



**ASL AL** 

# RELAZIONE SUL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI ECONOMICI, DI SALUTE E FUNZIONAMENTO ANNO 2013

# D.G.R. N. 34-6516 DEL 14 OTTOBRE 2013

"Individuazione ed assegnazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai fini del riconoscimento della quota integrativa al trattamento economico per l'anno 2013."





### **PREMESSA**

Nell'ambito del percorso di contenimento dei costi e di riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale (definito con i Programmi operativi 2013-2015, così come previsto dall'art.15, comma 20 del D.L. 95/2012, convertito, con modificazioni, dalla legge n.135/2012), con D.G.R. 14 ottobre 2013 n.34-6516 sono stati attribuiti gli obiettivi strategici per l'anno 2013, oggetto del sistema di incentivazione, raggruppati nei seguenti tre macro-obiettivi:

- 1. Attuazione dei Programmi Operativi 2013-2015
- 2. Esiti
- 3. Obiettivi gestionali

I sopra richiamati obiettivi strategici correlati al sistema di incentivazione, devono integrarsi con le azione legate agli obiettivi di mandato, assegnati in sede di stipula del contratto.

Con D.G.R. 13-3723 del 27.4.2012, con la quale si è disposto di nominare il Direttore generale dell'Azienda Sanitaria Locale AL, sono stati individuati i seguenti **obiettivi di mandato**:

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

Tali obiettivi devono, inoltre, essere inquadrati nei più generali obiettivi individuati dal Piano Sanitario Regionale 2012-2015, di cui alla Deliberazione del Consiglio Regionale 3 aprile 2012, n. 167 – 14087, quali

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

In relazione agli obiettivi strategici di cui alla D.G.R. 14 ottobre 2013 n.34-6516 si relaziona sugli stessi, evidenziando in particolare le azioni svolte nei mesi successivi alla loro assegnazione.

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

### **OBIETTIVO 1: PROGRAMMA OPERATIVO**

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

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

<u>SUB-OBIETTIVO 1.3</u>: RÉALIZZAZIONE CONTABILITÀ ANALITICA (CO.AN.) SUB-OBIETTIVO 1.4: CONTENIMENTO DEI COSTI DELLE RISORSE UMANE

<u>SUB-OBIETTIVO 1.5</u>. RIORDINO RETE PUNTI NASCITA

### **OBIETTIVO 2: ESITI**

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

SUB-OBIETTIVO 2.2: RIDUZIONE INCIDENZA PARTI CESAREI

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

### **OBIETTIVO 3: GESTIONALI**

<u>SUB-OBIETTIVO 3.1</u>: RIDUZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA TERRITORIALE <u>SUB-</u>

OBIETTIVO 3.2: RIDUZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA

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

<u>SUB-OBIETTIVO 3.4</u>: RIDUZIONE DEGLI ACQUISTI IN ECONOMIA

OBIETTIVO 1: Programma Operativo						
DESCRIZIONE	Così come previsto dall'articolo 15, comma 20, del DL 95/2012, convertito, con modificazioni dalla legge 135/2012, la prosecuzione dell'azione di controllo della spesa sanitaria, intrapresa con il Piano di riqualificazione del SSR e di riequilibrio economico (Piano di rientro) 2010-2012, sottoscritto il 29/07/2010 (D.G.R. n. 1-415 del 02/08/2010) e integrato da un successivo Addendum (D.G.R. n. 44-1615 del 28/02/2011 e n. 49-1985 del 29/04/2011), nasce dalla necessità di non compromettere l'attribuzione in via definitiva delle risorse finanziarie, in termini di competenza e di cassa, condizionate alla piena attuazione del Piano di rientro stesso.  Il Piano di rientro 2010-2012 ed il suo Addendum, sulla base della ricognizione delle cause che hanno determinato strutturalmente eccessivi oneri di gestione, ha individuato e affrontato selettivamente le diverse problematiche emerse, incidendo sui diversi fattori di spesa e specificando gli obiettivi di contenimento, le singole azioni concretamente realizzabili per il raggiungimento degli obiettivi medesimi e l'impatto finanziario correlato.  Il Programma Operativo 2013-2015 intende proseguire e rafforzare tale azione di controllo della spesa sanitaria, continuando a garantire i Livelli Essenziali di Assistenza, attraverso tre "categorie" di interventi, tra loro fortemente correlati:  dotare il SSR di strumenti in grado di garantime il governo complessivo, semplificando la "catena di comando";  implementare le azioni "strutturali" nei confronti del SSR, in grado di assicurare nel tempo la sua sostenibilità;  proseguire il percorso già avviato e relativo allo sviluppo di azioni di efficientamento del sistema, con la finalità di contenere i costi attraverso meccanismi di razionalizzazione nell'uso delle risorse.					
PESO	40/100					
NOTA	Il Programma Operativo deve essere uno strumento di pianificazione in grado di rispondere in maniera efficace alle priorità e necessità strategiche e/o normative che possono intervenire nel corso dell'anno.  Sono considerate azioni in via prioritaria per il 2013:  1. Piano Attuativo della Certificabilità (PAC)  2. Contabilità Analitica (Co.An.)  3. Contenimento dei costi delle risorse umane secondo le indicazioni di cui alle DDGR n. 7-5838 del 31.05.2013 e 10-6035 del 02.07.2013  4. Riordino Punti Nascita: tutti gli interventi che consentiranno di procedere al completamento della rete dei Punti Nascita su due livelli e le relative chiusure previste entro il 31 dicembre 2013 come da D.G.R. n. 6-5519 del 14.03.2013 e successivi provvedimenti attuativi.					

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

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

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

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

In riferimento al sub-obiettivo 1.1 è stata adottata deliberazione n.937 del 18 dicembre 2013 ad oggetto "Piano attuativo della certificabilità" (allegata), con la quale si era disposto

- di recepire e fare proprio il P.A.C. dei bilanci delle aziende sanitarie regionali, come adottato dalla Regione Piemonte con DGR n. 26-6009 del 25.06.2013;
- di individuare il Responsabile del Coordinamento Aziendale del PAC;
- di individuare nelle sotto azioni A3.1 A3.9 A5.1 D4.1 D4.2 D5.1 così come classificate nell'allegato "uno" DGR n. 26-6009 del 25.06.2013 le attività da condurre e le procedure da codificare per l'anno 2013 in attuazione del P.A.C;
- di rinviare a successivo provvedimento il recepimento degli esiti dei lavori di realizzazione del P.A.C. per l'anno 2013

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

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

Sono riportate le procedure formalizzate relative ai seguenti sotto-obiettivi di maggior impatto sull'intera azienda sanitaria:

- 1. Aggiornamento ed applicazione di un piano dei conti unico secondo le indicazioni regionali coerente alla normativa vigente: 31/10/2013.
- 2. Predisposizione ed applicazione di una procedura formalizzata per la realizzazione del piano degli investimenti con identificazione del budget per ogni intervento programmato. Avvenuta discussione e definizione della procedura

all'interno del processo di programmazione investimenti avendo coinvolto i comitati tecnici per la valutazioni di necessità, opportunità e convenienza: 31/10/2013

- 3. Predisposizione ed applicazione di una procedura formalizzata di controllo del budget stabilito nel piano degli investimenti: 31/10/2013
- 4. Predisposizione ed applicazione di una procedura che consenta di identificare separatamente i cespiti acquisiti con contributi in conto capitale, i cespiti acquisiti con contributi in conto esercizio, i conferimenti, i lasciti, le donazioni: 30/09/2013
- 5 Aggiornamento di procedure e meccanismi di riconciliazione tra il Bilancio di esercizio, modelli CE e SP, contabilità generale (Bilancio di verifica) e contabilità sezionali: 31/12/2013.
- 6. Predisposizione ed applicazione di una procedura di raccolta e condivisione tra i soggetti interessati dei rilievi/suggerimenti da parte della Regione e del Collegio Sindacale: 31/12/13.



### AZIENDA SANITARIA LOCALE AL

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

Deliberazione del Direttore Generale n. 2013/937 del 18/12/2013

Piano attuativo della Certificabilità

OGGETTO:

PARERI DELLA S.O. PROPONENTE EX ART. 4, 1° COMMA, L, 7.8.1990 N, 241 S.O. Area Programmazione strategica e AA.GG.

il Responsabile del Procedimento artt. 5 – 6 L. 7.8.90 n. 241 Zavanone dr.ssa Anna (Firmato in originale)

Il Responsabile Zavanone dr.ssa Anna (Firmato in originale)

Registrazione contabile

Esercizio

Conto

Importo

Il Dirigente Responsabile

Eseguibile dal 18/12/2013

Trasmessa alla Giunta Regionale in data

approvata in data

Trasmessa al Collegio Sindacale in data 20/12/2013

Pubblicata ai sensi di legge dal 31/12/2013

si attesta che il presente atto viene inserito e pubblicato nell'albo pretorio informatico dell'Azienda dalla data indicata per 15 gg. consecutivi (art.32 L. 69/2009)

Il Dirigente Amministrativo Area Programmazione Strategica e AA.GG.

dott.ssa Anna Zavanone (Firmato in originale)

Azienda Sanitaria Locale AL . C.F./P.I. 02190140067

#### IL DIRETTORE GENERALE

Visto il D.Lgs. n. 502 del 30.12.1992 e successive modificazioni ed integrazioni; Vista la D.C.R. n. 136-39452 del 22.10.2007 di individuazione delle Aziende Sanitarie Locali e dei relativi ambiti territoriali;

Visto il D.P.G.R. n. 85 del 17.12.2007 di costituzione dell'Azienda Sanitaria Locale AL; Vista la DGR n. 13-3723 del 27.04.2012 di nomina del Direttore Generale dell'ASL AL;

Visto l'articolo 1, comma 291 della Legge n. 266 del 23.12.2005, ove dispone che "con decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze e d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sono definiti i criteri e le modalità di certificazione dei bilanci delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, degli istituti di ricovero e cura, degli istituti zoo profilattici sperimentali e delle aziende ospedaliere universitarie";

Visto il D.Lgs. n. 118 del 23.06.2011 recante "Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della Legge n. 42 del 05.05.2009", e in particolare il Titolo II, recante "Principi contabili generali e applicati per il settore sanitario", nell'ambito del quale è disciplinata, fra l'altro, l'implementazione e la tenuta della contabilità di tipo economico patrimoniale, nonché l'obbligo di redazione del bilancio d'esercizio della gestione sanitaria accentrata e del bilancio sanitario consolidato regionale;

Visto il decreto del Ministro della Salute adottato di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze 18.01.2011, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 17.02.2011 serie generale n. 39, S.O. n. 42, recante "Disposizioni in materia di valutazione straordinaria delle procedure amministrativo-contabili necessarie ai fini della certificazione dei bilanci delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici, anche trasformati in fondazioni, degli istituti zooprofilattici sperimentali e delle aziende ospedaliero universitarie, ivi compresi i policlinici universitari";

Visto l'articolo 3, comma 5 del Decreto Ministeriale 17.09.2012 ove è previsto che, con apposito decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sono definiti i requisiti comuni dei Percorsi Attuativi della Certificabilità e il termine massimo entro il quale tutti i citati percorsi attuativi dovranno essere completamente realizzati;

Visto il Decreto del Ministro della Salute adottato di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, 01.03.2013, "Definizione dei Percorsi attuativi della Certificabilità" che all'articolo 2 prevede che le singole regioni provvedono all'approvazione e alla verifica dell'attuazione dei Percorsi Attuativi di Certificabilità secondo le modalità e le tempistiche previste dall'articolo 3, commi 3 e 4 del Decreto del Ministro della Salute del 17.09.2012;

Vista la DGR n. 26-6009 del 25.06.2013 ad oggetto "Approvazione dell'attuazione dei Percorsi Attuativi di Certificabilità secondo le modalità e le tempistiche previste dall'articolo 3, commi 3 e 4 del Decreto del Ministero della Salute del 17.09.2012" ove dispone "di Identificame"

ciascun Direttore Amministrativo delle Aziende del SSR quale Responsabile del Coordinamento Aziendale del PAC; e all'allegato "uno" ove definisce: a) obiettivi, b) azioni da porre in essere c) destinatari e relative scadenze, per l'attuazione del P.A.C.;

Vista la DGR n. 34-6516 del 14.10.2013 definente gli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei Servizi, assegnati per l'anno 2013 ai Direttori Generali delle Aziende del S.S.R., e per quanto qui d'interesse, il contenuto dell'allegato "A" obiettivo 1 e sub-obiettivi 1.1 e 1.2;

Ritenuto, per quanto di competenza aziendale, dare formale avvio, e corso, alle possibili azioni, attività e procedure necessarie al raggiungimento degli obiettivi fissati dalla normativa sopra richiamata, in tema di attuazione dei P.A.C.;

- Avuto riguardo al contenuto dell'allegato "due" DGR n. 26-6009/2013 ove è previsto che:
- "Entro il 31/12/2013 la Regione Piemonte intende pianificare degli incontri con ciascuna Azienda finalizzati a predisporre e condividere un adeguato Piano di Lavoro (sottoazioni) per il raggiungimento degli obiettivi e delle Azioni del P.A.C.";
- "La Regione Piemonte pertanto prevede la possibilità di emettere specifiche Linee Guida Regionali che, integrandosi con le linee guida contabili vigenti, potranno agevolare le Aziende nella realizzazione delle azioni previste dal P.A.C.";
- "In considerazione del ruolo attribuito ai Collegi Sindacali dal citato D.M. 01.03.2013, si avvierà, nel corso del 2013 e negli anni successivi, una serie di incontri formativi con i rappresentanti regionali dei Collegi Sindacali, al fine di attivare specifici flussi informativi tra Regione e Aziende, per la raccolta di eventuali segnalazioni a supporto del sistema di monitoraggio";

e tenuto conto che ad oggi tali attività propedeutiche sono ancora in via di organizzazione a livello regionale, occorre procedere a:

