RELAZIONE SOCIO – SANITARIA AZIENDALE SUL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI (di cui all'art. 17 della l.r. n. 18/2007)

OBIETTIVI GESTIONALI E DI SALUTE ANNO 2009 - ASL AL

Indice

PREMESSA

INTERVENTI ORGANIZZATIVI

ANDAMENTO ECONOMICO - GESTIONALE

ANALISI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI DEI DIRETTORI GENERALI ANNO 2009 (D.G.R. 10-11303 del 27.4.2009)

ALLEGATI

tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it

PREMESSA

Con DGR 10-11303 del 27.4.2009 sono stati individuati ed assegnati ai Direttori generali delle Aziende sanitarie regionali, per l'anno 2009, gli obiettivi finalizzati al riconoscimento della quota integrativa del trattamento economico, indicati negli allegati A) titolato "Articolo 3 bis, comma 5 del D. lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. - Obiettivi gestionali e di salute assegnati ai Direttori generali delle Aziende sanitarie locali, ai fini del trattamento economico integrativo per l'anno 2009**"** e B) titolato "Articolo 3 bis, comma 5 del D. lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. - Obiettivi gestionali e di salute assegnati ai Direttori generali delle Aziende ospedaliere, ai fini del trattamento economico integrativo per l'anno 2009**",** che si approvano quali parti integranti e sostanziali del presente provvedimento;

Con la medesima D.G.R. 10-11303 dcel 2009 è stato approvato l'Allegato C) titolato "Condizioni e criteri generali di valutazione dell'attività dei D. G. delle A.S.R. , ai fini del trattamento economico integrativo per l'anno 2009", stabilendo che, ai fini dell'attribuzione della quota integrativa del trattamento economico, la valutazione sul raggiungimento degli specifici obiettivi sia temperata dalla più ampia considerazione dei risultati dell'attività economico - gestionale e quindi subordinata alla positiva valutazione sui risultati complessivamente conseguiti dall'Azienda, in relazione agli indirizzi di programmazione sanitaria regionale.

Ai sensi dell'articolo 2 della legge 7 agosto 1990, n. 241 e s.m.i., il procedimento di valutazione del raggiungimento degli obiettivi gestionali e di salute assegnati ai Direttori generali delle Aziende sanitarie regionali, ai fini del riconoscimento del trattamento economico integrativo è avviato d'ufficio entro il 31 maggio dell'anno successivo a quello di riferimento.

L'avvio del procedimento è comunicato ai Direttori generali delle Aziende sanitarie regionali contestualmente alla richiesta di convocazione delle Conferenze dei Sindaci e dei Presidenti di circoscrizione per l'espressione del parere; tale atto costituisce formale comunicazione ai sensi e per gli effetti degli articoli 7 della legge 7 agosto 1990, n. 241 e s. m. i. e 13 della legge regionale n. 7 del 4 luglio 2005.

Entro il 30 giugno dell'anno successivo a quello di riferimento il Direttore generale dell'Azienda sanitaria trasmette alla Direzione Sanità la relazione socio – sanitaria aziendale sul raggiungimento degli obiettivi di cui all'art. 17 della l.r. n. 18/2007, con particolare riguardo a quelli di mandato ed a quelli specificamente assegnati ai fini della quota integrativa.

Con nota Regione Piemonte prot. 17.5.2010 prot. n.15203/DB2000 è stato notificato l'avvio del procedimento per la verifica sul raggiungimento degli obiettivi assegnati all'atto di nomina, periodicamente aggiornati, ai fini della conferma o meno dell'incarico, nochè sui risultati aziendali conseguiti dai direttori Generali delle Aziende e sul raggiungimento degli obiettivi assegnati ai fini del riconoscimento della quota integrativa del trattamento economico.

tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it

La presente relazione socio – sanitaria aziendale sul raggiungimento degli obiettivi di cui all'art. 17 della l.r. n. 18/2007 si articola in quattro parti e precisamente:

- **PREMESSA**
- **INTERVENTI ORGANIZZATIVI**
- **ANDAMENTO ECONOMICO – GESTIONALE**
- **ANALISI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI DEI DIRETTORI GENERALI ANNO 2009 (D.G.R. 10-11303 del 27.4.2009)**
- **ALLEGATI**

tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it

INTERVENTI ORGANIZZATIVI

Organizzazione dell'A.S.L. AL
Logiche e azioni attuate

Le logiche organizzative delle preesistenti AA.SS.LL. presentavano una **forte componente di disomogeneità,** in termini di erogazione di servizi, procedure amministrative, organizzazione strutturale, allocazione di risorse e risposte ai bisogni di salute, così rappresentate:

- **rete ospedaliera diffusa ma non coordinata**, con una forte incidenza della mobilità passiva ed elevato tasso di ospedalizzazione (in alcune realtà sopra il 200 per mille abit.);
- **insufficiente integrazione** tra ospedale e territorio;
- **inadeguato sviluppo** del modello distrettuale;
- **limitata diffusione** delle attività di prevenzione;
- **diversità di approccio** metodologico ai diversi processi (sanitari e amministrativi)

La strategia alla base della riorganizzazione aziendale, mirata a dare attuazione concreta alle previsioni del Piano regionale, ha portato a scelte indirizzate a **ridurre la complessità del sistema aziendale**, prevedendo un **numero ridotto di Strutture organizzative (-28% di S.O.C., -57% di Dipartimenti)**, per garantire un'aggregazione ampia per affinità, determinando condivisioni di linguaggio, di obiettivi, di strumenti, mettendo in tal modo le basi per un **cambiamento evolutivo reale**.

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

La semplificazione organizzativa ha consentito di ragionare subito **nell'ottica di un'ASL unica**, evitando la frammentazione e favorendo una forte aggregazione – unificazione delle attività affini per contenuti, processi e risultati.

Sono avviate le iniziative finalizzate a dare attuazione a quanto previsto dalla D.G.R. 10-75 del 17 maggio 2010 per la puntuale applicazione della D.G.R. 80-1700 dell'11.12.2010 e D.G.R. 59-6349 del 5.7.2007 (riconduzione entro il 31 ottobre dell'organizzazione dipartimentale nell'ambito di almeno 5 S.O.C. per ogni dipartimento aziendale).

AREA DELLA PREVENZIONE

Il modello delineato prevede, a regime, la realizzazione di un **unico Dipartimento**, articolato in strutture trasversali orientate alle funzioni e in strutture destinate allo sviluppo territoriale, sia per le aree mediche che per le aree veterinarie.

tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it

Il Dipartimento di prevenzione è stato riorganizzato in **Strutture Complesse con specifiche funzioni**, al fine di superare la logica geografica delle vecchie AA.SS.LL., così da razionalizzare l'impiego delle risorse e recuperare efficienza.

AREA DISTRETTUALE

In considerazione della specificità e delle peculiarità della Provincia di Alessandria, si è usufruito della possibilità di derogare dal limite di 70.000 abitanti prevedendo, in alcuni casi, Distretti con popolazione inferiore, con un'articolazione del territorio dell'ASL AL in **7 Distretti (rispetto ai 9 precedenti)**.

Il governo di tutte le funzioni attribuite al Distretto è stato affidato al **Direttore di Distretto**, responsabile nell'ambito di competenza della realizzazione degli indirizzi strategici della Direzione Aziendale, dell'utilizzo delle risorse attribuite e dell'attività svolta.

E' stato definito un **Coordinamento interdistrettuale**, al fine di assicurare in modo uniforme lo sviluppo delle attività distrettuali su tutto il territorio dell'ASL AL.

Le soluzioni organizzative adottate hanno consentito:

- **il consolidamento del ruolo e delle funzioni** del Distretto;
- **l'omogeneità dei percorsi;**
- l'effettiva **presa in carico** del cittadino;
- il miglioramento del **rapporto con i Comitati dei Sindaci**, in un quadro di reciproca collaborazione "istituzionale";
- il consolidamento del **rapporto con i MM.MM.GG. e PP.LL.SS**.

Secondo la stessa logica organizzativa di semplificazione, razionalizzazione, integrazione delle competenze, specificità e risorse sono stati previsti e attivati i Dipartimenti territoriali:

- **Dipartimento di Salute Mentale** (che ricomprende anche il Servizio Prevenzione Diagnosi e Cura dell'Azienda Ospedaliera)
- **Dipartimento delle Dipendenze** (che organizza i Sert - Servizi Tossicodipendenze delle 3 ex ASL accorpate, con l'obiettivo specifico di sviluppare l'integrazione delle attività e della gestione delle risorse)
- **Dipartimento del Farmaco**

AREA PRESIDI OSPEDALIERI

L'organizzazione della rete ospedaliera dell'ASL AL è stata delineata sulla base della presenza di **6 Presidi ospedalieri** sul territorio, al fine di garantire alla popolazione la maggior uniformità possibile in termini di **accessibilità e qualità dei servizi erogati**, per realizzare un'**equa distribuzione delle risorse** soprattutto grazie a sinergie funzionali e operative fra i diversi ospedali e l'Azienda Ospedaliera di riferimento (ASO Alessandria).

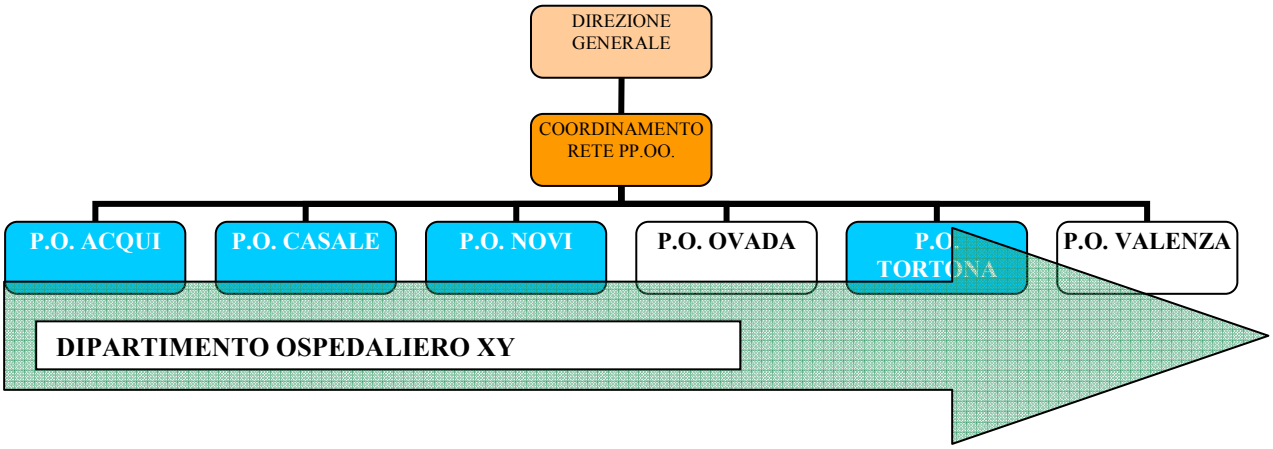
Il modello organizzativo adottato per l'ASL AL si regge sulla stretta collaborazione fra **Coordinamento ospedaliero**, **Coordinamento infermieristico**, **Direzioni di Presidio**,

tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it

Dipartimenti, ciascuno con compiti e responsabilità differenti, ma strettamente correlati per garantire l'efficacia dell'intero sistema.

È stato introdotto il ruolo del **Coordinatore della rete ospedaliera**, garante dell'omogeneità dell'organizzazione, interlocutore della Direzione Generale per quanto riguarda le risorse umane e strumentali da assegnare ai singoli presidi e strumento di raccordo fra rete ospedaliera e altre Macrostrutture aziendali.

I **Dipartimenti ospedalieri sono stati configurati come Dipartimenti trasversali** sui 6 ospedali, per soddisfare due elementi organizzativi di base: la qualità clinico assistenziale e l'efficienza gestionale.



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

Attraverso il **Coordinamento tra Ospedale e Territorio** è stato possibile sviluppare modelli omogenei di integrazione nelle varie realtà, garantendo la continuità assistenziale, per fornire all'utente un corretto passaggio dall'ospedale alle strutture residenziali e alle cure domiciliari e gestire / orientare il ruolo dei medici ospedalieri e dei medici di medicina generale in tale ambito.

AREA AMMINISTRATIVA

Le funzioni di supporto e staff sono finalizzate a fornire **strumenti per facilitare le decisioni e la gestione,** coadiuvando le funzioni produttive. Quindi l'articolazione delle attività e responsabilità deve evitare la frammentazione e i conflitti fra funzioni, puntando alla qualità dei risultati.

E' stata data enfasi, quindi, alla **responsabilizzazione della dirigenza amministrativa in relazione ai risultati prodotti**; l'avvio del percorso verso tale obiettivo è sicuramente uno degli aspetti più rilevanti dell'azione della Direzione Generale dell'ASL AL, nella logica non solo del

tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it

rispetto di procedure, ma del conseguimento di risultati concreti in termini di scelte e soluzioni di problemi.

Il passaggio dal modello burocratico ad un modello che preveda due percorsi di carriera dirigenziale paralleli (dual ledder) è stato **funzionale a tale processo di cambiamento** (organizzativo e di approccio al proprio ruolo professionale).

Le direttrici della riorganizzazione dell'area amministrativa e di staff sono state:

a. individuazione di **pochi contenitori strutturali** che corrispondono a grandi aree di risultato (le **Strutture Complesse**) affidati a dirigenti che rispondono dei risultati in termini gestionali;
b. affidando, all'interno dei contenitori, il presidio delle questioni specialistiche ai **dirigenti professionali** che si incaricano di standardizzare i processi in termini di efficacia amministrativa e che collaborano con i dirigenti gestionali;
c. strutturando le attività all'interno delle aree per **nuclei operativi** che siano tendenzialmente – ma non necessariamente – plurifunzionali, **rivitalizzando le professionalità del comparto** e affidando loro maggiori responsabilità;
d. **ridimensionando il numero delle Strutture Semplici**, ipotizzando il loro ruolo solo per il governo decentrato di un insieme significativo di operatori impegnati su un orizzonte esteso di funzioni.

Tale operazione ha portato a **ridurre significativamente le Strutture Complesse** presenti **passando dalle 24 esistenti a sole 8 centrali,** alle quali vanno aggiunte due Strutture di coordinamento dell'attività amministrativa, una sui distretti ed una sugli ospedali.

tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it

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

ANDAMENTO ECONOMICO - GESTIONALE

CONTO ECONOMICO 2009

La valutazione tecnica complessiva - quale risulterà dall'insieme delle valutazioni di ciascuno degli obiettivi assegnati - è comunque subordinata al giudizio sul livello di conseguimento dei risultati complessivi della gestione dell'Azienda, ivi compreso il perseguimento dell'equilibrio economico – finanziario della gestione, che costituisce comunque prerequisito per l'attribuzione della quota integrativa.

CONTO ECONOMICO 2009	**cons 09**
Quota FSN	*769.530*
STP	*626*
Altri Contributi da Regione	*4.506*
Totale contributi regionali	774.662
Altri Contributi da altri enti pubblici	*8*
Contributi da privati	-
Totale contributi in c/esercizio	**774.670**
Ricavi per prestazioni	2.953
Recuperi e rimborsi	1.790
Ticket	8.202
Ricavi vari	2.243
tot entrate proprie	15.188
Ricavi intramoenia	5.036
Totale ricavi gestione ordinaria	**794.894**
Acquisti e manutenzioni	79.960
Assistenza sanitaria di base	44.973
Farmaceutica	88.545
Specialistica	21.132
Riabilitativa	9.656
Integrativa	17.895
Ospedaliera da privato (case di cura)	51.584
Ospedaliera da privato (presìdi)	-
Altra assistenza	47.718
Altri servizi	11.477
Godimento di beni e servizi	3.119
Personale dipendente	213.659
Spese amministrative e generali	12.058
Servizi appaltati	17.915
Accantonamenti	*3.829*
Imposte e tasse	15.171
Oneri finanziari	1.913
Variazione delle rimanenze	- *1.195*
Compartecipazioni personale intramoenia	*4.860*

REGIONE PIEMONTE
tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it
Non c'è cura senza cuore
www.regione.piemonte.it/sanità

Totale costi gestione ordinaria	**644.269**
Risultato gestione ordinaria	**150.625**
Ricavi straordinari	5.154
Costi straordinari	- 1.109
Mobilità attiva extra	34.287
Mobilità passiva extra	- 58.400
Mobilità attiva INTRA	27.389
Mobilità passiva intra	- 159.627
Costi capitalizzati E Rivalutazioni	7.423
Ammortamenti	- 15.073
Svalutazioni	-
Risultato di gestione	**- 9.331**
saldo ferie e straordinari maturati ma non goduti	1.748
Poste non monetarie come da MEF	- 7.650
Risultato differenziale	**67**

Dall'analisi dei dati del conto economico 2009, redatto secondo le indicazione della DGR 2-12264 del 29 settembre 2009 (con la quale venivano ridefiniti gli obiettivi economici in conseguenza dell'assegnazione definitiva alle ASR dei contributi regionali, fermo restando il principio già enunciato con la DGR 1-8611/2008 ovvero che la produzione degli erogatori pubblici e privati deve rimanere invariata in assenza di accordi sottoscritti con la funzione di tutela esercitata dalle ASL) si riscontra una situazione di sostanziale pareggio di bilancio ed il conseguente equilibrio della gestione.

