piano tra gli obiettivi dei MMG e degli specialisti ospedalieri.

Vengono previste le sottospecificate azioni:

1. Azioni verso i MMG e gli Specialisti Ospedalieri

Strumento - Scheda check list specifica per il Protocollo Operativo Prestazioni Ambulatoriali

- Scheda check list specifica per la Procedura di Programmazione attività ambulatoriali

- Report indice di fabbisogno.

Struttura - Direzione di Distretto / Presidio

E' indispensabile una sensibilizzazione diretta dei MMG e interventi nei confronti degli specialisti ospedalieri per migliorare l'appropriatezza delle richieste di prestazioni indotte dagli stessi tramite l'avvio in tutte le realtà distrettuali e ospedaliere di controlli sul rispetto delle indicazioni concordate:

1) verifica con lo strumento della Clinical Governance sugli specifici obiettivi previsti dalla Deliberazione del Direttore Generale n. 2009/494 del 20.02.09, relativa all'approvazione Protocollo Operativo di Attuazione Piano Regionale Liste di Attesa per le 19 prestazioni specialistiche ambulatoriali soprarichiamate e Procedura per la Programmazione delle

Attività ambulatoriali; monitoraggio e controllo sui seguenti punti: modalità prescrittive; individuazione caratteristiche prima visita e visita di controllo; sospensione dell'attività di prenotazione; sospensione dell'attività di erogazione; classificazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali; criteri di utilizzo classi di priorità cliniche; sedi e modalità di erogazione.

- 2) Azioni di monitoraggio e valutazione comparata delle richieste di determinati esami tra i vari distretti e UU.OO. con report di confronto che possono essere di stimolo per i MMG e/o gli specialisti ambulatoriali ed ospedalieri (definizione di un report specifico "Report indice di fabbisogno").

2. Aggiornamento Protocollo Operativo per le prestazioni specialistiche ambulatoriali

Strumento – Delibera DG per integrazione e aggiornamento Protocolli Operativi

Struttura – Area Gestione Liste di Attesa

Si procederà all'adeguamento alla Determina Dirigenziale Regionale n. 375 del 10.07.2009 ad oggetto "D.D. n. 43 del 04.02.2008: Individuazione classi di priorità cliniche ulteriori prestazioni specialistiche ambulatoriali, aggiornamentodelle classi di priorità già definitive e delle nodalità di preparazione paziente per esami dell'area radiologica e per alcuni specifici esami diagnostici".

Le precedenti indicazioni pari oggetto sono state recepite dall'ASL AL con deliberazione DG soprarichiamata n. 2009/494 del 20.02.09 quale "Protocollo Operativo di attuazione Piano Regionale Liste di Attesa.

Con D.D. n. 43 del 04.02.08 "DGR n. 37-5180 del 29.01.07 – Ulteriori indirizzi applicativi per la gestione delle liste d'attesa" sono state fornite direttive aggiuntive per l'attuazione dei provvedimenti regionali in materia di liste di attesa e di cui alle DGR n. 56-3322 del 03.07.06 e DGR n. 37-5180 del 29.01.07.

Nell'ambito delle fasi di applicazione di tali indicazioni e di incontri successivi, sia a livello regionale che a livello locale, sono emerse anche proposte di ulteriore aggiornamento sia rispetto alle modalità di preparazione di alcune prestazioni ambulatoriali che ad alcuni criteri di utilizzo delle classi priorità individuate con DD 43/2008. Tali provvedimenti si occupano solo di alcune prestazioni ambulatoriali che presentavano particolari criticità rispetto all'analisi dei tempi di attesa in rapporto agli standard regionali previsti dalla DGR n. 37-5180 del 29.01.07, rinviando a successivi provvedimenti l'implementazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali per le quali definire i criteri di utilizzo delle classi di priorità cliniche.

Pertanto sulla base delle indicazioni regionali e delle esperienze aziendali si procederà al recepimento ed alla implementazione con gli aggiornamenti previsti attraverso la formulazione di specifici indirizzi

operativi all'interno dell'organizzazione aziendale con la definizione ed attivazione delle relative azioni di monitoraggio.

Programmazione dell'offerta

L'offerta di prestazioni specialistiche è, nella nostra provincia, ampia ed estremamente differenziata, coinvolgendo specialisti dei presidi ospedalieri, specialisti SUMAI, strutture private e specialisti ASO, mentre difficoltà oggettive esistono per ciò che riguarda i meccanismi di prenotazione diretta o telefonica.

Peraltro è obiettivamente difficile, e scientificamente poco studiato, definire a priori le necessità obiettive di accertamenti diagnostici e specialistici per una determinata popolazione.

A prescindere dalla realizzazione del CUP provinciale, prevista per i primi mesi del 2010, che dovrebbe ampliare in modo sostanziale le possibilità di prenotazione incrociata tra i vari territori, migliorando l'offerta aziendale complessiva, sono comunque importanti alcune indicazioni sull'opportunità di integrare e migliorare la gestione complessiva delle attività ambulatoriali.

Vengono previste le sottospecificate azioni:

1. Definizione Indice di fabbisogno (rapporto numero prestazioni effettuate / popolazione)

Strumento – Report numero di esami effettuati / popolazione.

Struttura – Controllo di Gestione

E' necessario verificare i fabbisogni di prestazioni specialistiche nelle varie realtà territoriali (esami effettuati/popolazione) per le attività che presentino aspetti di criticità, per poter definire in modo corretto le necessità/possibilità di incrementi ore SUMAI o di investimenti in risorse o prestazioni aggiuntive per gli specialisti aziendali.

Si potranno guidare gli investimenti di risorse umane e strumentali in base ad una approssimazione basata sul confronto delle caratteristiche della popolazione nelle diverse realtà territoriali, definendo un

“indice di fabbisogno” di particolari prestazioni specialistiche (es. visite OFT, dermo, RMN, Ecodoppler, ecc.) correlato alla popolazione, in base al quale operare le scelte di allocazione delle risorse.

Definiti i volumi di alcune prestazioni strategiche erogate nelle differenti realtà, confrontati anche tra volumi effettivamente erogati e lunghezza delle liste d'attesa, saranno predisposte azioni specifiche volte a correggere gli squilibri tra i vari territori, con l'obiettivo di giungere a contratti di produzione stipulati anche con gli specialisti, così come già fatto con le strutture private, basati sulle reali necessità della popolazione e comunque su criteri omogenei in tutti i territori.

L'analisi suddetta consentirà anche di poter rispondere in modo corretto a richieste di incrementi di attività da parte dei vari territori o di definire strategie di azione nei confronti della domanda, qualora questa risulti eccessiva.

2. Valutazione dell'attività/produttività ambulatoriale e dell'attività / produttività globale delle UU.OO.

Strumento – Report semestrale / annuale produttività ambulatoriale per U.O. e branca.

Report semestrale / annuale produttività globale per U.O.

Report risorse personale.

Struttura – Controllo di Gestione.

Per tutte le prestazioni che presenteranno elementi di criticità si dovrà procedere a un'analisi storica della produttività rapportata alle risorse nonché ad una analisi di benchmarking tra strutture aziendali analoghe; in base a questa tipologia di analisi saranno individuate le strutture nelle quali investire le eventuali risorse aggiuntive regionali ed aziendali relative alla riduzione delle liste d'attesa.

Riduzioni dell'attività ambulatoriale, non giustificate da riduzioni di personale o da altri fattori, saranno considerate negativamente in sede di valutazione del raggiungimento degli obiettivi annuali ed in sede di valutazione del Dirigente della SOC.

3. Omogeneizzazione delle agende dipartimentali.

Struttura – Dipartimenti

Compito specifico dei Direttori di Dipartimento, di concerto con i responsabili di branca delle aree specialistiche ambulatoriali, sarà quello di definire agende omogenee, relativamente alla tipologia di prestazioni ed alla loro codifica. Sarà definita a tale riguardo la costituzione di gruppi di lavoro ad hoc in grado di ottenere il risultato previsto in un tempo definito e limitato.

4. Omogeneizzazione e miglioramento della produttività in tutte le realtà.

Strumento - Organigramma attività ambulatoriali di Presidio / Distretto.

Struttura – Direzione di Distretto / Presidio

Una valutazione della operatività dei vari specialisti/strutture evidenzia differenze anche rilevanti sulla produttività (visite/ora) e sulle metodologie operative (prima visita/visite successive ecc.), particolarmente per ciò che riguarda gli specialisti ambulatoriali .

E' indispensabile a questo riguardo una azione dei Direttori di Distretto, tramite i responsabili di branca, e dei Direttori di Dipartimento al fine di

estendere in tutte le realtà profili organizzativi omogenei che consentano la migliore produttività.

5. Ottimizzazione rapporti tra attività ambulatoriale e attività libero professionale.

Strumento - Report attività libero professionale semestrale/annuale per équipe e specialista.

Struttura - UBLP e Direzione Sanitaria / Distretto / Prevenzione.

Sarà necessario recuperare uno specifico monitoraggio per équipe e specialista delle tipologie e volumi delle prestazioni effettuate in libera professione da parte delle Direzioni Mediche Ospedaliere e Distretti e dall'Unità di Controllo per la Libera Professione – UBLP.

Anche se esiste un legame tra liste d'attesa ed attività libero professionale in realtà il legame è debole ed è necessario ribadire la necessità di non confondere le due attività. Vale comunque la regola generale che non possono essere effettuate in L.P. prestazioni, o ore, in numero superiore a quelle effettuate in attività istituzionale rapportate all'U.O. di appartenenza.

L'Amministrazione si riserva di limitare o sospendere l'attività libero professionale sulla base di accertate condizioni di disservizio e di anomalo allungamento delle liste d'attesa nei confronti della normale utenza e in caso di risultati economicamente svantaggiosi. Le determinazioni di cui sopra sono proposte al Direttore Sanitario di Azienda dalla Commissione Paritetica (si richiama il Regolamento Aziendale dell'attività libero-professionale intramuraria ed a pagamento come da DDG n. 2490 del 27.08.2008).

6. Utilizzo dei fondi aggiuntivi regionali e della quota del fondo incentivazioni trattenuta dall'azienda.

Strumento – Scheda di verifica criteri con specifici indicatori.

Struttura - Area Gestione Liste di Attesa. Direzione di Distretto / Presidio

Sarà possibile l'impiego di prestazioni aggiuntive solamente in caso di reali carenze di personale che rendano necessario un incremento delle ore lavorative da parte di dirigenti dell'Azienda oltre il normale orario di lavoro, a cui vanno aggiunte le ore dovute in base al contratto integrativo regionale e l'eventuale orario "contrattato".

I criteri sulla base dei quali si potrà procedere al riconoscimento di tali prestazioni aggiuntive devono fare riferimento a: a) diminuzione risorse di personale; b) aumento di produttività; c) indice di fabbisogno prestazioni specialistiche adeguato; d) omogeneizzazione agende dipartimentali; e) rispetto del regolamento per l'attività libero-professionale intramuraria.

Procedura. Sulla base del rispetto di tali criteri le prestazioni aggiuntive dovranno essere preventivamente autorizzate dalla Direzione Aziendale e sono obbligatori i pareri favorevoli del Direttore Sanitario del

Presidio/Distretto e del Coordinatore delle Liste di Attesa che certificano la non possibilità di ricorrere a soluzioni alternative. Saranno assegnate in base ad un budget annuale complessivo.

7. Azioni di integrazione e coerenza clinico-organizzativa

a) Condivisione deliberazione Direttore Generale n. 2009/494 del 20.02.09

L'obiettivo è quello di disporre un livello di servizio funzionalmente omogeneo ed esteso alle diverse Aziende Sanitarie della provincia, compresa la ASO, per potenziare il governo degli accessi alle prestazioni specialistiche ambulatoriali.

Il progetto si sviluppa secondo i principi fondamentali di integrazione, improntati alla coerenza clinica e alla logica organizzativa del sistema di offerta delle prestazioni ambulatoriali con la definizione di criteri omogenei sul territorio, anche tramite la condivisione con la ASO della DDG n. 2009/494 del 20.02.09, "Protocollo Operativo di Attuazione Piano Regionale Liste di Attesa" e "Procedura per la Programmazione dell'Attività ambulatoriale"

b) Attivazione CUP SOVRAZIONALE

E' prevista altresì la coerenza organizzativa nella creazione di un CUP sovrazonale con la definizione delle attività di call-center, sportello prenotazione-accettazione, pagamento, back-office ed anche l'accesso da parte di ogni singola Azienda, compresa l'ASO, alle anagrafi sanitarie complessive del territorio.

Le azioni applicative prevedono l'esplicitazione dei criteri di classificazione delle prime visite e delle prestazioni che ciascuna Azienda intende erogare tra quelle oggetto di rilevazione dei tempi di attesa nonché della valutazione comparata delle criticità complessive del territorio, al fine di evidenziare eventuali potenzialità di soluzioni sinergiche.

Prevede, pertanto, un'identificazione corretta e precisa delle strutture eroganti, compreso il privato accreditato, nonché delle diverse prestazioni identificate con linguaggio univoco, definendo cosa si intende per prima visita, l'arco temporale entro cui viene considerata tale, creazione o conferma dell'esistenza di agende specificatamente dedicate, con orari resi disponibili per il CUP Sovrazonale, esplicitazione dei criteri di assegnazione delle priorità – con esclusione, quindi, della prenotazione in sovraCUP dell'urgenza.

Un sistema di questo genere, oltre a garantire in tempo reale le prestazioni (o la prestazione) in qualunque punto della rete, induce altresì un meccanismo di osservanza clinica e omogeneizzazione delle prenotazioni e dei comportamenti.

Riguardo al privato accreditato, l'Azienda ha provveduto a contrattare i volumi prestazionali anche riguardo alle prestazioni ambulatoriali relativamente agli anni 2009-2010, sulla base di criteri di appropriatezza e di fabbisogni storici.

Risultati attesi

L'implementazione delle azioni considerate realizzerà un "sistema" chiaro e condiviso nonché programmato nella gestione delle liste di attesa, l'avvio del CUP SOVRAZIONALE e la riduzione dei tempi medi di attesa per tutte le prestazioni specialistiche ambulatoriali monitorate, con particolare riguardo a quelle che presentano aspetti di criticità.

MEDICI DI MEDICINA GENERALE e PEDIATRI DI LIBERA SCELTA

La collaborazione diretta con i MMG e PLS è stata una delle principali azioni poste in essere per avviare una incisiva azione sull'attività territoriale, anche in ragione di una continuità assistenziale post ospedaliera.

Pur in presenza di un unico accordo nazionale e regionale, l'unificazione dell'ASL ha messo in evidenza la presenza di tre differenti modelli relazionali ed organizzativi tra medici di medicina generale e servizi distrettuali e territoriali, con conseguenti ricadute anche dal punto di vista degli accordi economici relativi al budget di distretto.

Con la collaborazione dei sindacati medici si è avviato un significativo percorso di razionalizzazione che, partendo dalla presa d'atto della situazione 2007, in cui sostanzialmente si erano prorogati i comportamenti in essere nelle vecchie aziende ASL, uniformando però le varie realtà secondo un comune indirizzo, ha portato alla stesura di un vero e proprio accordo su tutta la materia contrattuale delegata alle ASL, che ha comportato anche una differente distribuzione degli obiettivi aziendali, con l'estensione a tutti i medici dell'ASL AL e con la riduzione delle somme destinate all'accordo aziendale.

La strategia seguita è stata quella di individuare i progetti previsti da accordi regionali e nazionali, e ricondurre gli stessi ad un accordo complessivo, a cui aggiungere gli specifici progetti aziendali da finanziare tramite risparmi, in particolare sulla farmaceutica territoriale.

Nel contesto di tale accordo si è superata la criticità rappresentata dal riconoscimento della contattabilità telefonica in assenza di completa definizione dell'art.12 AIR, mantenendo il servizio, se pur ridimensionato, quale progetto di governo clinico.

Il quadro progettuale complessivo emerso è stato il seguente:

ART 17 (governo clinico) sono stati concordati i progetti di contattabilità telefonica (quota oraria di disponibilità del medico a 6 ore giornaliere, con obbligo per ciascun medico di comunicazione all'asl e agli assistiti della fascia oraria scelta) e di adesione al progetto linee guida/ liste di attesa promosso dalla Regione Piemonte (predisposizione del quesito diagnostico e indicazione delle classi di priorità)

ART 9 (Equipe Territoriale) è stata concordato progetto BPCO

ART 19 (progetto distrettuale) è stato concordato il progetto di incremento di distribuzione diretta dei farmaci, lasciando tuttavia agli UCAD la possibilità di declinare tale progetto a livello distrettuale

Per ciò che riguarda il finanziamento aziendale di tale accordo, negli anni precedenti venivano riconosciuti 6,2 euro, in ragione di un accordo aziendale sperimentale, non presente nelle altre realtà aziendali regionali. Per il 2009 si è convenuta una quota massima di 5,4 euro a paziente, in ragione del raggiungimento di progetti sperimentali specifici, nell'ottica degli obiettivi regionali, del miglioramento dell'assistenza, delle linee strategiche emergenti a livello nazionale e regionale

Gli obiettivi progettuali finanziati con la quota aziendale sono stati:

1- progetto Statine: adesione fattiva al progetto attraverso l'utilizzo delle Carte di Rischio e mantenimento (per i già virtuosi) o diminuzione del numero di pezzi delle statine più costose rispetto al numero di pezzi del 2008 di ogni singolo medico;

2- Farmaci a brevetto scaduto: aumento della quota

3- Appropriata prescrivibilità: riconduzione della spesa media procapite alla media regionale o, in subordine, alla migliore media distrettuale aziendale.

L' accordo ha validità biennale, salvo per quei progetti con validità annuale. E potrà essere aggiornato su richiesta delle parti.

Per i pediatri di libera scelta si sono confermati i progetti di boel test. Ambliopia e scoliometria, con l'introduzione dello specifico progetto obesità per il monitoraggio ed il controllo dei casi di bambini individuati in soprappeso.

E' confermata, con tendenza ad incrementare, la situazione dei medici inseriti in associazioni e gruppi che, pertanto, svolgono la propria attività nello stesso studio con personale di appoggio condiviso.

Tale organizzazione del lavoro, unita all'accordo sulla contattabilità telefonica, consente ai cittadini di accedere ai servizi offerti dal proprio medico curante con maggior facilità.

I MMG sono stati, inoltre, protagonisti nello sviluppo che in questi anni, su tutto il territorio dell'ASL, hanno avuto le cure domiciliari e le cure palliative, consentendo la permanenza del paziente nel proprio nucleo familiare, riducendo sensibilmente il ricorso all'ospedalizzazione o all'istituzionalizzazione.

Nel costante confronto in essere con le associazioni di categoria, particolare rilievo sta avendo il confronto sull'attivazione della Casa della Salute e dei gruppi di cure primarie, al pari del proficuo coinvolgimento registrato sulla gestione integrata del diabete, che ha visto non soltanto una significativa adesione da parte della popolazione rientrante nei requisiti richiesti, ma anche il proficuo confronto tra diabetologi ospedalieri e medici di medicina generale al fine di sviluppare comuni sinergie che consentano la piena realizzazione del progetto, con una effettiva riduzione del carico di lavoro per le strutture ospedaliere, per ora soltanto atteso, ma rispetto al quale è stata fornita esplicita indicazione da parte di codesta Direzione.

Erogatori privati per attività specialistica ed ospedaliera

Il Piano Sanitario Regionale evidenzia la necessità del governo sia della domanda che del sistema di offerta, mediante:

- la determinazione del livello atteso di domanda di prestazioni che deve essere compatibile con le risorse disponibili;
- la determinazione della conseguente capacità produttiva.

Il processo è previsto dal d.lgs 502/92 (art 8) ed è stato disciplinato, nella fase iniziale, dalla Regione Piemonte con vari provvedimenti relativi all'autorizzazione ed accreditamento (DGR 64-3386 del 11.07.2006), alla valutazione dell'appropriatezza delle schede di dimissione ospedaliera (DGR 46-9234 del 28.07.2008) ed alla determinazione del livello atteso di domanda di prestazioni (DGR 98-9422 del 1.8.2008) per quanto riguarda l'individuazione del fabbisogno di prestazioni e di capacità produttiva per l'assistenza specialistica ambulatoriale, in particolare di radiologia, laboratorio analisi e prestazioni di recupero e rieducazione funzionale.

Il citato provvedimento 15 settembre 2008, n. 34-9619 ha determinato gli elementi essenziali necessari al contenuto del contratto, suscettibili peraltro di essere integrati dagli elementi ulteriori di ravvisata opportunità nella prospettiva di perseguimento degli obiettivi di razionalizzazione dei servizi, programmazione delle risorse ed equilibrio delle gestioni sanitarie.

L'ASL AL, coordinando la propria attività all'interno dell'Area Funzionale Sovrazonale AFS4, ha avviato dal mese di ottobre 2008, secondo i tempi e le metodologie indicate dagli indirizzi regionali in materia, il percorso per la definizione del fabbisogno teorico di prestazioni da soddisfarsi da parte degli erogatori pubblici e privati, propedeutico alla definizione e stipula degli accordi di budget 2009-2010 con gli erogatori privati (per ricoveri e prestazioni ambulatoriali).

Tale percorso risulta propedeutico e fondamentale per gli obiettivi di appropriatezza e di contenimento dell'ospedalizzazione.

L'esito dei lavori avviati nel mese di ottobre è riassunto nel documento programmatico "Programma di integrazione dei servizi" definito in sede di Coordinamento sovrazonale dalle ASL e ASO del territorio subregionale AFS4, finalizzato all'analisi dei "fabbisogni" teorici di prestazioni (ricoveri e prestazioni ambulatoriali) per i residenti ASL AL e AT e le modalità di loro soddisfazione da parte dei diversi erogatori, pubblici e privati, presenti sul territorio dell'Area sovrazonale.

Nell'ambito del documento di programmazione, propedeutico alla determinazione dei budget 2009-2010 delle strutture private accreditate del territorio ASL AL, avvenuta nei primi mesi del 2009, sono previsti i ruoli e i rapporti assegnati alle strutture dell'ASO di Alessandria nei confronti delle altre strutture, pubbliche e private, presenti nell'Area Sovrazonale, in una logica di creazione e condivisione di una reale rete integrata ospedaliera.

I contratti di budget stipulati nei primi mesi del 2009 con le undici strutture private accreditate presenti sul territorio dell'ASL AL, per le prestazioni di ricovero e specialistica ambulatoriale, si inquadrano nel percorso così delineato, in cui anche l'offerta privata viene ricondotta e programmata in una logica di integrazione con quanto le strutture pubbliche sono in grado di erogare in base alla capacità produttiva disponibile, in un contesto di appropriatezza delle prestazioni erogate e di contenimento delle liste di attesa.

L'applicazione delle disposizioni contrattuali per gli anni 2009-2010 ha contribuito a garantire l'equilibrio gestionale aziendale, generando costi in linea con quanto programmato, esito di valutazioni effettuate in termini di fabbisogno assistenziale e appropriatezza delle prestazioni erogate.

Il Centro per la ricerca e la sorveglianza dei rischi da amianto

Premessa

La Regione Piemonte, con DGR 80-6707 del 03/08/2007, ha deciso di costituire il «Centro regionale per la ricerca, la sorveglianza e la prevenzione dei rischi da amianto», attribuendo allo stesso funzioni sovrazionali e collocandone nel contempo la sede a Casale Monferrato nell'ambito dell'ASL - AL, in virtù dell'esperienza che l'ex ASL 21 (Azienda Sanitaria Locale di competenza territoriale) ha maturato, in ambito sia sanitario sia ambientale, proprio sulle tematiche connesse alla contaminazione da amianto e alla sua esposizione.

Le principali funzioni del costituendo Centro sono state definite dalla Giunta regionale contestualmente alla sua istituzione, infatti la stessa DGR fissa anche gli obiettivi generali che il Centro dovrà perseguire. Tali obiettivi sono così definiti:

- la salvaguardia e la tutela della salute rispetto all'inquinamento da fibre di amianto;
- la promozione della rimozione dei fattori di rischio indotti dall'amianto;
- il sostegno alla ricerca e alla sperimentazione nel campo della prevenzione e della terapia sanitaria;
- la promozione di attività di ricerca e la sperimentazione di tecniche per la bonifica e il recupero dei siti contaminati;
- la promozione di iniziative di educazione e informazione mirate a ridurre il rischio amianto.

Le linee di indirizzo programmatico affidate al Centro di Casale spaziano, globalmente, dalla gestione ordinaria e straordinaria delle problematiche correlate all'amianto (anche rispetto alla questione delle bonifiche delle aree a rischio e della sicurezza sui luoghi di lavoro) alla sorveglianza epidemiologica della popolazione intesa sia come ex lavoratori esposti a rischio amianto, sia come popolazione non professionalmente esposta.

Analogamente la Legge regionale 14 ottobre 2008, n. 30. "Norme per la tutela della salute, il risanamento dell'ambiente, la bonifica e lo smaltimento dell'amianto", individua nel Centro il momento di raccordo e coordinamento di tutte le azioni mirate alla ricerca, sorveglianza e prevenzione dei rischi da amianto e ne prevede la consultazione da parte della Giunta Regionale per l'emanazione di provvedimenti riguardanti lo specifico settore (art. 3, comma 2).

La prima di tali consulenze è riportata nel testo della stessa Legge e riguarda l'aggiornamento del Piano Regionale Amianto (art. 7)

Ai fini del perseguimento degli obiettivi, tre sono sostanzialmente i compiti affidati al Centro e più precisamente:

- 1) l'aggiornamento e la gestione del «Piano Regionale Amianto»;
- 2) la pianificazione strategica delle attività di ricerca sull'epidemiologia, la prevenzione, la diagnosi e il trattamento delle patologie legate all'amianto;
- 3) il coordinamento nazionale dei progetti del CCM del Ministero della Salute su questo tema.

Per il raggiungimento degli obiettivi prefissati il Centro si avvarrà di proprio personale e soprattutto della qualificata collaborazione con altre strutture già presenti a livello regionale ed operanti ciascuna in un proprio specifico settore (tutela ambientale, diagnosi e cura, epidemiologia, ricerca universitaria, ecc) con unanime riconoscimento di qualità operativa ed efficacia.

Le Strutture di riferimento (Sedi Universitarie, Centri di eccellenza, Reti oncologiche, ARPA, CPO, ecc) verranno indicati dal Comitato Tecnico Scientifico, sulla scorta dei compiti di volta in volta affidati al Centro.

1) Aggiornamento del “Piano Regionale Amianto”

La revisione del documento in questione (DGR 05/02/2001 n° 51-2180), costituisce la prima scadenza da rispettare ed è per tale motivo che è stato il primo impegno a suo tempo assunto, sia per specifica richiesta da parte dell'Assessorato regionale, sia in considerazione a tempi di realizzazione, previsti dalla LR n° 30.