- 1 recepire e fare proprio il P.A.C. dei bilanci delle aziende sanitarie regionali, come adottato dalla Regione Piemonte con DGR n. 26-6009 del 25.06.2013;
- 2 individuare nel dott. Stefano Manfredi, Direttore Amministrativo dell'ASL AL, il Responsabile del Coordinamento Aziendale del PAC;
- 3 individuare quali Referenti Aziendali per l'attuazione del P.A.C., ciascuno per quanto di competenza, il Responsabile SOC Economico Finanziario; il Responsabile SOC Programmazione, Controllo di Gestione; il Direttore SOC Tecnico/Sistemi informativi/Tecnologie biomediche; il Direttore SOC Logistica Economato; il Referente Settore Patrimonio; il Direttore SOC Programmazione Strategica ed Affari Generali;
- 4 individuare nelle sotto azioni A3.1 A3.9 A5.1 D4.1 D4.2 D5.1 così come classificate nell'allegato "uno" DGR n. 26-6009 del 25.06.2013, le attività da condurre e le procedure da codificare per l'anno 2013 in attuazione del P.A.C;
- 5 incaricare il Responsabile del Coordinamento Aziendale del PAC ed i Referenti Aziendali, come sopra individuati, di procedere alla realizzazione di quanto al precedente punto 4) entro e non oltre il 31.12.2013 stante il buono stato di implementazione già esistente in azienda e di quanto già eseguito in fase istruttoria;
- 6 rinviare a successivo provvedimento il recepimento degli esiti dei lavori di realizzazione del P.A.C. limitatamente a quanto previsto sub 4) per l'anno 2013;
- Si ritiene che il presente provvedimento debba essere dichiarato immediatamente esecutivo, ai sensi del 4º comma art. 134 del D.Lgs. n. 267 del 18.08.2000;

Visto il parere obbligatorio espresso solo dal Direttore Sanitario ai sensi dell'art. 3/7 D.Lgs. n. 502 del 30.12.1992 e s.m.i. essendo il Direttore Amministrativo direttamente interessato all'atto

#### DELIBERA

- 1 di recepire e fare proprio il P.A.C. dei bilanci delle aziende sanitarie regionali, come adottato dalla Regione Piemonte con DGR n. 26-6009 del 25.06.2013;
- 2 di individuare nel dott. Stefano Manfredi, Direttore Amministrativo dell'ASL AL, quale Responsabile del Coordinamento Aziendale del PAC;
- 3 di individuare quali referenti aziendali per l'attuazione del P.A.C., ciascuno per quanto di competenza, il Responsabile SOC Economico Finanziario; il Responsabile SOC Programmazione, Controllo di Gestione; il Direttore SOC Tecnico/Sistemi informativi/Tecnologie biomediche; il Direttore SOC Logistica Economato; il Referente Settore Patrimonio; il Direttore SOC Programmazione Strategica ed Affari Generali;
- 4 di individuare nelle sotto azioni A3.1 A3.9 A5.1 D4.1 D4.2 D5.1 così come classificate nell'allegato "uno" DGR n. 26-6009 del 25.06.2013 le attività da condurre e le procedure da codificare per l'anno 2013 in attuazione del P.A.C;
- 5 di incaricare il Responsabile del Coordinamento Aziendale del PAC ed i Referenti Aziendali, come sopra individuati, di procedete alla realizzazione di quanto al precedente punto 4) entro e non oltre il 31.12.2013 stante il buono stato di implementazione già esistente in azienda e di quanto già eseguito in fase preparatoria;
- 6 di rinviare a successivo provvedimento il recepimento degli esiti dei lavori di realizzazione del P.A.C. limitatamente a quanto previsto sub 4) per l'anno 2013;
- 7 di dichiarare il presente provvedimento immediatamente esecutivo ai sensi dell'art. 28 c. 2 L.R. n. 10/95 e dell'art. 134/4 D. Lgs. n. 267/00 stante l'esigenza di procedere alla realizzazione del P.A.C. secondo le tempistiche definite da preordinati Organi.

# Deliberazione del Direttore Generale n. 2013/937

Letto, approvato e sottoscritto.	
Parere favorevole del DIRETTORE AMMINISTRATIVO	non dovuto
	(Firmato in originale)
Parere favorevole del DIRETTORE SANITARIO	Francesco Ricagni
	(Firmato in originale)
IL DIRETTORE GENERALE	Paolo Marforio
	(Firmato in originale)

**Punto 1:** Aggiornamento ed applicazione di un piano dei conti unico secondo le indicazioni regionali coerente alla normativa vigente.

L'azienda redige la propria contabilità attraverso strumenti informatici la cui operatività consente di adempiere, in forma e sostanza, a tutti i disposti normativi sia di natura civilistica che fiscale; fornisce le informazioni di compendio per soddisfare i debiti informativi e di analisi via via previsti da disposizioni nazionali e/o regionali.

Il sistema è fortemente integrato, infatti tutte le contabilità semplici (magazzini, cespiti, gestione personale dipendente e convenzionato ecc.) confluiscono digitalmente ed automaticamente le risultanze in contabilità generale ed in contabilità analitica le quali dunque si avvalgono di un unico data-base.

Uno dei "pilastri" su cui si fonda l'architettura del sistema è il piano generale dei conti di bilancio (p.d.c.) il quale, rappresenta univocamente, la classificazione dei fattori produttivi.

In seguito alla fusione delle ex ASL 20, 21 e 22, si è provveduto ad impiegare un p.d.c. in massima parte coerente con quello predisposto dagli uffici regionali per il consolidamento dei dati di ciascuna ASR; tuttavia si è riscontrato che, nel tempo, le estinte aziende avevano alimentato il proprio p.d.c. con conti non previsti dalla regione (essenzialmente in SP), ed in alcuni casi lo stesso conto accoglieva (in ciascuna azienda) fatti di natura diversa.

In tale fattispecie si è proceduto, ove possibile, ad una riallocazione dei valori – per ogni singola posta che li generava - ai conti regionali e lasciando in uso residuale e fino all'esaurimento i conti che per qualsivoglia ragione non fu possibile ricondurre.

Ad oggi il p.d.c. aziendale è totalmente compatibile con l'anagrafica regionale, e risponde alle necessità di riclassificazione previste dall'art. 26 comma 3 D. Lgs. 118/2001, la manutenzione dello stesso è affidata in via esclusiva ad un funzionario della ragioneria generale.

**Punto 2:** Predisposizione ed applicazione di una procedura formalizzata per la realizzazione del piano degli investimenti con identificazione del budget per ogni intervento programmato. Avvenuta discussione e definizione della procedura all'interno del processo di programmazione investimenti avendo coinvolto i comitati tecnici per le valutazioni di necessità, opportunità e convenienza.

### A) Piano investimenti

### 1. Scopo

Lo scopo di questa procedura è quello di definire le modalità operative seguite dall'Azienda per la definizione del piano degli investimenti, parte integrante nella pianificazione economico-finanziaria aziendale.

### 2. Ambito di applicazione

Il piano investimenti riguarda i lavori di manutenzione ordinaria e straordinaria, le apparecchiature sanitarie, i beni di investimento non sanitari.

L'iter procedurale per gli investimenti in edilizia (lavori di manutenzione ordinaria e straordinaria) segue il quadro economico di riferimento di ciascun intervento. Pertanto si hanno due modalità di applicazione:

- a1) investimenti dal costo complessivo superiore a € 100.000,00 (Edisan DES, Programmazione triennale e piano investimenti aziendale)
- a2) investimenti dal costo complessivo inferiore ad € 100.000,00 (piano investimenti aziendale)

Gli interventi aventi carattere di massima urgenza non programmabili, restano esclusi dalle fasi operative iniziali del cronoprogramma.

L'iter procedurale per gli investimenti riguardanti le attrezzature sanitarie segue il quadro economico di riferimento. Pertanto si hanno due modalità di applicazione:

- attrezzatura dal costo superiore a € 40.000,00 (iva esclusa) sulla base delle procedure di cui alla DGR 36-6480 del 07.10.2013 (PRTP Piano regionale delle tecnologie biomediche a valenza triennale con possibilità di revisione semestrale, Edisan Fiteb, Programmazione triennale e piano investimenti aziendale)
- attrezzatura dal costo inferiore ad € 40.000,00 (iva esclusa) sulla base delle procedure per la gestione integrata delle tecnologie sanitarie in dotazione all'ASL AL (deliberazione DG n°2010/1670 del 29.12.2010).

Gli interventi aventi carattere di massima urgenza non programmabili, restano esclusi dalle fasi operative iniziali del cronoprogramma.

Posto che tutti i processi inerenti investimenti vanno ad incidere – per un periodo medio / lungo - sulla capacità di risposta ai bisogni sanitari e quindi sulla potenzialità produttiva dell'Azienda nonché sui suoi assetti patrimoniali e finanziari, risulta evidente che la definizione delle strategie di fondo e degli scenari di sviluppo sono definiti a livello centrale

dalla direzione generale in coordinamento con gli organi regionali che3 a loro volta hanno il compito di determinare le politiche di sistema.

# 3. Soggetti coinvolti:

Fermo quanto precede, i soggetti coinvolti che di volta in volta (secondo l'investimento di cui trattasi) vanno a comporre i comitati tecnici sono:

- Direzione Generale
- Direzione dei Presidi ospedalieri
- Direzione dei Distretti / Dipartimenti
- Servizio Tecnico
- Servizio Tecnologie Biomediche
- Servizio Provveditorato
- Servizi informativi
- Servizio Logistica Economato
- Servizio Prevenzione e protezione
- Servizio Contabilità Finanziaria e dei Costi
- Servizio Patrimoniale
- Altre strutture aziendali coinvolte dall'investimento
- individuare e valutare dal punto di vista tecnico / tecnologico ed economico i bisogni che portano alla richiesta di investimento
- eseguire una prima valutazione circa la congruità e compatibilità delle richieste provenienti dalle strutture aziendali avendo cura di evitare che si possano generare sovrapposizioni o comunque ridondanza nelle dotazioni
- catalogare, suddividere ed identificare l'ambito di destinazione degli investimenti conformi
- formalizzare la proposta di piano degli investimenti

Successivamente avranno il compito di:

- ricercare ed acquisire le fonti di finanziamento, predisporre il budget d'intervento ed avviare la fase di monitoraggio del medesimo
- programmare gli interventi finanziati
- avviare, condurre e gestire l'esecuzione degli interventi finanziati
- gestire l'iter burocratico relativo all'eventuale rendicontazione all'Organo/Ente/Istituzione finanziante

## 4. Fasi operative del processo di redazione del piano

Le principali fasi attraverso le quali viene gestito il processo di redazione del piano degli investimenti sono:

a - individuare e valutare dal punto di vista tecnico, economico e strategico i bisogni che portano all'investimento

# Input

- Piani sanitari regionali e locali
- Direttive del competente ufficio regionale
- Normative di legge (antincendio, sismico, accreditamento, LEA, ecc.)
- Vetustà delle strutture
- Normale decadimento degli edifici
- Strategie aziendali
- Richieste provenienti dalle strutture aziendali

### Azioni

Il Servizio Tecnico produce l'elenco dei lavori di manutenzione straordinaria e/o ordinaria degli immobili sulla base delle disposizioni di legge, delle verifiche interne, delle richieste avanzate dalle strutture coinvolte, ecc.. L'elenco è integrato dalla valutazione sommaria degli interventi comprensiva di spese tecniche, oneri, ed iva, il cronoprogramma presunto, l'obiettivo da raggiungere.

Il Servizio Tecnologie Biomediche raccoglie le richieste di investimento espresse dalle strutture operative con riferimento alle attrezzature elettromedicali quantificandone l'onere di spesa.

I Servizi Provveditorato, Logistica Economato e Sistemi informativi, raccolgono le richieste di investimento espresse dalle strutture operative con riferimento ai beni non sanitari (arredi, automezzi, apparecchiature informatiche, ecc.) quantificandone l'onere di spesa.

b - catalogare, suddividere ed identificare l'ambito di destinazione degli investimenti conformi

### **Azioni**

I Servizi che hanno raccolto le richieste di investimento, ognuno con riferimento al proprio specifico ambito di competenza, tenuto conto delle valutazioni tecnico/economiche effettuate, elaborano una proposta di graduatoria delle priorità, predisponendo una proposta di piano di investimenti da sottoporre alla direzione generale.

c - formalizzare il piano degli investimenti

### Azioni

La Direzione generale valuta la proposta di graduazione degli investimenti e dopo aver effettuato approfondimenti, integrazioni, modifiche, approva il piano degli investimenti.

d - individuare le procedure operative per gli investimenti in edilizia superiori ad € 100.000,00 e le grandi attrezzature

### Azioni

Le fasi attraverso le quali viene gestito il processo per investimenti in edilizia il cui costo è uguale o superiore ad € 100.000,00 e per le grandi attrezzature sono le seguenti:

- <u>28 febbraio di ogni anno:</u> ai sensi della L.R. 40 del 03.07.1996 e della successiva D.G.R. 29-13683 del 29.03.2010 individuare e valutare dal punto di vista tecnico, economico e strategico i bisogni che portano all'investimento, comunicare alla Regione Piemonte l'aggiornamento degli interventi della programmazione precedente e l'elenco degli interventi dell'anno in corso e del biennio successivo inserendo, mediante applicativo Edisan, gli interventi in edilizia e le grandi attrezzature. L'elenco viene formalizzato con deliberazione del Direttore Generale.
- <u>- 30 settembre di ogni anno:</u> ai sensi dell'art. 128 del D. Lgs. 163 del 12 aprile 2006 predisporre la programmazione relativa al triennio immediatamente successivo, contenente anche l'elenco degli interventi che trovano copertura finanziaria (il cui inizio è previsto nel primo anno). La programmazione viene formalizzata con atto deliberativo del Direttore Generale e trasmessa in regione entro il 15 ottobre.