Passando ad una sintetica analisi delle poste piu' rilevanti, si osserva:
RICAVI: al netto dei maggiori trasferimenti da FSR i ricavi sono sostanzialmente costanti rispetto alla gestione 2008
COSTI: in linea generale si registra un buon andamento complessivo atteso che essi segnano un incremento dello 0,75% su base 2008; al proposito non si rilevano significative contrazioni dei livelli quali - quantitativi di servizi finiti resi ai cittadini. Per contro, la Direzione aziendale ha operato il perseguimento di obiettivi tesi ad una graduale riconversione della spesa ovvero razionalizzazione dei fattori produttivi intermedi e delle risorse impiegate nei processi di supporto a vantaggio dei servizi sanitari finiti erogati agli utenti.
Significativi ulteriori risultati positivi possono essere ottenuti sfruttando al meglio e compiutamente i benefici inespressi derivanti dall'accorpamento. In tale contesto sarà necessario che i vari livelli di responsabilità rafforzino, favoriscano e sostengano i processi di riorganizzazione, sia nel settore sanitario che in quello amministrativo, non accantonando politiche volte alla compiuta concentrazione di uffici e funzioni eliminando ridondanze e duplicazioni di attività, anche in coerenza con la recente riforma introdotta dal D. Lgs 150/2009.
Il Collegio ha accertato che gli accantonamenti eseguiti sono operati nei limiti e nell'ammontare previsti da disposizioni nazionali e/o regionali; circa l'entità del fondo rischi esso pare congruo rispetto agli elementi conoscitivi attualmente in possesso dello scrivente Collegio.

tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it

Il quadro economico 2007/2010

Equilibrio economico finanziario

L'Azienda raggiunge l'equilibrio nel suo primo anno di vita. A legislazione vigente ciò avviene senza necessità di risorse aggiuntive ed al netto dei soli oneri non finanziati dalla Regione in sede di primo riparto (leggasi rinnovo contratti di lavoro e CNU).

provvedimenti regionali	2007	2008	2009
DGR 84-6615/2007 (al netto dei rinnovi CCNL/CNU)	698.632		
ulteriore fabbisogno al netto degli accantonamenti	10.193		
DGR 1-8611/2008 (al netto degli rinnovi CCNL e CNU)		728.253	
ulteriore fabbisogno al netto degli accantonamenti		0	
DGR 2-12264/2009 (al netto dei rinnovi CCNL/CNU)			753.360
Avanzo			2.500

Si tenga conto che nel periodo precedente il quadro era:

	finanziamento ordinario	Ripiano disavanzo	incidenza ripiano	disavanzo non coperto
2005 - ASL AL	629.973	30.164	4,79%	6.791
2006 - ASL AL	658.969	30.119	4,57%	2.020

Si specifica che negli anni 2005 e 2006 le norme regionali non ponevano limiti nei volumi di produzione agli erogatori pubblici e che pertanto la mobilità passiva era variabile non controllata.

Andamento costi

Il dato di estrema sintesi del conto economico, ovvero l'andamento dei costi di diretta imputazione per il TRIENNIO 2008/10 su base 2007 è il seguente:

	Cons 2007	**Cons 2008**	**Cons 2009**	**Prev 2010**	**2007/ 2010**
Totale costi gestione ordinaria (*)	627.350	635.381	638.256	640.627	
Variazione		1,28%	0,45%	0,37%	**2,12%**
costi al netto di CCNL/CNU - trasferimento 118	620.150	626.397	624.572	630.943	
Variazione		1,01%	-0,29%	1,02%	**1,74%**

(*) al netto accantonamenti

tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it

Si tenga conto che nel medesimo periodo l'indice nazionali dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati (c.d. F.O.I. fonte sito ufficiale ISTAT) passa dal 129,00 del marzo 2007 (medio annuo 130,00) al 136,50 di marzo 2010 ossia 7,5% di inflazione.

Recupero efficienza

La quota capitaria, (finanziamento al netto di eventuali successive coperture perdite) è composta da due variabili: una oggettiva qual è la quota parametrata (ossia pesata secondo diversi mix di popolazione) ed una di riequilibrio che tiene conto della spesa storica. Di seguito la movimentazione nel triennio 2007/2009:

	fondo regionale per riequilibrio	accesso ASL AL	% accesso ASL AL
DGR 84-6615 del 30 luglio **2007**	693.009.781	79.575.761	11,48%
DGR 2-12264 del 29 settembre **2009**	616.777.999	38.965.980	6,32%
% riduzione nel triennio	-11,00%	-51,03%	

Al proposito si tenga altresì conto che nel 2007, al netto dei maggiori oneri per CCNL e CNU fu necessario accedere al fondo per ripiano disavanzi in misura di 10 mln circa, nel 2009 tale maggior fabbisogno non si è manifestato. (salvo per la maggior produzione, mai concordata né autorizzata e quindi ancora tutta da validare, degli erogatori pubblici).

Spesa per erogatori privati

Anno 2008: l'ASL AL inizia il percorso di definizione dei budget (che si perfezionerà nel 2009) e risulta l'unica azienda in Regione a non aver dichiarato maggior fabbisogno per quell'anno (cfr. DGR 29-10632/2009); i budget definiti per il biennio 2009/10 sono invariati rispetto alla spesa 2008.
Abbiamo quindi un triennio di costi invariati.

Riqualificazione della spesa

Si evidenzia come i dati 2009 sul 2007 registrano una vera e propria ristrutturazione della spesa, riallocando ad incremento dei servizi sanitari finiti e resi alla popolazione:

- farmaci ed altri beni sanitari + 9,87% (il dato è da intendersi positivamente se si considera la forte incidenza della ricerca, sviluppo ed impiego di farmaci oncologici)
- assistenza specialistica e diagnostica + 14,24%
- assistenza riabilitativa (sia post acuzie che residenziale per disabili) + 57,86%
- assistenza integrativa e protesica (ausili per disabili ed anziani) + 16,17%

tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it

- assistenza residenziale in strutture ad anziani, psichiatrici, ecc. + 19,51%
- la contrazione / stabilizzazione dei costi per beni e servizi intermedi
- servizi intermedi altri (lavoro terziarizzato, convenzioni con altre ASL, ecc) - 15,71%
- beni di terzi in leasing o noleggio – 23,31%
- spese amministrative e servizi tecnico economali appaltati -1,4% medio
- oneri finanziari: con una significativa operazione gestionale l'azienda ha sostanzialmente azzerato il costo del denaro aggiudicando il nuovo servizio ad un tasso d'interesse, applicato alle due linee di credito, pari all'euribor 1 mese/365 ridotto di 0,33 punti

Conclusioni

Gli indicatori fin qui esposti in estrema sintesi paiono dimostrare l'effettiva operatività ed efficacia dei piani di riequilibrio attivati e ci sembrano dimostrare, altresì, che eventuali ulteriori piani di rientro non possano prescindere dal perfezionamento e consolidamento di veri e propri contratti di fornitura vincolanti anche per gli erogatori pubblici, così da garantire la coerenza tra le risorse assegnate alla funzione di tutela e la produzione dei medesimi.
Tali contratti, ancorché definiti in altro modo, sono di fatto già previsti fin dal 2008.
Si veda al proposito DGR 84-6615 del 30 luglio 2007, DGR 1-8611 del 16 aprile 2008 (allegato E), DGR 2-12264 del 29 settembre 2009 che prevede tra l'altro che "l'incremento della produzione da parte delle ASO e della produzione in mobilità attiva da parte dei presidi a gestione diretta delle ASL **dovrà essere preventivamente concordato** con la Regione e con le ASL dell'area di coordinamento sovrazonale" e, con specifico riferimento ai privati, la stessa DGR dispone che "le ASL sono responsabili del rispetto dei tetti definiti nei contratti sottoscritti".
Tali prescrizioni sono da ultimo ribadite con DGR 73-13256 dell'8 febbraio 2010.

Rimarchiamo che l'Azienda non ha mai concordato alcunché sia in sede regionale o locale.
Nonostante ciò l'extra budget viene costantemente riaddebitato d'ufficio. Si ribadisce dunque che una chiara definizione e conseguente rispetto delle regole da parte di tutti è condizione essenziale per qualsiasi rimodulazione dei PRR.

Ciò premesso appare doveroso elencare di seguito sinteticamente le **principali azioni di contenimento** poste in essere per la gestione 2010 anche in ossequio alle disposizioni della D.G.R. n. 30-43 del 30.04.2010:

- definizione dei budget di costo relativi a beni e servizi per tutti i Centri di Responsabilità aziendali e monitoraggio continuo degli andamenti della spesa con coinvolgimento dei Responsabili a tutti i livelli gerarchici;

- sviluppo dei controlli relativi ad appropriatezza prescrittiva e nelle cure con particolare attenzione al monitoraggio dei comportamenti di coloro che si discostano dalle indicazioni formulate dai competenti organismi;

- costante verifica del rispetto dei budget definiti con distretti e Medici di medicina generale e previsione di incontri periodici per analisi degli scostamenti riscontrati;

- riorganizzazione di alcune aree aziendali per garantire il rispetto dei limiti alle assunzioni.

tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it

TASSO OSPEDALIZZAZIONE

	ANNO 2008	ANNO 2009	DIFF %
TASSO OSPEDALIZZAZIONE	191,87	188,16	-1,9%

Il calcolo del tasso di ospedalizzazione dell'ASL AL, secondo il metodo di standardizzazione regionale, mostra un dato che, seppur superiore all'atteso regionale (173 ricoveri per 1.000 abitanti), evidenzia una significativa inversione di tendenza nel corso del 2009.
Il calo riportato nel corso del 2009 è solo in parte dovuto al transito di alcune tipologie di ricovero in regime ambulatoriale; significativa incidenza ha avuto il miglioramento degli indici di appropriatezza sull'attività erogata dalle nostre strutture ospedaliere, come rappresentato nei precedenti punti del presente Piano.
Il contenimento attraverso la budgettizzazione dell'attività di ricovero da strutture private ha contribuito a definire, programmare, controllare la domanda di ospedalizzazione dei residenti dell'ASL AL.

tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it

Personale dipendente

ANALISI ANDAMENTO COSTO PERSONALE 2008-2010

	2008	2009	2010
costo personale CE	207.730	213.659	214.132
rettifica ferie	400	1.748	-
costo personale CE al netto ferie	207.330	211.911	214.132
di cui dipendenti	*203.361*	*209.984*	*212.250*
di cui interinali	*3.969*	*1.927*	*1.882*
consulenze sanitarie	1.878	2.526	1.500
cococo	2.424	354	42
COSTO COMPLESSIVO PERSONALE	**211.632**	**214.791**	**215.674**
CCNL COMPARTO	-	4.700	4.700
COSTO AL NETTO CCNL COMPARTO	**211.632**	**210.091**	**210.974**
MAGGIORI COSTI		- 1.541	883
Diff 2010-2008			**-658**

Dalla precedente tabella si ricava un sostanziale calo degli oneri complessivi relativi alla voce personale (dipendente ed altre forme contrattuali) pari a €658.000 circa dal 2008 al 2010.

NUOVO PERSONALE ANNO 2009

Dirigenza ruolo sanitario: + 8
2 medici Gastroenterologia: incremento legato alla necessità di garantire attività endoscopiche in 4 punti ospedalieri e a coprire il pensionamento di 1 medico ed il trasferimento di 1 secondo medico.
1 medico Medicina Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza: necessità di garantire le attività di urgenza in presenza di 4 D.E.A. e 1 Pronto Soccorso, in presenza di precedente carenza di organico
2 medici O.R.L.: necessità di copertura a tempo indeterminato in presenza di precedenti incarichi professionali
1 medico Pediatria: cessazione di un direttore di S.C. Pediatria nel 2008 (S.C. non ricoperta) unità a tempo determinato
2 Biologi: necessità di copertura a tempo indeterminato in presenza di precedenti incarichi professionali o borsisti

Comparto ruolo sanitario + 60
29 Infermieri: sostituzione interinali cessati. Conferimento di incarichi a tempo determinato della durata complessiva di 2 anni per sopperire alle carenze determinate da lunghe assenze legate a gravidanze e aspettative non retribuite. Tali assenze, con riferimento agli infermieri, hanno il seguente andamento:
assenti al 31.12.2008 = n. 22
assenti al 31.12.2009 = n. 25
assenti al 30.04.2010 = n. 20

tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it

cessazione attività Cooperativa per A.D.I. ad Alessandria e Tortona
incremento organico per corso laurea infermieristica 1 stabilizzazione
4 ostetriche: sostituzione I.P. dei reparti Ostetricia e Ginecologia assegnati all'Ospedale di Casale superamento precariato
6 tecnici riabilitazione: sostituzione interinali cessati incremento delle attività territoriali
Conferimento incarichi a tempo determinato per sopperire alle carenze determinate da lunghe assenze legate a gravidanze, e aspettative non retribuite; tali assenze, con riferimento ai fisioterapisti, hanno il seguente andamento:
fisioterapisti assenti al 31.12.2008 = n. 4
fisioterapisti assenti al 31.12.2009 = n. 5
fisioterapisti assenti al 30.04.2010 = n. 5
3 logopedisti: superamento precedente precariato
3 tecnico laboratorio: necessità di avviare il centro unificato di lettura screening; superamento precedente precariato
5 tecnici radiologia: carenza di organico
6 t.p.a.l.l.: necessità di potenziare attività Spresal e Centro Amianto
2 dietisti: superamento precedente precariato, cessazione 2 interinali
2 educatori: superamento preesistente precariato (2 stabilizzazioni)

Comparto ruolo tecnico: + 22
20 O.S.S.: sostituzione personale ausiliario cessato, apertura Hospice Casale; implementazione posti Hospice Alessandria; inserimento nei reparti per carenza organico

2 Assistente Tecnico: 2 stabilizzazioni

Comparto ruolo amministrativo: + 16
Copertura categorie protette, inquadramento di personale del Ruolo Sanitario e del Ruolo Tecnico inidoneo per motivi di salute, 2 stabilizzazioni

PRECISAZIONI

Il numero delle nuove assunzioni è il saldo fra assunti e cessati nell'anno di riferimento, con la precisazione che anche la sostituzione di personale cessato nell'anno precedente è considerata turn over.
Nelle nuove assunzioni non sono indicate le sostituzioni di unità cessate con unità di nuova assunzione, anche di diverso profilo o disciplina, individuate sulla base delle esigenze aziendali.
Nel totale dei presenti, degli assunti, dei cessati non sono ricompresi, secondo quanto indicato nelle linee guida regionali, i supplenti di personale assente; si precisa che sono ricompresi in detti totali le unità titolari di incarico a tempo determinato conferiti per sopperire a carenze legate a lunghe assenze, come indicato nei singoli profili.
Le unità incaricate ai sensi dell'art. 15 septies, D.Lgs. 502/'92 sono ricomprese nel personale presente al 31.12.2008 (successivamente a tale data non sono stati conferiti incarichi dirigenziali ai sensi della predetta norma).
L'inquadramento a tempo indeterminato di personale precedentemente titolare di incarico a tempo determinato, o di incarico ex art. 15 septies D.Lgs. 502/'92 avvenuto senza soluzione di continuità (con esclusione dei supplenti) non viene rilevato, in quanto la rilevazione non distingue fra personale a tempo determinato e personale a tempo indeterminato.

tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it

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

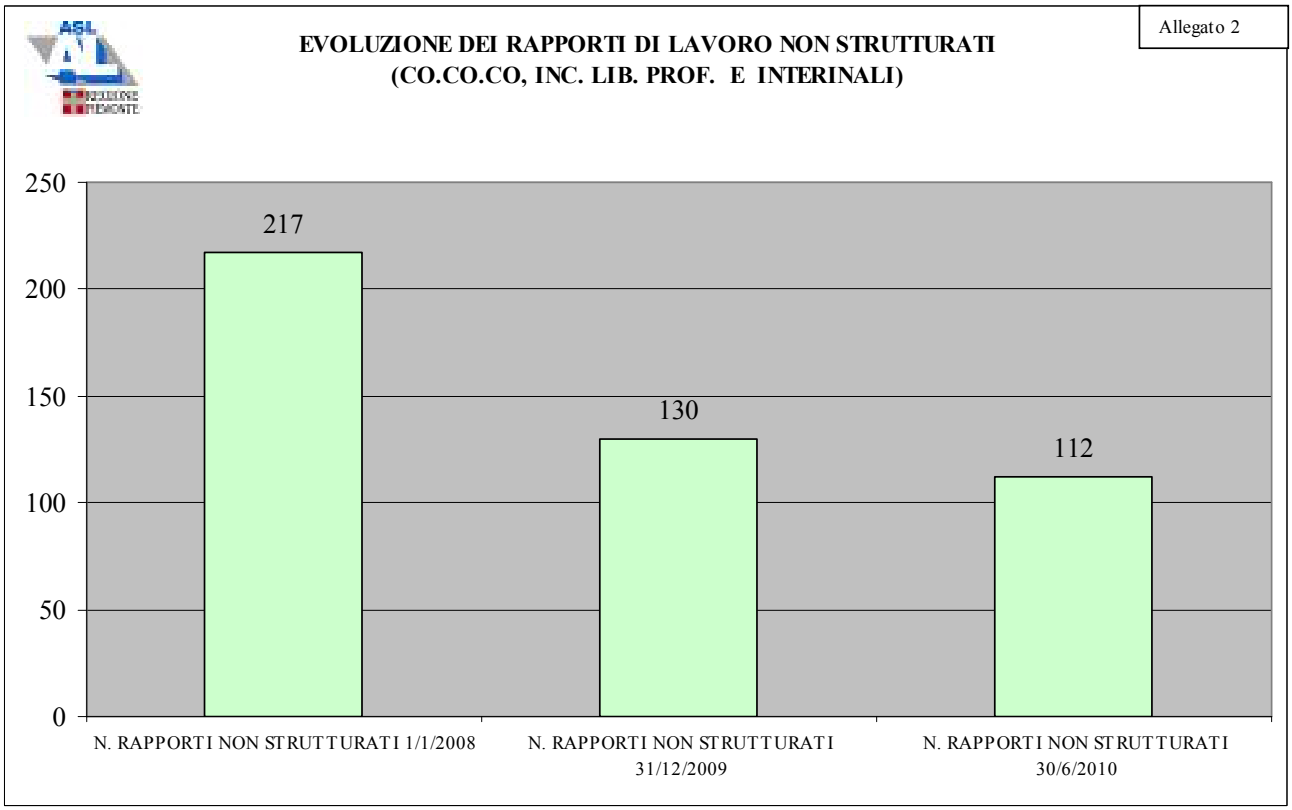
STABILIZZAZIONI 2009	COCOCO	DIPENDENTI
SANITARI	CONTO 310469	
NON SANITARI	CONTO 310470	
COSTO SOSTENUTO 2009	53.388	157.060

Ruoli	Articolazione	31.12.08	Uscite	Entrate	copertura	nuovo pers.		di cui x	31.12.2009
					turnover	n.	pesato	stab.	
Sanitario	Dirigenza	732	48	56	48	8	4		740
	Comparto	1985	48	108	48	60	19	4	2045
Professionale	Dirigenza	3							3
	Comparto	2							2
Tecnico	Dirigenza	2							2
	Comparto	748	30	52	30	22	8	2	770
Amministrativo	Dirigenza	36	5			-5			31
	Comparto	626	16	32	16	16	6	2	642
Totale		4134	147	248	142	101	37	8	4235
		n. medio	riduzioni			Increm.			n. medio
Interinali	sanitari	32	25	7	0	-18	0	0	14
	non sanitari	53	5	5	0	0	0	0	53
Totale		85	30	12	0	-18	0	0	67
Totale generale		4272	182	265	142	83	37	8	4355

Ruoli	Articolazione	31/12/2009	Uscite	entrate	copertura	nuovo pers.		di cui x	30/04/2010
					turnover	n.	pesato	stab.	
Sanitario	Dirigenza	740	16	27	16	11	8		751
	Comparto	2045	32	16	16	-16			2029
Professionale	Dirigenza	3		1		1	1		4
	Comparto	2							2
Tecnico	Dirigenza	2							2
	Comparto	770	9	2	2	-7			763
Amministrativo	Dirigenza	31	1	2	2	1			32
	Comparto	642	15	4	4	-11			631
Totale		4235	73	52	40	-21	9	0	4214
		n. medio	riduzioni			Increm.			n. medio
Interinali	sanitari	14	2	12	0	10	2	0	24
	non sanitari	53	1	20	0	19	6	0	72
Totale		67	3	32	0	29	8	0	96
Totale generale		4302	76	84	40	8	17	0	4310

tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it

EVOLUZIONE RAPPORTI DI LAVORO NON STRUTTURATI



L'azienda ha sviluppato, in accordo con le linee di indirizzo regionali, un programma di riduzione del numero di rapporti non strutturati comprendenti Co.Co.Co., incarichi libero professionali e interinali.

Tale politica troverà ulteriore sviluppo con la sostituzione, se autorizzata, di personale sanitario del comparto interinale con assunzioni a tempo indeterminato che comporterebbero anche riduzioni di oneri come altrove specificato.

tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it

ANALISI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI DEI DIRETTORI GENERALI ANNO 2009 (D.G.R. 10-11303 del 27.4.2009)

CASELLA VERDE : OBIETTIVO RAGGIUNTO

CASELLA GIALLA : OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

CASELLA ROSSA : OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

Obiettivi di Governance in base alla DGR n.21-10664 del 2.2.2009

Si elencano, così come già segnalato con nota 25 giugno 2009 prot. n.72319, gli obiettivi assistenziali e strumentali/gestionali individuati tra quelli assegnati ai Direttori Generali delle ASR per l'anno 2009 (DGR 10-11303 del 27.4.2009) per la sperimentazione della Clinical Governance, secondo quanto indicato dalla DGR n. 21-10664 del 2.2.2009:

n.		*livello di assistenza*	*obiettivo*	*ambito / azioni*	*Indicatore*
13		assistenza distrettuale	all. A, ob.n. 9	continuità assistenziale	% di anziani dimessi dagli ospedali trattati in regime di continuità assistenziale
28	a	assistenza distrettuale	all. A, ob n.14-15	appropriatezza e razionalizzazione della spesa farmaceutica	% utilizzo farmaci equivalenti
	b				% fornitura diretta in continuità terapeutica
30		assistenza distrettuale	all. C, § 5	attuazione piano regionale liste di attesa	Attuazione protocolli per l'utilizzo classi di priorità cliniche per l'accesso alle prestazioni sanitarie
16	a	assistenza ospedaliera	dgr. n. 31-1142 del 17.10.2005	lotta al dolore	rilevazione del dolore congiuntamente alla rilevazione dei parametri vitali per i pazienti ricoverati in regime ordinario, o di degenza a ciclo-diurno
	b				Attivazione e realizzazione corsi di formazione aziendale
17	a	assistenza ospedaliera	dgr. n.21-9688 del 30.9.2008	appropriatezza prescrittiva in laboratorio	% fT4 rispetto al n° totale dei dosaggi TSH ambulatoriali
	b				% fT3 rispetto al n° totale dei dosaggi TSH ambulatoriali
	c				% dosaggi urea rispetto al n° totale di dosaggi creatinina

tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it

31		**assistenza ospedaliera**	**dgr 4-9886 del 27.10.2008**	**prevenzione e trattamento dell'ictus**	**Predisposizione percorso ictus aziendale**
7	**a**	**assistenza collettiva**	**all. B, ob.n. 8**	**prevenzione e sicurezza luoghi di lavoro**	**n. cantieri controllati/n. cantieri assegnati**
	b				**n. interventi di vigilanza negli altri luoghi di lavoro/ n. interventi di vigilanza assegnati**
9	**a**	**assistenza collettiva**	**all. B, ob.n. 10**	**sanità animale e igiene degli allevamenti**	**esecuzione interventi prevenzione e controllo BT (Blue tongue) e altre emergenze**
	b				**Attuazione sistema informativo prescrizioni veterinarie (SIPREV)**
20		**assistenza collettiva**	**all. B, ob.n. 2**	**Sistema di sorveglianza PASSI**	**Attivazione delle azioni previste dalla Programmazione regionale**

Si precisa che gli obiettivi individuati sono stati trasmessi e condivisi con i componenti del Collegio di Direzione Aziendale, integrato secondo i criteri della citata D.G.R. n. 21-10664 del 2.2.2009, in occasione dell'incontro svoltosi in data 23 giugno u.s.

In occasione di tale incontro è stato approvato il nuovo regolamento del Collegio di Direzione aziendale, secondo le linee indicate dalla deliberazione regionale del 2 febbraio 2009.

Tra i componenti del Collegio di Direzione sono stati individuati dalla scrivente Direzione le figure che hanno rivestito il ruolo di referenti degli obiettivi segnalati, chiamati a predisporre un progetto sugli obiettivi stessi, redatto nella previsione delle metodologie e degli strumenti propri della Clinical Governance.
Per la metodologia di predisposizione dei progetti e la loro successiva attuazione secondo le indicazioni e gli strumenti della Clinical Governance, l'Azienda si è data la seguenti linee guida:

Definizione degli obiettivi di Governance ASL AL

La DGR 120-11303 del 27.04.09 individua tra gli obiettivi assegnati alle Aziende Sanitarie Regionali obiettivi di "governance" intendendo con questo termine la metodologia da applicarsi per il raggiungimento dell'obiettivo, in base alle indicazioni della DGR 21-10664 del 2.2.2009 che definiva criteri e metodi per l'applicazione sperimentale di nuove forme organizzative nell'ambito della clinical governance.

In tal senso il Collegio di Direzione, integrato con la responsabile del SITRO in base alle indicazioni della succitata DGR, viene a rappresentare un organo i cui componenti divengono portatori di responsabilità collegiali e complessive per le materie di interesse generale e di responsabilità specifiche per le materie di competenza, che deve

a) condividere con la Direzione Generale la responsabilità sugli atti programmatori, fornendo parere obbligatorio
b) condividere con la Direzione Generale la responsabilità sul raggiungimento degli obiettivi assistenziali e strumentali/gestionali, definendo metodologie per il loro raggiungimento che rientrino nell'ambito della Clinical Governance.

tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it

In altri termini la Direzione Generale è responsabile del raggiungimento di tutti gli obiettivi assegnati dall'Assessorato Regionale e nel processo di Budget li declina per le specifiche strutture aziendali responsabili del raggiungimento.

Per alcuni di questi obiettivi (tre per ciascun livello assistenziale) è necessaria, in via sperimentale, la condivisione con il collegio di Direzione e l'elaborazione condivisa di un percorso di "clinical governance" finalizzato al raggiungimento dell'obiettivo.

Definizione di Clinical Governance (Governo Clinico)

Contesto in cui i servizi sanitari si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e mantengono elevati livelli di prestazioni, creando un ambiente che favorisce l'espressione dell'eccellenza clinica, assistenziale ed organizzativa, nei limiti delle risorse disponibili.(NHS, NICE, 1998)

Gli strumenti della Clinical Governance ad impatto diretto sulla gestione delle Unità Operative e sui risultati delle cure ai pazienti

Gli strumenti della Clinical Governance, utilizzabili nella gestione delle UO e nel raggiungimento di specifici obiettivi sono molti; la lista seguente, basata sulla DGR regionale non è esaustiva ma indicativa

- **Evidence Based medicine ed Evidence Based Nursing**, come integrazione dell'esperienza professionale con le prove di efficacia, a supporto delle decisioni clinico-assietnziali.
- Conoscenza ed utilizzo dei **database della letteratura scientifica** (Pubmed, Cochrane Library), strategie di ricerca bibiliografica, revisioni sistematiche della letteratura e loro utilizzo a supporto dei processi decisionali nella pratica clinico-assitenziale.
- **PDTA e linee guida**: documento metodologico sui Percorsi diagnostico-terapeutici-assitenziali di A.Re.S.S.
- Elaborazione dei **piani formativi** sulla base dell'analisi dei bisogni.
- **Monitoraggio sistematico dei risultati** della pratica clinica-assitenziale in termini di efficacia, efficienza, appropriatezza, qualità percepita, tempi di attesa,
- Utilizzo di tecniche di miglioramento mediante **benchmarking.**
- **Clical Audit:** tecniche di revisione fra pari, con esame sistematico dell'attività clinico-assistenziale, con riferimento a standard espliciti.
- **Sistemi di qualità**: strumenti volti a favore il monitoraggio e miglioramento continuo dei processi clinici-assistenziali, mediante l'individuazione di indicatori specifici di struttura, processo, esito, e le verifiche periodiche di coerenza fra bisogni ed azione programmate,

tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it

- **Gestione formalizzata della qualità** (certificazioni), diffusione ed implementazione dei manuali di qualità, adozione di procedure per il miglioramento continuo, sistemi di accreditamento istituzionale e professionale (di eccellenza).
- Lo **sviluppo dei sistemi informativi** come supporto alla Clinical Governance
- **Accountability:** responsabilitazione degli operatori sanitari negli atti professionali – tracciabilità della documentazione clinico-assistenziale.
- **Health Technology Assessment**: valutazione multidisciplinare delle tecnologie sanitarie, tenendo conto degli aspetti economici, organizzativi, strutturali, culturali, etici, e sociali. Ricerca continua dell'innovazione tecnologica, organizzativa, gestionale.
- **Gestione del rischio clinico:**
- **Informazione e partecipazione del cittadino-utente**: i percorsi e le modalità di confronto, dialogo e partecipazione, costanti e strutturati. Il documento A.Re.S.S. sul consenso informato, la Carta dei Servizi Sanitari, il documento regionale sulla gestione dei reclami.

tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it

Il percorso di Clinical Governance

Per ciascuno degli obiettivi suddetti è compito del Collegio di Direzione elaborare un progetto di raggiungimento realizzato impiegando gli strumenti della Clinical Governance entro il 30.07 con successive verifiche.

Il presente documento approvato dal Collegio di Direzione allargato rappresenta l'avvio del processo sperimentale di attuazione della DGR 21-10664.

tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it

n.		livello di assistenza	obiettivo	ambito / azioni	Indicatore	Valore Obiettivo	p.ti	risultato	Allegati
1	a	*assistenza collettiva*	all. B, ob.n. 3	sorveglianza malattie infettive	% vaccinati MPR (Morbillo, Parotite, Rosolia) a 24 mesi d'età e a 7 anni d'età	> 95% coorte vaccinati a 24 mesi d'età; > 95% coorte vaccinati per 1 dose, >85% vaccinati per 2 dosi a 7 anni d'età liv. minimo 90% coorte vaccinati a 24 mesi d'età; > 90% coorte vaccinati per 1 dose, >80% vaccinati per 2 dosi a 7 anni d'età	3	**Ex ASL 20**: a 24 m. 92% 1 dose a 7 aa. 86% 2 dosi **Ex ASL 21**: a 24 m. 94% 1 dose a 7 aa. 87% 2 dosi **Ex ASL 22**: a 24 m. 90% 1 dose a 7 aa. 86% 2 dosi	
	b				% vaccinate anti-HPV (infezione Papilloma virus umano) coorti 1994 e 1998	> 75% coorti (1994 e 1998) vaccinate con 3 dosi (liv. minimo 65%)	2	Obiettivo sospeso a livello regionale in seguito a campagna straordinaria di vaccinazione in corso di pandemia influenzale	
	c				% sorveglianza casi sospetti morbillo e rosolia congenita	100% sorveglianza casi sospetto morbillo e	2	E' stata effettuata la sorveglianza su tutti i casi di sospetto morbillo (52 casi). Non si sono avuti casi di rosolia congenita. Obiettivo raggiunto.	

						sospetta rosolia congenita (liv. minimo 98%)			
2			all. B, ob. n. 4	sorveglianza ambienti di vita	controlli negli istituti scolastici secondo la programmazione regionale	100 % di controlli negli istituti scolastici previsti dalla programmazione regionale nel biennio 2009-2010;	2	Completamento dei sopralluoghi programmati: obiettivo raggiunto al 100%	
3			all. B, ob.n. 6	sorveglianza e prevenzione e nutrizionale	adempimenti della programmazione regionale (compilazione schede di "sorveglianza igienico-nutrizionale nelle residenze assistenziali/strutture scolastiche, vigilanza nutrizionale)	100% delle schede compilate ristorazione scolastica e assistenziale; almeno 30 interventi di vigilanza nutrizionale	2	E' stato compilato, come previsto dall'obiettivo regionale 2009, il 100% (nr.30) delle schede relative alla vigilanza nutrizionale nelle strutture di ristorazione scolastica e assistenziale: obiettivo raggiunto.	
4	a		all. B, ob. n. 7	screening mammografico	n. inviti/popolazione bersaglio	inviti pari o superiori al 90% della popolazione bersaglio (50 - 69 anni) (liv. minimo 80%)	1	77% (Dipartimento 9) a fronte di una programmazione pari a circa 30.000 donne da chiamare, permane una disponibilità delle agende di radiologia inferiore alla richiesta assistenziale	
	b				n. esami di primo livello/popolazione bersaglio	esecuzione di un numero di esami di primo livello	1	38% (Dipartimento 9)	

REGIONE PIEMONTE
tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it
www.regione.piemonte.it/sanità

Non c'è cura senza cuore
Sistema Sanitario Regionale del Piemonte

						pari ad almeno il 50% del totale eseguibile sulla popolazione bersaglio annuale (45-75 anni) (liv. minimo 35%)			
5	a			screening colonrettale	n. inviti/popolazione bersaglio per sigmoidoscopia	inviti pari o superiori al 75% della popolazione bersaglio annuale per i dipartimenti che, nel 2008, non hanno ancora iniziato l'attività (dip. 2 e 7), al 90% per gli altri dipartimenti (liv. minimo 65% dip.ti 2 e 7, 80% gli altri)	1	39% (Dipartimento 9) Il servizio è stato riorganizzato totalmente, ma permangono criticità per l'offerta dell'endoscopia sia per quanto riguarda le sigmoidoscopie di primo livelo che le colonscopie indotte da FOBT positività	
	b				n. inviti/popolazione bersaglio per ricerca sangue occulto	inviti pari o superiori al 65% della popolazione bersaglio annuale per i dipartimenti che, nel 2008, non hanno ancora	1	68% (Dipartimento 9)	

REGIONE PIEMONTE
tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it
Non c'è cura senza cuore
Sistema Sanitario Regionale del Piemonte
www.regione.piemonte.it/sanità

						iniziato l'attività (dip. 2 e 7), al 85% per gli altri dipartimenti (liv. minimo 55% dip.ti 2 e 7, 75% gli altri)			
6	a			screening cervice uterine	n. inviti/popolazione bersaglio	inviti pari o superiori al 95% della popolazione bersaglio (25 - 64 anni) (liv. minimo 85%)	1	100% (Dipartimento 9)	
	b				n. esami di primo livello/popolazione bersaglio	esecuzione di un numero di esami di primo livello pari ad almeno il 60% del totale eseguibile sulla popolazione bersaglio annuale (25 - 64 anni) (liv. minimo 50%)	1	43% (Dipartimento 9)	
7	a		all. B, ob.n. 8	prevenzione e sicurezza luoghi di lavoro	n. cantieri controllati/n. cantieri assegnati	100% cantieri da controllare assegnati (liv. minimo 95%)	3	Obiettivo raggiunto: 273/260.	