L'attività di verifica è stata condotta da un gruppo di lavoro per la maggior parte costituito da professionalità appartenenti al Comitato tecnico-scientifico atteso che all'epoca il Centro di Casale ancora non esisteva.

Un grande aiuto nella stesura del nuovo documento è stato fornito da ARPA e dall'Assessorato all'Ambiente. La stesura del nuovo PRA infatti utilizza il canovaccio di sviluppo a suo tempo elaborato da ARPA che ricalca, ovviamente, nella sua strutturazione, quella già prevista nella stesura del precedente Piano. Attualmente il documento è in fase di rifinitura e se ne

prevede l'ultimazione entro il corrente mese di settembre. Alcune parti attualmente mancanti sono state oggetto di emanazione di recente normativa.

2) Attività Clinico/Sanitaria (Dott. BETTA) e di informazione

Deve occuparsi di tutti gli aspetti di natura sanitaria connessi alle patologie amianto-correlate lavorando alla stregua di un Gruppo Interdisciplinare (GIC) con i migliori centri, compresi quelli Universitari, presenti sul territorio regionale.

Dovrà procedere alla stesura di percorsi integrati tra il livello ospedaliero che extra ospedaliero, comprensivi anche delle fasi terminali, prevedendo il necessario supporto psicologico sia per i pazienti che per i familiari, dato l'ampio risvolto sociale di queste malattie. Il gruppo di lavoro dovrà essere pronto a recepire in tempo reale le eventuali informazioni innovative che dovessero emergere dalla letteratura e dalle Autorità Sanitarie.

Operativamente dovrà intervenire sui seguenti capitoli tematici, di seguito elencate per punti:

1. predisposizione di campagne di educazione sanitaria volte a migliorare gli stili di vita (in particolare contro l'uso di tabacco sui cui effetti nocivi l'amianto funge da elemento moltiplicatore)
2. Sviluppo e crescita della Banca Biologica del Mesotelioma Maligno (Centro di riferimento Regionale) attraverso il coinvolgimento non solo della ex ASL 21 di Casale Monferrato ma anche di tutte le ASR.
3. Scelta delle modalità e dei canali di informazione attraverso cui fornire agli utenti ogni elemento di conoscenza ritenuto necessario ad attuare una corretta prevenzione dei rischi da amianto ma anche ogni utile indicazione per chi deve intraprendere un percorso di diagnosi e cura.
4. Fornire un quadro aggiornato della situazione di rischio riconducibile alla dispersione di amianto in Piemonte. Quasi un bollettino meteorologico che oltre a riferire in merito all'andamento delle attività di bonifica, fornisca anche indicazioni procedurali ed amministrative utili a facilitare tale attività (es. art. 9. LR n° 30/08)

Su altre tematiche più pertinenti alla disciplina epidemiologica sono impegnate strutture esterne al Centro (es. CPO,) che hanno già attivato specifici filoni di ricerca quali:

1. sorveglianza dei lavoratori impiegati nelle imprese che hanno utilizzato amianto.
2. sorveglianza epidemiologica sullo stato di salute della popolazione non esposta professionalmente.
3. costruzione ed elaborazione di elenchi quanto più possibile completi di esposti ad amianto sui quali attuare l'azione di monitoraggio;
4. documentazione e revisione della letteratura tematica;
5. valutazione delle evidenze relative alla sorveglianza sanitaria degli esposti ed ex esposti ad amianto;
6. centro di documentazione sulla normativa amianto.
7. registro dei Mesoteliomi Maligni.
8. gestione degli elenchi quanto più possibile completi di tutte le persone esposte professionalmente ad amianto (ex esposti ed attualmente esposti)

3) Coordinamento nazionale dei progetti del CCM del Ministero della Salute

Enorme il ritardo accumulatosi fino ad oggi rispetto alle tabelle di attuazione a suo tempo previste dal documento sottoscritto dalla Regione Piemonte e dal Ministero della Salute.

Praticamente si è di fronte ad una problematica per alcuni aspetti non ancora affrontata. Dovendo lavorare in un contesto interregionale è di fondamentale importanza creare preliminarmente una rete di contatti che costituirà il fondamentale presupposto per la realizzazione di ogni futuro gruppo di lavoro.

Per raggiungere lo scopo si è pensato di contattare ogni Assessorato Regionale alla Sanità per ottenere da ciascuno un preciso riferimento nominativo che entrerà di diritto nel gruppo di lavoro.

Le tre problematiche previste dai CCM sono:

- a) Possibile esposizione indebita dei lavoratori e contaminazione dell'ambiente a fibre di amianto ed a fibre asbestiformi pericolose di origine naturale;
- b) Mancanza di elenchi quanto più possibile completi di esposti ad amianto sui quali attuare l'azione di monitoraggio e di indirizzi chiari concreti e praticabili dal punto di vista legislativo su chi si debba far carico degli accertamenti sanitari e quali siano i controlli clinici di base previsti per il lavoratore all'atto della cessazione, del rapporto di lavoro qualora coincidente con la cessazione dell'attività esponente

c) Assenza di coordinamento, in ambito nazionale, della normativa relativa all'amianto

Relativamente alle tre problematiche previste dai CCM , la seconda e la terza già sono oggetto di lavoro e per lo stato di attuazione si rimanda al documento prot. N° 32752/DB2000 del 02/09/2009 (di cui si produce copia), si tratta a questo punto di rivedere soprattutto le schede di progetto relativamente al problema 1).

Obiettivo Generale	Contenimento dell'esposizione a fibre di amianto ed a fibre asbestiformi pericolose di origine naturale al fine della riduzione delle patologie correlate nei lavoratori esposti e della difesa dell'ambiente	
Obiettivo specifico 1	Acquisizione dei dati sui censimenti regionali relativamente all'amianto friabile ai sensi dell'art. 12, c.5, Legge 257/92 al fine del miglioramento delle conoscenze e della riduzione del rischio da esposizione indebite	
Indicatore di risultato	Costituzione di una Banca dati nazionale contenente i dati relativi alla presenza di amianto friabile derivati dai censimenti regionali	
Standard di risultato	Invio da parte di almeno il 50% della Regioni e Province Autonome dei dati	
Azione	Indicatore di processo	Standard di processo
Richiesta alle Regioni dei dati sull'amianto friabile raccolti con i censimenti secondo il modello proposto dal DM 06/09/1994	Invio della richiesta dati. Almeno una riunione con i rappresentanti individuati dalla singole Regioni.	Entro il 30/11 c.a.
Acquisizione dei dati regionali	Prime considerazioni sui reports pervenuti (omogeneità, quantità e qualità, supporto informatico utilizzato, ecc.)	Entro il 31/01/2010
Realizzazione di un software per la gestione dei dati raccolti	Costituzione di una Banca Dati Nazionale	Entro il 31/12/2010

Obiettivo Generale	Contenimento dell'esposizione a fibre di amianto ed a fibre asbestiformi pericolose di origine naturale al fine della riduzione delle patologie correlate nei lavoratori esposti e della difesa dell'ambiente	
Obiettivo specifico 2	Risoluzione delle problematiche relative alle attività lavorative in presenza di amianto in matrice naturale ed in particolare di pietre verdi	
Indicatore di risultato	Realizzazione di un Disciplinare Tecnico	
Standard di risultato	Recepimento normativo del Disciplinare Tecnico	
Azione	Indicatore di processo	Standard di processo
Richiesta alle Regioni dei dati relativi al censimento dei siti estrattivi di Pietre Verdi	Invio della richiesta dati. Almeno una riunione con i rappresentanti individuati dalla singole Regioni.	Entro il 30/11 c.a.
Acquisizione dei dati regionali	Prime considerazioni sui report pervenuti (omogeneità, quantità e qualità, supporto informatico utilizzato, ecc.)	Entro il 31/03/2010
Revisione delle metodiche utilizzate per la definizione	Proposta di modifica delle metodiche attualmente utilizzate e richiesta di	Entro il 30/09/2010

dei criteri di accettabilità del materiale estratto se contenente amianto	consenso da parte del Ministero della Salute, CNR, ISS, ISPESL.	
Definizione di un disciplinare tecnico relativo alle attività/lavorazioni in aree con presenza o sospetta presenza di amianto in matrice naturale	Approvazione del disciplinare tecnico da parte delle Regioni ed elaborazione di una bozza di adeguamento normativo.	Entro il 31/12/2010

Obiettivo Generale	Contenimento dell'esposizione a fibre di amianto ed a fibre asbestiformi pericolose di origine naturale al fine della riduzione delle patologie correlate nei lavoratori esposti e della difesa dell'ambiente	
Obiettivo specifico 3	Predisposizione di disciplinare tecnico/linee guida per le problematiche connesse all'amianto in occasione della realizzazione di grandi opere ambientali a rischio amianto.	
Indicatore di risultato	Realizzazione del Disciplinare Tecnico	
Standard di risultato	Recepimento normativo del Disciplinare Tecnico	
Azione	Indicatore di processo	Standard di processo
Richiesta alle Regioni e MATT di eventuali dati di monitoraggio relativi ad attività di scavo per grandi opere ed eventuali disciplinari tecnici predisposti per analoghe attività in sospetta presenza di amianto naturale.	Invio della richiesta dati. Almeno una riunione con i rappresentanti individuati dalla singole Regioni.	Entro il 31/12/2009
Acquisizione dei dati regionali	Prime considerazioni sui report pervenuti (omogeneità, quantità e qualità, supporto infor. utilizzato, ecc.)	Entro il 30/06/2010
Definizione di un disciplinare tecnico relativo alla gestione del rischio amianto nelle grandi opere ambientali	Approvazione del disciplinare tecnico da parte delle Regioni con elaborazione di una bozza di Circolare Ministeriale	Entro il 31/12/2010

Obiettivo Generale	Contenimento dell'esposizione a fibre di amianto ed a fibre asbestiformi pericolose di origine naturale al fine della riduzione delle patologie correlate nei lavoratori esposti e della difesa dell'ambiente	
Obiettivo specifico 4	Predisposizione di Linee Guida relative all'esposizione a fibre asbestiformi pericolose di origine naturale.	
Indicatore di risultato	Realizzazione delle Linee Guida	
Standard di risultato	Recepimento normativo delle Linee Guida	
Azione	Indicatore di processo	Standard di processo
Revisione della letteratura per definire una lista di fibre asbestiformi naturali di sospetta pericolosità (ultimi 4 anni)	Definizione di un gruppo di lavoro con almeno tre rappresentanti della Comunità scientifica per la stesura della lista	Entro il 31/03/2010
Individuazione delle aree con presenza di fibre asbestiformi pericolose su indicazione regionale. Stesura di Linee Guida	Invio alle Regioni della lista con richiesta di informazioni sulle aree con sospetta presenza di tali fibre. Elaborazione di Linee Guida	Entro il 31/12/2010

Organizzazione di un Convegno Nazionale sull'Esposizione a fibre asbestiformi di sospetta pericolosità		A fine progetto
--	--	-----------------

Altre attività

Oltre agli obiettivi di cui sopra, il cui raggiungimento è da ritenere prioritario e di vitale importanza per la sopravvivenza del Centro, esiste poi tutta una serie di compiti specifici e propri del Centro che ovviamente non possono essere trascurati. Tra questi si è ritenuta prioritaria ed irrinunciabile l'attività di formazione ed informazione.

In ottemperanza a tale assunto si propone di realizzare nel corso del 2010, grazie all'attività di uno specifico gruppo di lavoro da istituire allo scopo, i supporti informativi multilingue da mettere a disposizione di tutti gli Enti che svolgono compiti di formazione nei confronti degli addetti alle attività di bonifica da amianto.

Praticamente terminato invece il primo lavoro prodotto dal CRA: la raccolta delle ricerche in tema di salute ed amianto fatte da studiosi piemontesi e recensite su Medline. Si tratta di 244 lavori che debitamente raccolti e catalogati, costituiscono una prima base di conoscenze su cui costruire le future strategie di ricerca.

Per ultimo, ma non certo per importanza, il CRA intende organizzare e gestire in prima persona un proprio sito Web ove rendere immediatamente usufruibili da parte degli utenti i frutti del lavoro svolto, anche attraverso la realizzazione di uno specifico forum. Tutto ciò sarà possibile nel giro di un anno circa a far data dalla effettiva disponibilità di una professionalità esperta in informatica di cui al momento il Centro non dispone.

La Rete Ospedaliera

PIANO DI RIORGANIZZAZIONE E RAZIONALIZZAZIONE DELLA RETE DEI LABORATORI ANALISI DI CUI ALLA DGR 19-6647 DEL 3.8.2007

Premessa

La DGR 19-6647 del 3.8.2007 aveva come obiettivi principali :

1. L'attuazione di modelli organizzativi/strutturali e la razionalizzazione della rete dei Laboratori Analisi
2. L'appropriatezza degli esami di laboratorio
3. La rete dei Centri Prelievi
4. La comunicazione e le scelte informatiche

Azioni

La realizzazione degli obiettivi della citata DGR è inserita nel "Progetto di sviluppo del Dipartimento dell'Area Diagnostica della ASL AL " di cui alla delibera 2009/1724 del 22.09.2009 .

La "vision" del progetto pluriennale, relativamente alla rete dei Laboratori Analisi, è quella di creare una rete integrata affine al modello previsto dalla DGR menzionata in grado anche di supportare un sistema di autosufficienza diagnostica aziendale economicamente compatibile.

Fasi di attuazione

1. Modelli organizzativi/strutturali e razionalizzazione della rete dei Laboratori Analisi.

In conformità a quanto previsto nell'Atto Aziendale le azioni di riorganizzazione della rete dei Laboratori Analisi della ASL AL si sono indirizzate alla Strutturazione del Laboratorio Analisi di Novi e Casale sul Modello "C", Tortona e Acqui sul Modello "B", Ovada e Valenza in prospettiva sul modello "POCT".

Gli elementi organizzativi e di razionalizzazione effettuati ed in itinere sono riassunti dalla seguente tabella:

Attività	Sede	Stato di avanzamento	Criticità
Centro unico di diagnostica di Biologia Molecolare	Lab Novi	realizzato	
Centro unico di diagnostica Prenatale	Lab Novi	realizzato	
Centro unico di diagnostica di	Lab Novi	realizzato	

Coagulazione 2° liv			
Centro unico di Autoimmunità	Lab Novi	realizzato	
Centro unico di diagnostica RIA	Lab Casale	realizzato	
Centro unico di diagnostica Microbiologia 2° liv	Lab Tortona	realizzato	
Creazione di 2 poli per diagnostica Epatite e HIV	Lab Novi e Casale	realizzato	
Accentramento esami esterni Distretto di Ovada	Lab Novi	realizzato	
Accentramento esami esterni Distretto Valenza	Lab Casale	realizzato	
Creazione di 2 poli per diagnostica HbA1c+ elettroforesi Hb	Lab Novi e Casale	in itinere , tempo di realizzazione previsto 31.12.2010	Disponibilità di personale e spazi strutturali
Creazione di 2 poli per diagnostica TORCH	Lab Novi e Casale	in itinere , tempo di realizzazione previsto 31.12.2010	Disponibilità di personale e spazi strutturali
Trasformazione del Laboratorio P.O Valenza in POCT		in itinere , tempo di realizzazione previsto inizio 2011	Tempi estremamente lunghi per espletare gara , disponibilità e formazione di personale dedicato
Trasformazione del Laboratorio P.O Ovada in POCT		in itinere , tempo di realizzazione previsto giugno 2011	Tempi estremamente lunghi per espletare gara , disponibilità e formazione di personale dedicato

Come ultima riflessione vengono riportate alcune considerazioni relative ai Laboratori Analisi dei P.O di Tortona ed Acqui classificati di tipo "B" nella richiamata DGR 19-6647 del 03.08.2007

Le attività presenti attualmente in tali Presidi, il numero di esami di laboratorio eseguiti, le necessità della Rete dell' Emergenza dei P.O sede di DEA 1° livello della ASL AL e l'organizzazione nella sua complessità non sono attualmente compatibili con la trasformazione di detti Laboratori in "POCT".

2. Appropriatezza esami di laboratorio

E' proseguita nel corso del 2010 l'azione intrapresa di diffusione di protocolli indirizzati all'incremento dell'appropriatezza prescrittiva degli

esami di Laboratorio. I Medici coinvolti sono stati quelli Ospedalieri ed i Medici di Base. I protocolli interessati hanno riguardato soprattutto la diagnostica della “tiroide” (TSH Reflex), la “funzionalità renale” (creatinina/azotemia) e lo screening della diagnostica dell’Epatite A, B, C.

3. Rete dei Centri Prelievi

Nel corso del 2010 si è provveduto a modernizzare (strutturalmente e tecnologicamente) i Centri di Prelievo del P.O di Casale e Valenza

4. Comunicazione e scelte informatiche

Al fine di ottimizzare la razionalizzazione delle attività di Laboratorio si è dedicata particolare attenzione all’integrazione dei sistemi informatici. In tale ottica si è provveduto ad uniformare gli applicativi dei Laboratori mediante l’adozione unica del sistema Metafora e la messa in rete dello stesso. Il sistema informatico è stato inoltre incrementato nelle operatività di visualizzazione dei dati analitici nelle Strutture Ospedaliere e Territoriali.

RETE DEI SISTEMI DI EMERGENZA-URGENZA /PS

In base alle indicazioni della D.C.R. 137-40212 del 24.10.2007 che definisce il piano di riorganizzazione dei Servizi di Emergenza DEA e della D.G.R n. 48-8609 del 14/04/2008 “Linee guida per la revisione dei sistemi di emergenza-urgenza sanitaria “ si è proceduto alla riprogettazione dell’organizzazione complessiva della rete di emergenza nei presidi della rete.

La DCR suddetta definisce le funzioni e le caratteristiche che devono avere i differenti modelli organizzativi di gestione dell’emergenza (DEA di I livello, DEA di II livello, Pronto Soccorso Semplice, punto di primo intervento): in tale prospettiva si è definito in sede di stesura del Piano di Organizzazione per il territorio della provincia di Alessandria l’organizzazione di un DEA a Casale e di un DEA interaziendale Acqui-Novati-Tortona, operante su più sedi.

Ciò significa il mantenimento delle funzioni DEA nei suddetti presidi ma ha comportato aspetti di riorganizzazione degli organici e di alcune funzioni da realizzarsi in rete; il modello a due strutture complesse appare funzionalmente adeguato, anche se si possono rivalutare le distribuzioni territoriali.

Per quanto riguarda gli Ospedali di Valenza e di Ovada:

- A Valenza esiste già un modello a tipo punto di primo intervento H12 gestito dal sistema 118, che si è ritenuto opportuno mantenere, con una maggiore informazione alla popolazione
- L’Ospedale di Ovada non presenta caratteristiche tali da rendere possibile il mantenimento della funzione Pronto Soccorso, così come indicato dalla delibera regionale (presenza di Ortopedia, Rianimazione ecc.).

E’ comunque una necessità oggettiva il mantenere una funzione di gestione dell’emergenza di qualità alta, sia per le caratteristiche orogeografiche, sia per le caratteristiche dell’Ospedale, sia per il numero di accessi.

Si è pertanto disposta la realizzazione di un Punto di Primo Intervento attivo H24 a gestione mista 118/ASL in grado di:

- garantire in loco la gestione dei piccoli interventi di I livello
- garantire un sistema di trasporto protetto tempestivo ed adeguato per le situazioni che possono trovare soluzione nel DEA di I livello Intraaziendale o nel DEA di II livello dell’ASO.

La riorganizzazione ed integrazione della Rete dell'emergenza ed urgenza trova espressione anche nel processo attualmente in atto di riordino dei dipartimenti ospedalieri, con superamento dei due dipartimenti dell'area Emergenza e Urgenza previsti dal piano di organizzazione, che diventano un unico dipartimento funzionale denominato Dipartimento emergenza urgenza area critica ASL AL composto da 6 SOC (2 SOC Medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza - 4 SOC Anestesia e Rianimazione), con l'obiettivo di sviluppare percorsi comuni in tutta la rete dei presidi ospedalieri e l'efficienza gestionale; contestualmente è previsto lo spostamento delle SOC Cardiologia nel Dipartimento Specialità Mediche.

La rete dei DEA/PS/PPI dell'ASL-AL presenta dati di attività con trend in costante crescita, come si evince dai reports regionali CSI. I dati peraltro sottostimano in termini di valorizzazione di un buon 15% la reale attività svolta.

Questo trend dimostra il grande valore strategico dei vari PS/PPI dislocati in provincia, non solo per il dato grezzo del numero di passaggi, ma anche per la funzione di presidi di zona.

Non è un mistero infatti che la nostra provincia sia caratterizzata da un'orografia montuoso-collinare e che gran parte degli ospedali, con l'eccezione di Valenza, siano situati al centro od in fondo valle, con isocrone di accesso variamente ampie.

La rete così costituita è inoltre configurata per gestire le emergenze intraospedaliere laddove non esistano le risorse per una autonoma e continua efficacia di prestazioni h24, come in alcuni ospedali (Valenza e Ovada); in questi casi è imprescindibile la collaborazione con il SEST 118, senza il quale diventa difficile trattare i pazienti acuti ivi ricoverati.

La rete svolge anche funzioni di triage per non intasare l'hub e limita il ricorso a trasporti interospedalieri la cui organizzazione, in attesa di una fattiva collaborazione con il 118, rappresenta un fattore di criticità.

In conclusione, la razionalizzazione della rete così come costituita non è prescindibile da una rivisitazione in toto della rete ospedaliera, da una più puntuale integrazione con il SEST 118 per la gestione dei trasporti/trasferimenti, nonché da un incremento del filtro territoriale.

PROGETTI ATTUATI RELATIVI ALLA RETE EMERGENZA – URGENZA / PS

Punto 1

realizzazione della rete dell'emergenza ospedaliera con definizione di un progetto operativo che preveda in tempi rapidi la realizzazione dell'attività di emergenza ed urgenza secondo programmazione regionale
*Creazione di **due Aree** che comprendono le attività di emergenza- urgenza dell'ASL-AL.*

Prima realizzazione del punto citato nell'obiettivo:

Creazione, secondo le indicazioni regionali, di due entità organizzativo - funzionali in rete:

- ZONA 1, con unica SOC di Medicina e Chirurgia d'Urgenza, comprendente i PS-DEA dei presidi ospedalieri di Tortona, Novi Ligure, Acqui Terme ed il PP.I H24 di Ovada.
- ZONA 2, con unica SOC Medicina e Chirurgia d'Urgenza comprendente il PS-DEA di Casale ed il PP.I di Valenza.

Progetto operativo predisposto per 2009/10:

Incremento della integrazione secondo i criteri di operatività in rete.

Formazione del personale sanitario.

Ulteriore perfezionamento, in parte già realizzata, della rete dell'emergenza per le Patologie complesse (sindrome coronaria acuta ecc.).

Punto 2

realizzazione della gestione unitaria da parte della Medicina e Chirurgia d'Urgenza delle funzioni di Pronto Soccorso e l'organizzazione dell'attività di OBI (Osservazione Breve Intensiva) in modo da garantire strettamente le attività di PS prestando assistenza per un massimo di 24/36 ore e permettendo la prosecuzione dei necessari percorsi assistenziali.

Prima realizzazione del punto citato nell'obiettivo:

In tutti i Pronti Soccorsi della Zona 1 e Zona 2 sono presenti astanterie con un numero di letti variabile da 5 a 7 organizzati come OBI per l'osservazione temporanea di 24/36 ore. Sono inoltre predisposti i percorsi assistenziali atti a garantire l'adeguata prosecuzione delle cure all'interno dei presidi o in altre sedi ospedaliere qualificate. Sono attivate anche le procedure per alla continuità assistenziale domiciliare.

Progetto operativo predisposto per 2009/10:

Miglioramento qualitativo dei percorsi assistenziali.

Raggiungimento dell'uniformità dei percorsi delle procedure e dei protocolli.
Aggiornamento tecnologico (dove necessario) dei letti Obi con adeguati strumenti di monitoraggio.
Aggiornamento (ove necessario) degli aspetti strutturali.

Punto 3

miglioramento della accoglienza e dell'informazione ai pazienti attraverso piena realizzazione dell'attività di rivalutazione dopo il triage.

Prima realizzazione del punto citato nell'obiettivo:

In tutti i Pronti Soccorsi della Zona 1 e Zona 2 sono attivate, da tempo, le procedure di trriage per stabilire la precedenza delle prestazioni in funzione della gravità clinica. Questo accompagnato da un'adeguata informazione ai pazienti.

E' sostanzialmente attivata in tutti i presidi anche la rivalutazione post-triage e per valutare in tempo utile un eventuale evoluzione clinica del paziente.

Sono attivate anche le disposizioni in merito agli aspetti informativi per dare ai pazienti la certezza e la percezione della presa in carico continuativa della struttura e dei sanitari .

Progetto operativo predisposto per 2009/10:

Estensione certa del post-triage.

Miglioramento dell'accoglienza, dell'umanizzazione e degli aspetti informativi in tutti i PS dei presidi.

Allestimento anche di locali per la rivalutazione dei pazienti post-triage.

Punto 4

predisposizione di cartellonistica e materiale informativo:

Prima realizzazione del punto citato nell'obiettivo:

Nei 4 DEA-PS principali (Tortona, Novi, Acqui e Casale) è presente cartellonistica informativa del funzionamento e dell'organizzazione dei DEA-PS.

Sono esplicitate nella cartellonistica e nei depliant informativi le metodologie di triage ed i codici colore che vengono assegnati ai pazienti in attesa. In due PS-DEA sono attivi anche sistemi che utilizzano apparecchiature audio per comunicare ai pazienti informazioni di carattere generale oltre che sui tempi di attesa.

Progetto operativo predisposto per 2009/10:

Rinnovo della cartellonistica e il perfezionamento dei libretti informativi.

Corsi di front office sanitario, installazione di TOTEM digitali per informazioni in tempo reale tramite immagini, comunicazioni grafiche ed vocali.

Punto 5

coinvolgimento del volontariato

Prima realizzazione del punto citato nell'obiettivo:

Un forte coinvolgimento delle associazioni di volontariato è in atto da anni in tutti i PS-DEA e PPI. In pratica tutti i trasferimenti le domiciliazioni post ricovero dopo osservazione sono affidate alle associazioni di volontariato (CRI, CROCE BIANCA, CROCE VERDE, MISERICORDIA ECC) Le stesse associazioni forniscono ambulanze o altri mezzi, con personale adeguato, per i trasferimenti medicalizzati o protetti con infermiere a bordo.