Per quanto riguarda gli interventi finanziati con fondi regionali o statali: l'iter burocratico per l'avvio della progettazione, il nulla osta all'appaltabilità,

l'inizio dei lavori, le richieste di acconti, ecc., e l'iter per l'ammissione al finanziamento e la liquidazione delle grandi attrezzature, deve necessariamente seguire la tempistica indicata dalla D.G.R. 29-13683 del 29.03.2010.

e - individuare le procedure operative per gli investimenti in attrezzature del valore superiore ad € 40.000,00 (iva esclusa) e le grandi attrezzature.

# Azioni

- Le fasi attraverso le quali viene gestito il processo per investimenti attrezzature sanitarie il cui costo è uguale o superiore ad € 40.000,00 (iva esclusa) sono le seguenti:
- <u>28 febbraio di ogni anno:</u> ai sensi della D.G.R. 36-6480 del 07.10.2013 (PRTP piano triennale regionale delle tecnologie biomediche) individuare e valutare dal punto di vista tecnico, economico e strategico i bisogni che portano all'investimento, comunicare alla Regione Piemonte l'eventuale aggiornamento della programmazione precedente e l'elenco degli interventi dell'anno in corso e del biennio successivo. L'elenco viene formalizzato con nota del Direttore Generale.
- <u>31 agosto di ogni anno:</u> ai sensi della D.G.R. 36-6480 del 07.10.2013 (PRTP piano triennale regionale delle tecnologie biomediche) comunicare alla Regione Piemonte l'eventuale revisione al suddetto piano redatto entro il 28 febbraio. L'elenco viene formalizzato con nota del Direttore Generale.
- f individuare le procedure operative per gli investimenti in attrezzature del valore inferiore ad € 40.000,00 (iva esclusa)

### Azioni

Le fasi attraverso le quali viene gestito il processo per investimenti attrezzate dal costo inferiore ad € 40.000,00 (iva esclusa) fanno riferimento alle procedure per la gestione integrata delle tecnologie sanitarie in dotazione all'ASL AL, approvate con allegata deliberazione DG n°2010/1670 del 29.12.2010.

g - individuare le procedure operative per gli investimenti in edilizia dell'importo complessivo inferiore ad € 100.00,00

### Azioni

Le fasi attraverso le quali viene gestito il processo per investimenti in edilizia dell'importo complessivo inferiore ad € 100.000,00 sono le seguenti:

- <u>28 febbraio di ogni anno:</u> Il Servizio tecnico individua e valuta dal punto di vista tecnico, economico e strategico i bisogni che portano all'investimento e comunica alla Direzione generale l'elenco degli interventi dell'anno in corso.
- <u>31 agosto di ogni anno:</u> Il Servizio tecnico comunica alla Direzione generale l'eventuale revisione al suddetto piano redatto entro il 28 febbraio.
- h individuare le procedure operative per gli investimenti relativi alle attrezzature non sanitarie, arredi, automezzi e apparecchiature informatiche

Azioni	Le fasi attraverso le quali viene gestito il processo per investimenti relativi						
	alla attrezzature non sanitarie, arredi, automezzi e apparecchiature						
informatiche, sono le seguenti:							
	- 28 febbraio di ogni anno: - I Servizi Provveditorato, Logistica economato,						

Informatica, ecc., individuano e valutano dal punto di vista tecnico, economico e strategico i bisogni che portano agli investimenti e comunicano alla Direzione generale l'elenco degli interventi dell'anno in corso.

- <u>31 agosto di ogni anno:</u> - I Servizi Provveditorato, Logistica economato, Informatica, comunicano alla Direzione generale l'eventuale revisione al suddetto piano redatto entro il 28 febbraio.

### 5. Documentazione

La raccolta e la conservazione di tutti i documenti prodotti nell'iter di formazione del piano, così come tutto quanto inerisce ogni singolo successivo investimento compreso nel piano, è di competenza dei Servizi Tecnico, Tecnologie Biomediche, Provveditorato, Logistica Economato ed Economico Finanziario, ciascuno per quanto di competenza e secondo i sequenti criteri:

- nei rapporti tra l'Azienda ed i terzi coinvolti nella realizzazione dell'investimento, la "chiave" principale di individuazione del progetto è rappresentata dagli estremi dell'atto giuridicamente rilevante ai fini dell'iscrizione del credito nel bilancio aziendale; tale codice deve essere richiamato – ai fini della tracciabilità – in ogni provvedimento attuativo del progetto medesimo
- nei rapporti tra i servizi interni l'Azienda (ed ove necessario anche in quelli con terzi) coinvolti nella realizzazione dell'investimento, oltre a quanto sopra, viene codificata una "chiave" secondaria di individuazione del progetto secondo le specifiche di cui al successivo paragrafo.

### 6. Tempistica

Si riporta di seguito il cronoprogramma delle varie fasi attuative.

N.	Fasi	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Set	Ott	Nov	Dic
а	individuazione fabbisogni												
b	proposta graduatoria priorità												
С	formalizz. piano investimenti												
d	edilizia > € 100.000												
е	attrezzature > € 40.000												
f	attrezzature < € 40.000												
g	investimenti edilizia < € 100.000												
h	investimenti attrez non sanitarie, arredi, automezzi, ecc												

**Punto 3:** Predisposizione ed applicazione di una procedura formalizzata di controllo del budget stabilito nel piano degli investimenti.

**Punto 4:** Predisposizione ed applicazione di una procedura che consenta di identificare separatamente i cespiti acquisiti con contributi in conto capitale, i cespiti acquisiti con contributi in conto esercizio, i conferimenti, i lasciti, le donazioni.

Come già sopra evidenziato le procedure gestionali in uso sono tutte informatizzate, totalmente integrate tra loro e "dialoganti" con la CO.GE.; per quanto qui d'interesse, ovvero l'identificazione univoca di ogni linea di finanziamento e la sua "tracciabilità" nel processo di investimento fino alla realizzazione del medesimo con l'acquisizione dei cespiti, è da premettere che dette procedure soddisfano i requisiti previsti dal P.A.C.

Richiamando quanto precede, all'atto formale di assegnazione del finanziamento (sia esso in denaro da soggetti pubblici o privati; FSR indistinto, lasciti ecc.) in contabilità viene eseguita la registrazione del complessivo credito (e del contributo connesso) attribuendo fin da questa fase iniziale un codice alfanumerico che individua in modo univoco "il progetto"; tale codice accompagnerà sempre tutti gli eventi economicamente rilevanti (sia attivi che passivi) del processo ed in sintesi

- monitoraggio del consumo teorico del budget (delibere / determine di spesa, ordinativi di spesa)
- monitoraggio del consumo effettivo del budget (fatture di acquisto, liquidazione e pagamento delle stesse)
- individuazione di ogni singolo cespite acquistato con il finanziamento di cui trattasi e successivo calcolo dell'ammortamento e della relativa sterilizzazione, stante che la stessa "chiave" vien registrata anche sui singoli cespiti
- verifica stato di escussione del credito originariamente iscritto
- verifica situazione patrimoniale: assegnazione al netto di utilizzi per sterilizzazione ammortamenti

Affinché ciò accada in modo regolare e sistematico i servizi che gestiscono le fasi di realizzazione del progetto vengono informati della codifica (la chiave) assegnata, essi provvederanno ad apporlo all'avvio del ciclo della spesa (ordine); all'atto della ricezione della

fattura d'acquisto l'operatore addetto alla registrazione richiama informaticamente l'ordine generando la c.d. "cartella contabile" ossia il fascicolo elettronico dei documenti inerenti (a questo livello si avrà la situazione di utilizzo / disponibilità di budget teorico ed effettivo provvisorio); nel frattempo l'ufficio patrimonio, visto l'ordine che movimenta un conto cespiti, ha generato l'identificativo univoco (etichetta) che ha poi trasmesso digitalmente all'operatore di ragioneria, questi ha ora tutti gli elementi per completare la contabilizzazione: ordine di spesa (riportante gli estremi della delibera, il CIG ecc), fattura ed identificativo cespite da associarvi.

Se l'investimento prevede dei SAL, la procedura consente di alimentare il valore dell'etichetta (cespite) con un numero "N" di fatture d'acquisto.

La fattura registrata è inviata dunque al servizio che ha ordinato la spesa il quale, eseguite le verifiche di merito, predispone la liquidazione (a questo punto si ha l'effettivo utilizzo definitivo di budget), contestualmente la procedura esegue un ulteriore controllo di coerenza, ossia verifica oltre ovviamente agli importi, che il conto di CO.GE.. il codice univoco di finanziamento e di cespite coincida in tutti i documenti presenti nella cartella contabile.

Resta evidente che dato il livello di dettaglio su cui lavora la procedura contabile (singolo ordine, fattura, incasso, pagamento) per garantire la tracciabilità della spesa, analogamente tracciata è la fonte di finanziamento.

**Punto 5:** Aggiornamento di procedure e meccanismi di riconciliazione tra il Bilancio di esercizio, modelli CESP, contabilità generale (Bilancio di verifica) e contabilità sezionali.

Premesso che, come sopra detto, tutte le contabilità semplici confluiscono le loro risultanze in CO.GE. attraverso un piano dei conti unico, sia attraverso "chiavi" univoche o, ove necessario attraverso tabelle di transcodifica (es. voci stipendiali  $\rightarrow$  conti CO.GE.) opportunamente manutese da funzionari preposti, si registra che tra le varie utilità che il sistema contabile in uso propone è presente la possibilità di riclassifica del piano dei conti secondo un numero "N" di "strutture ad albero" liberamente predefinite dall'utente.

Ciò consente dunque di rappresentare autonomamente – soddisfacendo i requisiti del P.A.C. - i dati contabili secondo le più disparate aggregazioni (es. artt. 2424 e 2425 C.C.; all.to 2 D. Lgs. 118/2011 ecc.), tuttavia avuto riguardo alla struttura del sistema regionale (denominato F.E.C.) di raccolta e consolidamento dei dati delle aziende del SSR, che prevede il caricamento o l'importazione dei valori contabili da parte delle ASR suddivisi per sottoconto, provvedendo a livello centrale alla loro riclassifica, la procedura aziendale non viene impiegata, ancorché regolarmente manutesa, esclusivamente per ragioni di opportunità dovendo contribuire a garantire la massima omogeneità dei dati a livello di consolidato regionale.

**Punto 6:** Predisposizione ed applicazione di una procedura di raccolta e condivisione tra i soggetti interessati dei rilievi / suggerimenti da parte della Regione e del Collegio Sindacale.

La presente istruzione operativa inerisce in linea generale il concetto di compliance ovvero la capacità dell'Amministrazione, nelle sue varie articolazioni, di perseguire la conformità del proprio operato a determinate norme, regole o standard, attraverso il rispetto di specifiche disposizioni impartite dal legislatore, da autorità di settore, da organismi di certificazione nonché di regolamentazioni interne all'aziende stessa, allo scopo di garantire che le procedure adottate siano coerenti con l'obiettivo di evitare rischi di incorrere in violazioni o nocumento del pubblico interesse, in sanzioni, in perdite finanziarie o deperimenti patrimoniali, in danni di reputazione o di immagine per comportamenti contrari a principi etici o deontologici.

Nello specifico definisce le procedure di raccolta e classificazione dei rilievi del Collegio Sindacale, degli strumenti di informazione ai servizi interessati, delle eventuali conseguenti azioni correttive intraprese dall'Azienda, delle modalità e tempi di riscontro a seguito di detti rilievi / suggerimenti. I soggetti coinvolti sono:

- Direzione Generale
- Collegio Sindacale
- Segreteria del Collegio Sindacale
- Strutture preposte ai provvedimenti oggetto di rilievo / suggerimento

Le principali fasi attraverso le quali viene gestito il processo sono:

La Segreteria del Collegio Sindacale (SOC Programmazione Strategica e Affari Generali) è l'ufficio unico deputato alla raccolta ed alla classificazione dei verbali del Collegio Sindacale con criteri che permettano la loro consultazione

- a) per ordine cronologico
- b) per area tematica;

tali criteri consentono altresì di monitorare l'intero iter amministrativo di fatti ed atti connessi e scaturenti dalle verbalizzazioni del Collegio.

Ai sensi dell'art. 14 L.R. 10/1995 il Collegio, nell'ambito delle proprie riunioni periodiche, evidenzia alla Segreteria i provvedimenti sui quali ritiene di chiedere ulteriori notizie al Direttore Generale.

L'ufficio, che procede regolarmente alla trasmissione di tutti i verbali alla Direzione Generale, predispone altresì lo stralcio delle osservazioni formulate su specifici atti declinando – secondo le istruzioni ricevute – i quesiti posti dall'Organo ed i tempi di riscontro (che di norma coincidono con la riunione successiva) e lo invia alle Strutture interessate informando la Direzione. Allorquando il Collegio, pur non avendo formalizzato rilievi, ha ritenuto proporre suggerimenti relativamente a fatti di gestione od elementi organizzativi, al fine di migliorarne l'efficienza e/o l'efficacia, viene avviata analoga procedura conoscitiva. Nel primo caso avremo un controllo sulla compliance propriamente detto (regulatory compliance), nel secondo sulla compliance c.d. "etica" (intesa quale onestà ed etica nei comportamenti in relazione a codici etici o comportamentali o principi deontologici dei settori di appartenenza).

In caso di rilievo il Responsabile della Struttura coinvolta esegue, se necessario, un approfondimento circa gli elementi di necessità, opportunità e convenienza che hanno indotto la proposizione dell'atto; dell'esito di tale ulteriore istruttoria viene dato conto, in forma di relazione, al Collegio Sindacale – informando la Direzione - per mezzo della segreteria, fermo restando che l'iter può essere ripetuto – anche attraverso l'audizione diretta del dirigente - laddove la predetta relazione sia ritenuta non esaustiva dal Collegio.

Posto che nel processo l'interlocutore ultimo del Collegio è la Direzione Generale – che solo si serve delle strutture aziendali per manifestare la volontà dell'Amministrazione – e che i due Organi svolgono rispettivamente "il Controllo" e "l'Azione" in spirito collaborativo al solo fine di garantire il buon andamento della gestione, gli esiti dell'attività del Collegio, conseguenti ai rilievi possono essere ritenuti dalla Direzione meritevoli di accoglimento ed indurre

- a) a richiedere pareri / pronunciamenti ad Organismi / Autorità tesi ad acquisire interpretazione autentica di norme o regolamenti che disciplinano la materia oggetto del rilievo, al fine di tratte conclusioni conformi alla legge
- b) a riconsiderare autonomamente le proprie decisioni circa specifici atti assunti disponendone la modifica o la revoca
- c) confermare le motivazioni che hanno indotto all'adozione del provvedimento.