REGIONE PIEMONTE
tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it
www.regione.piemonte.it/sanità

Non c'è cura senza cuore
Sistema Sanitario Regionale del Piemonte

	b				n. interventi di vigilanza negli altri luoghi di lavoro/ n. interventi di vigilanza assegnati	100% interventi di vigilanza negli altri luoghi di lavoro assegnati (liv. minimo 95%)	2	Obiettivo raggiunto: 259/260.	
8			all. B, ob.n. 5	piano integrato controlli sicurezza alimentare	attivazione controlli PRISA (Piano regionale integrato sicurezza alimentare) secondo la programmazione regionale	attuazione controllo PRISA (Piano regionale integrato sicurezza alimentare) secondo la programmazione regionale oppure rispetto piani regionali e degli interventi audit	5	SIAN: in attuazione alle indicazioni del PRISA sono stati effettuati nr. 2304 sopralluoghi in imprese alimentari + 38 sopralluoghi in esercizi vendita fitosanitari: obiettivo raggiunto. S.VET.Area B: obiettivo raggiunto dal punto di vista quantitativo e qualitativo. S. VET. Area C: tutti gli interventi programmati sono stati effettuati: obiettivo raggiunto.	
9	a		all. B, ob.n. 10	sanità animale e igiene degli allevamenti	esecuzione interventi prevenzione e controllo BT (Blue tongue) e altre emergenze	interventi di prevenzione e controllo BT (Blue tongue) e altre emergenze	4	L'obiettivo regionale è stato raggiunto al 100%. L'unica emergenza a carattere infettivo che la scrivente struttura ha dovuto affrontare, così come nelle altre AASSLL del Piemonte, è stata la malattia della "lingua blu". Si è provveduto a vaccinare i bovini, gli ovini e i caprini, nei tempi e con le modalità indicate dalla Regione Piemonte, per un totale di 44.548 interventi vaccinali su capi bovini e 4.817 interventi vaccinali su ovini e caprini. A conclusione della campagna vaccinale sono statti condotti controlli per l'efficacia della vaccinazione su 59 allevamenti bovini per un	

REGIONE PIEMONTE
tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it
www.regione.piemonte.it/sanità

Non c'è cura senza cuore
Sistema Sanitario Regionale del Piemonte

								totale di 103 capi. Sono state sottoposte a controllo clinico e cartolare tutte le partite di bovini provenienti da Francia e Belgio. Sono stati oggetto di prelievo ematico nelle stalle "sentinella", al fine di verificare l'eventuale circolazione virale, n. 9.404 capi bovini per n. 1.176 accessi in stalla. L'obiettivo indicato, che ha assorbito grandemente le risorse della Struttura, si ritiene pertanto raggiunto.	
	b				Attuazione sistema informativo prescrizioni veterinarie (SIPREV)	inserimento dei dati contenuti nelle prescrizioni veterinarie nel sistema informativo regionale messo a punto dal CSI Piemonte (DGR n. 20 – 9784 del 13 ottobre 2008)	2	attuato al 100%	
							33		
10	a	*assistenza distrettuale*	all. A, ob.n. 5	ricoveri prevenibili per asma	n. dimessi diagnosi 493/popolazione residente	20 dimessi * 100.000 abit (livello massimo 25)	1	anno 2009: solo Piemonte 20,6 anno 2009: con extraregione 42,73 nota: extrareg 2009 stimato come 2008 – (tutte le diagnosi 493…)	
	b			ricoveri	n. dimessi diagnosi	120 dimessi *	1	anno 2009: solo Piemonte 122,2	

tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it

Non c'è cura senza cuore
www.regione.piemonte.it/sanità

				prevenibili per diabete	250/popolazione residente	100.000 abit (liv. massimo 140)		anno 2009: con extraregione 137.5 (-25,8% rispetto 2008) nota: ricoveri regionali - extrareg 2009 stimato in calo rispetto 2008 come da decremento su base regionale – (tutte le diagnosi 250…)	
11	a		all. A, ob.n. 7 e 8	assistenza domiciliare e/o residenziale e/o econom.	anziani trattati in ADI e/o cure domiciliari in lungoassistenza e/o in residenzialità e/o semiresidenzialità e/o con interventi economici a sostegno della domiciliarità	8% (liv. minimo 5%) o incremento 20% su 2008	10	anno 2009: 9,3% (con tutte le cure domiciliari non solo adi – no continuità ass.le) anno 2008: 7% (con tutte le cure domiciliari non solo adi – no continuità ass.le)	Si (1)
	b				n. di posti utilizzati in RSA per 100 anziani	2% (liv. minimo 1,3%) o incremento 20% su 2009	5	anno 2008: 1,49 (da gg PIA) anno 2009: 1,53 (da gg PIA) +2,5% gg rispetto al 2008	Si (1)
12				Percorso di progressione assistenza residenziale anziani non autosufficienti	% p.l. standard ass. li e tariffari a regime	100% pl residenziali a gestione diretta o convenz. In alternativa presenza progetti	3	Allo stato attuale la quasi totalità delle strutture residenziali presenti sul territorio dell'A.S.L. AL eroga gli standard assistenziali previsti dalla normativa percependo le tariffe a regime contemplate dalla D.G.R. n. 39 – 9365/2008; una minima percentuale, per motivi legati al sistema autorizzativo (autorizzazione al funzionamento del presidio ancora in regime transitorio ma con piano di fattibilità per l'adeguamento strutturale e organizzativo) pur erogando gli stessi standard assistenziali percepisce tariffe di poco inferiori a quelle previste; in particolare gli incrementi tariffari nei confronti di queste strutture sono stati applicati,	Si (2)

tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it

								in ottemperanza al disposto regionale, nel limite del 50%. Conseguentemente sul versante economico, si è dovuto assicurare a tutte le strutture un duplice incremento tariffario (nel 2008 e nel 2009) articolato in due fasi, sulla base di quando disposto dalla DGR 2-3520 del 31 luglio 2006 e dalla DGR 39-9365 del 4 agosto 2008.	
13			all. A, ob.n. 9	continuità assistenziale	% di anziani dimessi dagli ospedali trattati in regime di continuità assistenziale	5% (liv. minimo 1%) o incremento 20% su 2009	5	anno 2009: 2,5% anno 2008: 1,6% (dati stimati) anno 2009: gg 33.154 anno 2008: gg 26.853 +23,5% gg erogate Tra i Direttori di Distretto ed il Referente Ospedale-Territorio dei Direttori di presidio ospedaliero sono state concordate modalità di lavoro comuni per la gestione dei pazienti anziani in continuità assistenziali che hanno permesso la stesura del documento allegato; il dottor Tofanini (Referente Ospedale-Territorio) sulla base del lavoro svolto ha presentato una relazione al convegno ARESS tenutosi ad Alessandria nell'inverno scorso	Si (3)
14	a		all. A, ob.n. 10	tutela della salute mentale	n. utenti assistiti in Case di Cura /totale degli utenti in carico al DSM	1% (liv. minimo 0,5%) o riduzione IV trim 2009 dello 0,5% rispetto 2008	5	anno 2009: 1,1 anno 2009 IV trim vs anno 2008 IV trim: -77% Il superamento della percentuale prevista, peraltro di lieve entità, è stato causato dalla riduzione di n. 5 posti letto presso SPDC di Alessandria per ristrutturazione del reparto,	Si (4)

REGIONE PIEMONTE
tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it
www.regione.piemonte.it/sanità

Non c'è cura senza cuore
Sistema Sanitario Regionale del Piemonte

								carenza durata per tutto il 2009 ed ancora in atto, con una diminuzione del 15% della disponibilità complessiva di posti letto utilizzabili dal DSM	
	b				% progetti individuali monitorati e rivalutati con risposte alternative alla residenzialità (G.A., C.A., altro)	1% (liv. minimo 0,5%) o riduzione IV trim 2009 dello 0,5% rispetto 2008	4	Sono stati inseriti complessivamente 139 soggetti in strutture residenziali a gestione privata convenzionata ed a gestione diretta (ex DSM Alessandria = 62; ex DSM Novi = 40; ex DSM Casale = 37), a fronte di 93 inserimenti in progetti individuali (ex DSM Alessandria = 26 ; ex DSM Novi = 31; ex DSM Casale =36). La differenza percentuale significativa tra ex DSM di Alessandria e le altre due aree territoriali è principalmente correlata alla presenza in Alessandria della Comunità di tipo A a gestione diretta Myosotis (20 posti letto) , utilizzata a livello provinciale	Si (4)
							34		
15	a	*assistenza ospedaliera*	all. C, § 1.a, 1.c	appropriatezza attività di ricovero	% ricoveri medici ad alto rischio di inappropriatezza	incidenza dei ricoveri medici ad alto rischio di inappropriatezza sul totale dei dimessi medici da reparti per acuti inferiore all'11% oppure, in presenza di un valore superiore nel	4	anno 2009: 12,4% anno 2008: 12,5% parziale riduzione della % partendo da valori già tendenzialmente validi	

REGIONE PIEMONTE
tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it
Non c'è cura senza cuore
www.regione.piemonte.it/sanità

						2008, riduzione del 5% di quelli prodotti			
	b				% ricoveri ordinari dei ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza	livello massimo dei ricoveri ordinari sul totale dei dimessi relativi ai DRG medici a rischio di inappropriatezza pari al 54% oppure, in presenza di un valore superiore nel 2008, riduzione del 10% dei ricoveri in degenza ordinaria effettuati nel 2009	4	anno 2009: 63,2% anno 2008: 67,9% (-5,6% casi) parziale riduzione della % partendo da valori già tendenzialmente validi	
	c				% ricoveri DRG 410	80% dei dimessi relativi al DRG 410 in regime diurno oppure, in presenza di un valore	4	99,5%	

tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it

						inferiore nel 2008, aumento del 5% della percentuale			
	d				% ricoveri in DH (Day Hospital) diagnostico	5% dei ricoveri diurni medici diagnostici (non terapeutici) sul totale dei ricoveri diurni medici	4	anno 2009: 6,9% anno 2008: 7% (+8% casi) parziale riduzione della % partendo da valori già tendenzialmente validi	
	e				% parti cesarei depurata	contenimento del numero di cesarei	4	anno 2009: 33,9% anno 2008: 31,4% nota: non utilizzato metodo robson ma calcolato sui tot parti e cesarei	
	f				gg. di degenza pre-intervento per ricoveri programmati	1g per gi interventi programmati con identificazione del codice di priorità (campo 77 del tracciato SDO)	3	anno 2009: 1,25 anno 2008: 1,23 nota: calcolato sui reparti chirurgici	
	g		dgr n. 84-10526 del 29.12. 2008		% di interventi chirurgici in regime ambulatoriale	raggiungimento delle percentuali previste dalla DGR 84-10526 del 29.12.2008 per interventi di cataratta 30%,	3	33,8% cataratta 42,1% tunnel carpale Avvio della metodica ambulatoriale nel corso degli ultimi mesi del 2009 A regime nel 2010	

tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it

						tunel carpale 60% e varici 6%)			
16	a		dgr. n. 31-1142 del 17.10. 2005	lotta al dolore	rilevazione del dolore congiuntamente alla rilevazione dei parametri vitali per i pazienti ricoverati in regime ordinario, o di degenza a ciclo-diurno	rilevazione del dolore insieme alla rilevazione degli altri parametri vitali per i pazienti ricoverati in regime ordinario e di degenza a ciclo diurno	1	Il SITRO in collaborazione con i membri del Comitato Ospedale Senza Dolore (COSD) aziendale, ha redatto ed inserito, a livello operativo, a partire dal 1 Ottobre 2008, un nuovo strumento informativo integrato, finalizzato alla rilevazione e al monitoraggio del dolore acuto e cronico. La documentazione nella fase di elaborazione, è stata costruita evidenziando, in modo particolare, la necessità che rispondesse ad alcuni requisiti tali da farla divenire: Valido supporto al lavoro d'équipe; Orientata ai bisogni della persona assistita; Pratica da utilizzare; Funzionale alla trasmissione di informazioni; Strutturata da consentire una gestione integrata senza trascrizioni e ripetizioni. Lo strumento, strutturato con uno schema unico per tutte le unità operative ospedaliere e territoriali dell'ASL AL nei Presidi di Casale Monferrato e Valenza e destinato ad essere utilizzato per tutti i pazienti – utenti afferenti ad essi, con dolore acuto e cronico in regime di ricovero, di Day Surgery o sottoposti a prestazioni ambulatoriali, è stato realizzato con i seguenti obiettivi: Contribuire al miglioramento dell'intero processo assistenziale (intra ed extra ospedaliero) attraverso il monitoraggio e il controllo del dolore di qualsiasi origine favorendo la centralità del malato;	Si (5)

tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it

								Valutare e documentare dell'intensità del dolore percepito dai pazienti - utenti attraverso l'utilizzo della scala a punteggio numerico NRS associata alla scala di "categoria" VRS; Verificare l'efficacia, a livello interdisciplinare, degli interventi terapeutici impostati ed effettuati; Verificare e registrare i possibili effetti collaterali associati alle procedure terapeutiche. Alla lettera di trasmissione viene allegato il documento relativo alle linee guida del Monitoraggio del Dolore acuto e cronico nelle Unità Operative ospedaliere e territoriali.	
	b				Attivazione e realizzazione corsi di formazione aziendale	attivazione e realizzazione dei corsi di formazione degli operatori delle singole Aziende	1	Nel corso del 2009 sono stati attivati i seguenti corsi: CORSO ASL PER CVCAP CORSO ECOGRAFIA IN EMERGENZA CORSO ECOGRAFIA IN ANESTESIA LOCOREGIONALE CORSO DOLORE TORACICO In via di attivazione: ATTIVITA' ROSD CORSI ECOGRAFIA	
17	a		dgr. n.21-9688 del 30.9.2008	appropriatezza prescrittiva in laboratorio	% fT4 rispetto al n° totale dei dosaggi TSH ambulatoriali	incidenza di dosaggi ambulatoriali di fT4 rispetto al n° totale di dosaggi TSH richiesti (utilizzo del	1	FT4 /TSH: 71.83% Il raggiungimento dello standard prefissato dipende in parte dalla prescrizione dei medici di famiglia (TSH R) e in parte dai reparti di degenza (Creatinina al posto dell'Urea). Il Laboratorio ha attivato i protocolli TSH riflesso e ne ha data ampia diffusione mediante incontri mirati con i medici di famiglia (fatta eccezione per il Distretto di Ovada). Nel caso dell'Urea sono stati modificati i profili degli esami	

REGIONE PIEMONTE
tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it
Non c'è cura senza cuore
www.regione.piemonte.it/sanità

						percorso diagnostico R-TSH di cui alla D.G.R. n° 21-9688 del 30 settembre 2008) - livello massimo accettato 50%		dei reparti chirurgici. Purtroppo la "compliance" sia dei medici di famiglia che dei reparti è stata talvolta parziale.	
	b				% fT3 rispetto al n° totale dei dosaggi TSH ambulatoriali	incidenza di dosaggi ambulatoriali di fT3 rispetto al n° totale di dosaggi TSH richiesti (utilizzo del percorso diagnostico R-TSH di cui alla D.G.R. n° 21-9688 del 30 settembre 2008) - livello massimo accettato 50%	1	FT3/TSH: 46.36% Il raggiungimento dello standard prefissato dipende in parte dalla prescrizione dei medici di famiglia (TSH R) e in parte dai reparti di degenza (Creatinina al posto dell'Urea). Il Laboratorio ha attivato i protocolli TSH riflesso e ne ha data ampia diffusione mediante incontri mirati con i medici di famiglia (fatta eccezione per il Distretto di Ovada). Nel caso dell'Urea sono stati modificati i profili degli esami dei reparti chirurgici. Purtroppo la " compliance" sia dei medici di famiglia che dei reparti è stata talvolta parziale.	
	c				% dosaggi urea rispetto al n° totale di dosaggi creatinina	incidenza di richieste ambulatoriali di urea riferito al n° totale di dosaggi	1	Urea Amb./Crea Amb+Int = 28,97% Il raggiungimento dello standard prefissato dipende in parte dalla prescrizione dei medici di famiglia (TSH R) e in parte dai reparti di degenza (Creatinina al posto dell'Urea). Il Laboratorio ha attivato i protocolli TSH riflesso e ne ha data ampia diffusione mediante incontri mirati con i medici di	