In alcune realtà sono presenti i volontari di associazioni (tipo AVO) che forniscono un supporto non sanitario ai pazienti in attesa, specie ai pazienti anziani che necessitano di compagnia, di supporto psicologico, di ausili per comunicare telefonicamente, di alimentarsi, ecc..

Progetto operativo predisposto per 2009/10:

Miglioramento dei rapporti e l'organizzazione con le associazioni di volontariato che forniscono mezzi e materiali per i trasferimenti dei pazienti. Incrementare la presenza delle associazioni dei volontari ospedalieri (AVO) per migliorare l'assistenza non sanitaria dei pazienti in attesa o in osservazione.

MODELLO ORGANIZZATIVO WEEK SURGERY

Week Surgery P.O. Casale

Da circa una decina di anni è stato sperimentato, sviluppato e portato a regime un modello di week surgery nell'ambito del Presidio Ospedaliero di Casale M. per la disciplina di otorinolaringoiatria; tale modello ha rappresentato una forma innovativa di organizzazione dell'attività chirurgica con risultati decisamente soddisfacenti in termini di efficienza del sistema, corretta gestione delle risorse, appropriatezza dell'offerta, qualità delle prestazioni, soddisfazione dell'utenza.

	ANNO2007			ANNO2008			ANNO2009			8M2010		
	TOT	RO	DH	TOT	RO	DH	TOT	RO	DH	TOT	RO	DH
	Casi	Casi	Casi	Casi	Casi	Casi	Casi	Casi	Casi	Casi	Casi	Casi
ORL CASALE REPARTO	493	220	273	505	277	228	525	280	245	327	151	176

Progetto di riorganizzazione sperimentale attività Week Surgery e Day Surgery P.O. Ovada

Negli ultimi anni l'approccio alla chirurgia è stato notevolmente modificato, dapprima con la nascita di un nuovo modello organizzativo di ricovero e cura quale la Day Surgery e successivamente con la diffusione e l'ampliamento delle indicazioni della Chirurgia videoassistita o laparoscopica.

La chirurgia di giorno (Day Surgery o One Day Surgery, nella quale è previsto un pernottamento) ha permesso una riorganizzazione delle U.O. di Chirurgia; infatti accanto agli interventi chirurgici più complessi con carichi assistenziali maggiori e maggiore utilizzo di risorse, sono andati delineandosi una serie di prestazioni terapeutiche, più veloci e tecnicamente più semplici, effettuati molto spesso in anestesia locale o loco-regionale tali da consentire una immediata o rapida dimissione ospedaliera.

Attualmente oltre il 50% degli interventi può essere effettuato in day-surgery con dimissione in giornata o dopo una notte di pernottamento (one-day-surgery). Questo tipo di gestione può essere applicato a tutte le branche specialistiche: dalla ginecologia all'ortopedia, dall'oculistica alla dermochirurgia all'otorinolaringoiatria. Nell'ambito della chirurgia generale dalla proctologia alla flebologia, alla chirurgia della parete addominale e della mammella, fino a pratiche laparoscopiche, come la colecistectomia, con ottimi risultati.

L'ulteriore necessità di garantire sempre più l'appropriatezza sanitaria, legata anche alla carenza di personale, alla riduzione progressiva dei posti letto delle U.O. di Chirurgia, con il conseguente obbligo della loro occupazione ottimale, la razionalizzazione delle risorse, associati alla diffusione dell'inquadramento diagnostico generale e specifico della patologia da trattare in regime di prericovero, ha recentemente definito una ulteriore entità, inserita nell'ambito dei ricoveri ordinari, ma con degenza post-operatoria inferiore ai 5 giorni, dimissione precoce, controllo clinico ambulatoriale, rimozione dei punti e medicazione dopo 7 giorni dall'atto chirurgico. Tali pazienti caratterizzati da un recupero postoperatorio più veloce e da un carico assistenziale inferiore, possono arrivare a rappresentare a loro volta il 40-50% degli utenti trattati in regime ordinario e delineano una terza categoria di pazienti sottoposti ad intervento chirurgico, intermedia tra la One Day Surgery ed il Ricovero Ordinario classico.

Tale entità viene definita come Week Surgery o Ospedale feriale. Infatti sottoponendo ad intervento chirurgico tali pazienti il lunedì o il martedì, monitorando il decorso post-operatorio per un tempo sufficientemente sicuro, programmando la dimissione entro il venerdì pomeriggio (ore 16.00), distribuendo direttamente i farmaci necessari nell'immediato post-operatorio (analgesici, antibiotici, antiacidi etc.), attivando la continuità assistenziale e le cure domiciliari alla dimissione dal Reparto stesso, si può utilizzare il settore chirurgico dedicandolo al Day Surgery e al Week Surgery, senza degenze e quindi liberare il personale sanitario e di assistenza dal venerdì pomeriggio al lunedì mattina.

Le patologie trattabili e le prestazioni chirurgiche erogabili in tale regime, che presentino requisiti ottimali, possono essere così riassunte:

1. prolasso rettale, rettocele etc;
2. confezionamento o chiusura di colo-ileo-stomia;
3. chirurgia mammaria;
4. colecistectomia;
5. laparocele;
6. plastica antireflusso;
7. tireoidectomia;
8. PEG;
9. appendicectomia;
10. laparoscopia diagnostica o terapeutica;
11. ernia inguinale

Tale modello si configura quindi in un sistema organizzativo di accoglienza programmata, per patologie che richiedono prestazioni chirurgiche di breve

durata e media entità, eseguite in anestesia generale o loco regionale e con sistemi di drenaggio post-operatorio mantenuti per periodi limitati.

Il progetto trova fondamento nei risultati di uno studio sull'attività chirurgica svolta presso il Presidio di Ovada nell'anno 2009 dalle UU.OO. e/o specialità coinvolte.

Dai dati di ricovero 2009 emerge che circa il **70% (69,13%)** dei DRG's delle specialità chirurgiche sono riferiti al regime di day surgery - day hospital, che una parte significativa dell'attività chirurgica in ricovero ordinario ha una **degenza media di 6gg.** e che il **tasso di occupazione** dei posti letto della chirurgia è **inferiore al 70% (65,6%).**

Sulla base dei dati suesposti, sembra ragionevole attivare in via sperimentale presso il Presidio Ospedaliero di Ovada, una degenza di Week Hospital (definito anche Week Surgery) costituito da n. 12 posti letto siti al 2° secondo piano, aperto da lunedì dalle ore 7.00 al venerdì alle ore 16.00, comprensivi degli attuali n. 4 letti utilizzati per la day surgery con l'attività operatoria concentrata nei primi giorni della settimana e specificatamente il martedì e giovedì per la Chirurgia ed il lunedì e mercoledì per l'Ortopedia.

Le UU.OO. e/o specialità coinvolte in questa fase iniziale sono :

- Chirurgia Generale
- Ortopedia e Traumatologia
- Chirurgia Plastica
- Urologia.

Nel Week Hospital verranno ricoverati in elezione pazienti con patologie richiedenti degenze medie inferiori a cinque giorni, sia per le patologie trattate che per le condizioni cliniche.

Per i ricoveri non programmati, si allega lettera del Dr. La Ganga e si precisa che gli stessi verranno comunque effettuati nei termini concordati dai Responsabili SOC SOS Medicina – Chirurgia – RRF e Pronto Soccorso.

Il progetto è reso fattibile dall'attuale efficiente organizzazione del prericovero chirurgico che, presso la struttura, è da tempo centralizzato presso l'attuale Day Surgery.

L'organizzazione prevede la presenza di personale infermieristico dedicato, con una caposala che gestisce il servizio di prericovero chirurgico su indicazione degli specialisti, congiuntamente alla coordinatrice della sala operatoria. Gli specialisti programmano le sedute operatorie, secondo i recenti protocolli implementati per il Blocco Operatorio.

Gli **obiettivi** sono:

- ottimizzare l'attività specialistica chirurgica valorizzando le risorse attuali;
- migliorare l'appropriatezza dei ricoveri, tendendo a percorsi individuali di intensità di cura anche nel rispetto delle indicazioni dei LEA e delle linee guida delle società scientifiche;

- umanizzazione dell'ospedale;
- degenze più brevi programmate e rispettate, con gradimento dei pazienti per percorsi standardizzati e guidati;
- migliore utilizzo delle risorse infermieristiche;
- ottimizzazione ed incremento dell'attività chirurgica con una più efficiente utilizzo della sala operatoria.

Le sedute operatorie saranno ridistribuite tenendo in considerazione la necessità di utilizzare per la week i primi giorni della settimana e per la day surgery e/o one day surgery la seconda parte, utilizzando i posti letto secondo un modello dipartimentale integrato per intensità di cura e non per UU.OO.; nel caso di necessità di permanenza in degenza ordinaria di utenti delle UU.OO. di Chirurgia e di Ortopedia -Traumatologia per il prolungamento delle cure e/o del ricovero, verranno organizzati ricoveri concordati presso le UU.OO. di RRF e/o di Medicina. Parimenti le urgenze e/o le osservazioni brevi chirurgiche che richiedono un impegno di cura più elevato in un tempo ristretto, troveranno soluzione attraverso l'utilizzo dei P.L. disponibili nel P.O. Si prevede comunque, in considerazione dei numeri ridotti di "prolungamenti" di degenza di individuare:

- n. 2 letti c/o l'U.O. di RRF per eventuali ricoveri riabilitativi con priorità di trasferimento dall'U.O. di Chirurgia e quindi dalla Medicina del P.O. di Ovada;
- n. 2 letti c/o l'U.O. di Medicina per eventuale necessaria ulteriore degenza di pazienti chirurgici complicati;
- n. 2 letti attivati oltre ai due già presenti in astanteria c/o il P.S. per le Osservazioni Brevi.

Nella giornata del mercoledì incontro congiunto fra le UU.OO. e Distretto per programmazione fine attività e trasferimento pazienti in cure domiciliari e/o continuità assistenziale.

Le attività di WS potranno subire ulteriori incrementi di specialità e specialisti, sulla base dei bisogni di salute della popolazione.

Viene garantita la presenza di una unità CPS Infermiere e dell'eventuale O.S.S. nelle giornate del sabato e della domenica con orario diurno (turni mattino e pomeriggio) in appoggio nell'U.O. individuata per la degenza dei pazienti non dimissibili e/o per integrazione del sistema dei trasporti.

Alla migliore gestione del progetto e delle attività vengono collegate le procedure in atto recentemente aggiornate e implementate relative a:

- protocollo dei Trasporti secondari protetti e non (PS – Reparti – accompagnamento Anestesista e RCP);
- protocollo per la Gestione delle attività del Blocco Operatorio e delle sedute operatorie per ogni singola giornata;
- protocollo per organizzazione integrata delle attività di gastro-endoscopia.
- protocollo per l'Osservazione Breve di Pronto Soccorso.

I risultati ottenuti

L'equilibrio della gestione

Di seguito si forniscono alcune informazioni sui risultati economici conseguiti da questa Direzione (2006/10), tenuto conto che le cifre del triennio 2005/07 rappresentano il consolidamento delle tre estinte ASR.

Nell'anno 2005 le tre ASL attingevano al FSR una quota capitaria pesata pari a 642,3 milioni di euro; tali fondi tuttavia non erano sufficienti alla copertura dell'intero fabbisogno dovendosi dunque dichiarare una maggiore necessità di risorse in misura di **30 milioni** assegnate a titolo di "ripiano disavanzi" ed una perdita non coperta di circa **7 milioni**; all'atto del commissariamento le aziende vennero, tutte tre, classificate in "grave squilibrio economico finanziario" con lievi differenze in ordine alla consistenza dell'inefficienza.

Nel 2006 si provvide ad iniziare un percorso di risanamento "di breve periodo" (così definito dagli organi regionali) in attesa di ridefinire gli assetti del SSR ed i conseguenti piani di rientro. In quell'esercizio le maggiori risorse necessarie, rispetto alla quota capitaria pesata, si consolidarono ai **30 milioni** del 2005 mentre la perdita non coperta scese a circa **2 milioni**.

Nel 2007 si proseguì in tale percorso riducendo il maggior bisogno, rispetto alla quota capitaria pesata, a **29 milioni** di euro ed **azzerando** la perdita non finanziata.

Nel 2008 il definitivo assetto giuridico consentì di sviluppare fortemente una politica di razionalizzazione nell'impiego di risorse e di raggiungere così l'equilibrio economico finanziario già nel primo anno di vita di ASL AL; ovvero per via del "tecnicismo" della mobilità sanitaria, furono assegnati ulteriori **6,1 milioni**, necessari a finanziare la maggiore produzione delle aziende pubbliche erogata in eccesso rispetto ai parametri fissati dalla Regione nel definire i piani di rientro.

Analogamente va ricordato che l'ASL AL fu l'unica in Piemonte a non necessitare di finanziamenti aggiuntivi a copertura della produzione dei privati accreditati. Conseguente che, al netto del "tecnicismo" di cui sopra, **non** si registrarono né maggior fabbisogno né, ovviamente, perdite non coperte. In quell'anno la Regione assegnò un ulteriore obiettivo circa il costo del personale, il tetto di spesa posto con DGR 1-8611/2008 (215,6 mln/euro) fu rispettato come emerge dal bilancio dell'esercizio.

Nel 2009, i risultati economici, ad oggi ormai ampiamente cristallizzati, segnano il raggiungimento dell'equilibrio economico e finanziario della gestione senza necessità di ulteriori trasferimenti al alcun titolo richiesti.

Di seguito si rappresentano alcuni fondamentali economici relativi alla gestione di questa Direzione (2006710), tenuto conto che i dati del triennio 2005/07 rappresentano il consolidamento delle tre estinte ASR

ASL AL	2010	2009	2008	2007*	2006*	2005*
Contributi di fondo indistinto	772.284	761.661	741.524	708.240	666.449	642.333
contributi per ripiano perdite	0	0	6.150	29.008	30.118	30.164
totale fabbisogno	772.284	761.661	747.674	737.248	696.547	672.497
incremento contributo indistinto	1,39%	2,72%	4,70%	6,27%	3,75%	
incremento fabbisogno	1,39%	1,87%	1,41%	5,84%	3,58%	
Risultato di gestione determinato ai sensi art. 1 co. 173 L. 311/04 s.m.i.	0	0	0	0	-2.020	-6.791

* consolidamento 3 asl estinte

Precisato che:

- per contributi di fondo indistinto si intende il riparto del FSR, esso dovrebbe rappresentare, unitamente ai ricavi propri (per ASL AL circa 14 mln ovvero > ricavi 2%), le risorse necessarie a chiudere la gestione in equilibrio senza ulteriori assegnazioni
- per totale fabbisogno si intendono le complessive risorse necessarie alla copertura di tutte le spese rappresenta, in altre parole, la misurazione indiretta dei costi della gestione escluso il disavanzo
- per contributo ripiano perdite si intende la differenza tra le due grandezze precedenti, tale importo è inversamente proporzionale all'efficienza della gestione (se zero = FSR copre tutti i costi = situazione di perfetto equilibrio)
- per risultato di gestione si intende il disavanzo registrato al lordo di tutti i trasferimenti aggiuntivi rispetto ai punti 1) e 2) ovvero, nel bilancio regionale non esistevano risorse per coprire tali perdite
- nel caso in specie il contributo ripiano perdite anno 2008 è da riferirsi esclusivamente a riaddebiti di costi in mobilità sanitaria. Gli indirizzi regionali sulla gestione 2008 disponevano l'invarianza della produzione rispetto al budget assegnato in fase di previsione.

Tutto ciò chiarito si evidenziano gli indici di incremento del FSR e del Fabbisogno come sopra definiti dai quali è facilmente deducibile che il

risanamento del bilancio è stato raggiunto attraverso una importante razionalizzazione dei cicli produttivi e dei fattori in essi impiegati infatti la positiva differenza tra incremento di finanziamento ed incremento di fabbisogno rappresenta concettualmente il riassorbimento del ripiano (leggasi anche maggiore fabbisogno non coperto da FSR).

Nel 2010 le ASR sono state chiamate a sottoscrivere un piano di rientro ovvero, se trattasi di Aziende già in equilibrio, un piano per il mantenimento del medesimo così come previsto con DGR 30-43/2010.

Per quanto riguarda l'ASL AL l'accordo in parola, considerata la situazione di equilibrio sopra evidenziata, si sostanzia essenzialmente in:

- definizione delle risorse disponibili, intese come vincolo di spesa per la complessiva gestione dell'anno; in misura di 772,3 mln; al proposito esistono ad oggi sufficienti elementi per affermare che l'obiettivo sarà sostanzialmente raggiunto
- vincolo alla spesa relativa al personale dipendente in ragione di 216,1 mln euro; al proposito è da ricordare che analogo obiettivo (in misura ovviamente diversa) era già previsto per la gestione 2008 e 2009 e sempre raggiunto dall'azienda. Stante dunque "l'allineamento" già prodotto in tali esercizi, l'azienda è nella condizione di rispettare il vincolo, di non dover operare "tagli" indiscriminati ma al contrario può procedere ad una sostanziale copertura del turn – over nelle professioni sanitarie e anche, ove necessario, potenziare gli organici con economie sugli altri ruoli. In altre parole, il corposo lavoro di riorganizzazione svolto consente di non porre il sistema sotto eccessivo stress, il ché, data la congiuntura economica che stiamo attraversando, pare un ottimo risultato.

L'accordo prevede inoltre impegni – non quantificati economicamente – e tesi a:

- non sottoscrivere nuovi contratti che comportino l'incremento di costi per prestazioni specialistiche ed ospedaliere acquistate da strutture private nelle more delle linee guida regionali; in virtù di ciò l'azienda ha basato la sua programmazione sui contratti, in regime di proroga, già sottoscritto per il 2009
- razionalizzare gli acquisti, agendo sulla gamma dei beni da acquistare, sulle clausole contrattuali e sull'aggregazione dei processi di acquisto
- responsabilizzare i medici prescrittori, dipendenti e convenzionati; nel merito l'azienda ha già da tempo attivato – ed ora potenziato – sessioni di lavoro, estese anche ai farmacisti, per un sempre più razionale impiego di risorse

- in generale non modificare gli atti aziendali e comunque a non attivare nuovi servizi con conseguenti maggiori oneri per l'anno in corso e quelli futuri; non risultano ad oggi provvedimenti adottati in contrasto con l'accordo.

Ritenendo infine importante un richiamo all'evoluzione complessiva della gestione nel periodo considerato pare significativo riferire che l'indice di incremento del fabbisogno dell'ASL AL per il quinquennio 2006/2010 è pari al 10,8%, nel medesimo periodo il FOI (indice nazionale dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati – fonte ISTAT) segna un incremento del 10,1%; anche questo, tenuto conto dell'oggettivo potenziamento di alcuni servizi – primo tra tutti l'assistenza residenziale – così come le prestazioni di specialistica ambulatoriale pare un altro buon risultato.

Il Personale

Spesa del personale totale per l'ASR (€/1000)

	Spesa 2004	Spesa 2008 (consuntivo)	Spesa 2009 (consuntivo)	Spesa 2010
Personale dipendente	178.752	203.762	211.732	213.579
ruolo sanitario	136.276	157.796	163.508	164.768
ruolo tecnico	21.675	22.649	23.862	24.585
ruolo professionale	388	500	436	431
ruolo amministrativo	20.413	22.818	23.926	23.796
Totale costo personale dipendente	178.752	203.762	211.732	213.579
+ - saldo ferie e straordinari maturati e non goduti	-	492	- 1.748	
Totale costo personale dipendente al netto ferie maturate e non godute	178.752	203.270	209.984	213.579
di cui Personale stabilizzato (vedi nota allegata)				-
di cui Personale stabilizzato (vedi nota allegata)				-
di cui Personale tempo determinato (vedi nota allegata)				-
Altre forme di acquisizione di personale (come da dettaglio allegato)	7.055	10.584	7.048	6.924
di cui inquadrabili nel ruolo sanitario	6.390	7.610	4.977	4.732
di cui inquadrabili nel ruolo tecnico	357	2.212	1.769	1.967
di cui inquadrabili nel ruolo professionale	116	155	158	148
di cui inquadrabili nel ruolo amministrativo	192	607	144	77
IRAP (person. dip. + altre forme contrattuali)	13.067	14.526	14.286	14.520
Oneri per rinnovi contrattuali succedutisi dopo il 2004, compresa la relativa IRAP. Per il 2010 bisogna inserire solamente l'indennità di vacanza contrattuale eventualmente contabilizzata tra i costi di personale		23.952	31.854	31.854
Totale lordo (1+2+3-4)	198.874	204.920	201.212	203.169
Totale recuperi (come da dettaglio allegato)	3.379	4.154	5.089	6.201
Rettifiche				
Rettifiche per trasferimento personale da altra amministrazione				
Rettifiche per trasferimento personale ad altra amministrazione				
Rettifiche per assunzioni autorizzate PRR 2008-10		1.004	1.633	2.099
Rettifiche per assunzioni derivanti da variazioni organizzative (allegare specifico dettaglio)				
Personale da altre Asr Piemontesi (costi)				
Rimborsi da altre Asr Piemontesi (ricavi)				
Totale netto (rigo 5-6-7+8-8bis-8ter+8quater-8quinques)	195.495	199.762	194.491	194.869
	192.758			

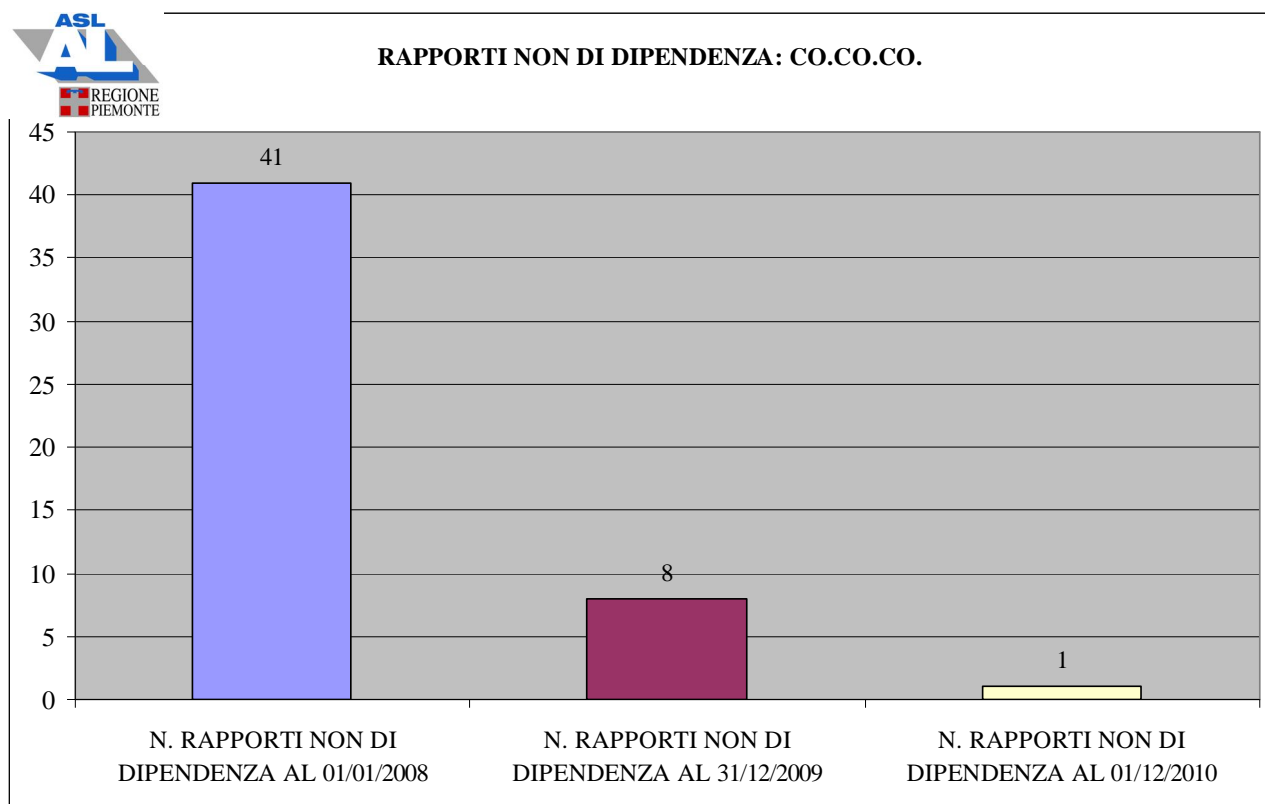
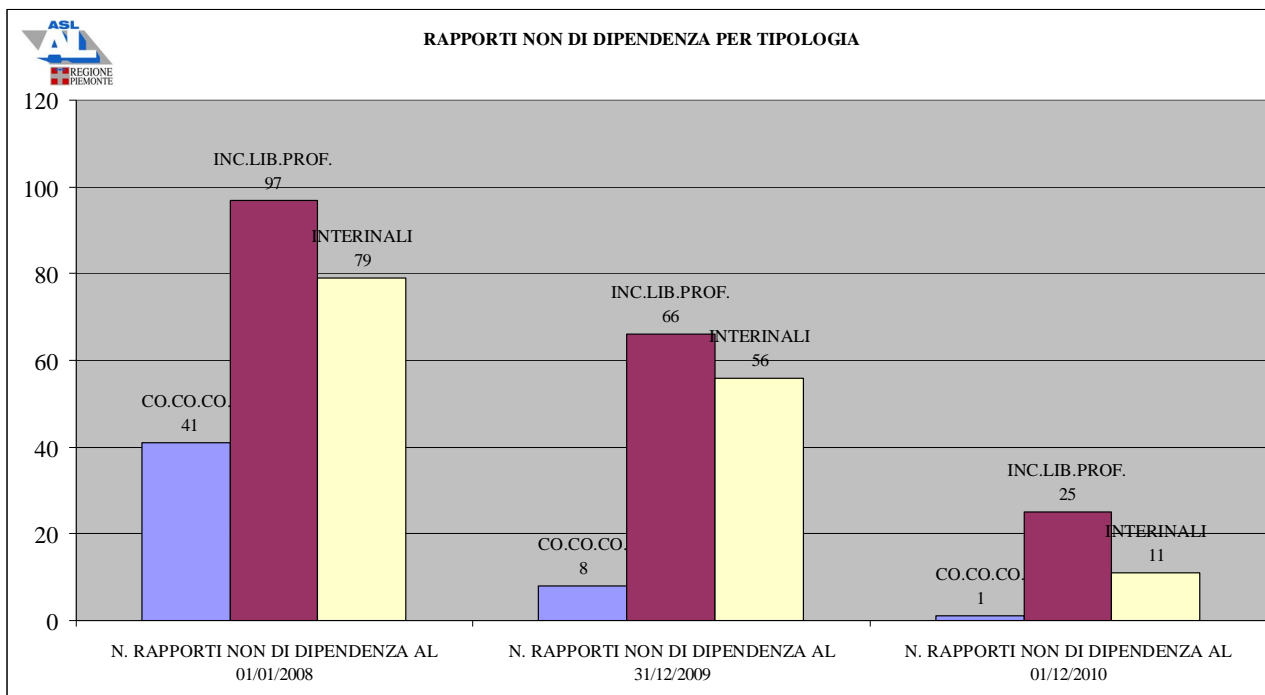
Il tetto del costo del personale per il 2010 è fissato in euro 216 milioni con riferimento a personale dipendenti e interinale; i costi accertati nel bilancio di verifica al 31/10 consentono di confermare - senza dubbio alcuno - che tale tetto sarà rispettato al 31/12. Si precisa che nel contempo non si registrano incrementi nel ricorso ad altre forme di lavoro.