Di contro, come sopra accennato, i suggerimenti proposti dal Collegio hanno in genere ad oggetto aspetti di gestione od organizzativi non particolarmente ancorati ad adempimenti

normativi cogenti (compliance normativa) e dunque caratterizzati da un'alea di discrezionalità propria della Direzione nel definire gli strumenti operativi per il perseguimento dei fini aziendali di cui va tenuto conto nel valutare l'opportunità di recepire tali suggerimenti, in una più estesa accezione di conformità che abbiamo definito "compliance etica". Ciò premesso, sempre in ossequio al principio di leale collaborazione per il buon funzionamento della P.A. in un sistema efficace di controllo, Il Direttore generale ed il Collegio Sindacale – ciascuno secondo le proprie specifiche competenze - devono assicurare una efficace gestione del rischio di conformità, a tal fine:

- definiscono adeguate politiche e procedure di conformità, in ambito aziendale ciò viene perseguito attraverso la stesura di regolamenti a disciplina delle attività a rischio
- stabiliscono canali di comunicazione efficaci per assicurare che il personale a tutti i livelli dell'organizzazione sia a conoscenza dei presidi di conformità relativi ai propri compiti e responsabilità; in ambito aziendale ciò viene assicurato anche dalla funzione di prevenzione della corruzione e trasparenza
- assicurano che le politiche e le procedure vengano osservate all'interno dell'organizzazione attraverso l'azione dei dirigenti preposti ed il controllo del loro operato anche in ragione dei suggerimenti del Collegio. Nel caso emergano comportamenti in contrasto con la compliance etica i dirigenti sono tenuti ad adottare in autonomia i correttivi per ristabilire criteri di conformità, in caso di inerzia la Direzione adotta – per il medesimo fine – adequati provvedimenti
- accertano che siano apportati i rimedi necessari; vincolando i dirigenti alla delineazione di flussi informativi volti ad assicurare agli organi dell'azienda piena consapevolezza sulle modalità di gestione del rischio di non conformità.
- I due Organi realizzano incontri periodici al fine di valutare congiuntamente lo stato di attuazione della compliance

i verbali delle riunioni del Collegio Sindacale così come tutte le risultanze delle azioni fi qui definite, vengono raccolte e classificate dalla Segreteria del Collegio, la quale provvede a soddisfare gli obblighi informativi previsti dalla normativa nei confronti di Ministeri ed Autorità ed organi vigilanti.

Circa i rilievi od osservazioni che pervengono dal MEF o dalla Regione Piemonte in esito ai verbali del Collegio Sindacale, la SOC Programmazione Strategica e Affari Generali che provvede in prima istanza a trasmetterli alla Direzione Generale ed al Collegio, disponendo

d'ufficio l'avvio della procedura ricognitiva stante che, in ragione di tutto quanto precede, presso la Segreteria è già presente il fascicolo documentale dei verbali d'interesse, dalle risultanze predispone e sottopone agli organi aziendali un quadro sinottico dal quale, rispetto ai rilievi / osservazioni formulate, si evinca:

- le azioni correttive già intraprese e gli effetti che esse hanno portato nella gestione
- sentiti i dirigenti preposti, le azioni in itinere finalizzate al superamento delle criticità oggetto di rilievo ivi inclusi tempi di completamento e risultati attesi
- le cause di natura giuridica e/o tecnica, ostative al recepimento totale o parziale dei rilievi e la conseguente impossibilità di assumere correttivi

La presa in carico e gestione del rilievo si chiude con una relazione contenente i riscontri ai rilievi; detta relazione viene inviata dalla Direzione Generale agli Organismi interessati.

Casi particolari: la presente sezione del PAC non volge alcuna attenzione a fatti atti o provvedimenti posti in essere in violazione di legge, in conseguenza dei quali è d'obbligo l'avvio dell'azione di responsabilità o la segnalazione all'autorità giudiziaria e/o alla magistratura contabile.

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

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

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

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



Sede legale: Viale Gioliti,2 15033 Casale Monferrato (AL) Partila IVA/Codice Fiscale n. 02190140067

DIREZIONE

REGIONE PIEMONTE-FISL SE n. 109384 del 28/11/2013 HULLINGUELL

REGIONE PIEMONTE SETTORE RISORSE FINANZIARIE

REGIONE PIEMONTE DIREZIONE SANITA

Corso Regina Margherita 153 bis 10122 TORINO

OGGETTO: Obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento servizi anno 2013. Sub – Obiettivo 1.3: Realizzazione Contabilità Analitica

In riferimento agli adempimenti indicati dalla DGR 34-6516 del 14.10.2013 relativa all'individuazione ed assegnazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi al fine del riconoscimento della quota integrativa al trattamento economico per l'anno 2013, e alla nota Regione Piemonte prot. 23851/DB2012 del 16.10.2013, si trasmette la relazione prevista per il Sub – Obiettivo 1.3 in merito alla realizzazione ed implementazione della Contabilità Analitica nell'ASL AL (corredata di allegati).

Nell'occasione si porgono distinti saluti.

IL DIRETTORE GENERALE Paglo Marrorio

MD/cb

SOC PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE Tei 0131/308844 - 306343 e-meil: controllogestione@asial.it www.asial.it



# OBIETTIVI DIRETTORE GENERALE ANNO 2013 (DGR 34-6516 DEL 14.10.2013)

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

### RELAZIONE CONTABILITA' ANALITICA ASL AL

### <u>Premessa</u>

La normativa di riordino del SSN, a partire dal Decreto L.vo 502/92 e successive modifiche e integrazioni, nell'attribuire "personalità giuridica pubblica e autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, **contabile**, **gestionale** e tecnica" alle aziende sanitarie ha introdotto l'obbligo di istituire la contabilità analitica per centri di costo al fine di consentire "analisi comparative di costi, rendimenti e risultati".

Il sistema di contabilità analitica ha pertanto come finalità specifica la produzione di informazioni sui costi e ricavi dell'organizzazione, che rappresentano strumento di supporto alle decisioni direzionali sia con finalità di controllo che come base per scelte di programmazione. La CO.AN. è pertanto funzionale al processo di budget aziendale (definizione degli obiettivi economici e funzionali di attività, loro verifica e valutazione) e al sistema di reporting, intesi come strumenti gestionali per la valutazione dell'andamento dell'Azienda.

Gli elementi che determinano la struttura del sistema di contabilità analitica sono essenzialmente rappresentati dai centri di costo e dai fattori produttivi, che devono essere pertanto strutturati in modo tale da consentire il collegamento con il sistema di responsabilizzazione sull'uso delle risorse.

Nell'ambito dell'ASL AL, l'istituzione di un'unica contabilità analitica a seguito dell'accorpamento delle tre ex AASSLL 20-21-22 è stata realizzata ponendo in atto azioni mirate a risolvere le disomogeneità presenti nelle varie realtà e procedendo ad integrazioni di procedure tecnico-informatiche, processi e regole di comportamento.

Nel corso del mese di aprile del corrente anno l'azienda scrivente ha provveduto a inviare alla Regione Piemonte il "Questionario sulla verifica e monitoraggio stato di implementazione CO.AN." di supporto alla Regione sulle richieste ministeriali nell'ambito del programma operativo e questionario LEA.

Nella presente relazione vengono esposti gli argomenti oggetto del questionario, al fine di evidenziare il grado di implementazione della contabilità analitica all'interno dell'ASL AL.

### Documenti che erano stati allegati alla relazione

"Questionario sulla verifica e monitoraggio stato di implementazione CO.AN." inviato in Regione con mail in data 17 aprile 2013.

### COERENZA PIANO DEI CENTRI DI COSTO – ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

# Situazione attuale

Il piano dei centri di costo dell'ASL AL è stato predisposto e definito sulla base del Piano di Organizzazione adottato con deliberazione n. 1969 del 30.06.2008 e integrato con aree e funzioni non rappresentate come strutture o unità organizzative nell'ambito del piano, ma rilevanti in termini di risorse e attività.

I centri di costo sono di fatto i primi oggetti di attribuzione dei costi dei vari fattori produttivi, rappresentando l'unità minima di rilevazione cui si fa riferimento per la raccolta e l'aggregazione delle informazioni di costo. La loro individuazione nell'ambito della struttura organizzativa dell'ASL consente l'eventuale aggregazione delle informazioni contabili rilevate a livello di centro di responsabilità, intesa come unità organizzativa che, sotto la guida di un responsabile governa risorse definite per ottenere risultati in termini di livelli di attività e di efficienza. In questo contesto, il sistema di contabilità per centri di costo è strettamente connesso e funzionale al sistema di budget.

Il piano dei cdc viene monitorato e aggiornato a seguito di modifiche organizzative autonome dell'azienda o su indicazione di disposizioni regionali (es. approvazione consistenza organica aziendale – Deliberazione 914 del 28.12.2011).

Visto il processo in atto di riorganizzazione aziendale, è in programma l'adeguamento del piano dei cdc con il nuovo modello organizzativo, a seguito dell'approvazione definitiva del nuovo atto aziendale.

In linea generale, la struttura del piano del cdc si basa prevalentemente su logiche organizzative e strutturali e in alcuni casi anche di processo/prodotto, laddove si intersecano linee di attività. Per alcune rilevazioni (es. modello ministeriale LA per il quale si richiede l'assegnazione dei costi per livelli assistenziali specifici) la contabilità per centri di costo viene integrata con dati e procedure extracontabili.

I centri di costo sono allineati alla struttura della procedura regionale "Anagrafe Strutture Sanitarie" che, partendo dall'impianto organizzativo aziendale, individua le unità organizzative, a loro volta suddivise in unità produttive (funzionali all'invio dei flussi informativi aziendali).

A ogni centro di costo sono associati uno o più centri di prelievo (o reparti), intesi come unità elementare del cdc, utilizzati per gli ordini di magazzino. I centri di prelievo possono corrispondere a un centro di costo (e a sua volta ad una unità organizzativa), a un'articolazione dello stesso cdc (es. ambulatorio o reparto nel caso di una unità di degenza) o identificano una diversa dislocazione fisica (es. due ambulatori di una stessa struttura ma posti in piani differenti di un presidio ospedaliero).

A seguito dell'accorpamento delle ex AASSLL 20-21-22 è stato effettuata una ricognizione dei centri di prelievo esistenti. Si è provveduto a "chiudere" alcuni codici che da almeno 2 anni non venivano più utilizzati per gli ordini e a rendere omogenea la descrizione dei reparti in uso, al fine di agevolare la ricerca di un centro da parte degli operatori.

# Documenti che erano stati allegati alla relazione

- TAB 1 Piano dei Centri di Costo ASL AL aggiornato al 26.07.2013
- TAB 2 Attuale organizzazione dell'Azienda ASL AL (rif. Deliberazione n. 914 del 28.12.2011 "Approvazione consistenza organica")
- TAB 3 Piano Centri di Costo aggregati con le indicazioni regionali per rilevazioni PIA LA
- Tab 4 Gerarchia aziendale nell'ambito della procedura regionale "Anagrafe Strutture Sanitarie"
- Tab 5 Relazione centri di prelievo Unità Produttive Anagrafe Strutture
- Tab. 6 Relazioni centri di costo centri di prelievo (reparti)

#### COERENZA PIANO DEI FATTORI PRODUTTIVI – PIANO DEI CONTI

### Situazione attuale

Il piano dei fattori produttivi nell'ambito della CO.AN. dell'ASL AL è allineato al Piano dei Conti regionale per quanto riguarda i costi (non esiste ancora il raccordo con i conti di ricavo in quanto la COAN attualmente non gestisce i ricavi). Come precisato nella nota ASL AL prot. 50142 del 27.05.2013, l'Azienda ha provveduto all'aggiornamento del Piano dei f.p. a seguito dell'adozione del Piano dei Conti regionale dell'esercizio 2013, che recepisce le variazioni introdotte dai provvedimenti nazionali di modifica degli schemi di bilancio e dei modelli economici –patrimoniali ministeriali.

L'attuale sistema informatico utilizzato per la gestione della COAN consente di effettuare controlli all'atto dell'importazione dei dati in contabilità analitica. Di conseguenza è possibile provvedere all'inserimento di fattori produttivi qualora venissero istituiti nuovi conti di bilancio. Il Piano dei fattori produttivi, essendo coerente con il piano dei conti regionale, è allineato alla struttura delle informazioni contabili richieste dalla procedura regionale "Piani di Attività", funzionale al monitoraggio dei livelli assistenziali in corso d'anno e alle rilevazioni annuali ministeriali (modelli LA e CP).

Per quanto riguarda il personale dipendente, i fattori produttivi coincidono con i corrispondenti conti di bilancio, con ulteriore dettaglio in alcune voci per le quali le procedure regionali (es. PIA) richiedono informazioni (es. ruolo sanitario comparto suddiviso per: ruolo infermieristico, ruolo riabilitativo, altro ruolo sanitario).

### Documenti che erano stati allegati alla relazione

- TAB 1 Piano dei fattori produttivi
- TAB 2 Fattori produttivi personale dipendente
- TAB 3 Fattori produttivi strutturati per rilevazioni PIA LA
- Nota ASL AL prot. 50142 del 27.05.2013

### IL SISTEMA DI CONTABILITA' ANALITICA NELL'ASL AL

### Costo del personale

Il costo del personale è allocato nei centri di costo dove presta il proprio lavoro attraverso la collaborazione della SOC Personale, della SOC SITRO e della struttura presso la quale opera il dipendente.

Con le attuali procedure informatiche integrate (WHR – MUSA) il personale può essere ripartito in percentuale su più centri di costo della stessa struttura o di diverse strutture in base all'effettivo impiego lavorativo; si procede quindi alla determinazione delle % di ripartizione del tempo lavorato tra i vari centri di costo.