REGIONE PIEMONTE
tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it
Non c'è cura senza cuore
Sistema Sanitario Regionale del Piemonte
www.regione.piemonte.it/sanità

						di creatinina sia ambulatoriale sia per ricoverati		famiglia (fatta eccezione per il Distretto di Ovada). Nel caso dell'Urea sono stati modificati i profili degli esami dei reparti chirurgici. Purtroppo la " compliance" sia dei medici di famiglia che dei reparti è stata talvolta parziale.	
17 bis			dgr 58-11904 del 2.3.2004	prevenzione infezioni correlate all'assistenza	% di rispetto degli standard del sistema regionale indicatori	consolidamento e sviluppo degli interventi di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza	2	Obiettivo raggiunto (vedasi relazione allegata)	Si (6)
							33		
		totale					**100**		
18		*assistenza collettiva*	all. B, ob.n. 1	direzione integrata della prevenzione	Attivazione delle azioni previste dalla programmazione regionale in merito alla Direzione Integrata della Prevenzione	Attivazione delle azioni previste dalla programmazione regionale	6	L'obiettivo è da ritenersi pienamente raggiunto in quanto l'ASL AL ha previsto la struttura Direzione Integrata della Prevenzione nel Piano di Organizzazione aziendale approvato unitamente all'Atto Aziendale; nel corso del 2010, come da indicazioni regionali, si darà attuazione alla struttura in esame	
19			all. B, ob.n. 2	Promozione salute ed educazione sanitaria (PEAS)	Stesura piano locale per la Promozione salute ed educazione sanitaria in raccordo e secondo le indicazioni delle Direzioni Integrate della Prevenzione	attivazione del piano locale evidenziando le coerenze con le strategie regionali ed indicando sia	3	Attività aderente al PEAS aziendale.	

REGIONE PIEMONTE
tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it
Non c'è cura senza cuore
www.regione.piemonte.it/sanità

						l'organizzazione che le risorse dedicate			
20			all. B, ob.n. 2	Sistema di sorveglianza PASSI	Attivazione delle azioni previste dalla Programmazione regionale	attivazione delle azioni previste dalla programmazione regionale: 100% interviste effettuate/interviste attese (liv. minimo 90%)	3	L'attività si è conclusa con le interviste programmate dalla Regione al 100% e con la compilazione dei reports. E' stato realizzato il corso di formazione per gli operatori sanitari il 30.11.09.	
21	a		all. B, ob.n. 3	Sistema Informativo Malattie infettive	Adozione nelle ASL della nuova piattaforma informativa/informatica per la sorveglianza delle malattie infettive	adozione nelle ASL della nuova piattaforma informativa/informatica per la sorveglianza delle malattie infettive; sostituzione del sistema informatico "SIMI" con la nuova piattaforma web e sua utilizzazione routinaria da parte di tutti i Nodi SIMI dei	3	E' stata adottata su tutta l'ASL AL la piattaforma informativa / informatica.	

tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it

						SISP.		
	b				Sviluppo della nuova piattaforma informativa/informatica regionale per la sorveglianza delle malattie infettive	sviluppo della nuova piattaforma informativa/informatica regionale per la sorveglianza delle malattie infettive; utilizzazione routinaria, da parte dei Nodi SIMI dei SISP, della nuova piattaforma web per i Sistemi di Sorveglianza Speciali informatizzati dal SeREMI della ASLAL	2	Il personale preposto procede alla segnalazione delle malattie infettive secondo le procedure previste per lo sviluppo della piattaforma, garantendo il soddisfacimento dell'obiettivo al 100%.	
	c		all. B, ob.n. 3	Vaccinazioni e archivi vaccinali	stesura protocollo e vaccinazione anti-MPR delle donne suscettibili alla rosolia nel post partum	stesura di un protocollo ad hoc e vaccinazione anti-MPR delle donne suscettibili in età fertile, come da	3	Protocollo realizzato e formalizzato a Dicembre 2009.	

tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it

						indicazioni nazionali/regionali ; attività da effettuarsi nel 2° semestre 2009 (liv. minimo avvio attività vaccinale entro dic09)			
	d				Adeguamento alle indicazioni regionali per il progetto di uniformazione degli archivi vaccinali	adeguamento progressivo delle ASL alle linee guida regionali per la realizzazione di un "collettore regionale" dei dati di copertura vaccinale (liv. minimo avvio procedure adeguamento alle linee guida regionali)	2	Attività in corso di svolgimento nell'ambito dell'attività di adeguamento informatico successiva alla creazione della ASL Provinciale.	
22			all. B, ob.n. 10	contrasto al fumo di tabacco	Piano operativo per i Centri Trattamento Tabagismo (CTT) articolato secondo i requisiti previsti dalle linee guida	presentazione piano operativo e organizzativo dei CTT articolato sulla base delle linee	2	E' stata fatta una ricognizione delle strutture dedicate alla dismissione da fumo di tabacco dell'ASL AL (centro antifumo di Casale, Pneumologia di Tortona, Cardiologia di Acqui) per la predisposizione di un piano operativo comune. E' stato organizzato un corso di formazione per i MMG sull'implementazione delle linee guida regionali sulla	

tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it

						guida, con particolare riferimento alle aree: dell'accessibilità (orari); dell'appropriatezza delle offerte terapeutiche; dell'attenzione alle categorie speciali.		dismissione del tabagismo	
23			all. B, ob.n. 10	sanità animale e igiene degli allevamenti	aggiornamento delle registrazioni sui controlli	aggiornamento registrazioni controlli BT(Blue tongue) e altre malattie che generano emergenza	3	Obiettivo raggiunto al 100%. Il sistema informatizzato di epidemiosorveglianza regionale denominato ARVET è stato pienamente utilizzato e aggiornato continuamente. I controlli per Blue Tongue e altre malattie soggette a profilassi e i relativi prelievi sono stati tutti registrati in ARVET. La verifica dell'attività svolta avviene periodicamente in occasione della stesura di schede statistiche mensili, trimestrali, semestrali e annuali predisposte dalla Regione e dal Ministero.	
24			all. B, ob.n. 11	igiene urbana veterinaria	attivazione servizi di sportello per il cittadino e le amministr.comunali	attivazione servizi di sportello per cittadini e amministrazioni comunali	3	Obiettivo raggiunto. È stato avviato lo sportello degli animali d'affezione con l'affidamento dell'incarico ad un amministrativo e l'avvio delle procedure per l'attribuzione dell'incarico libero professionale per un veterinario. Sono stati presi i contatti con le amministrazioni comunali per l'attivazione dei diversi progetti di igiene urbana (Det. Dirig.	

tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it

								2009/6) e risoluzione dei casi problema.	
							30		
25	a	*assistenza distrettuale*	all. A, ob.n. 1	accesso ai servizi	protocolli di intesa e/o accordi con gli enti gestori delle funzioni socio-assistenz.	stipula di protocolli/accordi con gli enti gestori/ circoscrizioni afferenti al territorio di competenza (liv. minimo 70%)	*5*	Elaborati i protocolli d'intesa fra ASL-AL ed Enti Gestori con l'individuazione dell'Ente capofila in ogni Distretto avente il compito di provvedere alla gestione delle risorse assegnate, ai sensi della D.G.R. 39-11190/2009 "Riordino delle prestazioni di assistenza tutelare socio-sanitaria ed istituzione del contributo economico a sostegno della domiciliarità per la lungo assistenza di anziani non autosufficienti.	Si (7)
	b				avviamento sportelli socio-sanitari - attivazione degli ambiti di intervento e delle prestazioni previsti dalla dgr 55-9323/28.7.2008	avviamento sportelli socio-sanitari - attivazione degli ambiti di intervento e delle prestazioni previste dall'all. A della D.G.R. n. 55- 9323 del 28.7.2008 (liv. minimo almeno 4 dei 5 ambiti e almeno 70% delle prestazioni)	*5*	In attesa relazione	
26	a		all. A, ob.n. 6	gruppi di cure primarie	atto costitutivo e documento organizzativo	documentazione	*6*	Deliberazione 116 del 4.2.2010. Vedasi relazione ob. 26b	

tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it

	b				relazione su prima applicazione	presentazione relazione	*1*	La Regione Piemonte nel corso del 2009 ha formalizzato la sperimentazione dei gruppi di cure primarie, dando come obiettivo ai Direttori Generali l'attivazione di almeno un gruppo di cure primarie per distretto. Da diversi anni sono attivi due gruppi di medici di medicina generale nei distretti di Novi (Arquata Scrivia) e Alessandria (Castellazzo Bormida), inseriti nell'attività sanitaria distrettuale e socioassistenziale. Sul territorio erano presenti altre realtà di gruppi di medici di medicina generale che operavano già secondo il modello sperimentale regionale, come a S. Salvatore, Vignale, Spinetta Marengo, ecc. Per questo motivo, in ossequio alle disposizioni regionali che ne prevedevano l'attivazione in ciascun distretto, sono stati presentati 11 progetti (oltre ai due già finanziati) per l'ASL AL. Mentre la commissione ad hoc costituita dalla Regione, ha predisposto una scala di priorità per l'avvio dei singoli progetti, al momento attuale l'attivazione dei medesimi avrebbe comportato una maggior spesa di circa due milioni di euro/anno che, secondo le nuove disposizioni in materia di bilancio 2010, dovevano essere recuperati nel contesto del finanziamento già assegnato. La difficile situazione economica, con il previsto piano di riequilibrio, ha reso necessario garantire il funzionamento delle strutture esistenti in Arquata e Castellazzo, e rinviare ad una fase successiva la graduale attivazione dei gruppi primarie, secondo le priorità che l'apposita commissione regionale andrà ad indicare.	

tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it

<table>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>27</td><td>a</td><td></td><td>all. A ob. n. 17</td><td>potenziamento dei consultori familiari</td><td>garantire l’applicazione del percorso IVG in tutte le sue fasi attraverso un protocollo operativo tra consultorio e ospedale di riferimento</td><td>presentazione protocollo</td><td>3</td><td>Obiettivo raggiunto. Predisposto protocollo (allegato)</td><td>Si (8)</td></tr>
<tr><td>28</td><td>a</td><td></td><td>all. A, ob n.14-15</td><td>appropriatezza e razionalizzazione della spesa farmaceutica</td><td>% utilizzo farmaci equivalenti</td><td>espansione della quota di utilizzo di farmaci equivalenti sul totale dei consumi farmaceutici aziendali (interni ed in convenzione): almeno 28% sul tot farmaci erogati in convenzionata esterna, almeno 20% sul totale farmaci consumo interno</td><td>3</td><td>
<table>
<tr><th></th><th>ANNO 2008</th><th>ANNO 2009</th></tr>
<tr><td>% SPESA FARMACI EQUIVALENTI SU CONVENZIONATA</td><td>28,76</td><td>31,39</td></tr>
</table>
<table>
<tr><th></th><th>ANNO 2008</th><th>ANNO 2009</th></tr>
<tr><td>% SPESA FARMACI EQUIVALENTI SU PRODUZIONE</td><td>15,1</td><td>14,3</td></tr>
</table>
<table>
<tr><td>INCREMENTO % 2009VS2008 FARMACI EQUIVALENTI (INTERNI E IN CONVENZIONE) / FARMACI TOTALI 2008 (INTERNI E IN CONVENZIONE)</td><td>2,46%</td></tr>
</table>
</td><td>Si (9)</td></tr>
<tr><td></td><td>b</td><td></td><td></td><td></td><td>% fornitura diretta in continuità terapeutica</td><td>razionalizzazione della spesa per assistenza farmaceutica:</td><td>3</td><td>
<table>
<tr><th>VALORE FORNITURA DIRETTA</th><th>2008</th><th>2009</th></tr>
<tr><td>TOTALE ASL AL</td><td>22.429.035,36</td><td>23.854.900,96</td></tr>
</table>
</td><td>Si (9)</td></tr>
</table>

REGIONE PIEMONTE
tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it
www.regione.piemonte.it/sanità

Non c’è cura senza cuore
Sistema Sanitario Regionale del Piemonte

						fornitura diretta farmaci per contituità farmaceutica non inferiore al 15% dei farmaci erogati in farmaceutica convenzionata		<table><tr><th>FARMACEUTICA CONVENZIONATA NETTA</th><th>2008</th><th>2009</th></tr><tr><td>TOTALE ASL AL</td><td>87.320.300,52</td><td>86.641.093,18</td></tr><tr><td>% DISTRIBUZ.DIRETTA SU CONVENZIONATA</td><td>25,69%</td><td>27,53%</td></tr></table><table><tr><td>INCREMENTO % 2009VS2008 VALORE FORNITURA DIRETTA FARMACI VS 2008</td><td>6,36%</td></tr></table>	
29			all. A, ob.n. 20	percorso gestione integrata del diabete	% di pazienti diabetici presi in carico dai mmg in gestione integrata	20% di pazienti diabetici presi in carico con gestione integrata MMG e CD (liv. minimo 10%)	4	% pazienti diabetici presi in carico con gestione integrata MMG e CD: 29,6%	
30			all. C, § 5	attuazione piano regionale liste di attesa	Attuazione protocolli per l'utilizzo classi di priorità cliniche per l'accesso alle prestazioni sanitarie	Attuazione protocollo	6	Obiettivo da ritenersi pienamente raggiunto (vedasi allegati)	Si (10)
							39		
31		*assistenza ospedaliera*	dgr 4-9886 del 27.10.2008	prevenzione e trattamento dell'ictus	Predisposizione percorso ictus aziendale	presentazione percorso ictus aziendale nei termini stabiliti dalla DGR 4-9886/2008 coerente con le indicazioni	5	Al Dipartimento Area Specialità Mediche è stato affidato il compito di elaborare l'obiettivo di Governance ASL AL DGR 4-9886 del 27.10.2008 "prevenzione e trattamento dell'ictus". A tale scopo sono stati adottati i seguenti provvedimenti: 1) presso i reparti di Neurologia dell'ASL AL è stato definitivamente adottato un percorso diagnostico terapeutico	Si (11)

tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it

Non c'è cura senza cuore
Sistema Sanitario Regionale del Piemonte
www.regione.piemonte.it/sanità

						regionali e dettagliato nei tempi e nei modi		dell'ictus condiviso con tutto il personale coinvolto. 2) sono state adottate delle schede cliniche, allegate alla cartella clinica del Paziente affetto da ictus, utilizzate dal Personale Infermieristico, all'uopo formato, per migliorare l'assistenza durante il ricovero. In particolare vengono regolarmente utilizzate : - La scala del coma di Glasow, atta valutare le modificazioni dello stato di coscienza dei Pazienti. - La scala BSA (Bedside Swallowing Assessment) per l'identificazione dei disturbi della deglutizione. - La scala di Barthel per monitorare le condizioni generali e prevenire la formazione di lesioni da decubito. 3) E'stata migliorata l'attività di Fisioterapia, oltre che con un precoce inizio della mobilizzazione del paziente affetto da Ictus, anche con un protocollo per un più rapido accesso degli stessi a strutture di Riabilitazione. 4) Sono stati incrementati gli incontri con i Medici dello Stroke Team per migliorare le procedure terapeutiche nei confronti dei Pazienti ricoverati . <u>Attività in corso di avvio</u>: Sono stati programmati incontri con i Medici del 118 e di Medicina Generale per la ripetizione di momenti formativi, già effettuati nel corso dell'anno. Sono in corso contatti con i Responsabili Regionali del Gruppo A.L.I.C.E. (**A**ssociazione per la **L**otta all'**I**ctus **CE**rebrale), allo scopo di utilizzare il loro materiale didattico e favorire incontri con la popolazione per meglio far conoscere i fattori di rischio ed i sintomi di allarme.	

tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it

32			dgr 48-8609 del 14.4.2008	appropriatezza attività di pronto soccorso	Intervento organizzativo aziendale volto a rendere disponibili i letti necessari al ricovero da pronto soccorso	disponibilità letti necessari al ricovero da Pronto Soccorso - tempo di permanenza in PS –valori 4° trim. 2009	5	In tema di interventi organizzativi finalizzati all'obiettivo in esame, le strutture di PS/DEA aziendali sono dotate di supporti informatici idonei a fornire in tempi utili il quadro dei posti letto disponibili, per ciascuna struttura ed area, in modo da consentire una valida ed appropriata organizzazione del servizio.	Si (12)
33	a		dgr 34-8769 del 12.5.2008	percorso nascita	protocollo operativo tra i Consultori e i servizi/ professionisti coinvolti nel Percorso Nascita sulla distribuzione della Agenda di Gravidanza ad ogni donna gravida residente o temporaneamente presente	presentazione del protocollo operativo per la distribuzione a tutte le donne gravide dell'Agenda di Gravidanza	5	Obiettivo raggiunto. Predisposto protocollo (allegato)	Si (13)
	b				rispetto agli indicatori del percorso nascita sui quali è stato indicato uno standard regionale definire per ognuna delle fasi del percorso l'indicatore che presenta lo scostamento più critico e gli interventi	presentazione sintetica del programma di interventi per migliorare l'indicatore identificato come il più critico per ognuna delle fasi	5	Dal 1° novembre è iniziata la distribuzione delle Agende di gravidanza, ma non c'è stato alcun incontro con il gruppo di coordinamento, il Direttore del Dipartimento e gli operatori del Punto nascita per concordare gli indicatori di risultato e le possibili criticità che possono emergere.	