Per quanto attiene all'evoluzione dei costi del personale, universalmente inteso, per il periodo 2004/2010, come si può facilmente evincere dalla precedente tabella, il costo 2010, in termini assoluti, è inferiore a quello del 2004 e pressoché in linea con il parametro di finanza pubblica.

euro/000

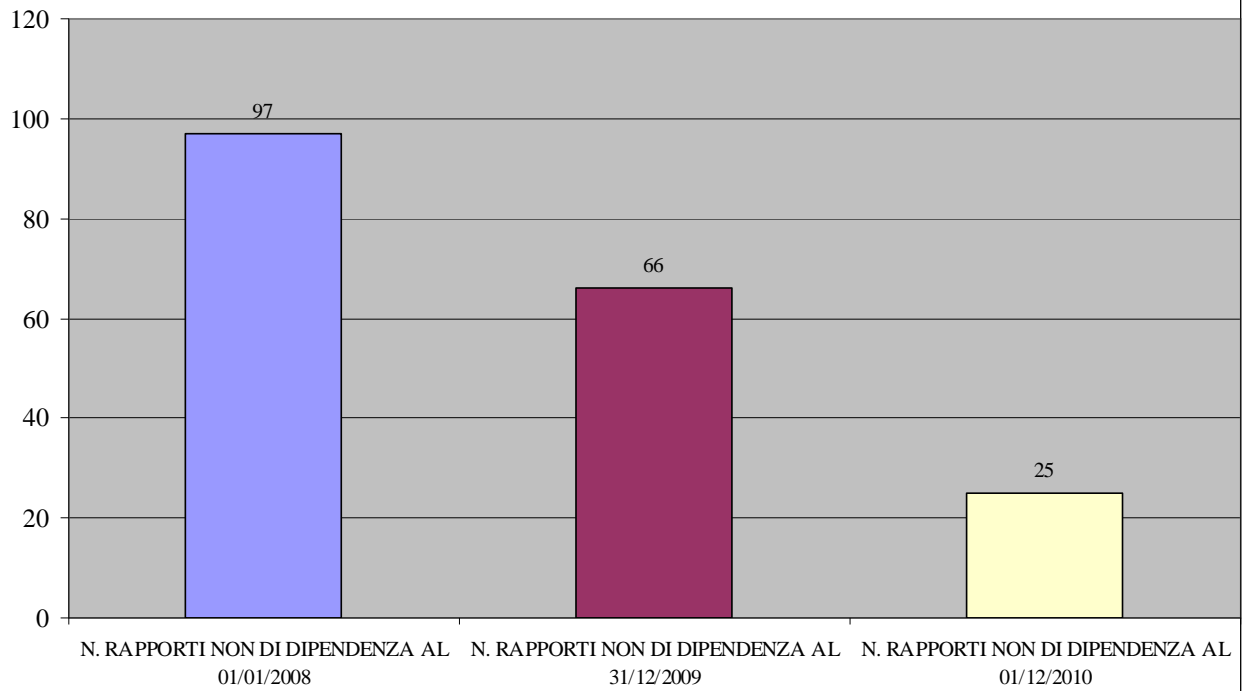
02 - Altre forme di acquisizione di personale	Spesa 2004	Spesa 2008 (consuntivo)	Spesa 2009 (consuntivo)	Spesa 2010
<i>dettaglio</i>				
personale tirocinante e/o borsista	185	226	357	277
personale reliigioso convenzionato	116	155	158	148
assegni di studio				
prestazioni lavoro coord.e cont.sanitarie	507	1.932	308	4
prestazioni lavoro coord.e cont.non sanitarie	357	492	46	20
agenzie di lavoro interinale	432	3.969	1.927	2586
assist.sanitaria infermieristica da soggetti/enti privati esterni				
acquisto prestazioni professionali sanitarie individuali	2533	1.878	2.526	1541
acquisto prestazioni professionali non sanitarie individuali	174	474	387	327
acquisto prestazioni professionali da ASL	587	438	494	737
acquisto prestazioni professionali da ASO	505			
personale in comando da altre ASR (precisare conto)				
integrazione trattamento economico personale universitario (cd Demaria)				
altro (specificare)	1660	1.020	846	1286
Totale da riportare alla riga 2	7056	10.584	7.048	6.924

Rapporti non di dipendenza

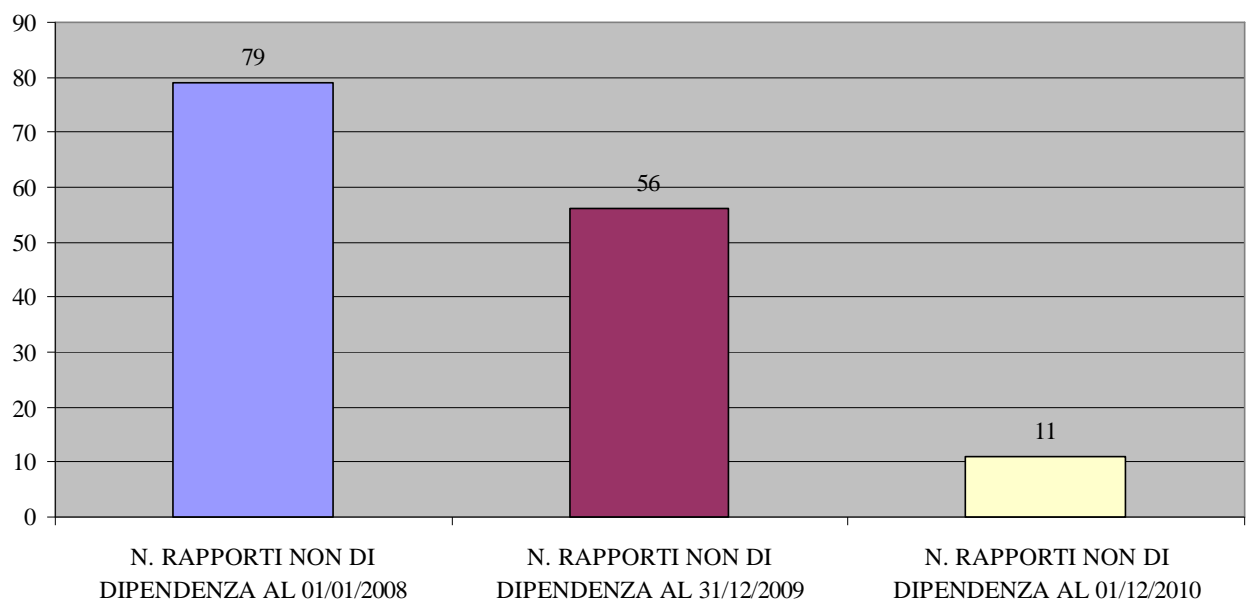




RAPPORTI NON DI DIPENDENZA: INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI



RAPPORTI NON DI DIPENDENZA: INTERINALI



ASL AL ANDAMENTO CONSISTENZA NUMERICA PERSONALE ASSIMILATO, ECC.				
	N. RAPPORTI NON DI DIPENDENZA AL 01/01/2008	N. RAPPORTI NON DI DIPENDENZA AL 31/12/2009	N. RAPPORTI NON DI DIPENDENZA AL 01/12/2010	DIFFERENZA RISPETTO AL 1/1/2008 ANNO COSTITUZIONE ASL AL
CO.CO.CO.	41	8	1	-40
INC.LIB.PROF.	97	66	25	-72
INTERINALI	79	56	11	-68
TOTALI	217	130	37	-180

L'ultima tabella, in particolare, testimonia il risultato del processo di stabilizzazione del personale attuato nel corso degli anni 2008-2010, con superamento di situazioni di "preariato" e positivi riscontri anche in termini di equilibrio economico.

Gli investimento nei progetti e nell'innovazione

RIEPILOGO INTERVENTI ALLE STRUTTURE A.S.L. AL – Periodo 2006 / 2010

**Interventi realizzati, in corso d'opera o finanziati ed in fase di progettazione o di gara d'appalto
SITUAZIONE AL 30/09/2010**

Si riassumono di seguito (suddivisi per sede) gli interventi alle strutture dell'A.S.L. AL, realizzati negli ultimi anni, oppure in corso d'opera o già finanziati e per i quali è in corso la progettazione o la gara per l'affidamento dei lavori –

Interventi finanziati con finanziamenti finalizzati o fondi propri dell'ente - Conto capitale.

ACQUI TERME – Importo complessivo €14.234.282

ULTIMATI O IN CORSO :

1) Ristrutturazione ed adeguamento normativo del P.O. 2° lotto (3° - 4° e 6° piano)

Lavori CONCLUSI – Strutture attive 2006 – Impresa appaltatrice Notarimpresa S.p.a. di Novara

Importo complessivo di spesa €3.072.918,00

Finanziamenti : art.20 L. 67/88 Determina Regione Piemonte n°216 del 04.09.2002

2) Ampliamento ospedale. Realizzazione di nuovo blocco operatorio (n°4 sale operatorie) al primo piano e DEA , terapia intensiva e riabilitazione al piano terra

Lavori CONCLUSI – Strutture attive 2006 -Impresa appaltatrice : C.E.R. di Bologna

Importo complessivo di spesa € 8.500.000,00 (incluso allestimento ed arredi)

Finanziamenti : Reg. Piemonte DGR n°37-23233 /1997 di € 1.549.370 + Det. 59/05 di € 1.669.746

Fondazione CRAL per € 1.501.441,38 - Mutuo di € 3.415.508,22 - Fondi propri € 428.933,56

3) Ristrutturazione dell'impianto trattamento aria del P.O. di Acqui Terme

Lavori CONCLUSI – Impianto attivo

Importo di progetto € 213.000,00 così ripartiti:

Finanziamento : Contributo regionale DGR 86-6713 del 2007.

Opere meccaniche ed elettriche - Inizio lavori 2007 - Impresa appaltatrice : RELCO S.r.l. di Milano

Opere edili - Inizio lavori gennaio 2008 - Impresa appaltatrice Morrielli Costruzioni S.r.l. di Molare –

4) Ristrutturazione ed adeguamento normativo dei locali del primo piano dell'ospedale, da destinare ad ambulatori per attività intramena e nuovo centro trasfusionale

1 Intramena - Inizio lavori : 09.07.2007 – **Lavori CONCLUSI 2009 – Locali utilizzati**

Impresa appaltatrice : R.T.I. : Cavelli S.r.l. di Acqui Terme / Rinaldi Biagio / Oddino & C. –

2 Centro trasfusionale - **Lavori CONCLUSI 2010 - Ditte diverse**

Importo complessivo di spesa 1 + 2 = € 532.916,00

Finanziamento : D.lgs 254/00 - DGR n°6-6158/2002 € 490.634,10 (1) + fondi propri € 42.282,00 (2)

5) Completamento opere edili (spogliatoi personale piano interrato) e sistemazione aree esterne

Inizio lavori 14.12.2007 – **Lavori CONCLUSI – Struttura attiva luglio 2010**

Impresa appaltatrice : Termoclima S.r.l. di Asti - Importo complessivo di spesa € 342.563,00

Finanziamento : Contributo regionale D.D. n°59 del 2005 € 324.751,95 + fondi propri € 17.811,00

INTERVENTO URGENTE GIA' PROGETTATO IN ATTESA DI FINANZIAMENTO :

1) Ristrutturazione ed adeguamento normativo di parte del piano secondo del PO di Acqui Terme, da destinare a degenze ortopedia e orl

Importo presunto di spesa € 1.100.000,00

Fase progettuale CONCLUSA.

Intervento inserito programmazione Edisan 2010/2012 priorità 1 - In attesa di finanziamento

Altri lavori Acqui :

Manutenzioni straordinarie generiche che nel complesso hanno apportato migliorie alle strutture. (Conto capitale fondi propri dell'ente).

Anno 2006 –

Descrizione sommaria : Opere elettrica completamento BO – Nuova linea gas medicali – Opere edili impianti elevatori -

Importo complessivo € 93.355,00

Anno 2007 –

Descrizione sommaria : Impianto DESIGO per SO – Gruppo frigo Villa Mater uffici – Pensiline PO (dialisi, Vani tecnici) - Opere elettriche ed edili CUP e laboratorio –

Importo complessivo € 95.689,00

Anno 2008 –

Descrizione sommaria : Fornitura n°2 gruppi frigo PO – Riparazione compressore centrale frigorifera PO – Riparazione gruppo elettrogeno PO – Sostituzione accumulatori gruppo continuità dialisi –

Importo complessivo € 87.143,00

Anno 2009 –

Descrizione sommaria : Rifacimento muro recinzione distretto – Manutenzione straordinaria ascensori RSA – Modifica sistema controllo imp. condizionamento BO – Sostituzione batterie post riscaldamento BO – Fornitura n°2 gruppi frigo PO – Manutenzione straordinaria gruppo elettrogeno PO – Vetrificazione vasca acqua potabile – Fornitura condizionatore fisso in cardiologia

Importo complessivo € 141.698,00

Anno 2010 –

Descrizione sommaria : Ripassatura parte tetto distretto di via Alessandria - Adeguamento impianti elevatori - Importo complessivo € 55.000,00 – Oltre ad altri interventi in programmazione

ALESSANDRIA – Importo complessivo €5.139.038,09

ULTIMATI O IN CORSO :**1. Restauro, risanamento conservativo e adeguamento agli standards residenziali del complesso ex ECA di Alessandria da destinarsi a Hospice.**

Inizio lavori : 27.01.2005 – **Lavori conclusi anno 2006**

Impresa appaltatrice : Romano Costruzioni & C. srl

Importo complessivo di spesa € 826.331,04

Finanziamento D.M. 04.05.2001: € 826.331,04

2. Ampliamento – Ristrutturazione – Restauro – Manutenzione straordinaria del presidio “Luigi Patria” da destinarsi a sede dipartimentale e distrettuale di Alessandria..

Inizio lavori : 10.02.2004 – **Lavori IN CORSO**

Impresa appaltatrice : Domus Nova Costruzioni s.r.l.

Importo complessivo di spesa € 1.807.599,55

Finanziamento: € 1.807.599,55

3) Distretto di Alessandria : Completamento e recupero funzionale dell' area ex dialisi, manutenzione corridoi del seminterrato, risistemazione ingresso principale etc. del Dipartimento territoriale " Patria" di Alessandria

LAVORI AGGIUDICATI

INIZIO LAVORI:

Importo complessivo di spesa : € 850.000

Finanziamento : DGR 49-8994 del 16.06.2008 Edisan 2008

FINANZIATI - IN FASE DI PROGETTAZIONE O APPALTO :

2) Lavori di manutenzione straordinaria coperture varie ex ospedale psichiatrico S. Giacomo di Alessandria

In fase di aggiudicazione lavori –

Importo complessivo di spesa : € 565.000,00

Finanziamento : DGR 49-8994 del 16.06.2008 Edisan 2008

3) Distretto di Alessandria ex presidio San Giacomo : manica ex museo Lombroso – Rifacimento copertura, intonaco esistente e sostituzione serramenti esterni. Hospice rifacimento copertura esistente

Incarico progettazione già affidato – Progettazione preliminare in corso

Importo complessivo di spesa : € 600.000,00

Finanziamento : DGR 40-11758 del 13.07.2009 Edisan 2009

Altri lavori : Manutenzioni ordinarie e straordinarie generiche che nel complesso hanno apportato migliorie alle strutture. (Conto capitale fondi propri dell'ente).

EDILE

Anno 2006 / 2007 – Ditta Costruzioni Generali srl - descrizione sommaria: realizzazione scala in ferro Alessandria, completamento Casa della Salute Castellazzo, completamento distretto sanitario Spinetta Marengo, tinteggiature varie, piccola manutenzione e sgombero neve.

Importo complessivo **€168.000,00**

Anno 2008 - Descrizione sommaria : Ripassatura porzione di tetto Hospice, Realizzazione opere di completamento alla realizzazione della nuova mensa, Ristrutturazione uffici per nuova sede servizio di Prevenzione e Protezione, tinteggiature varie e piccola manutenzione

Importo complessivo **€87.240,00**

Anno 2009 - Descrizione sommaria : Riparazione tetto ammalorato museo "Lombroso", Riparazione soffittatura presso il centro Down, Tinteggiatura e ripristino uffici per nuova sede Serv. Veterinario di Tortona, Ripristino tratto fognario Hospice, Demolizione e rifacimento pilastri presso casa di riposo di Pontecurone. Demolizione e rifacimento controsoffittatura pericolante presso S.e.r.t. ed Ufficio Tecnico, Realizzazione e messa in sicurezza dell'area circostante alla Cascina Spandonara.

Importo complessivo **€199.867,50**

IMPIANTI ELETTRICI

Imprese varie

Anno 2008/2009 – descrizione sommaria: manutenzione straordinaria impianto rilevazione fumi e illuminazione di sicurezza, rifacimento impianto rilevazione fumi RSA Castelnuovo Scriveria, rifacimento line Poliambulatorio via Sada, sostituzione centrale antincendio poliambulatorio Patria, manutenzione straordinaria porte tagliafuoco e uscite di sicurezza, manutenzione straordinaria impianto locali servizio veterinario via Galileo Galilei

Importo complessivo **€35.000,00**

CASALE MONFERRATO - Importo complessivo € 36.986.390,92

ULTIMATI O IN CORSO :

ANNO 2006

1) Messa a norma e adeguamento impianti elettrici, condizionamento e riscaldamento padiglione ALA EST - P.O. S.Spirito

Inizio lavori: 20.12.2005; Ultimati i lavori nei Reparti Neurologia e Diabetologia - strutture in funzione.

Rescissione contrattuale in danno all' impresa in data 20/04/2009; Nell' ottobre 2010 indetta gara per il riappalto dei lavori di completamento.

Impresa appaltatrice : GENERAL IMPIANTI - COGEM di Roma

Importo finanziato € 4.719.899,60; Importo speso € 2.212.786,00

Finanziamento: Art. 20 II Fase Lg. 67/88

2) Ristrutturazione e messa in sicurezza - Impianti elettrici P.O. S.Spirito; opere edili di consolidamento e impianti elettrici autorimessa (Ex Sanber) , compreso rimozione copertura in amianto.

Inizio lavori: 26.4.2006; LAVORI CONCLUSI: 13.2.2009; Struttura in funzione.

Impresa appaltatrice: SAPI srl - San Maurizio C.se (TO)

Importo complessivo di spesa : € 546.124,00

Finanziamento: Art. 20 L. 67/88 II Fase.

3) MONCALVO (AT) - Realizzazione distretto sanitario e poliambulatorio.

LAVORI CONCLUSI: 2007

La struttura è in funzione

Impresa appaltatrice : Girardi Luciano di Alessandria

Importo complessivo di spesa : €. 1.872.156,26

Finanziamento Art. 20 II° fase Lg. 67/88

4) Realizzazione struttura Libera Professione

LAVORI CONCLUSI: 2007

Impresa appaltatrice : MIE di Chieri (TO)

Importo complessivo di spesa : €. 1.410.370,70

Finanziamento Intra moenia

5) Ristrutturazione Poliambulatorio di Via Palestro

LAVORI CONCLUSI;

Impresa appaltatrice : F.Ili MACRI' (TO)

Importo complessivo di spesa : € 246.000,00

Finanziamento Art. 20 II° Fase Lg. 67/88

6) Lavori di adeguamento alle norme antincendio

LAVORI CONCLUSI 2007

Impresa appaltatrice : CSC. Costruzioni Serrande Cisternino di Cisternino (BR)

Importo complessivo di spesa : €. 2.375.702,00

Finanziamento Art. 20 II° Fase Lg. 67/88

7) Ristrutturazione DEA

LAVORI CONCLUSI 2007

Impresa appaltatrice : I.TEC di Padova

Importo complessivo di spesa : €. 1.355.699,36 - Finanziamento Art. 20 II° Fase Lg. 67/88

8) Nuovo Centro Residenziale Cure Palliative - Hospice I Lotto presso P.O. S. Spirito di Casale

Inizio lavori 2006; LAVORI CONCLUSI; Struttura in funzione.

Impresa appaltatrice : CAPRA Spa Spinetta Marengo (AL) .

Importo complessivo di spesa € 1.211.495,00

Finanziamento: Cure palliative, fondi propri.

ANNO 2007

1) Ricollocazione SOC Immunoematologia Servizio Trasfusionale P.O. S.Spirito

Inizio lavori 4.4.2007; LAVORI CONCLUSI :5.2008 - Struttura in funzione.

Impresa appaltatrice : IMEG srl di Torino. Importo complessivo di spesa € 444.000,00.

Finanziamento: DGR 100-10266 del 1/08/2003; DGR 42-3906 del 25.6.2006.

2) Fornitura e posa in opera di capannone prefabbricato per nuova Centrale Frigorifera e locale giardiniere P.O. S.Spirito.

Inizio lavori 24.8.2007 . LAVORI CONCLUSI: 3.4.2008. Struttura parzialmente in funzione.

Impresa appaltatrice : BATTELLO Geom. Maurizio San Michele (AL)

Importo complessivo di spesa : € 265.000,00

Finanziamento: Art. 20 II Fase Lg 67/88.

3) Manutenzione straordinaria Padiglioni Ala Est P.O. S.Spirito - serramenti interni, tinteggiature.

Inizio lavori: 5.7.2007 (ultimati lavori Reparti neurologia e Diabetologia- strutture in funzione).

Contratto in corso.

Impresa appaltatrice: OFFMER srl di Vascon di Carbonera (TV)

Importo contrattuale: 462.005,85 (iva compresa)

Importo attualmente speso: € 263.476,45

Finanziamento: DGR 100-10266 del 1.8.2003 e DGR 42-3906 del 25.9.2006.

4) Lavori strutturali e di finitura Padiglioni Ala Est P.O. S.Spirito -

Inizio lavori 5.7.2007

LAVORI ULTIMATI (Reparti neurologia e Diabetologia- strutture in funzione).

Impresa appaltatrice : GM Costruzioni di San Salvatore (AL)

Importo attualmente speso : €. 137.994,15

Finanziamento: DGR 100-10266 del 1.8.2003 e DGR 42-3906 del 25.9.2006

ANNO 2008

1) Nuovo Centro Residenziale Cure Palliative - Hospice Il Lotto presso P.O. S. Spirito di Casale

Inizio lavori 29.7.2008;

LAVORI ULTIMATI: 20.12.2008 . Struttura in funzione.

Impresa appaltatrice : CAPRA Spa Spinetta Marengo (AL) .

Importo complessivo di spesa € 250.000,00
Finanziamento: fondi propri. Alienazione patrimoniali.

2) Ampliamento e adeguamento Soc Medicina Generale P.O. S.Spirito

Inizio lavori: 11.2.2008;

LAVORI ULTIMATI 10/12/2009

Impresa appaltatrice: BATTELLO Geom. Maurizio - S.Michele (AL)

Importo complessivo di spesa: € 700.000,00

Finanziamento: DGR 123 del 3.5.2006

3) Ristrutturazione Soc Ortopedia Traumatologia P.O. S.Spirito

Inizio lavori: 3.01.2008

LAVORI CONCLUSI: 9.1.2009. Struttura in funzione.

Impresa appaltatrice : IDROERRE di Torino

Importo complessivo di spesa : € 634.000,00

Finanziamento: DGR nr, 42-3906 e 100-10266, Determine Regionali nr. 123 del 3.5.2006 e nr. 59 del 4.4.2005.

4) Costruzione Sala Riunioni P.O.S.Spirito

Inizio lavori 9.9.2008

LAVORI CONCLUSI : 19.12.2008. Struttura in funzione.

Impresa appaltatrice : G.M. Costruzioni sas di San Salvatore M. (AL)

Importo complessivo di spesa : € 139.000,00 rientrante nell'intramoenia

Finanziamento: D.Lgs nr. 254 del 28.7.2000

5) Ristrutturazione e messa a norma impianto elettrico e di condizionamento Radiologia P.O. S.Spirito.

Inizio lavori: 05.2008.

LAVORI ULTIMATI : 08.2008

Struttura in funzione. - Impresa appaltatrice : diverse.

Importo complessivo di spesa: € 253.627,00 parte finanziamento "ex Sanber"

Finanziamento: Art. 20 II° fase, Urgenze 2008, fondi propri

6) Ristrutturazione Uffici Direzione Generale ASL AL presso P.O. S.Spirito.

Lavori: impianto elettrico, formazione servizio igienico, tinteggiatura.

Ditte: diverse

LAVORI ULTIMATI: 10.2008; Struttura in funzione.

Importo complessivo di spesa: € 108.200,00

Finanziamento: fondi propri

ANNO 2009

1) Nuovo Centro Residenziale Cure Palliative -Hospice - III Lotto Piano seminterrato presso P.O.

S.Spirito - Casale Monf.

Inizio lavori : 6.07.2009; ULTIMATO 20/12/2009

Impresa appaltatrice : CAPRA S.p.a. - Spinetta Marengo (AL)

Importo complessivo di spesa € 200.000,00

Finanziamento: fondi donazione (Becon)

2) Costruzione edificio nuova Risonanza Magnetica - RX P.O. S.Spirito.

Inizio lavori : 1.4.2009 ULTIMATO 30/09/2009.

Impresa appaltatrice: ALLIANZE - RASECO Subappaltatore: Gruppo SAE srl Torino

Importo complessivo di spesa : € 2.364.974,09 di cui per lavori € 1.078.174,00

Finanziamento : DGR nr. 49-8994 del 16.4.2008; - donazione.

3) Fornitura e posa di nr. 2 piattaforme elettriche per Ambulatorio Diabetologico e Hospice -

P.O. S.Spirito .

Ditta : Monti Ascensori S.p.a. Granarolo dell'Emilia (Bo)

LAVORI: ULTIMATI 06.2009; impianti in funzione.