Tutte queste % sono ottenute mediante una valutazione del responsabile del centro al quale viene richiesto la stima delle % di tempo che vengono svolte in ogni centro in relazione alle risorse gestite.

Per consentire una puntuale e corretta imputazione dei costi:

- I trasferimenti fra centri di costo sono prontamente comunicati dalla struttura interessata
- Le assunzioni e le cessazioni del rapporto di lavoro sono comunicate dal Servizio personale al Controllo Gestione, così come i trasferimenti interni.

La modalità di quantificazione del costo di competenza del periodo avviene :

- 1. considerando il compenso liquidato nel periodo ad ogni dipendente al lordo delle ritenute fiscali e previdenziali ,
- 2. non si considerano le somme erogate nell'anno per arretrati dovuti ad eventi straordinari ,
- 3. si aggiungono gli oneri a carico dell'A.S.L.,
- 4. si determina il rateo della tredicesima di competenza del periodo.

## La contabilità di magazzino

A ciascun centro di costo viene imputata una quota parte dei costi che sono stati sostenuti nel complesso dall'Azienda sanitaria ai fini dell'acquisto di beni in rapporto al loro effettivo consumo.

La contabilità di magazzino è implementata tramite le seguenti fasi :

- registrazione dei movimenti di carico e di scarico allo scopo di un controllo sui beni e sul patrimonio dell'azienda sanitaria,
- disponibilità dei dati necessari ai fini della determinazione e per la valorizzazione dei consumi di beni riferibili a tutti i centri di costo,
- verifica del livello delle scorte.

Le operazioni fondamentali relative alla contabilità di magazzino sono:

- l'individuazione di tutti i magazzini contabili,
- la classificazione degli articoli gestiti da questa contabilità in classi merceologiche omogenee e particolare codificazione,
- la registrazione dei movimenti di entrata in magazzino attraverso la rilevazione delle quantità dei beni singoli e dei relativi prezzi,
- la registrazione dei movimenti in uscita con carico simultaneo verso i centri utilizzatori,
- la valorizzazione dei beni che sono stati acquistati dai centri di costo e delle rimanenze di magazzino.

Relativamente alla fase di individuazione magazzini, nell'ambito dell'ASL si proceduto, a seguito dell'unificazione delle preesistenti AASSLL, alla riorganizzazione della logistica; con deliberazione n. 1885 del 28.10.2009 è stato approvato il progetto presentato congiuntamente dai Responsabili della SOC Logistica Economato e del Dipartimento del Farmaco relativo all'integrazione dei magazzini della Farmacia Ospedaliera dei presidi ospedalieri di Novi e Ovada con quelli afferenti alla SOC Logistica Economato.

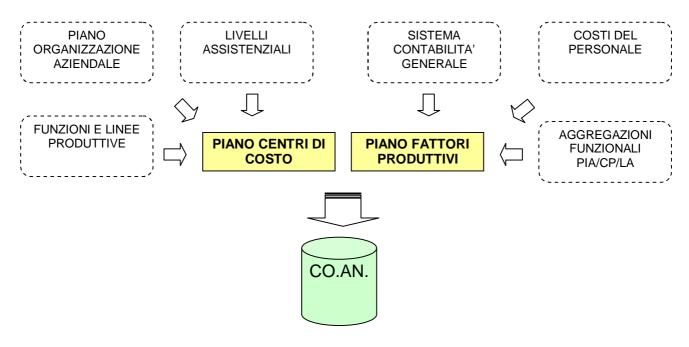
Con questo primo provvedimento si è provveduto ad una prima fase di riorganizzazione interna dei magazzini con previsione di immediata attuazione della prima fase "A) Trasferimento dell'approvvigionamento ad oggi curato dal magazzino economale di Novi Ligure al magazzino GUM di Tortona".

Con successiva deliberazione n. 904 del 14.7.2010 "Attuazione previsioni atto aziendale: provvedimenti conseguenti Dipartimento del Farmaco e SOC Logistica Economato", si è ritenuto opportuno, a far data dal 01/09/2010, proseguire il percorso di progressiva attuazione delle previsioni di cui alla deliberazione n. 1885/2009, dando attuazione al passaggio delle attività a valenza amministrativa e a quelle legate alla gestione dei magazzini dalle Farmacie Ospedaliere di Novi Ligure e Ovada alla SOC Logistica Economato.

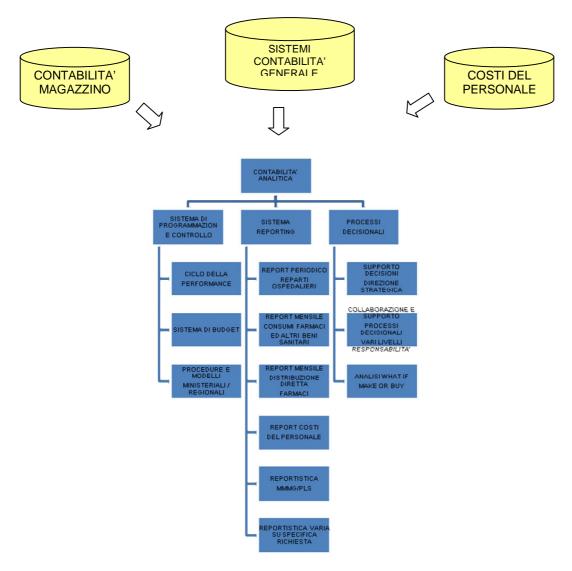
L'attuale situazione vedeva, nello stesso ambito territoriale (ex ASL22), l'approvvigionamento frazionato in capo a due Servizi, ambedue competenti all'acquisto degli stessi prodotti ancorché per utenti interni diversi, alla gestione della stessa anagrafica, alla gestione di impegni derivanti dalle stesse aggiudicazioni, generando sovrapposizione di attività, duplicazione di interventi, non omologazione di procedure e sicuramente confusione nell'utente interno nell'identificazione del corretto interlocutore: l'unificazione delle attività in capo alla medesima Struttura pone fine ad una inutile duplicazione delle attività.

Con decorrenza dall'1/9/2010 pertanto le competenze del magazzino di Farmacia di Novi ed Ovada sono transitate alla SOC Logistica Economato.

Per quanto attiene invece all'ex ASL 21 (ambito Casale M.to – Valenza), la situazione è particolarmente critica perché la Struttura Farmacia di Casale ha valenza sia ospedaliera che territoriale, pertanto in una prima fase si trasferisce la gestione di ordini e fatture presso la SOC Logistica Economato, con il mantenimento delle proposte ordini da parte dei Farmacisti aziendali.



### GRADI DI UTILIZZO DELLA CONTABILITA' ANALITICA



### PARTE GENERALE

Come citato in premessa, la contabilità analitica è costituita dall'insieme delle determinazioni economico – quantitative che consentono di individuare il costo delle variabili aziendali di tipo interno e, per quanto riguarda espressamente l'azienda sanitaria, si concentra sull'analisi dei costi imputati ai diversi centri di responsabilità.

La contabilità analitica consente pertanto di sviluppare un sistema informativo di controllo interno in grado di consentire una pluralità di analisi e controlli da parte della Direzione aziendale per finalità diverse, come ad esempio:

- la scelta di convenienza economica in merito alle diverse modalità con cui le prestazioni sanitarie possono essere erogate
- l'impatto che tali scelte comportano sulle condizioni di efficienza aziendale
- la conoscenza sulla quantità di risorse assorbite dalle attività realizzate nell'azienda, in modo da poter anche realizzare delle comparazioni basate sul confronto del dato di costo riferito a diversi periodi di tempo o un dato di costo medio dell'azienda, ecc...

Tra i diversi sistemi di rilevazione adottabili dalle Aziende Sanitarie sulla base delle risultanze della contabilità analitica

- Modello a costi diretti puro: ai centri di responsabilità vengono allocati i soli costi variabili direttamente impiegati
- Modello a costo pieno: l'attribuzione ai centri di responsabilità di tutti i costi, anche quelli generali

l'Azienda tende ad utilizzare, soprattutto per valutazioni in termini di efficienza, sistemi intermedi che privilegiano il focus sull'effettiva possibilità di gestione e di controllo delle risorse assorbite (costi variabili in primis, ma anche alcuni costi fissi quali il personale e costi derivanti dall'utilizzo di servizi/prestazioni intermedie).

Quanto sopra nell'ottica di privilegiare strumenti di analisi i quali, oltre che maggiormente fruibili, consentano di valutare l'effettiva incidenza delle azioni ed i risultati in termini di economicità di chi è chiamato a svolgere ruoli di responsabilità nell'organizzazione aziendale. In quest'ottica i sistemi di contabilità analitica diventano funzionali ad un ruolo del controllo di gestione non solo limitato all'analisi dei costi dei settori aziendali, ma più orientato a supportare i processi di programmazione e controllo strategico; ciò presuppone:

- maggiore attenzione per un concetto complessivo di "qualità" e di gestione strategica
- attenzione per i processi e le attività nella determinazione dei costi e nella pianificazione
- attenzione per parametri ulteriori rispetto a quelli economico-finanziari
- più intensa relazione con il mercato

In questo quadro si colloca il ruolo che il controllo gestione, con gli strumenti a disposizione tra cui prioritariamente i sistemi di contabilità analitica, ha svolto nel supportare le analisi e le scelte organizzative adottate in sede di processo di revisione della rete ospedaliera aziendale, nel più ampio quadro della realtà di Area funzionale.

# <u>UTILIZZO CO.AN. A SUPPORTO PROCESSI GESTIONALI</u>

Il sistema di contabilità analitica è basato sull'imputazione dei costi per centri di costo ed ha come obiettivi:

- supportare i processi decisionali dei diversi livelli di responsabilità aziendale
- la redazione di conti economici per centri di costo

per centri di responsabilità per presidi ospedalieri per A.S.L.

- la predisposizione ed il monitoraggio di indicatori gestionali
- la determinazione dei costi per funzione, prestazione o attività
- rispondere in modo tempestivo e coerente al debito informativo verso la Regione

Sul sistema di contabilità analitica, al fine di garantirne la sua coerenza e correttezza viene operato:

CONTROLLO FORMALE: per verificare la corretta e coerente struttura del flusso dati rispetto ai piani dei conti e centri di costo aziendali;

CONTROLLO DI QUALITA': per garantire la congruità del dato di contabilità analitica con quanto consuntivato nella contabilità generale.

<u>Documenti che erano stati allegati alla relazione</u> Processo di Budget ASL AL – anno 2013

# CONTROLLO DELLA SPESA FARMACEUTICA

Il sistema di contabilità analitica aziendale viene utilizzato per analisi e controlli sull'andamento della spesa farmaceutica (per la componente relativa al consumo "in produzione e

somministrazione" ospedaliero e territoriale ed al consumo "in distribuzione diretta"), contribuendo alla predisposizione di strumenti per la valutazione della spesa farmaceutica complessiva.

E' da segnalare la possibilità di analizzare i costi non solo su realtà organizzative ma anche sul singolo episodio e quindi su linee produttive specifiche, utilizzando il sistema di contabilità analitica a supporto della gestione informatizza del farmaco in dose unitaria (DUF).

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

La prima fase sperimentale ha coinvolto i reparti di Cardiologia, Medicina e Neurologia di Tortona e si è conclusa a Novembre 2011 e ha riguardato 65 posti letti. A Luglio 2013 il sistema SOFIA e l'approvvigionamento farmaci in dose unitaria (DU) è attivo presso alcuni reparti dei Presidi di Tortona, Novi Ligure, Acqui Terme e Casale Monferrato.

Complessivamente il totale dei posti letto avviati con il sistema è pari a 563, su 37 Reparti.

Il prossimo obiettivo è la conclusione dell'avvio di tutti i Presidi Ospedalieri dell'ASL AL, che il Capitolato fissa a 3 anni dall'avvio del contratto (Marzo 2014).

Gli utenti utilizzatori del sistema opportunamente formati ed affiancati sono nel complesso 925 (321 medici - 20 farmacisti - 584 infermieri).

Per quanto riguarda la copertura con automazione e la modalità di approvvigionamento sono attivi 16 Armadi Automatizzati che servono 24 reparti. 3 reparti sono serviti con Armadio Monodose Manuale e Barcode Reader per carico/scarico, 10 reparti sono gestiti solo con prescrizione / somministrazione informatizzata e identificazione paziente, mentre i farmaci sono gestiti in confezione. L'85% dei consumi in quantità è nei reparti dotati di automazione.

Sono stati analizzati i dati di attività, in termini di punti DRG e Giornate di Degenza, con approccio analogo a quello per i consumi.

Il sistema DUF attivato a pieno regime sulle sedi ospedaliere consentirà analisi dei costi relativi al consumo di prodotti farmaceutici non solo con una logica organizzativa di struttura / reparto, ma anche legata al singolo episodio assistenziale o più in generale a processi produttivi omogenei (es. analisi su specifici Drg) anche in funzione di possibili studi e analisi di A.B.C.