REGIONE PIEMONTE
tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it
Non c'è cura senza cuore
www.regione.piemonte.it/sanità

					per migliorare il risultato	in cui è articolato il Percorso Nascita (DGR 34-8769/2007)			
34			dgr 10/2.4 .2007	gestione percorsi riabilitativi	% pazienti con disabilità da vasculopatie cerebrali visti dalla SC di RRF	Attuazione percorso riabilitativi (DGR 10-5605 del 2007) – percorso continuità ospedale – territorio con patologia vasculopatie e frattura femore	6	In merito al raggiungimento dell'obiettivo anno 2009, si conferma che la "Scheda di Proposta di Percorso Riabilitativo" è stata utilizzata per i pazienti affetti da vasculopatie cerebrali (valutati dal fisiatra) dimessi/trasferiti dai Reparti per acuzie e per i pazienti affetti da frattura di femore. Entrambe le percentuali indicate sono state raggiunte.	
					% pazienti con disabilità da fratture di femore visti dalla SC di RRF			In merito al raggiungimento dell'obiettivo anno 2009, si conferma che la "Scheda di Proposta di Percorso Riabilitativo" è stata utilizzata per i pazienti affetti da vasculopatie cerebrali (valutati dal fisiatra) dimessi/trasferiti dai Reparti per acuzie e per i pazienti affetti da frattura di femore. Entrambe le percentuali indicate sono state raggiunte.	
35			dgr 14-8500/ 31.3.2 008	gestione rischio clinico e prevenzion e errori in sanita'	attivazione corsi di formazione aziendale sui contenuti del corso regionale 2008 tenuti dai partecipanti al suddetto corso (discenti e docenti)	Attivazione corsi di formazione sui contenuti del corso regionale 2008 su rischio Clinico	5	E' stata avviata l'iniziativa formativa dal titolo "Il rischio clinico: di cosa stiamo parlando?" in tre edizioni di due giornate ciascuna, rivolta ai Direttori di Struttura e ai coordinatori infermieristici. Di tale iniziativa sono state realizzate tre edizioni in data 21-24 settembre, 20-22 ottobre e 17-19 novembre. Al termine del programma formativo risultano coinvolti complessivamente 99 dipendenti. Si allega per completezza il programma del corso.	Si (14)
							31		
		total e					**100**		

tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it

RELAZIONE SOCIO – SANITARIA AZIENDALE SUL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI (di cui all'art. 17 della l.r. n. 18/2007)

OBIETTIVI GESTIONALI E DI SALUTE ANNO 2009 - ASL AL

ALLEGATI

ALLEGATO 1

CURE DOMICILIARI

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

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

Vista la necessità di ridurre i ricoveri ospedalieri è indispensabile non ridimensionare il servizio, pertanto l'unica azione possibile è ottimizzare l'uso del personale in rapporto al numero dei casi e alla qualità degli stessi.
Pur considerando gli elevati costi che derivano, soprattutto dalla spesa per farmaci e medicazioni, non è opportuno effettuare riduzioni nella consegna a domicilio di tale materiale sanitario poiché il costo di detti farmaci e medicazioni risulta più conveniente tramite l'erogazione diretta con il servizio farmaceutico interno che non con la ricetta "spendibile" direttamente presso le farmaci esterne.

CENTRI DIURNI ANZIANI

Nati con lo scopo di "alleviare" e "supportare" l'onere di famiglie in cui è presente un anziano parzialmente non autosufficienti e non ancora tale da richiedere l'ingresso in R.A.F. o R.S.A. e nello stesso tempo con l'obiettivo di "riabilitare" in qualche modo l'anziano cercando di evitare il suo isolamento sembrano aver perso il proprio ruolo. Infatti, l'esperienza dimostra che gli anziani parzialmente autosufficienti tendenzialmente non frequentano; gli anziani non autosufficienti "non reggono" la frequenza e conseguentemente alla semiresidenzialità viene scelta la residenzialità, eccezione fatta per qualche caso di Alzheimer.
Considerata la situazione dei centri diurni anziani funzionanti sul territorio emerge la necessità di ridefinire gli accordi contrattuali con i gestori dei medesimi.

ASSISTENZA RESIDENZIALE

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

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

- Per quello che riguarda i posti letto dedicati ai malati di Alzheimer sono funzionanti ad oggi sul territorio solo 2 nuclei (uno ambito territoriale ASL 21 e uno ambito territoriale ASL 20), un altro nucleo è previsto sul territorio dei Comuni afferenti all'ambito territoriale ASL 22;

tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it

dati gli alti costi previsti dalla D.G.R. n. 38 – 11189 del 6.4.2009 emerge la difficoltà ad applicare le onerose tariffe;

- Assistenza residenziale ad anziani non autosufficienti: l'applicazione su tutto il territorio delle progressioni tariffarie previste dalle DD.GG.RR. n. 2 – 3520 del 31.7.2006, n. 39 – 9365 del 1°.8.2008 ha portato ad un livellamento quasi omogeneo delle rette residenziali per anziani non autosufficienti. L'approvazione della D.G.R. n. 64 – 13649 del 22.3.2010 prevede ulteriori incrementi di rette dal 1° giugno 2010 in favore delle strutture residenziali per non autosufficienti ; detti aumenti si ritiene che potranno essere riconosciuti con il vincolo dell'erogazione del contributo regionale all'uopo destinato, in caso contrario non potrà essere riconosciuto alcun incremento.
  Dall'esame della distribuzione dei posti letto dedicati all'alta intensità è evidente la necessità di implementare l'alta intensità nel Distretto di Alessandria.
  Nella situazione di cui sopra, visti gli alti costi derivanti si rende quanto mai indispensabile il rispetto del criterio degli inserimenti "standardizzati" al 1° o 15° giorno del mese, sistema che consente di controllare la spesa pur senza ridurre il numero degli inserimenti di assistiti in regime convenzionale ASL.

tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it

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

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

Come emerge dalla tabella, a livello aziendale la percentuale di posti letto sul totale degli ultra 65 enni è ancora inferiore al valore di riferimento regionale (2 posti letto ogni 100 abitanti), attestandosi a 1,56 posti letto su base aziendale, con una variabilità tra i distretti, che vanno da 1,81 di Alessandria a 1,23 di Tortona.
Storicamente, il distretto capofila delle vecchie aziende (Alessandria, per Tortona; Casale per Valenza; Novi per Acqui ed Ovada) presenta un miglior rapporto di posti letto, che progressivamente dovrà essere riequilibrato.
Occorre tuttavia considerare che il raggiungimento del parametro regionale comporterebbe la necessità di convenzionare 2.332 posti letto totali, cioè 510 posti in più, che con una presenza media di 350 giorni/anno ad una quota sanitaria media attuale di 37 €/giorno comporterebbe un incremento di spesa di 6 milioni e 600 mila euro/anno, in questo momento non sostenibile per il bilancio dell'ASL.
Dal punto di vista organizzativo si è proceduto, tra l'altro, alla definizione di percorsi unici e chiari attraverso protocolli operativi, modulistica comune ed individuazione di luoghi unitari di accesso; alla definizione di modalità di funzionamento dell'Unità di Valutazione Geriatrica omogenee nelle varie realtà distrettuali introducendo un'unica graduatoria; al consolidamento del processo d'integrazione socio-sanitaria con percorsi assistenziali integrati.
Sul versante economico, si è dovuto assicurare a tutte le strutture un duplice incremento tariffario (nel 2008 e nel 2009) articolato in due fasi, sulla base di quando disposto dalla DGR 2-3520 del 31 luglio 2006 e dalla DGR 39-9365 del 4 agosto 2008.
Nel solo esercizio 2009 sul totale delle strutture convenzionate e a gestione diretta, la progressione tariffaria ha inciso per 2.099.425 euro.

tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it

Per l'esercizio 2010 l'applicazione della normativa sull'accreditamento, con il conseguente schema di convenzione di cui alla DGR 44-12758 del 2009, comporta il riconoscimento dell'incremento ISTAT da gennaio 2010, mediamente di 1euro/gg/utente da gennaio a maggio, pari a circa 140.000 euro.
Le associazioni di categoria delle case di riposo hanno chiesto l'applicazione della DGR 64-13649 del 22 marzo 2010, con il riconoscimento della retta solo per la media intensità, da giugno (data prevista dalla DGR).
Ciò significa, per l'ASL AL, portare le rette dagli attuali 37 euro di media di quota sanitaria a circa 40 euro, con un ulteriore incremento di costi , a parità di posti letto, di 1.339.000 euro sulla disponibilità 2009, che aggiunti ai precedenti, assommano a 1.479.000 euro di incremento.

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

tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it

ALLEGATO 2

Percorso di progressione assistenza residenziale anziani non autosufficienti

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

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

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

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

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

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

tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it

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

tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it

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

ALLEGATO 3

Continuità Assistenziale del paziente anziano in dimissione dall'ospedale

Premessa e analisi dei bisogni

Nella realtà della nostra provincia, per la composizione della popolazione, la necessità di garantire i percorsi dei pazienti anziani oltre la fase acuta del ricovero ospedaliero rappresenta un obiettivo prioritario.
Il paziente può rimanere a carico del circuito ospedaliero per completare il ciclo di cure transitando nei reparti di Recupero e Rieducazione Funzionale o nella Lungodegenza (sia dei presidi ospedalieri dell'asl Al sia del privato accreditato).
In alternativa le Dimissioni Protette e la Continuità Assistenziale rappresentano strumenti per consentire il completamento di percorsi di cura per pazienti che, superata la fase acuta, non necessitano di ulteriore ricovero in ambiente ospedaliero per acuti ma presentano situazioni sociali o sanitarie che rendono necessario il permanere in ambiente protetto o rendono opportuno il proseguimento di cure specifiche.

Nessun Bisogno= Dimissioni dall'ospedale e invio al domicilio

Necessita di trattamento riabilitativo specifico= trasferimento in RRF

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

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

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

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

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

tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it

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

Percorso del paziente

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

tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it

6) Ogni distretto predispone un albo delle strutture idonee all'ospitalità in continuità assistenziale o in dimissioni protette (presenza dell'elenco nel modulo di accettazione del paziente)
7) Il numero di ingressi è calcolato in giornate di degenza/ anno per ogni distretto: pertanto stabilito un budget ad inizio anno è possibile individuare quanti pazienti possono essere presenti contemporaneamente; la responsabilità del centro di costo è del direttore di distretto, che può limitare o estendere la possibilità della continuità monitorando l'andamento del fenomeno;
8) Il numero di giornate di degenza suddivise per il numero di anziani residenti nel distretto costituisce un valore indice di riferimento da cui partire per la programmazione sanitaria distrettuale; l'asl si impegna a rendere omogeneo questo indicatore tra i vari distretti salvo diversa valutazione legata a specifiche motivazioni legate al contesto

tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it

ALLEGATO 4

AREA SALUTE MENTALE

Definiti i criteri organizzativi generali del Dipartimento Unico provinciale, le linee di sviluppo non possono prescindere dall'affrontare le criticità rilevate, confrontandosi in maniera comparativa con le pratiche cliniche quotidiane, con i percorsi e con gli esiti dei trattamenti e degli interventi.
Si tratta, pertanto, di programmare un sistema informativo provinciale comune, sul modello del dipartimento delle dipendenze, che consenta letture più omogenee dei fenomeni e correzioni delle distorsioni più significative, per cui occorrerà un investimento in formazione ed in dotazione delle strumentazioni necessarie per ogni CSM, sede dell'accoglienza e della decodificazione della domanda di cura.
Solo dopo questo percorso di analisi della domanda e dei bisogni dei singoli territori sarà più agevole e fruttuoso un raccordo con le attività dei Distretti, comprese le forme di collaborazione con i MMG.
Per quanto riguarda la riabilitazione, il processo di omogeneizzazione delle risposte sia residenziali che territoriali dovrebbe trovare applicazione dovrebbe trovare applicazione coerente dalla messa in atto di dio percorsi e protocolli condivisi ed elaborati dal gruppo staff del DSM, non trascurando di sottolineare che una corretta e completa azione può esercitarsi solo dopo la stesura di un protocollo unico provinciale che regolamenti le aree di collaborazione tra DSM e Enti gestori dei servizi sociali, riequilibrando le profonde differenze operative e di investimenti da zona a zona della provincia.
Per quanto concerne, invece, l'organizzazione della rete ospedaliera e delle attività di ricovero nelle fasi di urgenze/emergenza, il processo di integrazione ed articolazione dei tre DSM è stato rallentato dai ritardi nella ristrutturazione del SPDC ASO Alessandria, che deve costituire il fulcro di tale organizzazione: presupponendo di avviare la sperimentazione di quanto previsto nel programma nel secondo semestre 2010, sono stati svolti incontri di coordinamento a livello dei tre SPDC provinciali, con un progetto di formazione comune, l'elaborazione di protocolli con i DEA e il 118 per la gestione degli interventi congiunti, correlati a guardia attiva e/o reperibilità psichiatrica, compresi i trasporti in ospedale e da sede a sede.
Sono avviati meccanismi sperimentali di collaborazione con il dipartimento delle Dipendenze per affrontare problematiche comuni che gravano in fase di urgenza e di ricovero ospedaliero prevalentemente sul DSM (pz doppia diagnosi o con patologia alcool/correlata).
Gli obiettivi strategici proposti dal Piano Socio-Sanitario Regionale e mutuati dalle linee guida nazionali conservano attualità e validità, in quanto definiscono priorità costanti della salute mentale:

- limitazione ricoveri ospedalieri
- riduzione della residenzialità protetta in favore di progetti abitativi individualizzati o in piccolo gruppo
- integrazione con i servizi di contiguità (NPI, SERT, Enti gestori, Distretti)
- programmi di prevenzione

tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it

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

ALLEGATO 5

TERAPIA DEL DOLORE
Relazione Obiettivi 2009

1) Obiettivi di attivita'

a) Casi ricovero in regime HD

Raggiunto il 99% del risultato obiettivo ; la minima riduzione numerica degli HD e' da riferire alla riduzione del numero delle vertebroplastiche effettuate ,.

b) Attività ambulatoriale (interni – esterni)

Raggiungimento dei valori numerici di produzione nettamente superiori all' obiettivo a suo tempo concordato sia per incremento dell'attività di consulenza verso la degenza oncologica sia per aver spostato in regime ambulatoriale alcune tipologie prestazionali a suo tempo effettuate in regime HD.

2) Obiettivi di efficienza

Il consumo dei presidi protesici e' stato contenuto al di sotto dei limiti previsti come ipotesi obiettivo.(da sottolineare che almeno un terzo della spesa protesica e' relativo alla acquisizione dei devices venosi centrali per i pazienti della SOC Oncologia (la minima riduzione del numero degli HD e' da riferire al fatto che si e' ridotto il numero delle vertebroplastiche rispetto agli anni precedenti) ;si prevede quanto prima di passare alla cifoplastica vertebrale .
Il marcato incremento del consumo dei beni sanitari e' relativo al fatto che il costo dei kit per radiofrequenza viene inserito nella voce (beni sanitari) in quanto trattasi di materiale in service con gara triennale .

Progetti di razionalizzazione

I tempi di attesa sono sempre stati mantenuti entro i limiti minori possibili (dati ufficiosi min.2 giorni - max 10).
I tempi piu' lunghi di attesa sono stati impostati per pazienti con patologia algica non oncologica; cio' al fine di minimizzare (max 2gg) i tempi di attesa per pazienti con patologia oncologica (prenotazione in forzatura e visita in giornata o con max 24 ore di attesa).

3) Progetti di qualita'

La lettera di dimissione dall' HD viene compilata utilizzando i presidi informatici a nostra disposizione
Per quanto riguarda la lettera al curante viene usato un modello non inserito in rete in quanto siamo privi della connessione di rete in quell'ambulatorio.
Per quanto riguarda le prescrizioni farmaceutiche esse sono quantitativamente minimale perché effettuiamo prevalentemente visite specialistiche e terapia infiltrativi.