Importo complessivo di spesa : € 39.000,00

Finanziamento : DGR nr 86-6713 del 29.8.2007

ANNO 2010

1) Ricollocazione ambulatori di Cardiologia nell'area ex ORL

LAVORI ULTIMATI: :18/03/2010

Importo presunto di spesa : € 402.000,00

(Finanziamento fondi propri) .

2) Interventi di umanizzazione: nuovo CUP, ristrutturazione degenza RRF, ricollocazione

Odontostomatologia (Umanizzazione p.o. S.Spirito)

INIZIO LAVORI 09/11/2009;

FINE LAVORI PREVISTA : novembre 2010

Interventi finanziati con il ribasso d' asta:

- Lavori di completamento e finiture CUP, degenza RRF;
Odontostomatologia;

- Rimozione coibentazione contenente amianto delle tubazioni acqua calda;
- posta pneumatica (linea 1:Cup-Dea- Laboratorio Analisi);
- nuova UTA ambulatori cardiologia;
- Sostituzione serramenti esterni CUP/Nuova Odonto etc.;
- Arredi CUP.

Importo complessivo di spesa : € 2.309.079,00

(finanziamento Art. 20 III° fase);

3) Costruzione nuovo blocco operatorio con spazi accessori

Inizio lavori 01/02/2010; Lavori in corso;

Impresa appaltatrice : TECHBAU (in subentro COVER Industrial di Verbania)

Finanziamento ART. 20 III° fase, Fondi regionali, Fondi propri (alienazioni)

Importo complessivo di spesa : € 9.200.000,00

4) Lavori di rifacimento impianto elettrico e trattamento aria del servizio Mortuario

INIZIO LAVORI : 06/04/2010;

FINE LAVORI PREVISTA : OTTOBRE 2010

Importo complessivo di spesa : € 310.000,00

(finanziamento Regione Piemonte conto capitale

DGR 100-10266 del 1/08/2003; DGR 42-3906 del 25.6.2006.);

5) Anatomia Patologica ricollocazione

INIZIO LAVORI : settembre 2010

Importo complessivo di spesa : € 420.000,00

(Finanziamento Regione Piemonte conto capitale);

6) Adeguamento e messa a norma Distretto 1 (sistemazione stabile Ex Sanber lato C.so Valentino)

Aggiudicazione lavori: del. D.G. 495 del 22/07/2010

Inizio lavori: ottobre 2010

Importo complessivo di spesa : € 1.200.000,00

finanziamento Regione Piemonte progetto Edisan 2008

7) Servizio di Ristorazione (dati riferiti al p.o. S.Spirito)

SERVIZIO AGGIUDICATO. Il Servizio riguarda i p.o. di Casale Monferrato, Valenza e Tortona. Sono in corso di ultimazione le pratiche da parte della impresa aggiudicataria presso i vari enti per le necessarie autorizzazioni.

INIZIO LAVORI : presunto ottobre 2010;

FINE LAVORI PREVISTA : luglio 2011

Importo complessivo dei lavori : € 918.068

INTERVENTI IN GARA :

1) Completamento lavori di messa a norma e adeguamento impianti elettrici,realizzazione impianto di condizionamento e rifacimento impianto di riscaldamento (ALA EST del P.O.)

(Medicina, etc.);

Trattasi di lavori di completamento riprogettati e riaggiudicati in seguito alla risoluzione contrattuale disposti in data 20/04/2009.

Progetto approvato con delibe. D.G. 726 del 10/06/2010.

INDETTA LA GARA DI AGGIUDICAZIONE

Importo complessivo di spesa : € 2.507.113,60 (q.p. del finanziamento complessivo di € 4.719.899,60 art. 20 II fase L. 67/88)

2) Adeguamento centrale termica/frigorifera – rilevazione incendi – umanizzazione (Umanizzazione 2

p.o. S.Spirito)

Progetto approvato con delibe. D.G. 2052 del 04/12/2009.

INDETTA LA GARA DI AGGIUDICAZIONE

Importo complessivo di spesa : € 2.500.000,00

(finanziamento Regione Piemonte progetto Edisan 2008)

INTERVENTI FINANZIATI E PROGETTATI (in attesa di nulla osta regionale per l' appalto)

1) Adeguamento impianti elettrici, rinnovo finiture, ambulatori Dermatologia e Traumatologia

Progetto approvato: luglio 2010

Importo complessivo di spesa : € 780.000,00

Finanziamento DGR 40-11758/09

ALTRI INTERVENTI DI CARATTERE GENERICO E SECONDARI

Manutenzioni generiche (edile, idraulica, elettrica, tinteggiature, fabbro) per migliorie, manutenzioni ordinarie/straordinarie e conservative (conto capitale fondi propri dell'Ente).

Descrizione sommaria dei lavori: ricollocazione Distretto di Valenza, ristrutturazione servizi igienici Urologia, Emodialisi; rifacimento pavimentazione rampe ingresso ospedale s.Spirito, con interventi per abbattimento barriere architettoniche; sistemazione ambulatori – sala prelievi – CUP, Poliambulatorio di via Palestro, compreso tinteggiatura; intonaci e tinteggiatura facciata esterna Padiglione Trasfusionale; ristrutturazione terrazzo reparto Pediatria (impermeabilizzazione , intonaci, pavimentazione);

Oncologia formazione locali preparazione chemioterapici; sistemazione rampa cucina Ospedale; Ginecologia sigillature tavolati lesionati; tinteggiatura integrale dei Reparti di Traumatologia Degenza, Ostetricia-Ginecologia, Ambulatorio Trasfusionale, Pediatria; formazione servizio igienico Ambulatorio Diabetologia; costruzione linea acqua refrigerata Trasfusionale; modifiche varie impianti idrici e di riscaldamento Radiologia; rifacimento impianto elettrico Pediatria; sistemazione impianto elettrico parziale Reparto Neurologia/Diabetologia; impianto luce rampe ingresso Ospedale; impianto di chiamata DH Oncologia; posa linee UPS dedicate per cabine elettriche; realizzazione impianto di chiamata servizio di Radiologia, Ricollocazione Terapia Antalgica

Importo complessivo € 498.796,00

ULTIMATI O IN CORSO :

1) Fornitura chiavi in mano di sistemi radiologici in noleggio quinquennale presso il PO. Completamento e ristrutturazione locali esistenti PT monoblocco, per radiologia e RMN

Finanziamento : Fondi propri dell'ente

Importo quinquennale della fornitura, del noleggio, dei lavori e del personale :
€ 4.550.000,00

Lavori ultimati 2006 – Struttura attiva

2) Costruzione Residenza Sanitaria Assistenziale da 20 posti letto per anziani parzialmente non autosufficienti e di un centro diurno per 20 utenti in strada Bricchetta

Finanziamento : DD n°47 del 10.03.2003 - Importo complessivo di spesa : € 1.997.138,00

Lavori ultimati 2006 – Struttura attiva

3) Ristrutturazione locali ex ginecologia P1° corpo centrale, per definitiva sistemazione psichiatria

Fondi propri dell'ente derivanti dall'alienazione dell'ex farmacia dell'ospedale

Importo di spesa : € 150.000,00 (arredi compresi) - **Lavori ultimati 2007 – Struttura attiva**

4) Ristrutturazione locali ex radiologia da destinare a RRF piano terra ospedale

Fondi propri dell'ente derivanti dall'alienazione dell'ex farmacia dell'ospedale

Importo dell'opera : € 400.000,00 (arredi compresi) - **Lavori ultimati 2007 – Struttura attiva**

5) Ristrutturazione ed adeguamento normativo del piano sesto dell'ospedale da destinare a degenze (n°10 posti letto) per attività intramena

Inizio lavori : 09.07.2007 – **Lavori CONCLUSI 2008 – Locali utilizzati da settembre 2008**

Impresa appaltatrice : R.T.I. : Stilnovo S.r.l. di Torino / Euroelettrica Impianti / Montin impianti –

Importo di progetto € 303.963,36

Finanziamento : D.lgs 254/2000 - D.G.R. n°6-6158 / 2002 € 245.317,03 +
Fondi propri € 58.646,33

6) Ristrutturazione ed adeguamento normativo del P6° P.O. da destinare ad ambulatori intramoenia

Inizio lavori anno 2008 – **Lavori CONCLUSI 2009 – Locali utilizzati da marzo 2010**

Impresa appaltatrice : F.Ili Iotti S.r.l. di Genova –

Importo di progetto € 276.662,30

Finanziamento : D.lgs 254/2000 - D.G.R. n°6-6158 / 2002 € 245.317,03 +
Fondi propri € 31.345,27

7) Ristrutturazione locali al piano primo dell'ospedale, ex sale operatorie ginecologia ed ortopedia, per realizzazione nuovo centro endoscopico e ambulatori chirurgia

Inizio lavori 2008 – **Lavori ultimati – Struttura attiva**

Imprese diverse - Importo di progetto € 285.000,00 esclusi arredi

Finanziamento : Fondi propri dell'ente e fondi vincolati ex farmacia ospedale e sisma

8) Ristrutturazione locali al piano secondo dell'ospedale, ex RRF, da destinare ad ampliamento servizio anatomia patologica

Inizio lavori 2008 – **Lavori in fase conclusiva**

Imprese diverse - Importo di progetto € 275.000,00 esclusi arredi

Finanziamento : Fondi propri dell'ente e fondi vincolati ex farmacia ospedale e sisma

9) Ristrutturazione parte locali al piano secondo dell'ospedale, ex ambulatori, da destinare ad ampliamento servizio nefrologia (dialisi peritoneale, ambulatorio trapianti) – situazione transitoria

Lavori conclusi – Strutture attive estate 2010

Imprese diverse - Importo di spesa 30.000,00

Finanziamento : Fondi propri dell'ente

FINANZIATI - IN FASE DI PROGETTAZIONE O APPALTO :

1) Poliambulatorio di Arquata Scrivia. Ampliamento per servizio RRF e adeguamento normativo

Inizio lavori 21.09.2010

Fine lavori prevista primavera 2011

Importo complessivo di spesa : € 460.000,00

Finanziamento : € 400.000,00 DGR 49-8994 del 2008 Edisan 2008 - € 60.000,00, fondi propri

2) P.O. di Novi – Magazzino Economale ex Coscia - Adeguamento prevenzione incendi e

sistemazione tetto

Procedura di gara conclusa – Inizio lavori previsto 01.11.2010

Importo complessivo di spesa : € 150.000,00

Finanziamento DGR 49-8994 del 2008 – Edisan 2008 Regione Piemonte

3) Poliambulatorio di Novi- Adeguamento prevenzione incendi (1° lotto) e impianto condizionamento

Procedura di gara appalto lavori in corso – Inizio lavori previsto primavera 2011

Importo complessivo di spesa : € 300.000,00

Finanziamento DGR 49-8994 del 2008 – Edisan 2008 Regione Piemonte

4) P.O. di Novi Ligure – Ristrutturazione parte piano 2° per SOC nefrologia e laboratorio analisi

Progettazione conclusa 2010

Appaltabilità trasmessa alla Regione Piemonte per nulla osta alle procedure di gara il 16.08.2010

Importo complessivo di spesa : € 300.000,00

Finanziamento DGR 40-11758 del 2009 – Edisan 2009 Regione Piemonte

Altri lavori Novi :

Manutenzioni straordinarie generiche che nel complesso hanno apportato migliorie alle strutture. (Conto capitale fondi propri dell'ente).

Anno 2006 –

Descrizione sommaria : Completamento opere edili e ausili disabili per RSA Oneto – Condizionatori fissi – Segnaletica - Importo complessivo € 110.607,50

Anno 2007 –

Descrizione sommaria : Tettoia distretto Arquata S. – Sostituzione batterie - Importo € 16.620,48

Anno 2008 –

Descrizione sommaria : Fornitura n°2 gruppi continuità rianimazione – condizionatori fissi psichiatria – Sostituzione batteria gruppo continuità laboratorio analisi - Importo complessivo € 44.475,00

Anno 2009 –

Descrizione sommaria : Sostituzione persiane su via raggio - Importo complessivo € 16.119,00

Anno 2010 –

Descrizione sommaria : Adeguamento impianti elevatori € 20.000,00 - Oltre ad altri interventi in programmazione

OVADA – Importo complessivo €1.797.571,00

ULTIMATI O IN CORSO :

1) Ristrutturazione locali da destinare a camere di osservazione piano rialzato ospedale

Fondi propri dell'ente - Importo complessivo di spesa € 100.000,00

Lavori ultimati 2007 – Struttura attiva

2) Ristrutturazione locali piano secondo da destinare a Day Surgery e camere degenza chirurgia

Fondi propri dell'ente - Importo complessivo di spesa € 50.000,00

Lavori ultimati 2007 – Struttura attiva

3) Ristrutturazione ed adeguamento locali piano terra radiologia

Fondi propri dell'ente - Importo di progetto € 20.000,00

Lavori ultimati 2007 – Struttura attiva

4) Ristrutturazione ed adeguamento parte locali piano secondo da destinare a centro trasfusionale e degenza RRF Recupero e Riabilitazione Funzionale (n°15 posti letto)

Lavori CONCLUSI 2008 - Strutture utilizzate :

Imprese diverse - Importo complessivo di spesa : € 130.000,00 Escluso arredi

Finanziamento : Fondi propri dell'ente

5) Ristrutturazione ed adeguamento normativo, parte locali piano rialzato dell'ospedale destinati a : Centro prelievi : (n°3 box e laboratorio d'urgenza), sala d'attesa, servizi ed accettazione Radiologia: mammografia con annesso spogliatoio, ecografia con annesso servizio ed accettazione

Lavori CONCLUSI 2008 - Strutture attive da febbraio 2008

Imprese diverse

Importo complessivo di spesa € 150.000,00 escluse apparecchiature radiologiche, in locazione

Finanziamento : Fondi propri dell'ente

6) Ristrutturazione ed adeguamento normativo di parte locali al P1°, degenze medicina lato ovest

Lavori CONCLUSI 2008 - Struttura attiva da settembre 2008

Imprese diverse

Importo complessivo di spesa € 135.000,00

Finanziamento : Fondi propri dell'ente

7) Ristrutturazione ed adeguamento normativo di parte locali al P1°, degenze medicina lato est

Lavori CONCLUSI 2009 - Struttura attiva da maggio 2009

Imprese diverse

Importo complessivo di spesa € 140.000,00

Finanziamento : Fondi propri dell'ente

8) Ristrutturazione ed adeguamento normativo, parte locali al piano rialzato dell'ospedale destinati a palestre e terapia fisica RRF

Lavori CONCLUSI 2009 – Locali disponibili – Trasferimento attività imminente

Imprese diverse

Importo complessivo di spesa € 140.000,00 – Esclusi arredi

Finanziamento : Fondi propri dell'ente

FINANZIATI - IN FASE DI PROGETTAZIONE O APPALTO :

1) P.O. di Ovada – Completamento adeguamento prevenzione incendi (1° lotto) e scala antincendio

Procedura di gara affidamento lavori in fase conclusiva – Inizio lavori previsto dicembre 2010

Importo complessivo di spesa : € 300.000,00

Finanziamento DGR 49-8994 del 2008 – Edisan 2008 Regione Piemonte

2) P.O. di Ovada – Completamento adeguamento normativo e prevenzione incendi, ristrutturazione

spogliatoi e magazzini

Progettazione conclusa 2010

Appaltabilità trasmessa alla Regione Piemonte per nulla osta alle procedure di gara il 13.09.2010

Importo complessivo di spesa : € 500.000,00

Finanziamento DGR 40-11758 del 2009 – Edisan 2009 Regione Piemonte

Altri lavori Ovada : Manutenzioni straordinarie generiche che nel complesso hanno apportato migliorie alle strutture. (Conto capitale fondi propri dell'ente).

Descrizione sommaria : Cabina elettrica adeguamento ENEL DK – Travi testaleto PS – Gas medicali reparti vari – Serramenti - Riparazione gruppo frigo condizionamento PO – Condizionatore fisso laboratorio analisi – Porte tagliafuoco

Importo complessivo € 107.571,00

Anno 2010 –

Descrizione sommaria : Adeguamento impianti elevatori € 15.000,00 – Recupero alcuni locali piano 2° del distretto di via XXV aprile da destinare a dipartimento prevenzione € 10.000,00

Oltre ad altri interventi in programmazione

TORTONA – Importo complessivo €23.724.474,94

ULTIMATI O IN CORSO :

1) **Ampliamento e ristrutturazione per 2 nuove unità di degenza, nuovo ingresso, ambulatori, endoscopia, emodialisi, servizi mortuari, ecologici e di manutenzione dell'Ospedale SS. Antonio**

e Margherita di Tortona – 2° perizia

Lavori CONCLUSI 2008 – Nuovo Ingresso,

Lavori CONCLUSI 2009 - Servizio Dialisi, Servizio Endoscopia

Lavori IN CORSO – Utic e Nuova Cardiologia, Blocco Operatorio

(recesso contrattuale)

Impresa: A.T.I. F.Ili Romeo (mandataria) MIT (mandante)

Importo Complessivo di spesa : € 10.329.137,98 - Finanz.to: ex art. 20 Il f L. 67/88 DM 06/05/04

2) **lavori di ristrutturazione del Blocco Operatorio del Presidio Ospedaliero “SS. Antonio e Margherita” di Tortona**

Lavori CONCLUSI – Impresa: A.T.I. G.M.C s.c.r.l. (mandataria) IMET (mandante)
Importo Complessivo di spesa : € 3.098.741,39 – Finanz.to: ex art. 20 Il f L. 67/88 DM 29/04/04

3) Lavori in parte a corpo e in parte a misura di ristrutturazione, adeguamento normativo

ed impiantistico del Blocco Parto – dipartimento Materno Infantile dell’Ospedale “SS

Antonio e Margherita” di Tortona

Lavori CONCLUSI - Impresa:A.T.I. Zucchetto s.r.l. (mandataria) AGP (mandante)

Importo Complessivo di spesa : € 500.000,00 - Finanziamento: D.R. 9 del 11/01/2006

4) Lavori in parte a corpo in parte a misura di ristrutturazione , adeguamento normativo

ed impiantistico della degenza – dipartimento Materno Infantile dell’Ospedale “SS

Antonio e Margherita” di Tortona

Lavori CONCLUSI - Impresa: Cavelli Costr.ni S.r.l. - Importo Complessivo spesa : € 660.000,00

Finanziamento: D.R. 9 del 11/01/2006 (per € 200.000,00) – DGR 86/6713 del 03/08/07

(per € 321.000,00) – fondi propri ASLAL (per 139.000,00)

5) Lavori di risanamento e restauro conservativo ad uso Distretto Sanitario Ex Caserma Passalacqua 1° lotto

Lavori CONCLUSI - Impresa: Notarimpresa

Importo Complessivo di spesa : € 4.957.930,46 – Finanz. o: ex art. 20 Il f L. 67/88 DM 06/05/04

6) Lavori di risanamento e restauro conservativo ad uso Distretto Sanitario Ex Caserma Passalacqua – sistemazione esterna

Lavori CONCLUSI - Impresa: Notarimpresa

Importo Complessivo di spesa : € 81.600,00 - Finanziamento: fondi propri ASLAL

7) Lavori di risanamento e restauro conservativo ad uso Distretto Sanitario Ex Caserma Passalacqua – Libera professione

Lavori CONCLUSI - Impresa: Notarimpresa - Importo Complessivo di spesa : € 510.000,00

Finanz.to: D.C.R. 131-23049 del 19/06/07 (per € 315.038,70) fondi propri ASL (€ 194.961,30)

8) Lavori per installazione nuova Risonanza Magnetica presso il Presio Ospedaliero "SS

Antonio e Margherita " di Tortona

Lavori CONCLUSI - Impresa appaltatrice: Gruppo SAE srl Torino

Importo complessivo di spesa : € 557.000,00 - Finanziamento: fondi propri ASLAL

9) Servizio di Ristorazione (dati riferiti al p.o. di Tortona)

SERVIZIO AGGIUDICATO. Il Servizio riguarda i p.o. di Casale Monferrato, Valenza e Tortona. Sono in corso di ultimazione le pratiche da parte della impresa aggiudicataria presso i vari enti per le necessarie autorizzazioni.

INIZIO LAVORI : presunto ottobre 2010;

FINE LAVORI PREVISTA : luglio 2011

Importo complessivo dei lavori : € 459.645,00

10) Completamento del risanamento e restauro conservativo per il recupero funzionale ad uso

distretto sanitario del corpo C della ex caserma Passalacqua di Tortona

Lavori aggiudicati con deliberazione n°489 del 16.04.2010

Inizio lavori : Agosto 2010

Importo complessivo di spesa : € 600.000,00

Finanziamento : DGR 49-8994 del 16.06.2008 Edisan 2008

FINANZIATI - IN FASE DI PROGETTAZIONE O APPALTO :

1) P. O. di Tortona – Lavori di completamento nuovi servizi di umanizzazione 2° lotto

In attesa di nulla osta all'appalto lavori da parte della Regione Piemonte

Finanziamento : ex art. 20 DCR 131-23049

Importo presunto: € 568.102,59

2) P.O. Tortona – opere di manutenzione straordinaria coperture : ripassatura per circa mq 900 e

rifacimento completo per circa mq 3500

Gara di aggiudicazione in corso

Importo complessivo di spesa : € 650.000

Finanziamento : DGR 49-8994 del 2008 Edisan 2008

3) Distretto di Tortona : adeguamento alle normative di sicurezza e antincendio via Galileo Galilei

In attesa di nulla osta all'appalto lavori da parte della Regione Piemonte

Importo complessivo di spesa : € 180.000,00

Finanziamento : DGR 49-8994 del 16.06.2008 Edisan 2008

Altri lavori : Manutenzioni straordinarie generiche che nel complesso hanno apportato migliorie alle strutture. (Conto capitale fondi propri dell'ente).

EDILE

Impresa Capra

Anno 2006/2007 – Descrizione sommaria: completamento servizio GUM, sistemazione centrale del freddo Ospedale, scala in ferro S.O., nuova sala osmosi, nuova sede autisti, lavori per consegna cantieri art. 20, tinteggiature varie e sgombero neve. € 318.000,00

Impresa: Zucchetto

Anno 2008 – Descrizione sommaria: lavori vari di tinteggiatura, ripristino pavimentazione reparto di cardiologia, locali autisti, locale dentisti, nuova autoclave, lavori propedeutici alla consegna cantieri di area ex art. 20 ex radiologia, servizio neve

Importo complessivo € 66.601,46

Impresa: Girardi

Anno 2009 - Descrizione sommaria : sistemazione cancello via Galilei, lavori di impermeabilizzazione tetto laboratorio e Day Surgery, rifacimento pavimentazione in pvc reparto di medicina, lavori di cartongesso e manutenzioni varie

Importo complessivo € 35.347,06

IMPIANTI MECCANICI

Impresa: Renzi

Anno 2008 – Descrizione sommaria: sanificazione e pulizia dei sistemi di distribuzione aria sala operatoria di chirurgia; sostituzione condizionatore ambulatorio ecografico; fornitura e posa in opera di n. 5 ventilconvettori nel reparto di day-surgery, sostituzione motocompressore del frigorifero di microbiologia; sostituzione pompa di circolazione fluidi passerelle del presidio ospedaliero di Tortona; trattamento anti-legionella nel Presidio Ospedaliero di n. 22 UTA e n. 2 torri evaporative;
importo complessivo € 173.000,00

Anno 2009 – Descrizione sommaria: lavori conclusi sostituzione scambiatore a piastre per microbiologia; motore di ventilazione per reparto Nuova ala;; sostituzione di n.10 apparecchiature di raffrescamento presso il reparto Day Surgery, e presso il Pronto Soccorso; sostituzione pompa di circolazione per Reparto di Microbiologia; fornitura e posa in opera di impianti di raffrescamento dell'ambulatorio di Ginecologia, locale sterilizzazione; sostituzione ventilatore di mandata del reparto Rianimazione

Lavori in corso d'opera:

apparecchiature di regolazione per impianti di Rianimazione, nuova Ala , oncologia; riparazione evaporatore e sostituzione scambiatori a piastre del gruppo refrigerante Nuova Manica; insonorizzazione della Centrale frigorifera e UTA Sala Parto.

importo complessivo € 37.000,00

ditte diverse: verifica biennale n. 10 ascensori; modifica e implementazione centrale evacuazione gas anestetici del blocco operatorio; pulizia del sistema aspirante "pagula" presso la cucina del presidio ospedaliero di Tortona

importo complessivo € 7.369,00

IMPIANTI ELETTRICI

Imprese varie

Anno 2008/2009 – descrizione sommaria: opere di ribaltamento line e quadri elettrici locali ex Radiologia e Sale Operatorie 1° piano, realizzazione linee elettriche per locale sterilizzatrice, illuminazione nuova scala di emergenza, impianto elettrico UTIC Cardiologia, manutenzione straordinaria impianto rilevazione fumi,illuminazione di sicurezza, porte tagliafuoco e uscite di sicurezza, installazione inverter per impianto di climatizzazione Dipartimento materno infantile, nuovo impianto per locali destinati al Servizio di Pulizia, impianto locali lavaferri seminterrato laboratorio analisi, sostituzione sbarra ingresso carraio Presidio Ospedaliero

importo complessivo € 115.000,00

VALENZA – Importo complessivo € 347.108,00

1) Realizzazione Sportello Unico – P.O. Mauriziano

Sistemazione ingresso, rifacimento nr. 2 bagni (opere edili, e impianti idrosanitari, ed elettrico); costruzione rampa inclinata in ferro z.2 per abbattimento barriere architettoniche , comprese opere murarie e porte di ingresso .

Ditte: diverse.

Lavori : ULTIMATI

Importo complessivo di € 43.850,00

Finanziamento: "Progetto Sportello Unico" DGR 55-9323 del 28.7.2008

2) REALIZZAZIONE NUOVO CENTRO PRELIEVI

Ditte: diverse.

Lavori : ULTIMATI 06/03/2010

Importo complessivo di € 65.000

Finanziamento: fondi propri

3) SISTEMAZIONE LOCALI CITOLOGIA

Ditte: diverse.

Lavori : ULTIMATI 06/03/2010

Importo complessivo di € 30.000

Finanziamento: fondi propri

4) PALAZZINA FRONTE OSPEDALE MAURIZIANO

Adeguamento locali per il trasferimento di alcuni servizi amministrativi (Spresal)

Ditte: diverse.

Lavori ULTIMATI 06/03/2010

Importo complessivo di €: in economia diretta

Finanziamento: fondi propri

5) RIMOZIONE E SOSTITUZIONE COPERTURA IN ETERNIT OSPEDALE MAURIZIANO

LAVORI ULTIMATI: giugno 2010

Importo complessivo: € 47.880,00

Finanziamento: fondi propri

6) SERVIZIO DI RISTORAZIONE (dati riferiti al p.o. Mauriziano)

SERVIZIO AGGIUDICATO. Il Servizio riguarda i p.o. di Casale Monferrato, Valenza e Tortona. Sono in corso di ultimazione le pratiche da parte della impresa aggiudicataria presso i vari enti per le necessarie autorizzazioni.