# STRUMENTI DI CONTROLLO DEI RISULTATI DERIVANTI DALLA CO.AN. RELATIVI AL MONITORAGGIO DELLA SPESA FARMACEUTICA:

- Report mensili aziendali circa l'andamento della spesa farmaceutica nei suoi tre canali (convenzionata, diretta e in nome e per conto) per i Direttori di Distretto, il Coordinatore dei DSM e dei SERT aziendali ed i Direttori Sanitari dei PPOO (allegato 1).
- Report periodici di rilevazione e rendicontazione, per ciascun Medico di Famiglia, dell'andamento del proprio profilo prescrittivo. Nel 2013 tale reportistica è stata integrata. Oltre ai consueti dati, relativi alla spesa e al numero di ricette, ai pezzi prescritti in regime convenzionato e in DPC, ed all'obiettivo di razionalizzazione della spesa (che indica lo scostamento di spesa rispetto alla media regionale), sono stati aggiunti:
  - dati di tipo qualitativo con l'indicazione delle percentuale DDD degli ATC indicati nella circolare regionale di Spending review dell'8 agosto 2013;
  - percentuale di spesa dei primi 10 P. A. del Medico a confronto con il valore percentuale dell'ASL (farmaci altospendenti);
  - report per i Direttori di Distretto relativi ai controlli incrociati finalizzati ad evitare duplicazioni di assistenza farmaceutica (in regime diretto e convenzionato);
  - analisi dati File F a confronto con dati di consumo aziendale da CDP e con i dati CSI e relativo reporting per la Direzione Generale e le Strutture aziendali;
  - analisi dati mobilità passiva File F

## Documenti che erano stati allegati alla relazione

- Report mensili aziendali circa l'andamento della spesa farmaceutica nei suoi tre canali (convenzionata, diretta e in nome e per conto) per i Direttori di Distretto, il Coordinatore dei DSM e dei SERT aziendali ed i Direttori Sanitari dei PP.OO.
- Report periodici di rilevazione e rendicontazione, per ciascun Medico di Famiglia, dell'andamento del proprio profilo prescrittivo (convenzionata e distribuzione diretta).

### SISTEMI DI RIBALTAMENTO COSTI

L'operazione di attribuzione dei costi diretti propri di ciascun centro di costo fornisce spesso risultati insufficienti a rappresentare i costi complessivi delle attività rivolte all'utenza esterna.

Per poter ottenere queste informazioni, è necessario operare il ribaltamento, ossia il riversamento dei costi dei centri che svolgono sia attività di supporto che ausiliarie sui centri di costo che realizzano le attività finali.

Questo tipo di operazione varia a seconda del tipo di centro e non sempre si possono fissare criteri univoci e definitivi.

Per i Centri di Costo, in questo frangente, è adottata la seguente classificazione:

- 1- Centri di costo di supporto,
- 2- Centri di costo intermedi di supporto,
- 3- Centri di costo intermedi servizi,
- 4- Centri di costo finali (produzione).

Da questa discende un percorso concernente le operazioni di ribaltamento, che è il seguente:

- 1- chiusura dei conti del gruppo 1 e loro ribaltamento su quelli dei gruppi 2, 3 e 4
- 2- chiusura dei conti del gruppo 2 e loro ribaltamento su quelli dei gruppi 3 e 4
- 3- chiusura dei conti del gruppo 3 e loro parziale ribaltamento sui centri finali (gruppo 4)
- 4- chiusura dei centri del gruppo 4.

### Criteri di ribaltamento.

Generalmente l'imputazione è attuabile attraverso due modalità, ossia misurando direttamente i servizi resi dai centri ausiliari agli altri centri, oppure in modo indiretto, in proporzione alle attività svolte dal centro utente o in base a parametri relativi a qualche caratteristica del centro utente.

I criteri di ribaltamento di alcuni fattori produttivi (es. servizi appaltati) e dei centri di costo di supporto e intermedi sono rappresentati nel documento allegato alla presente relazione che riassume le regole che l'Azienda utilizza per la corretta imputazione degli oneri ai relativi centri di costo.

Gli scambi interni di prestazioni vengono quantificati quasi esclusivamente con i valori tariffari convenzionali (es. le prestazioni di diagnostica e laboratorio in favore di pazienti ricoverati vengono valorizzate come da tariffario regionale in vigore; il costo dei trasferimenti interni di degenti da un reparto ad un altro si basa sul valore ceduto/acquisito dal reparto calcolato rispetto al peso della giornata del reparto).

Per quanto riguarda il ribaltamento di costi di natura comune, vengono utilizzati alcuni driver definiti a livello aziendale in base a criteri consolidati o in base a regole regionali (costi comuni aziendali in funzione PIA) per il trasferimento dei costi ai cdc intermedi o finali (v. documento criteri di ripartizione allegata).

### Documenti che erano stati allegati alla relazione

Criteri di ribaltamento costi comuni/generali ASL AL

# SISTEMA DI REPORTING

La valutazione dei risultati e l'eventuale riposizionamento degli obiettivi si fondano su un complesso di valori che vengono racchiusi nel reporting, inteso come sistema che, aggregando in maniera adeguata le informazioni che scaturiscono dall'attività di gestione evidenzia i risultati conseguiti ponendoli a confronto con quelli previsti, suddividendo le responsabilità sui costi e sull'utilizzazione delle risorse.

Nell'ambito dell'ASL AL i report sono stati formulati secondo le esigenze dei destinatari, in base alle quali assumono un grado di analiticità più o meno elevato e una diversa periodicità (mensile, trimestrale, ecc...).

Attualmente la diffusione della reportistica connessa agli obiettivi di budget avviene via mail ai responsabili di macro area / dipartimento, contestualmente alla pubblicazione su sito intranet aziendale, accessibile dai responsabili di C.d.R.

### ESEMPI DI REPORTISTICA

- Report mensili consumi beni sanitari
- Report mensili distribuzione diretta farmaci
- Report mensili produzione SDO
- Report personale dipendente
- Report trimestrali attività / consumi PPOO in rapporto al budget assegnato
- Schema CE Presidio Ospedaliero

Ad integrazione di quanto riportato nella relazione, nel corso degli ultimi mesi del 2013 si è dato avvio ad una serie di azioni finalizzate agli obiettivi fissati dal Programma Operativo 2013-2015 (Programma 6 Contabilità Analitica).

In particolare sugli interventi:

- Intervento 6.3: Gradi di utilizzo della contabilità analitica
- Intervento 6.4: Quadratura con la contabilità generale e capacità di motivare adeguatamente le squadrature
- Intervento 6.5: Capacità di codificare e quantificare gli scambi interni
- Intervento 6.6: Utilizzo della contabilità analitica ai fini della predisposizione dei modelli di rilevazione LA
- Intervento 6.7: Potenziamento della capacità di traduzione dei dati economici per natura in dati economici per destinazione, al fine di consolidare/implementare l'utilizzo della contabilità analitica a supporto delle attività di programmazione e di controllo regionale e aziendale

In particolare è stato dato avvio ad un percorso di revisione / miglioramento dei sistemi di contabilità analitica in uso al fine di garantirne

- la coerenza di sistema;
- la quadratura con la contabilità generale, con gestione delle eventuali possibili squadrature;
- la tempestività delle informazioni accessibili

### Miglioramento del processo ordini/liquidazione fatture

Si è dato avvio all'analisi della corretta modalità di gestione del percorso dell'ordine e della liquidazione delle fatture al fine di consentire la tempestività e la fruibilità del dato di contabilità direzionale.

Oltre al monitoraggio periodico del processo in atto si è provveduto con nota 114577 del 19 dicembre 2013 a fornire ulteriori indicazioni sulla procedura di gestione ordini e liquidazioni:

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



REGIONE PIEMONTE-ASL AL

n. 114577 del 19/12/2013

A Tutte le STRUTTURE ASL AL

LORO SEDI

Oggetto: gestione ordini e liquidazione fatture - procedura

Stante la necessità di superare le presenti criticità legate alla gestione ed alla tempistica delle procedure relative al sistema contabile aziendale, richiamando precedenti comunicazioni al riguardo, si ribadiscono le seguenti linee di indirizzo:

- per quanto riguarda gli ordini di spesa, questi devono essere obbligatoriamente e puntualmente inseriti al generarsi dell'impegno per l'azienda;
- gli stessi, seppur in precedenza correttamente immessi, devono essere eliminati tempestivamente allorchè sia venuta meno la causa che generò l'impegno per l'azienda;
- per quanto riguarda le fatture registrate, devono essere liquidate senza indugio tutte quelle che rappresentano debiti certi, liquidi ed esigibili; in subordine va richiesta formalmente e tempestivamente nota di variazione al fornitore dandone informazione al Servizio Economico-Finanziario per la contabilizzazione di "note di credito da ricevere" a fronte di costi già registrati.

Quanto sopra si inserisce in un quadro di sempre maggiore attenzione regionale sulla coerenza dei sistemi contabili aziendali, sui quali sussistono debiti informativi da parte dell'ASL sempre più puntuali e stringenti.

I punti sopra riportati saranno oggetto di specifici sistemi di verifica e potranno essere associati a specifici obiettivi aziendali.

Nell'evidenziare la rilevanza strategica di quanto sottolineato e nel confidare nella piena collaborazione di tutte le strutture aziendali, si porgono nell'occasione distinti saluti.

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO Dr. Sterano MANEREDI.

Servizio: SOC Programmazione e Controllo Gestione Tel. 0131-306900 / 0131-306844 e-mail: controllogestione@aslal.it www.aslal.it una sanità in plute fo bene a butto

## Censimento delle poste non correttamente gestite nei sistemi di contabilità analitica

Si è avviata un'analisi dei fattori produttivi ad oggi non correttamente gestiti nei sistemi in uso di contabilità analitica; per alcuni di essi (ad es. ammortamenti) si sta procedendo ad una loro più puntuale e completa gestione, integrandone l'informazione nell'ambito della contabilità direzionale.

Analogamente, per alcuni fattori produttivi, principalmente relativi a servizi non sanitari (utenze, pulizie, ...) si sta procedendo ad un'analisi e miglioramento dei sistemi di scarico sui centri di costo utilizzatori, uniformandone la gestione su tutte le sedi aziendali.

Si è proceduto all'analisi e implementazione dei sistemi informatici per la gestione degli ordini e delle fatture registrate (non ancora liquidate) in modo da integrare l'informazione derivante dal sistema di contabilità analitica nell'ottica della completezza e tempestività del dato disponibile.

## Miglioramento dei sistemi di scambio interno

Si sta procedendo al miglioramento dei sistemi già in uso di scambio interno di prestazioni (ad esempio consulenze interne, ...), integrando il sistema di rilevazione anche con il miglioramento di alcune voci quali

- Ribaltamento costi sale operatorie (a seguito messa a regime della procedura informatica di gestione sale operatorie)
- Ribaltamento costi servizio anestesia (a seguito messa a regime della procedura informatica di gestione sale operatorie)
- Ribaltamento costi servizio di sterilizzazione (a seguito dell'informatizzazione della gestione dei costi per utilizzatore)

Si è proceduto anche ad una analisi e miglioramento dei criteri in uso (drivers) sui ribaltamenti dei costi aziendali comuni/generali sui centri di costo finali, aggiornando laddove necessario quanto previsto dal sistema di contabilità analitica aziendale.

Quanto sopra al fine di migliorare i sistemi di rilevazione dei costi effettivi dei diversi settori di erogazione aziendali.

### Utilizzo della contabilità analitica ai fini della predisposizione dei modelli di rilevazione LA

Si sta procedendo ad un'analisi finalizzata a rendere i sistemi di contabilità analitica in uso sempre più funzionali alla rilevazione dei modelli di rilevazione dei costi per livello assistenziale (LA). Ciò attraverso:

- previsione di centri di costo che consentano una rilevazione oltre che di tipo "organizzativo" anche di tipo funzionale, correlata ai settori ed aree produttive dell'azienda:
- miglioramento dei sistemi di rilevazione degli scambi interni (così come in precedenza segnalato);
- miglioramento dei sistemi di ribaltamento dei costi comuni/generali (così come in precedenza segnalato)

## SUB-OBIETTIVO 1.4: CONTENIMENTO DEI COSTI DELLE RISORSE UMANE

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

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

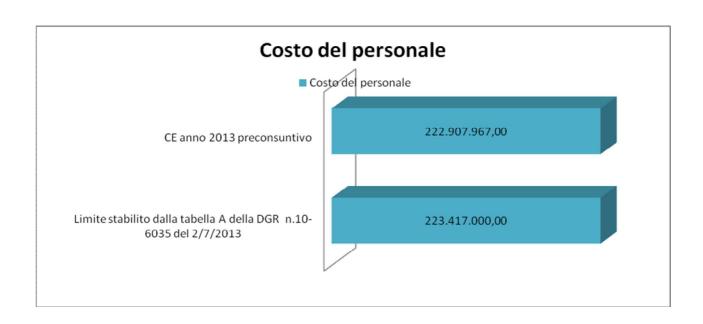
Il limite di costo del personale stabilito dalla tabella A della DGR n.10-6035 del 2/7/2013 era di € 223.417.000,00.

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

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

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

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



## SUB-OBIETTIVO 1.5: RIORGANIZZAZIONE RETE PUNTI NASCITA

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

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

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

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

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

La citata DGR prevede la seguente organizzazione

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

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

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

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

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

Per quanto riguarda la sede ospedaliera di Acqui T., nel quadro del progetto di riorganizzazione

aziendale della rete dei punti nascita, nel corso del 2013 è stato messo in atto un monitoraggio dell'andamento dell'attività, nella previsione di chiusura dello stesso, secondo quanto previsto con DGR n. 6-5519 del 14.03.2013, entro giugno 2014.

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

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

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

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



OBIETTIVO 2: E	SITI
DESCRIZIONE	La Regione Piemonte è una delle regioni italiane ad introdurre dal 2013 la valutazione dei Direttori Generali anche attraverso l'assegnazione di obiettivi operativi misurabili tramite tre indicatori di esito previsti dal Programma Nazionale Valutazione Esiti (PNE).  2.1 Frattura del femore: tempestività dell'intervento per frattura femore over 65 anni entro un intervallo di tempo (differenza tra la data di intervento e quella di ricovero) di 0-2 giomi;  2.2 Parti cesarei: riduzione dell'incidenza dei parti cesarei su parti di donne non precesarizzate;  2.3 Tempestività P.T.C.A. nei casi di IMA STEMI: tempestività di esecuzione di Angioplastica Percutanea in caso di infarto STEMI entro un intervallo di tempo (differenza tra la data di intervento e quella di ricovero) di 0-1 giorno;  Di seguito sono riportate le schede e i protocolli operativi relativi a ciascun sub-obiettivo.
PESO	24/100

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

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

In relazione all'obiettivo sulla tempestività degli interventi a seguito di frattura femori (interventi effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero / numero totale di casi di frattura femore su pazienti *over* 65 residenti della provincia) si è proceduto ad analizzare i risultati ottenuti nel corso dell'anno 2013 utilizzando in prima istanza il metodo in uso sul sistema di rilevazione presente sul portale extranet "Progetto Sanità" Appropriatezza dell'attività di ricovero (DGR 4-2495 del 03/08/2011) Analisi e Indicatori 7) Fratture Femore, secondo la seguente metodologia:

Numeratore: Diagnosi 820.xx

Interventi per Fratture Femore (Interventi 7915;7935;8151;8152;7855)

Giorni tra data intervento e data ricovero <= 2

Denominatore: Diagnosi 820.xx

Interventi per Fratture Femore (Interventi 7915;7935;8151;8152;7855)

Il risultato utilizzando tale metodologia risulta il seguente:

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

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

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

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

Per quanto riguarda il <u>Presidio Ospedaliero di Casale Monferrato</u> si ribadisce un costante miglioramento della performance: partendo dal dato AGENAS 2012 del 13,5% si è raggiunta la percentuale del 22,8% riferita a tutto l'anno 2013 ma con il 70,6% dei pazienti ricoverati per frattura di femore sottoposti ad intervento chirurgico entro le 48 ore nel bimestre novembre –

dicembre 2013, tenendo presente anche che la quasi totalità dei restanti pazienti presentava patologie concomitanti croniche previste per l'aggiustamento del rischio.