Per quanto riguarda l'obiettivo (compilazione scheda rilevazione dolore) si fa presente che il valore di pain score viene sistematicamente annotato sul diario clinico allegato in cartella; per i

REGIONE PIEMONTE
tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it
Non c'è cura senza cuore
www.regione.piemonte.it/sanità

pazienti oncologici impiantati con sistemi spinali viene adottata una scheda dedicata per monitorare altri parametri significativi per la valutazione globale del paziente: attualmente (inizio anno 2010) e' iniziato l'impiego di cartella monitoraggio allegata come da progetto OSD .

ALLEGATO 6

OBIETTIVI DIPARTIMENTI SORVEGLIANZA E CONTROLLO ICA (Infezioni Correlate all'Assistenza) Attuazione Piano di attività 2009

PER TUTTI I DIPARTIMENTI /UU.OO.

OBIETTIVO *Implementazione della procedura di autovalutazione dell'applicazione delle misure di prevenzione delle ICA relativamente a: prevenzione infezioni delle vie urinarie associate a cateterismo vescicale, prevenzione delle infezioni intravascolari catetere-correlate, applicazione delle misure di isolamento del paziente con sospetta o accertata patologia infettiva trasmissibile, utilizzo DPI nella prevenzione rischio biologico.*

Indicatore: *schede di valutazione compilate e trasmesse all'UPRI*
Standard*: 3 valutazioni annue*

OBIETTIVO Individuazione precoce dei casi di legionellosi comunitaria e nosocomiale

Indicatore*: Presenza di casi diagnosticati entro le 48 ore dal ricovero*
Standard: *SI/NO*

OBIETTIVO formare i medici sulla corretto uso degli antibiotici

Indicatore*: numero medici formati*
Standard: *almeno 1 medico che partecipa al corso di formazione sul corretto uso degli antibiotici per U.O.*

PER DIPARTIMENTO AREA CHIRURGICA

OBIETTIVO Implementazione della procedura di autovalutazione dell'applicazione delle misure di prevenzione delle ICA relativamente a: prevenzione delle infezioni del sito chirurgico
(preparazione al paziente, profilassi chirurgica, comportamenti degli operatori del blocco operatorio)

Indicatore: *schede di valutazione compilate e trasmesse all'UPRI*
Standard: *3 valutazioni annue*

tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it

OBIETTIVO P.O.Novi U.O. Chirurgia : partecipazione a sorveglianza interventi sul colon.
Indicatori *1.disponibilità dei dati nella documentazione clinica del paziente*
2.scheda follow up ambulatoriale compilata
Standard*:100%*

OBIETTIVO P.O.Acqui U.O. Chirurgia :
partecipazione a sorveglianza interventi sul colon.
Indicatori *1.disponibilità dei dati nella documentazione clinica del paziente*
2.scheda follow up ambulatoriale compilata
Standard:*100%*

PER DIPARTIMENTO AREA SPECIALITA' CHIRURGICHE

OBIETTIVO P.O. Casale U.O. Ortopedia:
partecipazione a sorveglianza interventi su interventi protesi anca e ginocchio.

Indicatori*: 1.disponibilità dei dati nella documentazione clinica del paziente*
2.scheda follow up ambulatoriale compilata
Standard*:100%*

OBIETTIVO P.O. Tortona UU.OO. Ortopedia -ORL : partecipazione al progetto OMS "Clean care is safer care"
Indicatore: *n. operatori che partecipano al progetto di formazione sul totale degli operatori dell'U.O.*
Standard: *l' 80% degli operatori medici partecipano alla formazione*
l' 80% degli operatori infermieristici e di supporto partecipano alla formazione

OBIETTIVO: Implementazione della procedura di autovalutazione dell'applicazione delle misure di prevenzione delle ICA relativamente a: prevenzione delle infezioni del sito chirurgico (preparazione al paziente, profilassi chirurgica, comportamenti degli operatori del blocco operatorio)

Indicatore: schede di valutazione compilate e trasmesse all'UPRI
Standard: 4 valutazioni annue

tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it

PER DIPARTIMENTO AREA MATERNO INFANTILE

OBIETTIVO Implementazione della procedura di autovalutazione dell'applicazione delle misure di prevenzione delle ICA relativamente a: prevenzione delle infezioni del sito chirurgico (preparazione al paziente, profilassi chirurgica, comportamenti degli operatori del blocco operatorio)

Indicatore*: schede di valutazione compilate e trasmesse all'UPRI*
Standard: *4 valutazioni annue*

OBIETTIVO P.O. Tortona U.O.Ginecologia :
partecipazione a sorveglianza interventi di taglio cesareo.
Indicatori: *1.disponibilità dei dati nella documentazione clinica del paziente*
2. scheda follow up ambulatoriale compilata
Standard:*100%*

OBIETTIVO P.O. Casale U.O. Ginecologia/Ostetricia
partecipazione al progetto OMS "Clean care is safer care"
Indicatore: *n. operatori che partecipano al progetto di formazione sul totale degli operatori dell'U.O.*
Standard: *l' 80% degli operatori medici partecipano alla formazione*
l' 80% degli operatori infermieristici e di supporto partecipano alla formazione

PER DIPARTIMENTO AREA MEDICA E AREA SPECIALITA' MEDICHE

OBIETTIVO P.O. Valenza U.O. Medicina
partecipazione al progetto OMS "Clean care is safer care"
Indicatore: *n. operatori che partecipano al progetto di formazione sul totale degli operatori dell'U.O.*
Standard: *l' 80% degli operatori medici partecipano alla formazione*
l' 80% degli operatori infermieristici e di supporto partecipano alla formazione

OBIETTIVO P.O. Acqui T. U.O. Medicina
partecipazione al progetto OMS "Clean care is safer care"
Indicatore: *n. operatori che partecipano al progetto di formazione sul totale degli operatori dell'U.O.*
Standard: *l' 80% degli operatori medici partecipano alla formazione*
l' 80% degli operatori infermieristici e di supporto partecipano alla formazione

tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it

OBIETTIVO P.O. Novi L. U.O. Medicina
partecipazione al progetto OMS "Clean care is safer care"
Indicatore: *n. operatori che partecipano al progetto di formazione sul totale degli operatori dell'U.O.*
Standard: *l' 80% degli operatori medici partecipano alla formazione*
l' 80% degli operatori infermieristici e di supporto partecipano alla formazione

OBIETTIVO P.O. Novi U.O. Medicina
attuazione sorveglianza delle polmoniti nosocomiali
Indicatore: presenza di schede di sorveglianza compilate e trasmesse all'UPRI
Standard : SI/NO

PER DIPARTIMENTI EMERGENZA

OBIETTIVO per le rianimazioni partecipazione alla sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico

Indicatore: presenza del codice ASA nella scheda anestesiologica

Standard: 100%

OBIETTIVO per le rianimazioni partecipazione al progetto Margherita "petalo infezioni "
Indicatore: report riepilogativi dati
Standard: 100% dei pazienti arruolati

PER DIPARTIMENTO AREA DIAGNOSTICA

OBIETTIVO Sorveglianza degli MRSA sugli isolamenti da sangue

Indicatore: **frequenza % sugli isolamenti da sangue**
Standard: disponibilità della frequenza % di MRSA (pz. Con emocoltura positiva per MRSA su pz sottoposti ad emocoltura %) Vedi Indicatore 11 Regione Piemonte

OBIETTIVO Presenza del documento descrittivo delle Prestazioni del Laboratorio di Microbiologia.

tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it

Indicatore: **esistenza di un registro delle prestazioni di Microbiologia conforme ai requisiti dell'Allegato B indicatore 7 Regione Piemonte.**

Standard operativo *: il registro delle prestazioni di microbiologia esiste ed è conforme ad almeno otto item indicati in Allegato B: punti 1,2,3,4,5,6, 10,11*

PER DIPARTIMENTO AREA POST ACUZIE

OBIETTIVO P.O. Ovada U.O. Fisiatria

partecipazione al progetto OMS "Clean care is safer care"

Indicatore: *n. operatori che partecipano al progetto di formazione sul totale degli operatori dell'U.O.*

Standard: *l' 80% degli operatori medici partecipano alla formazione*
l' 80% degli operatori infermieristici e di supporto partecipano alla formazione

tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it

ALLEGATO 7

PROTOCOLLI D'INTESA / ACCORDI CON ENTI GESTORI

Il gruppo di lavoro "Integrazione socio-sanitaria per le problematiche relative alle persone anziani non autosufficienti, alle persone con disabilità ed ai minori", composto dai Direttori dei Distretti Sanitari e dai Direttori degli Enti Gestori delle funzioni socio-assistenziali, ha avuto come mandato dalla Direzione Generale il compito di realizzare una rete di servizi territoriali dell'integrazione socio-sanitaria individuando modelli operativi omogenei per superare la disomogeneità di erogazione dei servizi o la parziale erogazione in un territorio in cui esistevano livelli d'integrazione socio sanitaria e modelli assistenziali diversificati dovuti sia alla presenza di sette Enti Gestori delle funzioni socio assistenziali sia alle politiche aziendali differenti nelle tre ex Aziende Sanitarie Locali (20 – 21 e 22).

Presupposto indispensabile, al fine di addivenire all'elaborazione di documenti per l'individuazione di percorsi in grado di ricondurre ad uniformità le prestazioni per tutti i residenti dell'ASL-AL, è stata la definizione di un linguaggio comune per la lettura dei dati territoriali, l'analisi, la decodifica e la comparazione delle procedure in atto e dei servizi esistenti, l'individuazione delle risorse destinate. Azione successiva è stata la diffusione delle "buone prassi" già in atto in alcune realtà per la non autosufficienza in considerazione del fatto che essa rappresenta uno dei problemi sanitari più rilevanti nel nostro Paese e che la provincia di Alessandria si contraddistingue per essere tra i territori "più anziani" nella media regionale. Condividendo con la Direzione Generale l'obiettivo prioritario di definizione della politica a favore degli anziani, il Gruppo ha elaborato un documento per il superamento della disomogeneità applicativa o mancata applicazione e per l'individuazione di percorsi omogenei.

Il suddetto documento ha previsto:

- la definizione di percorsi unici e chiari attraverso protocolli operativi, modulistica comune ed individuazione di luoghi unitari di accesso;
- il superamento delle criticità dovute alle diverse modalità di funzionamento dell'Unità di Valutazione Geriatrica nelle varie realtà distrettuali introducendo, tra l'altro, il meccanismo di un'unica graduatoria e riequilibrando la condizione delle persone in lista di attesa da più tempo con l'introduzione di "misure di compensazione" limitate alla fase transitoria;
- l'attivazione ed il consolidamento del processo d'integrazione socio-sanitaria teso a fornire l'unitarietà delle prestazioni, la realizzazione di percorsi assistenziali integrati definendo servizi ed interventi della filiera assistenziale (cure domiciliari, continuità assistenziale, ecc.) per offrire all'anziano ed alla famiglia un valido sostegno ed una risposta appropriata.

Successivamente il Gruppo di lavoro ha:

- condiviso i criteri di utilizzo delle risorse regionali relative alla residenzialità per anziani non autosufficienti per l'adeguamento del numero dei posti letto convenzionati;
- condiviso il percorso di adeguamento tariffario per la residenzialità non autosufficienti previsto dalla D.G.R. 2-3520/2006 "Piano d'intervento per la progressiva applicazione del modello assistenziale e tariffario previsto dalla D.G.R. n. 17-15226 del 30.3.2005" e dalla D.G.R. n. 39-9365/2009 "Assistenza residenziale a favore di persone anziane non autosufficienti. Piano conclusivo per l'omogenea applicazione del modello assistenziale e tariffario di cui alla D.G.R. n. 17-15226 del 30 marzo 2005. Modifiche ed integrazioni alla D.G.R. n. 2-3520 del 31 luglio 2006", con l'individuazione, tra l'altro, di attività operative

tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it

specifiche di raccordo fra le varie aree territoriali riferite, ad esempio, alla mobilità dei cittadini anziani rispetto all'inserimento in struttura convenzionata;

- elaborato la bozza di convenzione tipo per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra ASL, Enti Gestori delle funzioni socio assistenziali e presidi socio-sanitari per l'erogazione di prestazioni di assistenza residenziale a favore di anziani non autosufficienti;
- condiviso quanto disposto dalla DGR 42-8390 del 10 marzo 2008 "Cartella Geriatrica dell'Unita' di Valutazione Geriatrica e Linee guida del Piano Assistenziale Individuale. Modifica ed integrazione della D.G.R. n. 17-15226/2005. Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti" e della D.G.R. n. 14-26366/1998 "Deliberazione settoriale attuativa del Progetto Obiettivo Tutela della salute degli anziani. UVG" definendo tempi comuni di attuazione;
- elaborato, con la Commissione di Vigilanza, strumenti operativi ben definiti per una valutazione oggettiva e comparabile, fornendo alla Commissione stessa delle "griglie" da utilizzare nei sopralluoghi. Per i Centri Diurni socio formativi la "griglia" di lettura ha tenuto conto sia degli aspetti strumentali, di personale, di sicurezza sia dei parametri più squisitamente qualitativi;
- approfondito il contenuto della D.G.R. n. 55-9323/2008 per l'attivazione dello sportello unico socio-sanitario con l'individuazione dell'ente capofila in ogni Distretto dell'ASL-AL;
- approfondito il contenuto della D.G.R. n. 47-9265/2008 "Approvazione criteri di accesso ai contributi per progetti sperimentali innovativi per la riorganizzazione dei consultori familiari, al fine di ampliare e potenziare gli interventi sociali a favore delle famiglie" con l'individuazione dell'ente capofila in ogni Distretto dell'ASL-AL;
- elaborato il protocollo d'intesa fra ASL-AL ed Enti Gestori con l'individuazione dell'Ente capofila in ogni Distretto avente il compito di provvedere alla gestione delle risorse assegnate, ai sensi della D.G.R. 39-11190/2009 "Riordino delle prestazioni di assistenza tutelare socio-sanitaria ed istituzione del contributo economico a sostegno della domiciliarità per la lungo assistenza di anziani non autosufficienti. Estensione dei criteri per la compartecipazione al costo delle prestazioni di natura domiciliare di cui alla D.G.R. n. 37-6500 del 23.7.2007";
- elaborato il Regolamento per l'applicazione della D.G.R. n. 39-11190/2009;
- elaborato un protocollo comune di coordinamento tra ASL-AL, gli Enti Gestori delle funzioni socio-assistenziali e gli Enti Gestori delle strutture così come individuato nell'allegato b) punti 5/M, 5/A e 5/D della D.G.R. n. 25-12129/2009 "Requisiti e procedure per l'accreditamento istituzionale delle strutture socio-sanitarie";
- elaborato lo schema tipo di convenzione tra l'ASL-AL e gli Enti Gestori delle funzioni socio assistenziali per la gestione delle attività relative all'integrazione socio-sanitaria;
- elaborato l'accordo fra l'ASL-AL ed Enti Gestori delle funzioni socio-assistenziali, ai sensi della D.G.R. n. 56-13332/2010 "Assegnazione risorse a sostegno della domiciliarità per non autosufficienze in lungo assistenza a favore di anziani e persone con disabilità con età inferiore a 65 anni. Modifica ed integrazioni alla D.G.R. 39-11190/2009";
- elaborati i criteri per la definizione dei rapporti tra ASL-AL, Enti Gestori delle funzioni socio-assistenziali ed Enti Gestori dei Centri Diurni disabili del territorio per l'attivazione del processo di superarmento graduale della diversificazione tariffaria attraverso un piano di progressione simile al piano d'intervento per la progressiva applicazione del modello assistenziale e tariffario già praticato per le strutture per anziani non autosufficienti. Con la suddetta proposta si è data piena attuazione alla D.G.R. 230/99 rispetto alla classificazione dell'utenza ed alla D.G.R. 51-11389/2003 rispetto al riparto della tariffa.

tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it

Nell'esperienza condotta dal Gruppo di lavoro, il confronto sistematico attuato con la messa in campo dei "saperi" dei singoli componenti, con l'approfondimento di particolari tematiche nella volontà comune di individuare strategie e percorsi condivisi, ha rappresentato un valore aggiunto che ha permesso concretamente di far crescere e consolidare l'integrazione socio-sanitaria per poter rispondere, con appropriatezza, al costante e continuo aumento della domanda socio-sanitaria attraverso una diversificazione delle risposte ed un migliore utilizzo delle risorse.