INIZIO LAVORI : presunto ottobre 2010;

FINE LAVORI PREVISTA : luglio 2011

Importo complessivo dei lavori : € 135.378,00

Altri Lavori : Manutenzione generiche ordinarie (edili, elettriche, idrauliche) :Costruzione linea elettrica per Mammografo , sostituzione corpi illuminanti, apparecchiature e linee usurate;

manutenzione impianti idrosanitari (rubinetterie, guarnizioni, sifoni)
e di riscaldamento
(valvole , detentori etc), tinteggiature varie.
Importo complessivo: € 25.000,00

RIEPILOGO A.S.L AL

Sede	Importo complessivo di spesa per sede
Acqui Terme	14.234.282,00
Alessandria	5.139.038,09
Casale Monferrato	36.986.390,92
Novi Ligure	9.685.586,00
Ovada	1.797.571,00
Tortona	23.724.474,94
Valenza	347.108,00
Totale	€91.914.450,950

RIEPILOGO PER EX AA.SS.LL. 20 – 21 E 22

ex AA.SS.LL.	Sedi	Importo di spesa per sede	Importo di spesa per ex AA.SS.LL.
20	Alessandria	5.139.038,09	€ 28.863.513,03
	Tortona	23.724.474,94	
21	Casale Monferrato	36.986.390,92	€ 37.333.498,92
	Valenza Po	347.108,00	
22	Acqui Terme	14.234.282,00	€ 25.717.439,00
	Novi Ligure	9.685.586,00	
	Ovada	1.797.571,00	
	Totale		€91.914.450,95

SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE

PROGETTO DI SVILUPPO 2010-2015

Premessa

La Direzione Aziendale ha avviato nel corso del 2008 diversi progetti in ambito informatico per l'omogeneizzazione e l'integrazione delle procedure da adottare con la nuova realtà Aziendale, partendo dalle situazioni precedentemente consolidate sulle 3 Aziende che si sono aggregate.

Tali progetti, con tutta evidenza, si caratterizzano per un grande impatto di tipo organizzativo ed informativo sull'intera Azienda, imponendo notevoli cambiamenti sul modo di lavorare di numerosi uffici e servizi, con ricadute molto concrete sia:

- sul fronte interno, migliorando la possibilità di gestire i processi aziendali e l'evoluzione dei servizi grazie a sistemi meno frammentati;
- sul fronte esterno, offrendo servizi più ampi e più omogenei alla popolazione di riferimento.

In questi anni sono già state attuate numerose innovazioni in ambito informatico, di ordine tecnologico-sistemistico ed applicativo, mentre altre sono programmate per i prossimi mesi e per l'anno prossimo.

In questo ambito, di particolare rilevanza risulta il progetto di gestione informatizzata della prescrizione farmaceutica e della somministrazione in **dose unitaria**, sia per il ruolo di sperimentazione a livello regionale, sia per l'impatto organizzativo del progetto stesso.

Tale complesso di interventi è stato orientato verso i seguenti obiettivi strategici:

- il consolidamento del patrimonio informativo aziendale,
 - l'aggiornamento tecnologico-sistemistico,
 - il completamento funzionale degli applicativi disponibili,
 - la standardizzazione delle integrazioni e la re-ingegnerizzazione dei flussi,
- Il presente documento ha l'obiettivo quindi di sistematizzare l'evoluzione attesa nei prossimi anni per il sistema informatico dell'ASL di Alessandria, mediante la definizione di un progetto di massima in grado di coprire tutti gli ambiti del sistema stesso.

La situazione di partenza e le attività già svolte

Al momento dell'attivazione, com'era facile prevedere, l'Azienda ha ereditato una situazione decisamente disomogenea in ambito informatico; pur essendo presenti alcuni fornitori comuni, il tipo di soluzioni adottate nel tempo avevano consolidato situazioni molto differenti. Nei paragrafi seguenti vengono sinteticamente indicate le situazioni "ereditate" e le attività finora svolte per sviluppare il sistema informatico aziendale.

L'infrastruttura di rete

La connessione tra le sedi ASL è garantita attraverso attualmente da connessioni MPLS che nelle principali sedi ospedaliere attualmente prevede una banda minima garantita di 4 MB. La nuova convenzione CNIPA in fase di attivazione porterà all'installazione di connessioni in Fibra ottica con bande garantite a 10Mb/s (e auspicabilmente a 100 Mb/s nelle strutture principali). All'interno delle sedi, la diffusione delle connessioni è sufficiente e garantita da più di 150 apparati di rete.

La rete aziendale a seguito dell'unificazione delle tre aziende evidenzia una situazione assolutamente disomogenea. Se la rete della ex ASL 20 era caratterizzata per un discreto aggiornamento tecnologico (soprattutto nel presidio ospedaliero di Tortona, dovuto all'attivazione delle telefonia con tecnologia VOIP), le restanti sedi erano invece dotate di apparati e di un'infrastruttura decisamente datata.

Tale situazione è nella sostanza presente ancora oggi, visto che finora sono stati attivati in questo ambito solo interventi circoscritti, tesi a superare criticità specifiche e senza un respiro adeguato.

La diffusione dei punti di rete negli uffici e nei locali è abbastanza soddisfacente, anche se non tale da garantire un pieno supporto ai progetti aziendali. In questo ambito, comunque, la decisione di prevedere, nell'ambito della già citata gara relativa alla dose unitaria, l'installazione di una rete WI-FI in grado di coprire tutte le strutture ospedaliere dell'Azienda rappresenta evidentemente un salto di qualità assolutamente significativo, anche se tali apparati dovranno essere supportati da infrastrutture di interconnessione a monte altrettanto affidabili ed omogenei su tutta l'ASL.

I sistemi tecnologici ed i centri di calcolo

Le attività di unificazione hanno interessato il consolidamento degli utenti, dei servizi mail e web e dei centri calcolo. In particolare per i centri di calcolo si è

passati da tre poli autonomi ed auto consistenti (Casale, Tortona e Novi) alla seguente situazione:

1. **Casale** – Sistema Amministrativo – Sistema Sanitario Territoriale - Gestione internet
2. **Tortona** – Sistema personale – Sistema Sanitario Ospedaliero – Gestione Mail

Rimangono decentrati i sistemi di supporto ai servizi diagnostici aziendali (radiologia, laboratorio, ecc).

Nello specifico, l'attuale assetto sistemistico è risultato dal consolidamento della precedente infrastruttura, basata su singoli server, a più moderne soluzioni Blade con server virtualizzati. È stata inoltre abbandonata la vecchia tecnologia client server verso applicativi web-based con la conseguente scelta di uniformare le soluzioni DBMS verso sistemi SQL server o Oracle. In dettaglio le attuali tre sedi CED risultano dotate nel modo seguente:

Sede di Casale

- Sistema AS400 – Sanitario – Amministrativo – Laboratorio
- 4 Server Blade per Virtualizzazione
- 1 Server Blade per Gestione Backup
- 2 Server Blade per DBMS Oracle Laboratorio Analisi e Sistema Sanitario Territoriale

Sede di Tortona

- 2 Server Blade per Virtualizzazione
- 2 Server Blade per DMBS SQL Server Sistema Ospedaliero
- 1 Server Blade per DBMS Oracle Sistema Personale
- 1 Server per Gestione Backup
- 3 Server Blade per Sistema Posta Elettronica
- 2 Server Blade Applicazioni Web

Sede di Novi Ligure

- 1 Server Blade per Virtualizzazione

- 1 Server Blade per Applicazioni di Reparto
- 2 Server Blade per DBMS Oracle Laboratorio Analisi

Gli applicativi aziendali

Questo ambito rappresenta certamente quello su cui l'azienda ha investito in modo più coerente e continuativo, attivando progetti di ampia portata e di durata pluriennale che stanno evidenziando i primi risultati concreti nel 2010 ed ancora di più nel 2011.

Si è trattato di progetti particolarmente complessi, invasivi ed onerosi (in termini economici ed organizzativi), che hanno offerto ovviamente l'opportunità di attuare una relevantissima attività di omogeneizzazione ed integrazione organizzativa ed operativa; ciò ha imposto per le varie fasi l'adozione di una tempistica determinata non tanto da questioni di tipo tecnico-informatico, ma soprattutto da valutazioni di compatibilità organizzativa e di reale possibilità degli operatori di partecipare e di adeguarsi alla progressiva evoluzione del sistema.

Tale evoluzione ad oggi è sostanzialmente completata per quanto attiene ai seguenti sistemi di area amministrativa: Amministrativo-Contabile, Logistico Economico e di Gestione del Personale.

Il processo di unificazione dei sistemi di area sanitaria è ancora in atto, ma comincia a consolidarsi, con l'attivazione ad inizio 2010 dell'anagrafe provinciale unica, del CUP provinciale ad aprile-maggio 2010 e della gestione ambulatoriale in corso attualmente.

La tabella seguente indica, rispetto a ciascun ambito applicativo, le scelte compiute tra il 2008 ed il 2009, la situazione attuale (o in corso di attivazione) ed alcune note esplicative, ove necessario.

Applicazione	Scelta Adottata	Stato Attivazione	Note
Anagrafe Assistiti	DEDALUS - LHA	In Produzione	In corso adozione AURA (gen 2011)
Pronto Soccorso	DEDALUS - Infoclin Web	Previsto primo trim 2011	Entro fine 2010 unificazione ex ASL20 e 22
Ricoveri Ospedalieri	DEDALUS - ADT Web	Previsto primo trim 2011	Entro fine 2010 unificazione ex ASL20 e 22
Gestione Ambulatori	DEDALUS - MedsOfficeWeb	Previsto primo trim 2011	Entro fine 2010 unificazione ex ASL20 e 22
Cartelle Cliniche	DEDALUS - Infoclin Web	Previsto nel corso 2011	
ADI Gestione completa con	DEDALUS - Infoclin	Inizio 2011	

recupero dati dal sistema Socio Assistenziale	Web		
Richieste Sanitarie	DEDALUS Order Entry Web	Previsto nel corso del 2011	
CUP	DEDALUS - CUP As400	In Produzione	Previsto passaggio a CUP Web nel 2011
Flussi Regionali	Dedalus GA	In Produzione	Previsto passaggio a Web nel 2011
Middleware di Integrazione	DEDALUS – Microsoft BizTalk	Previsto metà 2011	
Laboratorio di Analisi	DEDALUS - Metafora	A regime per gennaio 2010	
Anatomia patologica (AP)	DEDALUS – Metafora	A regime per gennaio 2010	
Trasfusionale	DEDALUS – UGS	Si tratta ancora di 3 sistemi separati su AS 400	Unificazione prevista nel corso del 2011
RIS – PACS	AGFA – Fuji	In produzione	
Sistemi Informativi Direzionali	IG Consulting	In produzione	
Sistema amministrativo – contabile – logistico	DEDALUS – UAM	In produzione	Sistema AS400 da aggiornare
Gestione del personale : Area Rilevazione Presenze Area Trattamento economico Area Trattamento Giuridico	DEDALUS - WHR	In produzione	
Screening	CSI Piemonte	In adozione entro fine 2010	

L'assetto organizzativo del servizio informatico

I 3 servizi informatici delle ex ASL che hanno poi composto l'ASL di Alessandria sono stati inseriti in un'unica struttura organizzativa denominata Sistemi Informativi Aziendali ed inserita nel Dipartimento Tecnico-Logistico. Attualmente sono presenti nel servizio 17 unità di personale, cui vanno aggiunti il dirigente responsabile ed una figura con compiti di segreteria. Sostanzialmente sono gestite internamente tutte le attività di tipo informatico-sistemistico dell'azienda, ad esclusione dei seguenti aspetti:

- sviluppo software (e dei correlati servizi di attivazione/formazione sugli applicativi),
- monitoraggio degli apparati di rete.

Da diversi anni risulta particolarmente impegnativa l'attività di pianificazione e gestione dell'implementazione dei nuovi progetti sw, rispetto alla quale le risorse interne appaiono non del tutto adeguate: in effetti, le figure disponibili hanno un taglio tecnico-operativo (rivolto ad un supporto di 1° livello degli utenti interni o alla gestione / manutenzione degli apparati e delle postazioni di lavoro) e non sono immediatamente impiegabili in attività di project management o di integrazione di sistemi differenti.

Le sfide e gli obiettivi strategici

L'Azienda di Alessandria deve affrontare le criticità evidenziate nelle pagine precedenti, con l'obiettivo di dare piena utilità agli investimenti già attuati e per assicurare gli strumenti di cui l'azienda ha bisogno per garantire servizi in linea con le attese dei propri cittadini ed in grado di supportare l'attività dei propri professionisti.

In coerenza peraltro con quanto indicato dai progetti regionali, gli obiettivi strategici che l'azienda intende perseguire sono i seguenti:

1. migliorare l'efficienza gestionale attraverso l'automazione dei processi aziendali tramite l'integrazione dei servizi e dei dati forniti dalle singole applicazioni;
2. migliorare la sicurezza e la qualità delle prestazioni erogate, mediante sistemi informatici in grado di supportare i professionisti nello svolgimento delle proprie attività e di fornire ai pazienti/utenti un più agevole accesso ai servizi;
3. contribuire al perseguimento della gestione paper-less dell'azienda grazie all'introduzione di un repository elettronico documentale del paziente;
4. consentire alle aziende di gestire e misurare nel corso del tempo il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Tali obiettivi strategici hanno guidato l'azienda fino ad oggi nei propri progetti di tipo informatico, anche se finora si è lavorato soprattutto per creare le condizioni di base (anagrafe unica, CUP unico, ecc.) necessarie per poter attivare progetti più avanzati, intervenendo soprattutto sul fronte applicativo.

Gli ulteriori sviluppi per i sistemi applicativi

Il quadro delineato nel precedente paragrafo "Gli applicativi aziendali" evidenzia una situazione non ancora a regime, con sovrapposizioni tra nuovi e vecchi sistemi e soluzioni talvolta estemporanee che rendono il sistema particolarmente complesso e delicato, con ricadute negative in termini di affidabilità e performance; d'altro canto, un percorso di adeguamento era

inevitabile e la progettualità messa in campo vedrà tra quest'anno e l'anno prossimo completarsi e consolidarsi praticamente tutte le aree applicative aziendali.

Come mostrato in tabella, per arrivare al completo aggiornamento tecnologico ed applicativo, alla fine del 2011 resteranno da affrontare principalmente ancora le seguenti aree che dovranno essere inevitabilmente oggetto di rinnovamento negli anni successivi:

- sistema amministrativo e contabile;
- sistema di gestione delle sale operatorie (lista d'attesa, agende, percorso di prericovero, lista operatoria, programmazione sedute, registro interventi, gestione magazzino);

Si affiancheranno ovviamente i normali servizi di manutenzione ed implementazione "ordinaria" delle soluzioni applicative adottate, che devono comprendere (come già avviene oggi):

- la manutenzione ordinaria, riguardante tutti gli interventi necessari a garantire il continuo e regolare funzionamento dell'ambiente applicativo, comprese correzioni e bug fixing;
- la manutenzione adeguativa, tesa ad assicurare il mantenimento dell'efficienza prestazionale delle soluzioni applicative a fronte del mutare delle caratteristiche di utilizzo (numero utenti, dimensione data base, ecc.);
- la manutenzione adattativa, relativa all'adeguamento delle soluzioni software al variare delle normative regionali, nazionali o europee nel rispetto delle tempistiche imposte da queste ultime;
- la manutenzione evolutiva, mediante la realizzazione delle modifiche/integrazioni necessarie a seguito di mutate esigenze specifiche (organizzative, sanitarie, logistiche, ecc.);
- il supporto continuativo alle attività di aggiornamento, formazione e piena operatività del personale operativo.

**Sistema informativo aziendale:
Analisi della situazione attuale e
Programmazione delle attività 2010**

Situazione iniziale

Lo schema sotto riportato descrive sinteticamente la situazione del sistema informatico delle tre ex ASL al momento dell'unificazione nell'ASL di Alessandria, in termini di fornitori di riferimento per le principali aree applicative del sistema informativo aziendale (prendendo a riferimento le aree indicate nei documenti SIRSE e le restanti aree applicative aziendali). La tabella indica anche la situazione tecnologica ed infrastrutturale presente nelle 3 ex ASL.

AREA APPLICATIVA ex SIRSE	ASL20	ASL21	ASL22
CUP	CUP AS400	CUP AS400	CSI
Laboratorio di Analisi (LAB)	Metafora	Eurosoft	Metafora
Anatomia patologica (AP)	/	Eurosoft	Metafora
Diagnostica per immagini (IMM)	AGFA/Fuji	AGFA/Fuji	AGFA/Fuji
Specialistica ambulatoriale (AMB)	Eurosoft Windows	Eurosoft AS400	/
Reparti di degenza (REP - SDO)	Eurosoft AS400 – IG Consulting	SMS	CSI
Pronto Soccorso (PS)	Eurosoft	SMS	CSI
Sistemi Informativi Direzionali (SI)	IG Consulting	IG Consulting	IG Consulting
Medicina Generale - Pediatria (MMG - PLS)	Eurosoft AS400	Eurosoft AS400	CSI
Cartella Clinica Reparto	Eurosoft	Eurosoft	/
Nomenclatore clinico delle prestazioni (NCP)	IG Consulting	Eurosoft AS400	/
Integrazione anagrafi dei sistemi dipartimentali (INT ANAG)	Eurosoft	SMS	/
Lettera di Dimissione (LD)	IG Consulting	SMS	/
ALTRE AREE APPLICATIVE	ASL20	ASL21	ASL22
Assistenza domiciliare	Eurosoft	Eurosoft	CSI
Gestione screening	Eurosoft	CSI	Eurosoft
Sistema amministrativo – contabile -	Eurosoft	Eurosoft AS400	Eurosoft AS400

logistico	AS400		
Gestione del personale :			
Area Rilevazione Presenze	Eurosoft	Eurosoft AS400	CSI
Area Trattamento economico	AS400	Eurosoft AS400	CSI
Area Trattamento Giuridico	SAP	Eurosoft AS400	/
	/		

ASPETTI TECNOLOGICI	ASL20	ASL21	ASL22
Tipologia Server	IBM Blade Center H	IBM xSeries 345	Siemens
Tipologia DBMS	MS SQL 2000 / Oracle 10G	MS SQL 2005	MS SQL 2000 / Oracle 8
Active Directory	Windows 2000	Windows 2000	Windows 2003
Distribuzione Software Client	Citrix	Client Server	Client Server / Terminal Server
Numero PC	600	500	700

Lo schema mette in evidenza come la situazione fosse particolarmente disomogenea: solo nel settore amministrativo erano presenti tre sistemi identici, mentre tutti i settori sanitari, pur condividendo in alcuni casi gli stessi fornitori, vedevano la presenza di versioni e piattaforme diverse.

La situazione più complessa si presentava nelle sedi ex ASL22 per l'area sanitaria, dove la scelta di passare dal vecchio applicativo CSI Unix (peraltro non più supportato dal fornitore) al software Eurosoft presente nelle altre 2 ex ASL non solo era elemento pregiudiziale per tutti i processi di innovazione ma vedeva coinvolti tutti i sistemi di base del settore, tra l'altro già allora scarsamente integrati tra loro.

Il quadro dei progetti avviati

Con l'unificazione delle 3 ex ASL sono stati avviati in parallelo numerosi progetti di integrazione in ambito informativo ed informatico, sulla base di una prima progettazione di massima definita nei periodi immediatamente precedenti all'unificazione stessa; tali si sono poi sviluppati di pari passo, in alcuni casi anticipandoli e creandone le condizioni necessari, con la progressiva definizione organizzativa aziendale, che si è consolidata tra il 2008 ed il 2009.

Si tratta di progetti particolarmente complessi, invasivi ed onerosi (in termini economici ed organizzativi), che hanno offerto ovviamente l'opportunità di attuare una relevantissima attività di omogeneizzazione ed integrazione organizzativa ed operativa; ciò evidentemente ha imposto (e lo impone ancor oggi) per le varie fasi l'adozione di una tempistica determinata non tanto da

questioni di tipo tecnico-informatico, ma soprattutto da valutazioni di compatibilità organizzativa e di reale possibilità degli operatori di partecipare e di adeguarsi alla progressiva evoluzione del sistema.

Tale evoluzione ad oggi è sostanzialmente completata per quanto attiene ai seguenti sistemi di area amministrativa: Amministrativo-Contabile, Logistico Economico e di Gestione del Personale.

Il processo di unificazione dei sistemi di area sanitaria, che come descritto in precedenza erano molto più complessi e differenziati, è invece ancora in atto. Sotto il profilo tecnologico ed infrastrutturale, si è proceduto a consolidare l'infrastruttura Server spostandosi verso soluzioni sia Blade che di virtualizzazione in luogo dei singoli server. È stata inoltre abbandonata la vecchia tecnologia client server verso applicativi web-based con la conseguente scelta di uniformare le soluzioni DBMS.

La tabella seguente indica, rispetto a ciascun ambito indicato nella tabella presente nel paragrafo precedente, le scelte compiute tra il 2008 ed il 2009 nei vari ambiti (o ancora da compiere), la situazione attuale ed alcune note esplicative, ove necessario.

AREA APPLICATIVA ex SIRSE	SCELTE COMPIUTE	SITUAZIONE ATTUALE	NOTE
CUP	Eurosoft AS400	3 sistemi Eurosoft AS400	Passaggio Asl22 verso AS400
Laboratorio di Analisi (LAB)	Metafora	Ancora i 3 sistemi	A regime per gennaio 2010
Anatomia patologica (AP)	Metafora	Ancora 2 sistemi	A regime per gennaio 2010
Diagnostica per immagini (IMM)	AGFA/FUJI	Ancora 3 sistemi	In attesa progetto AGFA
Specialistica ambulatoriale (AMB)	Eurosoft	Ancora 3 sistemi	<i>Vedi programmazione</i>
Reparti di degenza (REP - SDO)	Eurosoft	Ancora 3 sistemi	Passaggio Asl22 verso Web - Vedi programmazione
Pronto Soccorso (PS)		Ancora 3 sistemi	<i>Vedi programmazione</i>
Sistemi Informativi Direzionali (SI)	IG Consulting	IG Consulting	Unico sistema
Medicina Generale - Pediatria (MMG - PLS)	Eurosoft	Ancora 3 sistemi	Passaggio Asl22 verso Web - Vedi programmazione
Cartella Clinica Reparto	Eurosoft	Ancora 3	<i>Vedi</i>

Nomenclatore clinico delle prestazioni (NCP)	Eurosoft	Ancora 3 sistemi	<i>programmazione</i> Vedi <i>programmazione</i>
Integrazione anagrafi dei sistemi dipartimentali (INT ANAG)	Eurosoft	Ancora 3 sistemi	Vedi <i>programmazione</i>
Lettera di Dimissione (LD)	Eurosoft		Vedi <i>programmazione</i>

Nota: nella tabella precedente l'indicazione "*Vedi programmazione*" ha il significato di rinviare per ulteriori informazioni al paragrafo successivo "La programmazione delle attività 2009-2010".

ALTRE AREE APPLICATIVE	SCELTE COMPIUTE	SITUAZIONE ATTUALE	NOTE
Assistenza domiciliare	Ancora da compiere	Ancora 3 sistemi	
Gestione screening	Ancora da compiere	Ancora 3 sistemi	
Sistema amministrativo – contabile – logistico	Eurosoft	Eurosoft	Unico Sistema
Gestione del personale :			
Area Rilevazione Presenze	Eurosoft	Eurosoft	Unico Sistema
Area Trattamento economico	Eurosoft	Eurosoft	
Area Trattamento Giuridico	Eurosoft	Eurosoft	

ASPETTI TECNOLOGICI	SCELTE COMPIUTE	SITUAZIONE ATTUALE	NOTE
Tipologia Server	Blade Center H	Blade Center H	
Tipologia DBMS	SQL 2005 / Oracle 10G	SQL 2005 / Oracle 10G	
Active Directory	Windows 2003	3 Sistemi	
Distribuzione Software Client	Web	Vedi <i>pianificazione</i>	

Dallo schema riportato si evidenzia come siano state compiute in tutte le aree più rilevanti le scelte strategiche ed operative necessarie per realizzare un sistema informativo con applicativi e infrastrutture uniformi sui vari settori; va però subito sottolineato che tali progetti sono ancora per la maggior parte in corso di implementazione e, come riportato nel paragrafo seguente, richiederanno anche tutto il 2010 per compiere alcuni decisivi passi avanti.

Va sottolineato anche che alcuni applicativi compresi in progetti aziendali (Screening, Neuropsichiatria infantile, UVG , ADI ed altri) vedano la presenza

di software regionali, spesso senza alcuna delle integrazioni previste dal piano SIRSE.

La programmazione delle attività 2009-2010

La tabella successiva riporta il programma di attività su alcuni dei progetti di area sanitaria descritti nei paragrafi precedenti su cui l'Azienda è stata ed è tuttora impegnata.

	periodo	
Sostituzione applicativo Scelta Revoca ex ASL22	Novembre 2008	Dicembre 2008
Sostituzione applicativo CUP ex ASL22	Aprile 2009	Maggio 2009
Sostituzione applicativo ADT ex ASL22	Giugno 2009	Luglio 2009
1. Aggiornamento Laboratorio Analisi Provinciale	dicembre 2009	gennaio 2010
2. Aggiornamento ed unificazione provinciale Medicina di Base		
2.1 Aggiornamento Medicina di Base ex ASL20	novembre 2009	dicembre 2009
2.2 Aggiornamento Medicina di Base ex ASL21	dicembre 2009	gennaio 2010
3. Consolidamento tecnologico Sistema MSSQL 2005	gennaio 2010	gennaio 2010

La tabella seguente riporta invece il programma delle principali attività previste per il 2010 nell'ambito dei principali applicativi di area sanitaria, i cui dettagli sono ancora da validare in modo definitivo; è da sottolineare però che le fasi e le propedeuticità indicate tengono conto dei vincoli funzionali e tecnologici presenti, e quindi non dovrebbero verificarsi stravolgimenti significativi dal punto di vista tecnico. Le principali criticità, invece, riguardano le ricadute organizzative ed operative dei vari progetti, che evidentemente richiedono una convinta partecipazione della struttura ed un costante supporto della Direzione per poter essere correttamente gestite.