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

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

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

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

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

Nelle tabelle seguenti, invece, sono riportati i dati relativi alle rilevazioni regionali 2012 e primo semestre 2013:





## 7) Fratture Femore - Anno 2012

Numeratore: Diagnosi 820.xx - Interventi per Fratture Femore (Interventi 7915;7935;8151;8152;7855) - Giorni tra data intervento e data ricovero <= 2 Denominatore: Diagnosi 820.xx e Interventi per Fratture Femore (Interventi 7915;7935;8151;8152;7855)

1=Pubbl 2=Priv	Azienda	Codice	Struttura	Numeratore	Denominatore	Indicatore
1	201	010007.00	OSPEDALE MARTINI	131	273	48,0 %
ı	202	010003 00	OSPEDALE MARIA VIITORIA	145	284	51,1 %
1	202	010011 00	TORINO NORD EMERGENZA SAN GIOVANNI BOSCO	113	215	52,6%
1	203	010030 OL	OSPEDALE CIVILE "E.AGNELLI"	120	229	52,4 %
1	203	010079 OL	OSPEDALE DEGLI INFERMI	119	301	39,5 %
1	203	010079 03	OSPEDALE VILLA S.AGOSTINO	1	6	16,7%
l.	203	010079 04	OSPEDALE CIVILE DI SUSA	48	96	50,0 %
1	203	010079 05	OSPEDALE DI VENARIA	1	2	50,0 %
ı	204	01001700	OSPEDALE CIVICO CHIVASSO	103	259	39,8 %
1	204	01001901	PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI CIRIE	122	232	52,6%
ı	204	010023 OL	OSPEDALE CIVILE DI IVREA	273	322	84,8 %
1	204	010023 02	OSPEDALE CIVILE DI CUORGNE	2	2	100,0 %
1	205	010004 OL	OSPEDALE MAGGIORE	88	196	44,9 %
1	205	01000402	OSPEDALE SANTA CROCE	89	172	51,7%
1	206	010009 OL	OSPEDALE SANTANDREA	90	184	48,9 %
ı	206	010009 02	OSPEDALE SS.PIETRO E PAOLO	79	124	63,7%
1	207	010085 00	OSP.DEGLI INFERMI DI BIELLA	124	306	40,5 %
1	208	010006 OL	ISTITUTO S.S. TRINITA - BORGOMANERO	24	219	11,0%
1	208	010006 02	ISTITUTO S.S. TRINITA - ARONA		1	0,0 %
ı	209	010005 OL	OSPEDALE SAN BIAGIO	59	107	55,1 %
1	209	010005 02	STABILIMENTO OSPEDALIERO CASTELLI	101	150	67,3 %
1	209	010005 03	C.O.Q. OSPEDALE MADONNA DEL POPOLO	1	2	50,0 %
1	210	01012401	OSPEDALE DIMONDOVI' CNI	49	158	31,0%
1	210	010126 OI	OSP. MAGGIORE SS. ANNUNZIATA SAVIGLIANO CNI	42	105	40,0 %
1	210	01012602	OSP. CIVILE DI SALUZZO CNI	61	112	54,5 %
1	211	010120 OI	OSPEDALE SAN LAZZARO - ALBA	101	173	58,4 %
1	211	01012002	OSPEDALE SANTO SPIRITO BRA	67	97	69,1 %
ı	212	010008 OL	PRESIDIO OSP. CARDINAL G. MASSAIA	63	334	18,9 %
l	212	010008 02	PRESIDIO OSPEDALIERO S. SPIRITO-VALLE BELBO	3	4	75,0 %
l	213	010026 OL	OSPEDALE SANTO SPIRITO CASALE	32	197	16,2 %
ı	213	010026 03	OSPEDALE SS. ANTONIO E MARGHERITA TORTONA	101	147	68,7%
ı	213	010026 04	OSPEDALE SAN GIACOMO NOVI	26	147	17,7 %
1	213	010026 05	OSPEDALE CIVILE ACQUI	49	124	39,5 %







#### 7) Fratture Femore -1° Semestre 2013

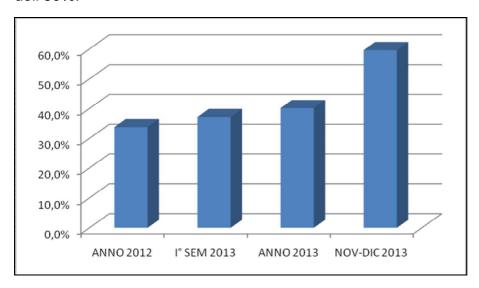
Numeratore: Diagnosi 820.xx - Interventi per Fratture Femore (Interventi 7915;7935;8151;8152;7855) - Giorni tra data intervento e data ricovero <= 2

Denominatore: Diagnosi 820.xx e Interventi per Fratture Femore (Interventi 7915;7935;8151;8152;7855)

=Pubbl 2=Priv	riv Azienda Codice		Struttura	Numeratore	Denominatore	Indicatore	
1	201	01000700	OSPEDALE MARTINI	55	148	37,2 %	
1.	202	010003 00	OSPEDALE MARIA VIITORIA	111	174	63,8 %	
1	202	010011 00	TORINO NORD EMERGENZA SAN GIOVANNI BOSCO	65	94	69,1 %	
1	203	01003001	OSPEDALE CIVILE 'E.AGNELLI'	51	101	50,5 %	
1	203	010079 01	OSPEDALE DEGLI INFERMI	70	127	55,1 %	
1	203	010079 02	OSPEDALE CIVILE DI GIAVENO		2	0,0 %	
1	203	010079 03	OSPEDALE VILLA S.AGOSTINO	1	1	100,0 %	
1	203	010079 04	OSPEDALE CIVILE DI SUSA	13	32	40,6%	
1	203	010079 05	OSPEDALE DI VENARIA		1	0,0%	
1	204	01001700	OSPEDALE CIVICO CHIVASSO	50	135	37,0%	
1	204	01001901	PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI CIRIE	71	129	55,0%	
l	204	010023 01	OSPEDALE CIVILE DI IVREA	114	142	80,3 %	
1	205	01000401	OSPEDALE MAGGIORE	48	104	46,2 %	
1	205	01000402	OSPEDALE SANTA CROCE	47	100	47,0%	
1	206	010009 01	OSPEDALE SANTANDREA	32	94	34,0%	
1	206	010009 02	OSPEDALE SS.PIETRO E PAOLO	32	52	61,5 %	
l	207	010085 00	OSP.DEGLI INFERMI DI BIELLA	119	146	81,5 %	
1	208	01000600	ISTITUTO S.S. TRINITA - BORGOMANERO	41	92	44,6%	
ı	209	010005 OL	OSPEDALE SAN BIAGIO	38	65	58,5 %	
1	209	010005 02	STABILIMENTO OSPEDALIERO CASTELLI	42	66	63,6%	
1	209	010005 03	C.O.Q. OSPEDALE MADONNA DEL POPOLO	1	1	100,0 %	
1	210	01012401	OSPEDALE DI MONDOVI' CNI	65	94	69,1 %	
1	210	01012601	OSP. MAGGIORE SS. ANNUNZIATA SAVIGLIANO CNI	45	111	40,5 %	
1	210	01012602	OSP. CIVILE DI SALUZZO CNI	7	22	31,8%	
1	211	01012001	OSPEDALE SAN LAZZARO - ALBA	50	85	58,8%	
1	211	01012002	OSPEDALE SANTO SPIRITO BRA	21	41	51,2 %	
1	212	010008 OI	PRESIDIO OSP. CARDINAL G. MASSAIA	65	162	40,1 %	
1	212	010008 02	PRESIDIO OSPEDALIERO S. SPIRITO VALLE BELBO	2	3	66,7%	
1	213	01002601	OSPEDALE SANTO SPIRITO CASALE	17	92	18,5 %	

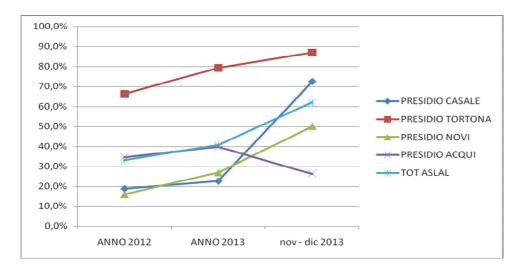
1=Pubbl 2=Priv	Azienda	Codice	Struttura	Numeratore	Denominatore	Indicatore
1	213	01002603	OSPEDALE SS. ANTONIO E MARGHERITA TORTONA	49	66	74,2 %
1	213	01002604	OSPEDALE SAN GIACOMO NOVI	12	60	20,0%
1	213	010026 05	OSPEDALE CIVILE ACQUI	26	62	41,9%
1	904	01090400	AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA SLUIGI	39	61	63,9 %
1	905	010905 OL	OSP. MAGGIORE DELLA CARITA'	41	128	32,0 %
1	906	01090600	AZ. OSPEDAL. S. CROCE E CARLE	67	133	50,4 %
1	907	010907 OL	OSP.CIVILE SS.ANTONIO EBIAGIO	85	121	70,2 %
1	908	010908 00	OSPEDALE MAURIZIANO UMBERTO I - TORINO	59	118	50,0%
1	909	010909 OL	OSP.S. GIOV.BATTISTA MOLINETTE	6	16	37,5 %
1	900	010909 04	CENTRO TRAUMATOLOGICO ORTOPEDICO	166	185	89,7%
1	992	010892 00	PRESIDIO SANITARIO GRADENIGO	19	56	33,9 %
1	997	010897 00	PRESIDIO SANITARIO OSPEDALE COTTOLENGO		3	0,0%
2	204	010616 00	CASA DI CURA CLINICA EPOREDIESE	1	1	100,0 %
2	208	010628 00	CASA DI CURA S. GAUDENZIO NOVARA		1	0,0 %
2	213	010640 00	CLINICA SALUS ALESSANDRIA	1	1	100,0 %
2	213	010641 00	CASA DI CURA VILLA IGEA	3	3	100,0 %
Totale Complessivo				1.847	3.431	53,8 %

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



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

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



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

## SUB-OBIETTIVO 2.2: RIDUZIONE INCIDENZA PARTI CESAREI

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

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

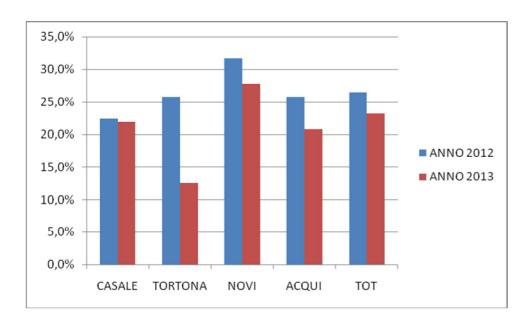
Detto risultato, oltre a dimostrare chiaramente un tendenziale miglioramento del dato aziendale pone l'azienda perfettamente all'interno del valore obiettivo fissato dalla Regione (≤ 25%).

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

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

	AN	NO 2012		AN	INO 2013		NOV-DIC ANNO 2013			
	TOT PARTI (SELEZ)	CESAREI	%	TOT PARTI (SELEZ)	CESAREI	%	TOT PARTI (SELEZ)	CESAREI	%	
CASALE	406	91	22,4%	388	85	21,9%	71	19	26,8%	
TORTONA	349	90	25,8%	104	13	12,5%	-	-		
NOVI	392	124	31,6%	497	138	27,8%	97	25	25,8%	
ACQUI	299	77	25,8%	255	53	20,8%	37	8	21,6%	
TOT	1.446	382	26,4%	1.244	289	23,2%	205	52	25,4%	

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



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

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

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

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

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

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

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

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

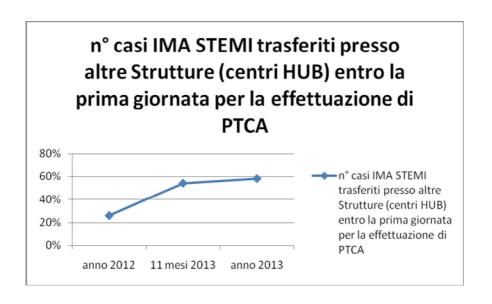
Si evidenzia l'incremento progressivo della percentuale di pazienti trasferiti in prima giornata (54% dato rilevato al 30.11.2013).

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

#### In dettaglio:

Cardiologia Casale Monf.: n. STEMI trasferiti per PTCA: 51 Cardiologia Novi Ligure: n. STEMI trasferiti per PTCA: 43 Cardiologia Tortona: n. STEMI trasferiti per PTCA: 36 Cardiologia Acqui Terme: n. STEMI trasferiti per PTCA: 24

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



OBIETTIVO 3: 0	ESTIONALI
DESCRIZIONE	Per l'anno 2013 gli obiettivi gestionali sono 4. Tali obiettivi fanno riferimento sostanzialmente ad azioni che richiedono una volontà di cambiamento organizzativo e gestionale specifico per portare a regime nuove soluzioni su alcune aree prioritarie. Gli obiettivi sono:  3.1 - Riduzione della spesa farmaceutica territoriale 3.2 - Riduzione della spesa farmaceutica ospedaliera 3.3 - Messa a regime del flusso della spesa farmaceutica 3.4 - Riduzione degli acquisti in economia
PESO	36

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

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

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

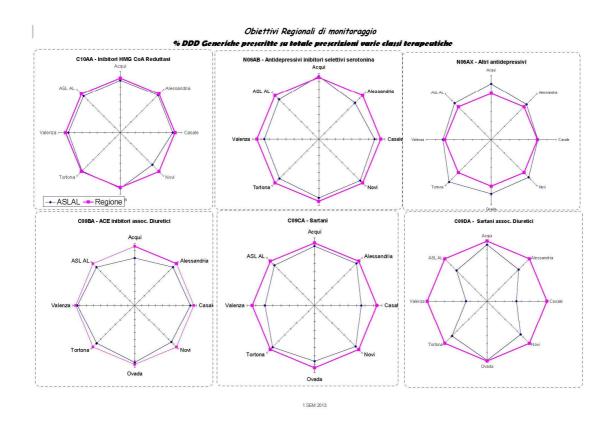
Inibitori HMG CoA (Statine) Ace –Inibitori Ace –Inibitori associati Diuretici Sartani Sartani associati Diuretici Antidepressivi Inibitori Selettivi Serotonina (SSRI) Altri Antidepressivi

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

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

% DDD Generiche prescritte su totale prescrizioni varie classi terapeutiche	% DDD Generiche preșcritte șu totale preșcrizioni varie clașși terapeutiche		Obiett	ivi Regionali di	monitoraggio		
Section of the Company of the Compan		% DD	D Generiche prescrit	te șu totale pre	scrizioni varie	classi terapeutic	the

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



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

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

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

Nel corso del 2013 sono stati organizzati incontri tra i Servizi Farmaceutici e gli Specialisti Cardiologi, Diabetologi, Internisti ospedalieri dell'ASL in ogni Presidio, alla presenza dei Referenti delle equipes territoriali dei MMG, dei Direttori dei Distretti e dei Presidi Ospedalieri per coinvolgere il personale tutto circa gli obiettivi assegnati per l'anno in corso e per l'anno successivo. E' noto, infatti, l'impatto delle prescrizioni ospedaliere sull'ambito territoriale.

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

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

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

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

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

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

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

## SUB-OBIETTIVO 3.2: RIDUZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA

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

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

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

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

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

L'esito dell'analisi è il seguente:

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

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

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

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

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

2. sull'anno 2012 <u>spostare sul consumo ospedaliero CO i farmaci "ex HOSP 1"</u> che in tale anno erano imputati erroneamente sui centri di costo di distribuzione diretta (sul 2013 tale problema è stato risolto); ciò al fine di rendere omogenei e confrontabili i dati di consuntivo sui due esercizi:

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

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

imputare sui consumi ospedalieri <u>tutti i consumi di farmaci delle oncologie (produzione e distribuzione diretta)</u> in quanto nel corso dei due periodi sono cambiate in maniera sostanziale le modalità di imputazione (rendendo impossibile un confronto tra 2012 e 2013).

In particolare nel corso del 2012 risultava particolarmente elevato il valore dei farmaci oncologici "scaricati" sulla "distribuzione diretta" nel presupposto erroneo che, essendo scaricabili sul file F, dovessero essere rilevati non sui centri di costo di "produzione"; tale problema è stato in parte risolto nel corso del 2013, mentre a partire dal 2014 lo scarico avviene puntualmente nella corretta competenza.

Tale sterilizzazione risponde alla necessità di rendere omogenei e confrontabili i dati di consuntivo sui due esercizi 2012-2013.

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

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

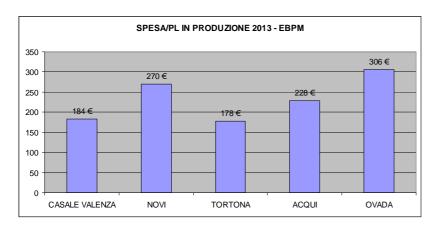
Tra le azioni che hanno consentito il raggiungimento dell'obiettivo atteso vi è la definizione per le singole strutture ospedaliere e territoriali di specifici e stringenti obiettivi di budget sui tetti di consumo per prodotti farmaceutici, mensilmente monitorati.

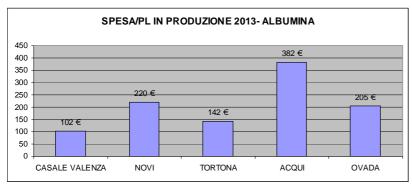
Tale monitoraggio, qualora evidenzi situazioni di sforamento in qualche ambito, viene successivamente discusso tra i Servizi farmaceutici e gli Specialisti di riferimento.

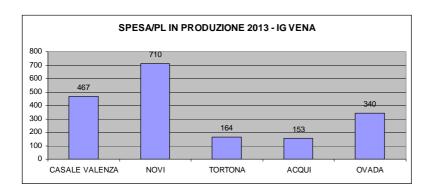
Negli ultimi tre mesi del 2013 sono state effettuati incontri con gli Specialisti delle varie branche di ciascun Ospedale dell'ASL, alla presenza dei Servizi Farmaceutici, per far conoscere le percentuali di impiego dei farmaci il cui uso deve essere "ottimizzato" (eritropoietine, l'albumina, le EBPM,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

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

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







<sup>\*</sup> Nota ai grafici: i dati di spesa riportati non contemplano i cdp di produzione dei Distretti.

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

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

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

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

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

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

Facendo seguito a quanto già segnalato in sede di Relazione sull'andamento della spesa farmaceutica, trasmessa nel mese di novembre 2013, con la quale, tra l'altro, si analizzavano le criticità relative all'allineamento dei flussi dell'area farmaceutica (file F e consumo CO) coi i dati di contabilità generale, si segnala quanto segue.

#### ANALISI DELLA SITUAZIONE ASLAL

Impostazione e funzionamento della contabilità generale e della contabilità analitica per la spesa farmaceutica

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

I consumi vengono attribuiti mediante la registrazione dei movimenti di scarico (valorizzati al prezzo medio ponderato) al momento della consegna da parte del magazzino / farmacia. L'organizzazione dei centri di costo aziendali prevede specifiche voci dedicate per ciascuna realtà organizzativa che procede all'erogazione in forma di distribuzione diretta.

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

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

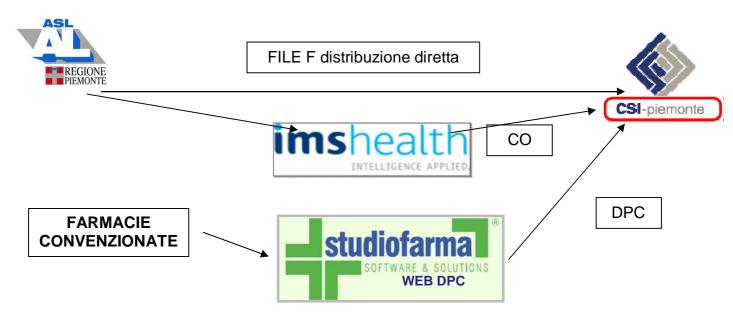
Si evidenzia che parte delle possibili differenze tra i valori derivanti dai flussi aziendali (file F e flusso CO IMS/NSIS) ed i dati di contabilità generale possono derivare dalle seguenti cause:

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

conti di bilancio oggetto di analisi

BA0030	B.1.A.1) Prodotti farmaceutici ed emoderivati
BA0040	B.1.A.1.1) Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di
DA0040	produzione regionale
3100104	Materiali per profilassi igienico sanitaria
3100116	Acquisto prodotti farmaceutici esclusi i farmaci H impiegati nella produzione di
	ricoveri e prestazioni. Sono compresi i mezzi di contrasto con AIC
3100117	
3100118	Prodotti farmaceutici in fornitura diretta di assistenza farmaceutica
3100139	Prodotti farmaceutici acquistati e distribuiti per conto
3100142	5 \ 1
3100147	Acquisto prodotti farmaceutici H impiegati nella produzione di ricoveri e prestazioni
3100154	Emoderivati
3100156	Acquisto soluzioni per dialisi con AIC
4800104	Materiali per profilassi igienico sanitaria
4800116	Acquisto prodotti farmaceutici esclusi farmaci H, impiegati nella produzione di ricoveri e prestazioni resi
4800117	Prodotti farmaceutici di tipo "H" a distribuzione diretta
	Prodotti farmaceutici in distribuzione diretta di assistenza farmaceutica - resi
4800120	Prodotti farmaceutici acquistati e distribuiti per conto
4800123	
4800127	Emoderivati
BA0050	B.1.A.1.2) Medicinali senza AIC
3100102	Soluzioni infusionali senza AIC e medicinali senza AIC
4800102	Soluzioni fisiologiche e medicinali senza AIC
4800129	Acquisto soluzioni per dialisi con AIC
3100148	Costo dei prodotti farmaceutici PHT acquistati dalla ASL capofila per loro conto e riaddebitati

Schema dei flussi esistenti inerenti la spesa farmaceutica:



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

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

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



## PIANO DELLE AZIONI INDIVIDUATE

SETTORE	CRITICITA'	AZIONE	STRUTTURE INTERESSATE
	SCARICO SU FILE F DA PARTE DELLE STRUTTURE CHE ATTUALMENTE NON PROVVEDONO	Verrà effettuato un incrocio tra i reparti che effettuano distribuzione diretta e le unità produttive che scaricano su File F. Verranno immediatamente segnalate le strutture che non inseriscono su File F l'attività di distribuzione diretta affinché provvedano nel più breve tempo possibile ad alimentare il flusso. Attività di formazione	FARMACIA CDG
FILE F	PROCEDURA DI VERIFICA (INCROCIO CONSUMI – SCARICO SU FILE F)	Per singola unità produttiva verrà effettuato un controllo sulla completezza dello scarico su File F rispetto allo scaricato in contabilità analitica sul corrispondente centro di costo di distribuzione diretta. Eventuali incongruità verranno immediatamente affrontate per la risoluzione	FARMACIA CDG
		Verifica della corretta imputazione sui centri di costo "di produzione" dei farmaci oggetto di "somministrazione" e non di "distribuzione diretta"	FARMACIA CDG
	RIDUZIONE DELLA % DI EXTRACOMPETENZA	Verifiche suddivise per struttura erogante sulla % di tracciati inviati oltre i termini fissati dalla Regione Sollecito a maggiore tempestività	FARMACIA SISTEMA INFORMATIVO
	COSTO MEDIO PONDERATO DELLA PROCEDURA FILE F	Valutare la fattibilità di legare l'anagrafica articoli della procedura di Contabilità Analitica con l'anagrafica utilizzata per la procedura File F. In questo modo i prezzi seguiranno in maniera puntuale le variazioni derivanti dal calcolo del costo medio ponderato	SISTEMA INFORMATIVO
ESTRAZIONE DATI CO COSTI OSPEDALIERI IMS/NSIS	VERIFICA CORRETTO SCARICO	Verrà analizzato il flusso IMS per valutare la correttezza delle informazioni in esso contenute. In particolare si procederà a: - segnalazione dei centri di costo e/o fattori produttivi non correttamente imputati; - definizione di una procedura di verifica di coerenza del flusso IMS con dato coan	FARMACIA CDG
CONTABILITA' GENERALE	COERENZA DATI COMPLESSIVI DI CONTABILITA' GENERALE, DI FILE F E DI COAN	In occasione delle chiusure periodiche della contabilità generale si rende opportuno una verifica sui dati disponibili al fine di valutare le risultanze dell'obiettivo 2013 assegnato al DG; in particolare coerenza tra (VALORE FLUSSO CO + VALORE FLUSSO DD) = VOCE BA0030 "B.1.A.1 MODELLO CE (al netto variazione rimanenze)	FARMACIA CDG CONTABILITA'

#### File F

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

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

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

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

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

### Dato consumo farmaci CO

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

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

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

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

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

- l'indicatore legato all'obiettivo confronta dati derivanti da contabilità generale basati sulla logica del "conto di bilancio" (l'elencazione dei conti di bilancio interessati sono stati elencati precedentemente) e sono relativi all'aggregato CE B.1.A.1) "Prodotti farmaceutici ed emoderivati";
- lo scarico Consumo CO IMS/NSIS prende in considerazione quei prodotti che, scaricati su centri di costo di "produzione", hanno la classificazione "AIC";

- tale categoria di prodotti non è omogenea con i prodotti che per destinazione finiscono sui conti di bilancio nell'aggregato CE B.1.A.1) "Prodotti farmaceutici ed emoderivati";
- alla luce di ciò si verifica che lo scarico Consumo CO IMS/NSIS comprende anche prodotti che contabilmente finiscono su conti di bilancio diversi da quelli in esame e, analogamente, sui conti di bilancio sussistono costi relativi a prodotti senza classificazione "AIC"

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

Questo perchè durante l'anno possono evidenziarsi delle modifiche/rettifiche ai movimenti di magazzino dei mesi precedenti a quello dell'ultima estrazione, anche di importi rilevanti. Inoltre il calcolo del costo medio ponderato viene aggiornato alla chiusura del magazzino dell'anno precedente che avviene normalmente intorno al mese di marzo o aprile: per esempio, il magazzino 2013 è stato chiuso nel mese di marzo del 2014 e questo comporta che alla data di chiusura il costo medio ponderato venga ricalcolato per tutti i movimenti del 2014 sulla base dei prezzi all'1/1/2014. Ciò comporta una modifica "retroattiva" dei valori dei movimenti a partire dall'1/1/2014.

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

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

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

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

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

euro/1000

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

In particolare si segnala:

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

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

## SUB-OBIETTIVO 3.4: RIDUZIONE DEGLI ACQUISTI IN ECONOMIA

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

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

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

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

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

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

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

.

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