Il risultato finale, però, sarà di sicuro rilievo: a fine 2010, dopo 3 anni dall'unificazione, l'ASL AL si sarà dotata di un'infrastruttura tecnologica e di sistemi applicativi uniformi ed integrati su tutte le principali aree applicative aziendali, il che rappresenta una premessa indispensabile per ulteriori sviluppi.

	periodo	
4. Attivazione CUP Provinciale		
4.1 Attivazione CUP Prov. ex ASL 21	gennaio 2010	marzo 2010
4.2 Attivazione CUP Prov. ex ASL 20	marzo 2010	marzo 2010
4.3 Attivazione CUP Prov. ex ASL 22	marzo 2010	aprile 2010
5. Gestione Ambulatoriale/Reparti Web		
5.1 Gestione Ambulatoriale Web ex ASL20	marzo 2010	aprile 2010
5.2 <i>Ambulatoriale Web ex ASL21 (da definire)</i>	<i>novembre 2010</i>	<i>novembre 2010</i>
5.3 <i>Ambulatoriale Web ex ASL22 (da definire)</i>	<i>novembre 2010</i>	<i>novembre 2010</i>

5.4 Aggiornamenti cartelle Cliniche versioni web	marzo 2010	dicembre 2010
6. Aggiornamento Software Vaccinazioni	maggio 2010	maggio 2010
7. Aggiornamento Software Protesica	giugno 2010	giugno 2010
8. Aggiornamento Software Invalidi Civili	giugno 2010	luglio 2010
9. Gestione Order Entry da Reparto	luglio 2010	luglio 2010
12. ADT e PS		
12.1 Aggiornamento PS web ex ASL 20	giugno 2010	giugno 2010
12.2 Aggiornamento PS web ex ASL 22	giugno 2010	luglio 2010
12.3 ADT ex ASL20	settembre 2010	settembre 2010
12.4 ADT ex ASL21	ottobre 2010	ottobre 2010
12.5 Aggiornamento PS web ex ASL 21	ottobre 2010	ottobre 2010

Aderenza ai requisiti SIRSE

Come precedentemente accennato il progetto di evoluzione dei sistemi informativi adottato dall'ASL AL oltre a prevedere l'integrazione dei sistemi e la loro evoluzione applicativa comporta anche un'importante evoluzione tecnologica, passando da architetture client server (o legacy application) ad architettura web con integrazioni a servizi.

Come richiesto quindi dai requisiti SIRSE, si sta procedendo ad una progressiva omogeneizzazione delle pile tecnologica, con adozione di standard sul formato di Database SQL.

Rimangono ancora da definire e dettagliare meglio alcuni aspetti affrontati anche dal piano SIRSE, ed in particolare:

1. servizio centralizzato di autenticazione degli utenti
2. adozione di un portale con funzione di single sign-on
3. modulo per la gestione delle "anagrafi di riferimento" del sistema
4. adozione di una architettura orientata ai servizi con middleware di integrazione
5. creazione di un repository documentale con funzioni di fascicolo sanitario (previsto dal progetto ma non ancora chiaro nei suoi contenuti)

Questi temi, infatti, sono stati rinviati ad una successiva fase evolutiva del sistema informativo che oggi, come detto in precedenza, è prioritariamente impegnato ad uniformare ed integrare gli strumenti informatici aziendali, in modo da supportare efficacemente il processo di superamento delle logiche organizzative ed operative derivanti dalle 3 ex ASL.

L'impatto del progetto AURA

Rispetto alla programmazione di attività per il 2010, va sottolineato che in una recente riunione presso il CSI Piemonte è stata avviata la definizione del

Gantt di attività necessarie per far aderire anche l'ASL di Alessandria al progetto Aura.

È evidente che le attività in questione potranno avviarsi solo da febbraio, ossia da quando l'anagrafe provinciale sarà stata definitivamente avviata e consolidata.

Successivamente il sistema di medicina di base provinciale potrà rappresentare agevolmente il modulo "AULA" previsto nel progetto Aura, essendo esso proprio il modulo dedicato per una gestione unitaria dell'anagrafe aziendale a supporto di tutti gli applicativi dipartimentali, attraverso l'attivazione di specifici servizi applicativi di interrogazione ed aggiornamento.

Dovrà essere invece valutato l'impatto dell'orientamento regionale, comunicato nel corso della riunione sopra citata, di prevedere come vincolo tassativo l'utilizzo diretto da parte degli sportellisti dell'ASL del modulo web CSI per la scelta e revoca del medico di famiglia e per l'attribuzione delle esenzioni agli assistiti.

Va rilevato che tale impostazione non risulta del tutto coerente con l'impianto complessivo del progetto Sirse, che appare del tutto condivisibile nel prevedere un modello di cooperazione informatica tra le ASR e tra queste e la Regione basato su un "Gateway applicativo" che rappresenta *"l'unico punto di accesso alla Extranet, sia "in ingresso" che "in uscita"; ... È infatti indispensabile adottare un formato "standard" per le interazioni che avvengono all'interno della Extranet: la modalità Web Services con i dati in forma canonica"*. Il modello indicato dal progetto Sirse è quello di applicazioni delle ASR che interagiscono tra loro integrate con il livello Regionale attraverso servizi applicativi: non dovrebbe essere quindi previsto alcun modulo software che veda il suo dominio spostarsi dall'ambito aziendale a quello regionale. Secondo il modello di sviluppo di Sirse, infatti, tutti gli applicativi dell'ASL che concorrono alla formulazione del fascicolo sanitario dovrebbero essere gestiti autonomamente, fornendo i dati necessari al fascicolo regionale secondo quanto previsto dal piano SIRSE.

Tempi e costi per gli sviluppi previsti dal progetto Sirse

Non sono disponibili al momento le informazioni necessarie per poter valutare dettagliatamente e con affidabilità i tempi e di costi necessari per implementare l'evoluzione del sistema informativo aziendale secondo quanto previsto dal progetto Sirse.

Certamente il 2010 appare un anno, per il sistema informativo dell'ASL di Alessandria, già così impegnativo ed intenso da non consentire investimenti rilevanti in questo senso. Potrà essere utilizzato per realizzare un'analisi di maggior dettaglio dell'impatto di Sirse sul sistema e per definire un piano di progressivo adeguamento a partire dal 2011.

Alcuni moduli di tipo “infrastrutturale”, quali quelli citati in precedenza (middleware di integrazione, autenticazione ed autorizzazione centralizzata degli utenti, anagrafi di riferimento, ecc.), potrebbero essere analizzati ed implementati in modo prioritario in modo da costituire l’infrastruttura tecnologica ed applicativa sulla base del quale successivamente sviluppare le varie parti del sistema. Potrebbe essere utile prevedere che tali moduli siano acquisiti direttamente dalla Regione e forniti da questa alle singole ASL (che probabilmente al momento non ne sono dotati), per garantire un miglior livello di omogeneizzazione a livello regionale e per contenere i costi relativi.

SISTEMA RIS PACS

Nell'ambito dell'area informatica, un progetto di grande innovazione è rappresentato dal **Sistema RIS** (Radiology Information System) per la gestione del paziente (prenotazione, accettazione, refertazione , statistiche) **e PACS** (Picture Archive Computed System) per la gestione delle immagini diagnostiche in formato digitale.

L'introduzione di sistemi radiologici digitali, ha portato innumerevoli vantaggi sul servizio offerto e in particolare:

- la possibilità di elaborare con specifici algoritmi l'immagine acquisita, migliorandone la qualità e l'accuratezza diagnostica
- l'incremento dell'efficienza e della produttività
- la possibilità di sviluppare teleradiologia
- il miglioramento del flusso di lavoro, nonché l'integrazione con sistemi informativi aziendali esterni HIS e CUP
- la possibilità di fusione delle immagini con quelle provenienti dalle modalità diagnostiche digitali
- l'inoltro di immagini alle strutture interne dei presidi ospedalieri con un risparmio economico per l'assenza di copie su lastre fisiche.
- la consegna al paziente di immagini radiologiche su CD/DVD

Per quanto riguarda il percorso di informatizzazione dei MMG e PLS, è stato avviato un sistema di monitoraggio finalizzato all'analisi della spesa sanitaria e livello provinciale.

In particolare, sono stati elaborati report contenenti dati relativi all'appropriatezza prescrittiva per farmaci e prestazioni sanitarie al fine di consentire una puntuale analisi sull'andamento della spesa sanitaria.

I progetti di sviluppo in questo settore saranno orientati a migliorare i rapporti di collaborazione con i MMG e i PLS, attraverso l'invio dei referti direttamente nella cartella clinica informatizzata dei medici curanti, al fine di favorire un migliore percorso di cura ed integrazione con tra le strutture ospedaliere e territoriali.

PROGETTO DI STERILIZZAZIONE

L'attività di sterilizzazione ha assunto nel corso degli ultimi anni una valenza rilevante nel percorso di cura, sia per la sua essenzialità propedeutica all'atto chirurgico, sia per la valenza medico legale e di responsabilità connesse con il fenomeno delle infezioni ospedaliere.

A conferma di ciò, si registra la sempre maggiore attenzione sui processi di sterilizzazione sia per quanto riguarda gli aspetti connessi con l'Accreditamento Istituzionale, sia con la rintracciabilità del ferro sterile, essenziale nella prevenzione e correzione degli eventi infettivi, sia infine rapportando tale tematica con quella del Risk Management.

Nella rete dei presidi ospedalieri dell'ASL AL, solo il P.O. di Novi Ligure è dotato di una Centrale di sterilizzazione adeguata, di recente attivazione (anno 2004).

Negli altri PP.OO: l'attività di sterilizzazione è invece effettuata in numerosi punti di sterilizzazione, che impegnano molto personale sia direttamente che per quanto riguarda i trasporti.

L'attività è fortemente parcellizzata, qualitativamente non sempre idonea per mancanza di adeguate strutture e di attrezzature efficienti ed è molto onerosa sia per i costi del personale e di logistica, che per la manutenzione di attrezzature ed impianti.

La realizzazione di un'attività di sterilizzazione dovrebbe invece rispondere alle esigenze di una realtà sanitaria complessa e a standard qualitativi e di sicurezza adeguati, oltre che di economicità nella gestione.

Sulla logica di tali premesse, il progetto di ristrutturazione/razionalizzazione delle attività di sterilizzazione nell'ASL AL è stato quindi impostato con una gara di appalto per la fornitura a noleggio di strumentario chirurgico in kit sterili, che tenesse conto delle garanzie da offrire agli utilizzatori e alla continuità del servizio

Tale impostazione, vista la rilevanza del progetto e la sua valenza strategica, si qualifica peraltro attraverso alcuni elementi quali:

a) la scelta da parte dei chirurghi delle più idonee ed adeguate tipologie di ferri chirurgici;

- b) l'adeguamento dei processi di gestione e trattamento degli strumenti chirurgici in particolar modo nelle fasi critiche di decontaminazione, confezionamento, sterilizzazione e movimentazione rigorosamente sicuri per gli assistiti e per gli operatori di settore. Ciò include inoltre la tracciabilità di tutte le fasi di processo con intuibili risvolti clinici e medico-legali;
- c) la previsione, oltre alle garanzie di rito proprie di un contratto di fornitura, di una serie di interventi atti a garantire la continuità del servizio in presenza di eventi imprevedibili, quali la disponibilità di una seconda centrale di sterilizzazione e le modalità per la gestione dell'emergenza;
- d) la costituzione di una commissione tecnica composta da specialisti sanitari individuati dall'ASL, che opererà dopo l'affidamento del servizio a garanzia ulteriore del buon andamento e controllo della fornitura.

PROGETTO DOSE UNITARIA DEL FARMACO

La Gestione del Processo di Prescrizione e Somministrazione del Software e delle Tecnologie di Automazione per la Gestione dei Farmaci in Unità Posologica è finalizzata a:

- alla Riduzione del Rischio nel Processo di Somministrazione dei Farmaci sia per i Pazienti che per gli Operatori Sanitari,
- alla Creazione del Team Clinico di analisi (Medici, Infermieri e Farmacisti),
- al Miglioramento della Farmacovigilanza,
- alla Riduzione del Tempo Infermieristico per le attività Amministrative del Processo.

Gli obiettivi specifici possono essere così riassunti:

- qualità dei processi, attraverso l'introduzione di moderni sistemi di gestione, controllo e tracciabilità;
- sicurezza, attraverso la riduzione dei rischi (risk management) connessi con gli aspetti clinici della terapia e soprattutto della sua somministrazione (riduzione degli errori possibili e presenti in questa fase e dei relativi eventi avversi);
- efficienza, attraverso l'ottimizzazione dei processi e delle risorse;
- economicità, migliorando nel suo complesso l'intera gestione logistica del farmaco.

Con tale progetto si intendono sviluppare i processi di gestione del farmaco e della terapia farmacologia, anche attraverso l'introduzione della gestione in unità posologica.

I servizi dovranno costituire, nel complesso, un sistema completo dal punto di vista funzionale, efficiente nel supporto di tutte le attività organizzative, tecnologicamente avanzato, modulare ed in grado di evolvere nella sua configurazione in conseguenza alle mutate esigenze.

Il raggiungimento degli obiettivi sopra elencati dovrà avvenire attraverso servizi di supporto alla farmacia ospedaliera, caratterizzati da soluzioni tecnico-gestionali innovative, pur conservando l'esclusiva titolarità della supervisione e validazione del processo nonché del controllo della qualità dei servizi affidati.

Il progetto privilegia investimenti in soluzioni a elevato contenuto tecnologico tali da favorire il miglior utilizzo delle risorse umane dedicate al servizio.

Si opererà progressivamente introducendo il nuovo sistema gestionale (metodologie e servizi, tecnologie, strumenti informatici) che sarà accompagnato da un importante processo di revisione atto a migliorare la qualità delle attività svolte, le performance operative in termini di efficienza e concretezza dei processi organizzativi e porre le basi per il procedimento di certificazione del processo.

Per tali finalità il sistema dovrà in particolare essere flessibile in termini di:

- crescita progressiva;
- modifiche organizzative;
- disponibilità finanziaria;
- modifica strategie;
- estensibilità del modello.

L'ASL AL, con il progetto per l'introduzione della somministrazione dei farmaci a livello ospedaliero, svolta in modo controllato anche con l'introduzione della gestione dei farmaci in unità posologica, ha esteso l'attività anche ai pazienti con domiciliamento delle cure e per le terapie somministrate presso RAF e RSA.

La domiciliamento delle cure, oltre ad una migliore gestione economica dell'evento, diventa sempre più un aspetto positivo per l'umanizzazione delle cure stesse ma, stante la situazione in atto, si potrebbero perdere le informazioni gestibili con una ospedalizzazione diretta.

Il controllo della somministrazione di farmaci (e in futuro anche con la possibilità di inserire le attività svolte dal personale sanitario presso la residenza del paziente) diventa quindi un fattore di integrazione delle cure portando presso il paziente domiciliato gli stessi controlli che vengono svolti nella struttura ospedaliera.

Una corretta raccolta dei dati delle terapie prescritte e prestate, oltre ad un'analisi della coerenza tra prescritto ed assunto, permette poi un'attenta analisi anche dei risultati terapeutici e la successiva definizione di protocolli di cura ma anche di individuare eventuali punti deboli del processo e, di conseguenza, di intervenire per migliorare il processo stesso (ad esempio la

comprensione della motivazione di un'errata auto somministrazione permetterà di intervenire nella fase di spiegazione della cura).

Gli obiettivi specifici del progetto sono:

- eliminazione degli errori di somministrazione – auto somministrazione;
- rilevazione ed archiviazione per le successive analisi di congruenza di tutte le somministrazioni farmacologiche territoriali;
- piena e completa Farmacovigilanza sul Territorio per le somministrazioni ed eventuale integrazione con le terapie indicate dagli MMG e PLS;
- miglioramento del rapporto Qualità/Prestazione (maggiore qualità del processo di Terapia a parità di costi);
- possibilità di analisi epidemiologiche ed individuazione di percorsi terapeutici;
- integrazione con i flussi informativi Regionali e Ministeriali dei dati gestiti (File F).

Il Progetto Ospedaliero e quello Territoriale risultano, quindi, perfettamente integrati in un'unica logica gestionale che, partendo dall'ospedale, si sviluppa anche in ambito territoriale.

PROGETTO INFORMATIZZAZIONE ARCHIVI

Il servizio di gestione in outsourcing dell'archivio delle cartelle cliniche è stato avviato nel mese di Luglio 2009 a seguito di gara d'appalto affidata alla ditta Consorzio CSA di Roma.

L'attività iniziale prevedeva l'affidamento all'esterno delle cartelle cliniche di 5 dei 6 presidi ospedalieri afferenti all'ASL Alessandria, oltre 2 ospedali non più in esercizio ma il cui archivio è stato trasferito presso il presidio di Casale Monferrato per competenza; successivamente il progetto è stato esteso anche al Presidio di Tortona.

Nel dettaglio, si è affidata la custodia, la gestione e l'informatizzazione di tutte le cartelle cliniche per 7 anni.

Il servizio consente di conseguire alcuni importanti vantaggi per l'Azienda:

1. raccogliere tutti gli archivi sanitari in un'unica struttura;
2. ricognizione generale dello stato degli archivi e del materiale in possesso dei Presidi;
3. informatizzazione di tutto il patrimonio documentale (le cartelle cliniche non possono essere assoggettate a scarto d'archivio, per cui devono essere conservate illimitatamente);
4. controllo e monitoraggio centralizzato delle richieste di consultazione e rilascio di documentazione in copia;
5. certezza del costo da sostenere, essendo il servizio affidato per 7 anni;
6. maggiore efficacia dell'azione amministrativa;
7. maggiore efficienza della qualità del servizio percepito dal cittadino-utente.

Il servizio è stato implementato con la realizzazione di un portale web ad uso delle strutture sanitarie dell'Azienda che consente agli utenti autorizzati di richiedere la copia digitale della cartella clinica, consultarla, se già disponibile, stamparla e consegnarla all'utenza.

Con l'avvio del servizio di digitalizzazione massiva è possibile consegnare la cartella clinica all'utenza real-time dalla richiesta; inoltre, è possibile al cittadino-utente di poter effettuare la richiesta di cartella clinica da casa e riceverla comodamente in posta elettronica o anche in posta ordinaria. Queste attività consentiranno di raggiungere un sempre maggior numero di utenti, anche di coloro i quali per motivi vari hanno difficoltà a raggiungere le sedi degli ospedali, nell'ottica di una sempre maggiore efficienza dei servizi sanitari non primari, e di una sempre maggiore soddisfazione del cittadino-utente.

E' operativo il portale web per i reparti ed è in corso la formazione al personale sanitario per accedere on line alla cartelle. Sono stati attivati 4 sportelli di front desk nei 4 presidi principali gestiti dal consorzio CSA per la

richiesta utenti delle cartelle rilasciate in copia cartacea o su supporto informatico digitalizzato.

NUOVA TAC MULTISTRATO

Alla fine di novembre 2010 si è conclusa la procedura per l'aggiudicazione della nuova TAC Multistrato per l'ospedale di Acqui Terme, con l'atto conclusivo che sancisce l'acquisto della sofisticata attrezzatura dalla ditta GE Medical System Italia di Milano tramite un leasing quinquennale di 611.000 euro complessivi, che comprende i costi di installazione, manutenzione completa e riscatto finale dell'apparecchiatura per la simbolica cifra di 100 euro.

A gennaio inizieranno i lavori per l'installazione e saranno necessari una settantina di giorni per il completamento delle opere murarie ed impiantistiche, da marzo quindi la nuova TAC sarà pienamente operativa.

Con la nuova apparecchiatura ci sarà la possibilità di effettuare esami di elevata qualità con indubbi vantaggi diagnostici. La nuova TAC Multistrato infatti è in grado di ottenere immagini basate su raggi X, in pochissimo tempo. Con questa tecnologia è possibile acquisire informazioni diagnostiche nei 3 piani dello spazio e quindi svolgere la complessa anatomia umana e rappresentarla con immagini 3D a colori.

Il sistema è in grado di eseguire un esame dell'intero corpo umano in 5-6 secondi, passando le scansioni al sistema di elaborazione computerizzato a disposizione del radiologo. La nuova TAC è fornita di sofisticatissimi programmi che consentiranno, grazie alle immagini tridimensionali, di eseguire esami nuovi, come la colonscopia virtuale, studi approfonditi dell'apparato vascolare e controlli dei noduli polmonari.

La nuova tecnologia OptiDose in dotazione al nuovo macchinario associa ad un'elevata qualità diagnostica la riduzione di esposizione alle radiazioni dal 20 al 40% rispetto alla tecnologia precedente. Questo a tutto vantaggio dei pazienti, soprattutto di quelli sottoposti a controlli continui.

Il passaggio dalla vecchia alla nuova TAC avverrà senza interruzioni del servizio; la nuova apparecchiatura sarà sistemata in locali più ampi, appositamente ristrutturati, che consentiranno un miglior comfort a pazienti ed operatori.

Solo dopo che sarà pienamente operativa sarà dismessa la vecchia TAC in modo da liberare i locali per la sistemazione definitiva del mammografo.

NUOVA RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (CASALE M. E TORTONA)

Nel mese di settembre 2009 all'ospedale Santo Spirito è stata inaugurata la nuova Risonanza Magnetica Nucleare. E' la seconda apparecchiatura di questo tipo ad aprire i battenti in provincia nel giro di pochi giorni e, insieme alla "gemella" inaugurata pochi giorni prima nel Presidio Ospedaliero di Tortona, permettendo all'ASL AL di conseguire un primato in ambito regionale, dal momento che si tratta delle prime due Risonanze Magnetiche ad "alto campo" in funzione nelle strutture sanitarie pubbliche del Piemonte e tra le poche in Italia.

Da tempo Casale e Tortona attendevano la Risonanza Magnetica Nucleare e, grazie anche contributi privati, la popolazione di tali città hanno a disposizione una delle più sofisticate attrezzature oggi esistenti.

Ma l'aspetto più importante delle due realizzazioni è l'aver reso accessibile questo esame a tutti i pazienti della provincia, anche a coloro che per ragioni psicologiche o fisiche non potevano entrare nelle normali apparecchiature chiuse".

La differenza con i tradizionali apparecchi per la risonanza magnetica è sostanziale, nelle nuove attrezzature installate a Tortona e Casale non bisogna infilarsi in uno stretto tubo ma ci si sdraia su un ampio letto aperto da tutti i lati, sormontato da una specie di baldacchino che racchiude l'invisibile campo magnetico.

Il fatto poi che il paziente non sia incapsulato permette ai medici di ottimizzare tutte le tipologie di esame sia nello studio delle patologie della colonna vertebrale che degli arti con importanti riscontri in termini di confort del Paziente che si traducono in un miglioramento delle possibilità diagnostiche.

RMN – PERIODO GEN-SET 2010	PER ESTERNI	PER INTERNI	TOTALE
	CASI	CASI	CASI
H CASALE	6.256	471	6.727
H TORTONA	6.297	318	6.615
H NOVI (DA GIUGNO)	2.655	265	2.920

ATTIVITA' 2010 DELL'UNITA' PER LO STUDIO E DOCUMENTAZIONE SUL MESOTELIOMA

Con deliberazione 2010/638 del 14/5/2010 è stata approvata la convenzione con l'Azienda Ospedaliera "SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo" di Alessandria per prestazioni di consulenza nell'ambito dell'Unità di gestione della sperimentazione clinica sul mesotelioma, istituita funzionalmente presso la SOC Oncologia del p.o. di Casale M., per il periodo 15.05-31.12.2010, dando atto che l'onere per le prestazioni di consulenza potranno eventualmente essere fronteggiate mediante l'utilizzo successivo dei fondi a disposizione dell'Associazione Familiari Vittime Amianto.

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del Mesotelioma (PDTA)

Il PDTA è uno strumento di gestione clinica che definisce il miglior processo assistenziale per una determinata patologia basandosi sulle evidenze disponibili in letteratura calate nel contesto locale, tenendo conto delle risorse (competenze e tecnologie) disponibili.

E' stato formalizzato un percorso condiviso dall'ASL AL - Ospedale Santo Spirito di Casale - e dall'Azienda Ospedaliera Nazionale SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo di Alessandria che definisce modalità e tempi di ogni tappa del percorso sanitario e assistenziale del Paziente affetto da mesotelioma. Il PDTA è stato costruito e condiviso nell'ambito del GIC (Gruppo Interdisciplinare Cure) interaziendale e sottoposto a revisione e validazione da parte di esperti nazionali.

Un aspetto cruciale per il livello qualitativo della prestazione oncologica è la multidisciplinarietà nell'approccio alla patologia, che prevede la condivisione della gestione di ogni singolo caso tra i diversi specialisti che intervengono nell'iter diagnostico terapeutico. Nel percorso vengono definite le modalità di integrazione delle differenti competenze cliniche sin dalla diagnosi, garantendo in questo modo la centralità del Paziente.

Ogni caso sospetto che accede alle due aziende sanitarie viene inserito nel percorso, preso in carico dagli specialisti individuati per la gestione della specifica tappa e contestualmente segnalato e condiviso con tutti gli altri specialisti in ambito GIC (pneumologi, chirurghi toracici, radiologi, patologi, medici nucleari, oncologi, radioterapisti, terapeuti del dolore e delle cure palliative).

Ad ogni Paziente sin dal primo accesso viene offerta l'assistenza psicologica che può essere estesa anche ai famigliari.

Il percorso si propone l'ottimizzazione e il monitoraggio della qualità delle prestazioni fornite, attraverso la misurazione di indicatori di processo ed esito

reso possibile da un sistema di raccolta e analisi dei dati appositamente creato.

Database

Il database per la registrazione prospettica dei Pazienti inseriti nel percorso è un archivio strutturato in cui vengono registrate le informazioni anagrafiche, anamnestiche, patologiche e cliniche dei singoli Pazienti. Questo consente la gestione globale dei dati, la registrazione dell'outcome clinico e il calcolo degli indicatori di percorso.

Interazioni con il Registro dei mesoteliomi maligni del Piemonte (RMM)

E' stata ridefinita la modalità di collaborazione con il Registro dei mesoteliomi maligni del Piemonte (RMM) garantendo nel percorso la segnalazione dei casi sin dal primo accesso affinché la raccolta delle informazioni espositive sia tempestiva e completa.

Inoltre è in fase di definizione una modalità di integrazione del database clinico-patologico con quello epidemiologico finalizzato ad un costante e reciproco scambio dei dati. Ne

deriva la possibilità di un'informazione completa e sempre aggiornata utile nella definizione di strategie politico-sanitarie sul tema amianto-salute.

Portale web dell' Unità per lo studio e la documentazione sul mesotelioma

E' in fase di implementazione un portale dedicato dell'Unità per lo studio e la documentazione sul mesotelioma che conterrà informazioni generali sulla patologia e più specifiche circa le sperimentazioni cliniche in corso in ambito regionale, nazionale ed internazionale.

Il portale sarà in grado di fornire informazioni sulle modalità di accesso al percorso e consentirà di rivolgersi agli specialisti del GIC per consulenze o eventuali chiarimenti su specifici quesiti diagnostico-terapeutici.

L'assistenza farmaceutica

È noto che la variabilità dei consumi farmaceutici è per buona parte attribuibile, oltre che alle differenti attitudini prescrittive dei medici, anche alle caratteristiche delle popolazioni a confronto, in primo luogo età e sesso.

Per eliminare le differenze determinate da questi fattori, nei confronti è utile ricorrere ad un sistema di "pesi" predisposto dal Dipartimento della Programmazione del Ministero della Salute per la ripartizione della quota capitaria del Fondo Sanitario Nazionale (FSN).

Tale sistema, infatti, consente di considerare nella misura reale la popolazione dell'ASL AL costituita per il 27% da ultra 65enni.

SPESA FARMACEUTICA GENNAIO-SETTEMBRE 2010 VS GENNAIO-SETTEMBRE 2009

La spesa farmaceutica convenzionata è passata da -4,16% rispetto all'anno scorso (dato di fine Agosto), a -3,93%.(dato di fine Settembre)

La distribuzione diretta è passata da +0,01% (dato di fine Agosto) a -0,26%, come segue:

Importo gen/set 2010	gen/set 2009	var
15.680.473,52	15.720.911,75	- 0,26%

Si riportano alcune osservazioni :

Spesa CONVENZIONATA PRO CAPITE

Si scostano dalla media aziendale (146,13 euro) in particolare i Distretti di :

- Acqui Terme (162,85 euro)
- Ovada (149,05 euro)
- Casale (149,43 euro) -
- Valenza (147,84 euro)

Spesa DISTRIBUZIONE DIRETTA PRO CAPITE

La media aziendale risulta pari a 36,11 euro .

Si scostano in termine di valori negativi o positivi rispettivamente :

- Alessandria (16 euro)
- Valenza (13,43 euro)
- Tortona (52,45 euro)
- Acqui Terme (50,71 euro)

- Casale (45,02 euro)

L'aumento percentuale della distribuzione diretta rispetto al medesimo periodo dell'anno precedente riguarda i soli Distretti di Novi Ligure, Acqui Terme e Casale e si sta riducendo sia a livello di P.O. che delle Case di Riposo rispetto alla fine del mese di Agosto.

CONVENZIONATA + DISTRIBUZIONE DIRETTA PRO CAPITE

Si scostano dalla media aziendale (193,63 euro) in particolare :

- Acqui Terme (226,76 euro)
- Casale (204,96 euro)

CENTRI DI COSTO ove si rilevano SCOSTAMENTI

D.D. Distretto Alessandria

Come nel periodo gennaio/agosto 2010 vs 2009 vi è un aumento considerevole a carico della spesa farmaceutica destinata ai pazienti affetti da Malattia Rara (403.259,34 euro nel 2010 vs 227.947,83 euro del 2009)

D.D. Farmacia Casale e D.D. Distretto Casale

L'importo 571.548,18 euro è da sommare all'importo 353.367,21 euro nel 2010 vs l'importo di 736.485,52 euro del 2009 in quanto la Farmacia nel 2009 effettuava il servizio di distribuzione diretta per il distretto. Si rileva quindi uno scostamento assai diverso di - 52,02% a carico del Distretto (924.915,39 euro vs 736.485,52, pari a - 26%)

D.D. Distretto Tortona

La differenza di - 48,66% è dovuta essenzialmente al cdc Malattie Rare di Castelnuovo S. per emoderivati (nel 2010 euro 445.978,79 vs euro 922.817,64 nel 2009)

A LIVELLO DI SERT e DSM vi sono risultati difformi di distribuzione diretta a seconda dei Distretti: a tal fine sono stati contattati i Responsabili dei Dipartimenti (aumento a Valenza, Novi, Alessandria e Acqui, diminuzione negli altri Distretti).

Globalmente, la spesa farmaceutica è passata da un valore di + 1,96% di fine Agosto a +2,82% di fine Settembre, soprattutto per il crescere della DPC e del minor incremento della spesa farmaceutica convenzionata rispetto a fine Agosto, fenomeni che la diminuzione della distribuzione diretta non è in grado di contrastare.

Le operazioni messe in atto con i MMG (incontri di équipes) e sulle Case di Riposo (inventari ed ispezioni) produrranno risultati solo nel mese prossimo.

I PERCORSI DELL'ASL AL PER LA RAZIONALIZZAZIONE DEL SETTORE DELL'ASSISTENZA FARMACEUTICA

L'analisi sull'andamento della spesa farmaceutica convenzionata evidenzia dati positivi riferiti all'ASL AL che raggiunge in tutte le analisi buoni risultati sia come dati grezzi che come valori pesati rispetto alla media regionale.

Nell'ottica di stretta sinergia Ospedale – Territorio, l'ASL AL ha posto in essere le azioni descritte al fine di indurre, a parità di cura e di valorizzazione della centralità della persona, effetti positivi in termini di appropriatezza prescrittiva e di conseguente contenimento della spesa farmaceutica:

A) - SETTORE DISTRIBUZIONE DIRETTA

E' stata costantemente sviluppata la distribuzione diretta da parte dei diversi Servizi aziendali, ospedalieri e territoriali:

L'attività comprende i farmaci:

- contemplati dall'apposito Accordo regionale
- erogati agli assistiti a seguito di dimissione/visita specialistica
- garantiti ai soggetti ultrasessantacinquenni pluripatologici nell'ambito del progetto di farmacovigilanza attiva della Regione Piemonte "Area distrettuale"
- per i pazienti affetti da malattie rare o fibrosi cistica
- per i pazienti in assistenza domiciliare, semiresidenziale e residenziale
- per i pazienti afferenti al Gruppo di Cure Primarie di cui alla DGR n.1/3808 2001.

Positivi, in termini di presa in carico dell'assistito e di contenimento della spesa, i risultati sortiti dalla sottoscrizione di appositi protocolli di intesa per sostenere la continuità assistenziale dei pazienti oncologici anche nel settore farmaco e la presa in carico completa del paziente affetto da malattie mentali da parte dei CCSSMM aziendali.

B) MONITORAGGIO DELLE PRESCRIZIONI

Assiduo e sistematico è il monitoraggio delle prescrizioni attraverso il sistema direzionale di analisi e reporting, che costituisce uno strumento di riflessione per ciascun Medico di Famiglia (a cui viene inviato trimestralmente un apposito report personalizzato), oltre che di analisi per la Direzione aziendale e per i vari Direttori di Distretto.

Tale sistema ha consentito di evidenziare medici "iperprescrittori" e pazienti "iperconsumatori" utili per costruttivi confronti con i medici di famiglia, finalizzati ad individuare e condividere strategie di razionalizzazione.

C) APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA: OBIETTIVI

Negli anni 2008, 2009 e 2010 sono stati concertati ed attribuiti uguali obiettivi per i medici di famiglia e gli specialisti ospedalieri ispirati a criteri di appropriatezza prescrittiva che prevedono, tra l'altro:

- la razionalizzazione dell'utilizzo dei farmaci di largo utilizzo e di alto costo per i quali sussiste valida alternativa terapeutica a costi inferiori
- la sensibilizzazione verso l'utilizzo dei farmaci generici
- l'attivazione dei più ampi percorsi di erogazione diretta della terapia farmacologica
- la prescrizione in dimissione o dopo visita specialistica fatta in conformità al Prontuario Terapeutico Aziendale e, quindi, nell'ottica del miglior rapporto costo/beneficio

Numerosi gli interventi dei farmacisti aziendali presso le Equipe dei MMG/PLS e presso le Strutture ospedaliere per veicolare informazioni tecniche di appropriatezza prescrittiva (rispetto delle Note limitative, stesura del Piano terapeutico etc) e di informazione indipendente rispetto alle informazioni rese dalle Ditte farmaceutiche.

D) PRESCRIZIONE DEI FARMACI EQUIVALENTI

La classe medica, convenzionata e che opera all'interno dell'Azienda, viene costantemente stimolata verso la prescrizione dei farmaci equivalenti attraverso l'informazione periodica dell'uscita sul mercato dei nuovi farmaci generici perché orienti le prescrizioni delle singole classi terapeutiche verso il farmaco generico, operando in tal modo un considerevole risparmio di risorse quantificabile in circa il 40% rispetto al farmaco con brevetto ancora valido.

L'elenco dei farmaci equivalenti è presente sul sito aziendale e viene aggiornato mensilmente.

Inoltre, in occasione degli incontri al fine della revisione dei Prontuari terapeutici in ambito di Commissione Terapeutica Aziendale Unica di ASL provinciale, viene garantita la presenza dei generici per ogni gruppo terapeutico.

E) INFORMAZIONE INDIPENDENTE

Vengono realizzati costantemente interventi di informazione indipendente rispetto ai messaggi delle Ditte farmaceutiche attraverso:

- pubblicazioni periodiche
- schede di lettura immediata per i pazienti che accedono alla distribuzione diretta
- eventi formativi per i sanitari ospedalieri e convenzionati
- seminari per i cittadini

-interventi negli Istituti scolastici

Confronto Spesa Farmaceutica Convenzionata Regione Piemonte gen-ago 2010

ASL	Pazienti BDDE	Numero ricette	Spesa Lorda Farmaci	Spesa netta x farmaci	Costo Netto Medio x ricetta	Spesa netta procapite	Netta p.c. proiezione Anno	Spesa netta PC diff % Regione
201 - TORINO 1	489.242,0	3.126.280,0	72.439.421,4	63.297.303,7	20,25	129,38	194,1	6,86%
202 - TORINO 2	420.103,0	2.584.106,0	57.619.618,6	50.776.968,8	19,65	120,87	181,3	-0,17%
203 - TORINO 3	582.759,0	3.480.379,0	78.115.710,4	68.889.585,1	19,79	118,21	177,3	-2,36%
204 - TORINO 4	515.997,0	3.200.541,0	72.688.951,2	64.386.345,4	20,12	124,78	187,2	3,07%
205 - TORINO 5	306.000,0	1.844.124,0	41.128.699,4	36.169.368,6	19,61	118,20	177,3	-2,37%
206 - VERCELLI	177.837,0	1.172.206,0	26.007.943,0	23.137.666,2	19,74	130,11	195,2	7,47%
207 - BIELLA	178.137,0	1.038.704,0	23.698.737,8	20.975.621,5	20,19	117,75	176,6	-2,74%
208 - NOVARA	343.950,0	2.036.432,0	47.955.859,7	42.211.062,8	20,73	122,72	184,1	1,37%
209 - VERBANIA-CUSIO-OSSOLA	173.674,0	989.491,0	22.088.682,6	19.597.813,4	19,81	112,84	169,3	-6,79%
210 - CUNEO 1	417.103,0	2.226.703,0	48.930.190,1	43.287.192,7	19,44	103,78	155,7	-14,28%
211 - CUNEO 2	169.039,0	987.561,0	22.732.526,2	20.129.540,2	20,38	119,08	178,6	-1,64%
212 - ASTI	207.598,0	1.355.201,0	30.571.235,5	27.132.451,4	20,02	130,70	196,0	7,95%
213 - ALESSANDRIA	451.652,0	2.882.913,0	63.938.610,1	56.714.734,8	19,67	125,57	188,4	3,72%
REGIONE PIEMONTE	4.433.091,0	26.924.641,0	607.916.186,0	536.705.654,6	19,93	121,07	181,6	

ANALISI TEMPORALE SPESA

ASL	Ultimi tre mesi spesa netta				SPESA NETTA		SPESA LORDA	
	giu/2010	lug/2010	ago/2010	ago-10 vs lug-10	ago-10 vs ago-09	gen-ago 2010 vs gen-ago 2009	ago-10 vs ago-09	gen-ago 2010 vs gen-ago 2009
201 - TORINO 1	8.136.300,0	6.809.904,4	5.646.018,0	-17,09%	4,77%	-4,22%	1,04%	-3,60%
202 - TORINO 2	6.501.144,6	5.433.627,1	4.924.295,9	-9,37%	14,29%	-2,09%	10,40%	-1,39%
203 - TORINO 3	8.533.835,3	8.546.085,9	6.706.220,9	-21,53%	2,47%	-2,50%	-0,46%	-1,80%
204 - TORINO 4	8.072.961,2	7.653.034,5	6.413.789,0	-16,19%	3,79%	-0,67%	0,82%	0,05%
205 - TORINO 5	4.497.390,3	4.151.447,1	3.662.342,5	-11,78%	11,61%	-4,09%	8,47%	-3,34%
206 - VERCELLI	2.773.384,9	2.932.481,1	2.381.432,8	-18,79%	-4,23%	-9,27%	-6,75%	-8,58%
207 - BIELLA	2.463.693,8	2.584.479,9	2.200.996,4	-14,84%	6,35%	-3,94%	3,08%	-3,21%
208 - NOVARA	5.088.914,4	5.097.136,5	4.430.464,3	-13,08%	-0,06%	-4,64%	-2,79%	-4,00%
209 - VERBANIA-CUSIO-OSSOLA	2.328.786,3	2.412.632,7	2.275.922,8	-5,67%	6,06%	-2,44%	3,22%	-1,72%
210 - CUNEO 1	5.148.212,5	5.201.811,3	5.108.544,4	-1,79%	1,31%	-2,60%	-1,59%	-1,75%
211 - CUNEO 2	2.425.403,5	2.432.503,4	2.164.126,7	-11,03%	-5,90%	-8,33%	-8,68%	-7,80%
212 - ASTI	3.430.293,8	3.171.950,1	3.015.126,8	-4,94%	6,66%	-0,56%	4,04%	0,25%
213 - ALESSANDRIA	6.981.176,5	6.809.282,0	6.163.991,5	-9,48%	-1,90%	-4,16%	-4,48%	-3,34%
REGIONE PIEMONTE	66.381.496,9	63.236.376,1	55.093.271,9	-12,88%	3,38%	-3,42%	0,38%	-2,70%

Andamento spesa farmaceutica convenzionata procapite

ANNO	SPESA NETTA	SPESA LORDA
2007	199,4	224,6
2008	204,8	227,3
2009	193,6	219,2
2010 in proiezione	188,4	194,6

Le azioni di monitoraggio condivisione e sensibilizzazione messe in atto

- **IL SISTEMA DIREZIONALE DI ANALISI E REPORTING DELLE PRESCRIZIONI PER SINGOLO MMG A CONFRONTO CON LA MEDIA AZIENDALE CON LA REPORTISTICA PERIODICA SULL'ANDAMENTO DEGLI OBIETTIVI DI BUDGET AZIENDALI ASSEGNATI**
- **GLI INCONTRI PERIODICI CON TUTTE LE EQUPE DEI MEDICI DI FAMIGLIA DA PARTE DEI SERVIZI FARMACEUTICI E DEI DIRETTORI DI DISTRETTO SUL TEMA DELL'APPROPRIATO UTILIZZO DELLE RISORSE E IL DIALOGO CON LE STRUTTURE RESIDENZIALI**
- **GLI INCONTRI CON I CITTADINI PER LA DIFFUSIONE DELLA CORRETTA CULTURA SUI FARMACI EQUIVALENTI SUI CORRETTI STILI DI VITA SULL'IMPORTANZA DI NON ABUSARE DEI FARMACI**

Da marzo 2010 avvio della D.P.C. su tutto il territorio regionale

Fonte dati fatture Farmacie convenzionate					Fonte dati WEB DPC Regione
analisi dpc 8 mesi					
ASL AL	Ricette	Pezzi	Onere	Onere ivato	PREZZO ACQUISTO ASTI
<i>All - All</i>	39.768	63.097	586.321	703.574	3.189.061
03 - Marzo	75	128	1.188	1.426	6.228
04 - Aprile	6.415	10.210	94.901	113.881	514.553
05 - Maggio	8.055	12.825	119.052	142.862	636.435
06 - Giugno	8.651	13.698	127.254	152.705	704.152

Distribuzione diretta

DITRIBUZIONE DIRETTA ASL AL	2010	2009	Var %
solo farmaci Accordo	3.479.736,16	4.468.014,83	-22,1
senza farmaci Accordo	10.554.526,62	9.564.163,78	10,35
TOTALE	14.034.262,78	14.032.178,61	0,01



Attività di erogazione diretta di farmaci
Distribuzione diretta aziendale farmaci in PHT
 Periodo di competenza : 2009/08 - 2010/08



Agosto

Azienda erogante	Agosto 2009	Gennaio - Agosto 2009	Agosto 2010	Gennaio - Agosto 2010	Variazione % Agosto 2010 vs Agosto 2009	Variazione % Periodo Attuale vs Periodo Anno Precedente
201-ASL TO1	560.828,43	3.715.131,37	3.972,28	2.476.860,59	-99,29 %	-33,33 %
202-ASL TO2	525.234,98	6.233.541,41	362.580,70	4.752.328,29	-25,26 %	-23,76 %
203-ASL TO3	537.101,50	5.240.001,16	243.714,34	4.180.319,22	-54,62 %	-20,22 %
204-ASL TO4	610.468,66	5.882.384,25	338.797,56	4.651.988,58	-44,50 %	-20,92 %
205-ASL TO5	1.79.923,85	2.695.738,91	0,00	1.725.519,77	-100,00 %	-35,99 %
206-ASL VC	298.405,10	2.387.565,67	298.683,20	2.895.400,30	0,76 %	20,76 %
207-ASL BI	222.348,61	2.272.688,04	193.136,31	5.105.398,51	-13,14 %	124,64 %
208-ASL NO	401.030,29	3.753.768,84	287.111,33	2.879.008,31	-38,41 %	-23,30 %
209-ASL VCO	460.673,53	3.234.047,86	388.832,72	3.613.061,73	-20,76 %	11,72 %
210-ASL CN1	601.143,09	5.540.101,61	593.832,44	4.972.808,15	-1,22 %	-10,24 %
211-ASL CN2	191.544,48	2.013.247,62	104.982,71	1.624.305,53	-45,20 %	-19,32 %
213-ASL AT	485.462,75	4.453.673,59	132.905,08	2.138.705,97	-73,18 %	-61,98 %
213-ASL AL	642.060,28	7.643.502,71	324.205,94	4.757.723,69	-49,50 %	-37,75 %
901-AZIENDA OSP. S. G. BATTISTA	415.424,59	4.483.813,27	338.697,53	4.338.229,11	-18,95 %	-2,81 %
902-AZIENDA OSP. COTOMARIA ADELAIDE	12.398,05	108.842,54	4.980,60	137.912,12	-61,50 %	28,71 %
903-AZIENDA OSP. O. I. R. M. S. ANNA	52.898,18	897.804,08	279,78	797.598,42	-99,47 %	-14,50 %
904-AZIENDA OSP. S. LUIGI	373.992,98	3.975.138,97	358.593,46	3.898.010,48	-4,12 %	-1,94 %
905-AZIENDA OSP. MAGGIORE DELLA CARITA'	223.963,53	2.138.167,27	87.868,17	1.744.077,35	-60,77 %	-18,43 %
908-AZIENDA OSP. S. CROCE E CARLE	109.010,82	996.041,82	131.889,96	1.037.867,20	20,99 %	4,20 %
907-AZIENDA OSP. S. ANTONIO BIAGIOARRIGO	144.160,35	1.284.824,33	158.696,65	1.312.233,62	10,06 %	3,75 %
908-AZIENDA OSP. ORDINE MAURIZIANO DI TORINO	119.107,97	1.633.590,89	93.996,36	912.324,65	-21,11 %	-44,15 %
920-ISTITUTO ALCOLOGICO ITALIANO	0,00	38.255,55	4.791,24	48.780,65	100,00 %	27,46 %
982-IRCC - ISTITUTO PER LA RICERCA E CURA DEL	0,00	0,00	60.088,87	417.057,87	100,00 %	100,00 %
983-PRESIDIO SANITARIO GRADENIGO	0,00	34.221,00	0,00		100,00 %	-100,00 %
Totale	7.205.448,98	70.626.088,76	4.540.537,25	60.387.537,11		

RegioF15

Distribuzione diretta: FOCUS

DISTRIBUZIONE DIRETTA

		2010	2009	Scost %
ASLAL	QCC - CARCERI	147.375,06	120.161,81	22,65%
	QDD - DISTRETTI	5.764.089,96	6.228.163,49	-7,45%
	QFF - DIP FARMACEUTICO	1.885.464,11	2.141.810,14	-11,97%
	QHH - PRESIDI OSPEDALIERI	5.137.124,63	4.485.438,59	14,53%
	QSM - DIP SALUTE MENTALE	829.870,44	824.609,74	0,64%
	QST - DIP DIPENDENZE	270.338,58	231.994,84	16,53%

DISTRIBUZIONE DIRETTA CASE DI RIPOSO

		2010	2009	Scost %
ASLAL	QDD010001 - CASE DI RIPOSO ACQUI	232.981,45	131.918,66	76,61%
	QDD020001 - CASE DI RIPOSO AL	556.342,31	471.519,98	17,99%
	QDD030001 - CASE DI RIPOSO CASALE	189.767,73	148.628,52	27,68%
	QDD040001 - CASE DI CURA NOVI	246.116,88	208.723,20	17,92%
	QDD050001 - CASE DI RIPOSO OVADA	22.468,17	23.605,48	-4,82%
	QDD060001 - CASE DI RIPOSO TORTONA	350.555,11	267.932,83	30,84%
	QDD070001 - CASE DI RIPOSO VALENZA	59.859,34	56.980,35	5,05%

DISTRIBUZIONE DIRETTA PRESIDI OSPEDALIERI

		2010	2009	Scost %
ASLAL	QHH0100 - DIRETTA P.O. ACQUI	441.682,30	440.936,35	0,17%
	QHH0300 - DIRETTA P.O. CASALE	2.260.074,61	2.020.756,09	11,84%
	QHH0400 - DIRETTA P.O. NOVI	1.108.971,04	979.483,86	13,22%
	QHH0500 - DIRETTA P.O. OVADA	288.492,62	302.820,90	-4,73%
	QHH0600 - DIRETTA P.O. TORTONA	1.022.744,28	728.929,53	40,31%
	QHH0700 - DIRETTA P.O. VALENZA	15.159,78	12.511,86	21,16%

Le azioni di condivisione e sensibilizzazione messe in atto

- **GLI INCONTRI CON I MEDICI DELLE STRUTTURE OSPEDALIERE SUL TEMA DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA ANCHE ALLA LUCE DELL'IMPATTO SULLA SPESA FARMACEUTICA TERRITORIALE**
- **GLI EVENTI FORMATIVI ECM SUI TEMI DELLA DISTRIBUZIONE DIRETTA E DEL FILE F**

La visione di insieme a fine agosto 2010: convenzionata + diretta + DPC

8 mesi			2009	2010	variaz 2010 vs 2009	SPESA PRO CAPITE
		assistibili				
Alessandria	CONVENZIONATA	120.080	16.195.224	15.653.927	-3,34%	130,36
	FARMACI DPC			1.001.039		
	ONERI DPC			218.330		
	DISTRIBUZIONE DIRETTA		2.077.422	1.767.729	-14,91%	14,72
	totale capitoli spesa		18.272.645	18.641.025	2,02%	155,24
Tortona	CONVENZIONATA	61.485	7.725.077	7.374.978	-4,53%	119,95
	FARMACI DPC			419.096		
	ONERI DPC			92.684		
	DISTRIBUZIONE DIRETTA		3.155.720	2.928.783	-7,19%	47,63
	totale capitoli spesa		10.880.796	10.815.541	-0,60%	175,91
Novi Ligure	CONVENZIONATA	71.744	9.467.723	9.183.996	-3,00%	128,01
	FARMACI DPC			456.901		
	ONERI DPC			98.846		
	DISTRIBUZIONE DIRETTA		2.678.316	2.901.218	8,32%	40,44
	totale capitoli spesa		12.146.039	12.640.962	4,07%	176,20
Acqui Terme	CONVENZIONATA	41.870	6.271.973	6.002.054	-4,30%	143,35
	FARMACI DPC			353.442		
	ONERI DPC			79.247		
	DISTRIBUZIONE DIRETTA		1.820.187	1.877.191	3,13%	44,83
	totale capitoli spesa		8.092.160	8.311.934	2,72%	198,52
Ovada	CONVENZIONATA	27.365	3.802.952	3.647.363	-4,09%	133,29
	FARMACI DPC			189.028		
	ONERI DPC			42.594		
	DISTRIBUZIONE DIRETTA		804.824	766.230	-4,80%	28,00
	totale capitoli spesa		4.607.776	4.645.214	0,81%	169,75
Casale	CONVENZIONATA	84.101	11.904.453	11.227.682	-5,69%	133,50
	FARMACI DPC			568.802		
	ONERI DPC			128.574		
	DISTRIBUZIONE DIRETTA		2.968.934	3.324.499	11,98%	39,53
	totale capitoli spesa		14.873.386	15.249.557	2,53%	181,32
Valenza	CONVENZIONATA	27.468	3.807.900	3.624.735	-4,81%	131,96
	FARMACI DPC			200.754		
	ONERI DPC			43.298		
	DISTRIBUZIONE DIRETTA		401.433	299.103	-25,49%	10,89
	totale capitoli spesa		4.209.332	4.167.890	-0,98%	151,74
ASL AL	CONVENZIONATA	434.130	59.175.300	56.714.735	-4,16%	130,64
	FARMACI DPC			3.189.061		
	ONERI DPC			703.574		
	DISTRIBUZIONE DIRETTA		14.032.179	14.034.263	0,01%	32,33
	totale capitoli spesa		73.207.479	74.641.632,98	1,96%	171,93

CONCLUSIONI

Abbiamo voluto, con questo documento illustrare una strategia ed un percorso, originati dal Piano Sanitario Regionale 2007-2010, che hanno portato a risultati positivi, pur lasciando ancora problemi irrisolti, lavori da portare a compimento, aspetti che devono essere meglio definiti.

L'esperienza che va a conclusione è stata, da un punto di vista professionale ed umano, estremamente affascinante, consentendo un rapporto quotidiano con cittadini, professionisti ed operatori, amministratori locali, istituzioni.

A costoro va il nostro ringraziamento non solo per quanto realizzato ma soprattutto per la sincera e consapevole disponibilità ad un lavoro comune per il bene delle persone.

II DIRETTORE GENERALE
(ASL AL)
avv. Gian Paolo ZANETTA

II DIRETTORE SANITARIO
(ASL AL)
dott. Gianfranco GHIAZZA

II DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(ASL AL)
dott. Stefano MANFREDI