Atti deliberativi

- Schema convenzione tipo per rapporti giuridici ed economici tra ASL, EE.GG. e strutture - deliberazione n. 2008/1518 del 14.5.2008;
- griglia per centri diurni disabili - deliberazione n. 2008/2759 del 29.9.2008;
- protocollo d'intesa per progetti di domiciliarità - deliberazione n. 2009/1298 dell'11.6.2009;

criteri per rette centri diurni - deliberazione n. 2010/478 del 16.4.2010.

tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it

ALLEGATO 8

PROTOCOLLO OPERATIVO INTERSERVIZI

PERCORSO ASSISTENZIALE PER I.V.G. DELLE AZIENDE ASL AL

Raccomandazioni: monitoraggio modalità operative

Indicatori:
- % interventi all'11/12° settimana
- tempi d'attesa
- % personale obiettore
- % ritorno al Consultorio Familiare per contraccezione

Funzioni/compiti dei Consultori Familiari entro i 90 giorni/oltre i 90 giorni

– accoglienza e presa in carico durante la normale apertura

1. appuntamento e relativo colloquio di aiuto/sostegno e di informativa trasparente del percorso fatto
2. rilascio documento (7 giorni) o Certificazione (urgenza) entro 3 giorni per sedi capo-zona; 7 giorni per sedi periferiche

- produzione/diffusione materiale informativo sul percorso da fare
- attivazione/rilascio STP in ogni sede

PER MINORENNI

a) la procedura diretta è garantita dal Servizio Sanitario presente nei Distretti di Casale, Valenza, Alessandria, Acqui, Ovada, Tortona.

Per il Distretto di Novi si recano al Servizio Sanitario dell'Ente Giustizia

b) appuntamento per visita di controllo (entro 14-21 giorni dall'intervento)
per realizzare tale fase - n. 5 ……. regionale – è necessario conoscere la calendarizzazione dell'intervento.

c) Carenza assoluta per il Distretto di Casale, Alessandria, Tortona, Ovada, Novi?
Offerta attiva di supporto psicologico (colmabile con incarichi avviati)

tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it

FUNZIONI/COMPITI DELLE STRUTTURE OSPEDALIERE

- Scelte contraccettive post-aborto in assenza di complicanze
- Novi Ligure
- Tortona
- Acqui
- Casale

a) Individuazione di un operatore per prenotazione diretta dai Consultori Familiari
b) Garantire intervento entro 10 la decima settimana, quando possibile
c) Garanzia del Day Hospital ed in stanze separate da gestanti
d) Informazione sulle metodiche e sull'assistenza per l'intervento
e) Protocolli comuni per accertamento per operatori
f) Dimissione: lettera di dimissione
g) Distribuzione opuscolo informativo su problematiche post-IVG
h) Informazione su metodi contraccettivi
i) Informazione sulle sedi consultoriale
j) Raccomandazioni
k) Visita post-IVG programmata dal Consultorio Familiare

tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it

ALLEGATO 9

ASSISTENZA FARMACEUTICA

1. VERIFICA APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA DEI FARMACI AD ALTO COSTO CON LA PREVISIONE DEI RELATIVI REGISTRI

In ottemperanza ad apposite disposizioni nazionali e regionali l'utilizzo di particolari farmaci richiede l'attivazione di specifici registri informatizzati finalizzati a garantirne l'appropriatezza d'uso. L'utilizzo corretto ed assiduo dei registri da parte della Specialista della Struttura ospedaliera in qualità di prescrittore e del Farmacista in qualità di validatore e dispensatore dei farmaci, ha lo scopo di consentire la verifica dell'appropriato uso delle specialità medicinali nella pratica clinica. Vengono di seguito riportate le categorie di farmaci sottoposti a monitoraggio nazionale e/o regionale:

- antineoplastici;
- farmaci per le malattie rare;
- antidiabetici;
- oftalmici;
- per l'artrite reumatoide;
- antiasmatici;
- neurologici;
- ormone somatotropo
- bifosfonati per via endovenosa
- drotrecogin alpha attivato

Il sistema di monitoraggio on line consente il collegamento in tempo reale con l'AIFA che valuta la corretta compilazione delle schede che entreranno a far parte di un archivio informatizzato da cui potranno essere estratti rapporti periodici in ottica di sicurezza per il paziente e di razionale utilizzo delle risorse.

Il ruolo del Medico:

• Inserimento dei dati relativi a:

- caratteristiche dei pazienti eleggibili al trattamento,
- diagnosi
- eventi avversi
- monitoraggio malattia
- notifica di fine trattamento

• Conseguente formulazione richieste informatizzate dei farmaci alla Farmacia Ospedaliera

Il ruolo del Farmacista aziendale assume diverse declinazioni a seconda della tipologia di farmaco oggetto di registro:

tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it

• Validazione della richiesta formulata dal Medico specialista ed inserimento informatizzato dei dati di dispensazione del farmaco all'atto della consegna del prodotto all'utilizzatore

• Verifica dei requisiti di appropriatezza prescrittiva degli specifici Piani di Terapia destinati ai Medici di Famiglia per la prescrizione territoriale
• in caso di anomalie prescrittive, consultazione immediata con lo Specialista e il MMG per attivazione azioni correttive
• Formazione sul tema degli Specialisti in stretta collaborazione con le Direzioni sanitarie dei PP.OO., nonché dei Medici di Famiglia in sinergia con i Distretti
• Erogazione diretta dei farmaci ai pazienti nei casi di legge

2. INCENTIVAZIONE DELL'UTILIZZO DEI FARMACI BIOEQUIVALENTI

Alla scadenza del brevetto di ogni farmaco, viene, da tempo, messa in atto da parte delle Strutture Farmaceutiche adeguata informazione nei confronti della Classe medica, Specialisti e Medici di Famiglia, perché orientino le prescrizioni delle singole classi terapeutiche verso i farmaci generici, inducendo, in tal modo, un considerevole risparmio di risorse quantificabile in circa il 30% rispetto al costo del farmaco inserito nella medesima classe con brevetto non ancora scaduto.

Nel 2010 andranno a scadere i brevetti delle molecole sotto elencate. Tale fattore indurrà un risparmio in termini di spesa farmaceutica convenzionata pari ad euro 2.122.984,67 calcolato sulla base di un sconto prudenziale medio del 30% sul prezzo e sul numero delle confezioni prescritte nell'anno 2009:

- lercanidipina
- anastrozolo
- nebivololo
- losartan
- acido risedronico
- esomeprazolo
- omeprazolo

Il Prontuario Terapeutico Aziendale dell'ASL AL, disponibile on line per la consultazione da parte di MMG, Specialisti, Operatori sanitari delle Strutture residenziali etc., viene revisionato periodicamente anche alla luce dei farmaci generici.
Sul sito aziendale internet è, altresì, presente su base sempre aggiornata l'elenco dei farmaci equivalenti suddiviso per classe terapeutica ATC. Tale elenco ha la funzione di individuare in maniera immediata i farmaci generici usciti in commercio nell'ambito di ciascuna classe di appartenenza.
Al fine di sostenere il ricorso alla prescrizione dei farmaci equivalenti, viene altresì indicato agli Specialisti aziendali di riportare sulla lettera di dimissione l'indicazione del nome del principio attivo anziché della specialità medicinale.
Gli obiettivi attribuiti per l'anno 2010 agli Specialisti aziendali e ai Medici di Famiglia sono sostanzialmente sovrapponibili; questo, al fine di creare le migliori condizioni per sinergie di continuità Ospedale e Territorio. Gli obiettivi riguardano, tra l'altro, l'implementazione della prescrizione dei farmaci generici del sistema Renina angiotensina e gli Inibitori di pompa protonica.

tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it

Verrà, altresì, promosso nell'ambito del settore PEAS un momento di incontro formativo/informativo con la cittadinanza sul tema dei farmaci equivalenti per sostenerne la cultura.

Da ultimo, anche il recente settore dei farmaci biosimilari, se pur con le dovute cautele, dovrà entrare a far parte del bagaglio culturale dello Specialista ospedaliero, attraverso le conoscenze veicolate attraverso i Farmacisti aziendali , anche con specifichi incontri di confronto con le Ditte produttrici.

3. ATTIVAZIONE PROCEDURE DI ACQUISTO DEI FARMACI AD ALTO COSTO E RARO IMPIEGO CON LA METODOLOGIA DEL CONTRATTO ESTIMATORIO

L'ASL AL vede la presenza sul proprio territorio, connotato anche dalla presenza di Comunità montane e collinari, di sei Presidi Ospedalieri.
Nell'ambito della Commissione Terapeutica e Farmaceutica Interna aziendale, per superare tale problema logistico e, nel contempo, quello dell'elevato costo di farmaci di raro utilizzo ma assolutamente indispensabili per l'emergenza (antidoti, emoderivati ecc .) è stato avviato un processo di razionalizzazione delle scorte attraverso la costituzione di un apposito Gruppo formato dagli Specialisti delle Rianimazioni, dei DEA e dal Dipartimento del Farmaco.
Tale team multidisciplinare ha condotto un'attenta analisi per addivenire alla stesura di una lista di farmaci da detenere, in tutti i casi possibili, presso un'unica sede a disposizione di tutta l'ASL AL. Questo, al fine di contenere la spesa in caso di non utilizzo a parità di sicurezza per il paziente.
Analogamente ai farmaci "salvavita" anche per gli antidoti è stato condotto il processo di analisi sopra delineato che ha portato ad evidenziare quali farmaci, da utilizzarsi entro 30 minuti dall'evento/diagnosi devono obbligatoriamente essere disponibili in ogni Centro.
Gli ulteriori antidoti, invece, vengono stoccati in un unico Presidio a disposizione per tutti i richiedenti.
Tale elenco sarà presente sul sito aziendale.
La metodologia di gestione degli acquisti attraverso lo strumento del contratto estimatorio richiede un processo, sotto sinteticamente delineato, che implica il coinvolgimento del Dipartimento del Farmaco, del competente settore Logistica-Economato, del Sistema Informativo e del Settore Giuridico aziendali.

- individuazione dei farmaci di alto costo gestibili con tale strumento
- individuazione delle Ditte fornitrici
- contatto con le Ditte per la conversione del contratto di fornitura in essere in contratto estimatorio
- i farmaci in contratto estimatorio vengono inizialmente depositati presso i magazzini dell'ASL, pur restando di proprietà della Ditta, in un quantitativo preventivamente stabilito dall'ASL
- successivamente, vengono reintegrati automaticamente solo i prodotti consumati (all'esito del loro scarico all'utilizzatore)
- presenza di apposito programma di interfaccia tra le Ditte ed i Magazzini farmaceutici aziendali per gestire il processo di reintegro
- il pagamento delle fatture è limitato ai soli prodotti effettivamente utilizzati

Sarà cura del Dipartimento del Farmaco avviare il processo sottoponendo agli ulteriori Servizi aziendali coinvolti l'elenco dei farmaci selezionati.

tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it

4. POTENZIAMENTO DISTRIBUZIONE DIRETTA DEI FARMACI CONNESSI AI PRIMI CICLI DI TERAPIA

L'ASL AL ha progressivamente sviluppato negli anni il settore della distribuzione diretta dei farmaci nell'ambito delle previsioni nazionali e regionali in materia.

Dal primo marzo 2010 è stata avviata, come noto, la sperimentazione della distribuzione per conto per i farmaci (DPC) individuati dall'AIFA nel PHT (DGR n. 16-11775 del 20.07.2009).
La DPC sperimentale della Regione Piemonte conferma, comunque, la possibilità per le ASR di erogare i farmaci direttamente ai pazienti attraverso i seguenti canali:

- alle dimissioni dopo ricovero o dopo visita specialistica per un ciclo terapeutico completo

- per pazienti in carico ai Dipartimenti di Salute Mentale e ai SER. T, con cartella clinica aperta, i quali con frequenza pressoché quotidiana accedono a tali strutture per le cure

- ai pazienti ospiti delle Strutture residenziali/semi residenziali

Alla luce dei risultati positivi ottenuti nel settore della distribuzione diretta dei farmaci in termini di contenimento dei costi e di appropriatezza dei consumi, l'ASL AL ha stimolato le Strutture aziendali verso l'incremento dell'impegno in tale attività attraverso l'attribuzione di specifici obiettivi dipartimentali.

In tale ambito, i Servizi Farmaceutici, a supporto della Direzione sanitaria aziendale, hanno effettuato un monitoraggio analitico e di confronto circa l'andamento della distribuzione diretta negli anni 2008 e 2009 al fine di evidenziare i settori di possibile sviluppo per il 2010.

Tali Strutture si impegnano a svolgere un ruolo di sensibilizzazione continua e di supporto dei Sanitari come nel caso della valorizzazione del sistema File F.

Circa i farmaci per la malattia di Alzheimer, in particolare, i Servizi Farmaceutici sensibilizzeranno i MMG e gli Specialisti neurologi affinché per il ritiro delle terapie che prevedono le associazioni di farmaci antipsicotici atipici e delle specialità in esame il paziente venga indirizzato alla Struttura pubblica.

Questo, in ottemperanza alle disposizioni dell'AIFA che ha lasciato aperto questo ulteriore canale di distribuzione diretta ed alla luce del rilevante impatto di questa categoria terapeutica in termini di consumo.

Con riferimento al settore della DPC, invece, i Farmacisti aziendali sono impegnati nell'attività di sensibilizzazione dei MMG/PLS circa gli aspetti di appropriatezza prescrittiva.
Sino ad oggi, infatti, l'erogazione dei farmaci in PHT da parte dell'ASL AL è avvenuta dietro puntuale verifica dei requisiti di validità prescrittiva dei Piani di Terapia (PT) redatti dagli Specialisti e nello scrupoloso rispetto al numero di pezzi di farmaci e le relative posologie previste sui medesimi.
Le nuove modalità di erogazione in DPC demandano, invece, al Medico di Medicina Generale la verifica del Piano Terapeutico escludendo ogni monitoraggio preventivo da parte dei Servizi Aziendali, almeno fino a che non verrà attuata l'introduzione di un applicativo telematico per la gestione dei PT.

tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it

5. SUBORDINAZIONE DELL'UTILIZZO DEI FARMACI OFF LABEL ALL'APPROVAZIONE DELLA COMMISSIONE TERAPEUTICA OSPEDALIERA

Il settore dei farmaci off label è esaminato periodicamente in seno alla Commissione Farmaceutica Interna Unica della ASL AL, istituita con la deliberazione n. 490 del 22.02.2008, successivamente integrata con vari provvedimenti, da ultimo con deliberazione n. 547 del 28.04.2010.

L'utilizzo dei farmaci off label è subordinato, infatti, all'attivazione di apposita procedura aziendale ed alla validazione delle singole richieste in sede di CFI. I dati di impiego vengono valorizzati sul portale regionale Osiris oltre che sul sistema File F.

Per addivenire all'attuale processo ormai consolidato cui è subordinato l'utilizzo dei farmaci off label, già dal 2007, con apposite note, è stata resa informazione sulle terapie farmacologiche "off label" ai Direttori dei Presidi Ospedalieri ed ai Responsabili delle Strutture ospedaliere affrontando le seguenti tematiche:

- previsioni della Legge finanziaria e delle conseguenti disposizioni regionali circa la necessità sia di limitare nelle Strutture Sanitarie il ricorso a terapie farmacologiche a carico del SSN al di fuori delle condizioni di autorizzazione al commercio ("off label") per la cura di patologie per le quali risultino autorizzati farmaci recanti specifiche indicazioni al trattamento, sia di effettuare un costante e puntuale monitoraggio dell'impiego delle stesse;

- disamina della Legge 648/96 circa la possibilità di utilizzare a carico del SSN alcuni medicinali off label qualora non esista una valida alternativa terapeutica.

- illustrazione delle procedure operative (oggetto di apposita deliberazione) da seguire per ricorrere all'utilizzo di farmaci off label per particolari situazioni patologiche poste al di fuori delle previsioni di cui alla legge 648/96 e della normativa sulle Malattie Rare, come sotto sinteticamente elencato:

1) richiesta del farmaco da parte del Medico Responsabile di Reparto al competente Servizio di Farmacia Ospedaliera tramite la compilazione di apposito modello: "Richiesta di farmaci off label per singolo paziente". Tale strumento è stato ideato in modo da consentire di adempiere all'obbligo di monitoraggio richiesto dalla Regione ed è stato reso disponibile alla Classe medica in formato cartaceo e informatico

2) disamina delle richieste da parte della CFI (Commissione Farmaceutica Interna) preposta alla vigilanza sull'appropriatezza prescrittiva in ambito ospedaliero

3) notifica da parte del prescrittore alla Direzione Sanitaria del proprio Presidio Ospedaliero dell'elenco dei farmaci off label nel cui utilizzo si ritiene necessario proseguire, tramite la compilazione del modulo "Elenco dei farmaci utilizzati in protocolli consolidati per indicazioni non registrate" con allegata produzione di adeguata documentazione scientifica

4) rilevazione dei dati di distribuzione o somministrazione dei farmaci off label attraverso lo strumento del File F

6. ALTRO

Al fine di sostenere i percorsi di omogeneizzazione delle procedure a livello aziendale, e di razionale utilizzo delle risorse, verranno contestualmente attivati alcuni interventi strategici funzionali:

tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it

1. GESTIONE SU BASE DIPARTIMENTALE DEL SETTORE DEI DISPOSITIVI MEDICI E DELLA DISPOSITIVO VIGILANZA

La costante immissione in commercio di dispositivi medici tecnologicamente sempre più avanzati comporta, infatti, al pari del farmaco, uno dei capitoli di spesa più significativo per le AASSLL, ponendo, altresì, la questione della gestione delle problematiche connesse al loro uso.
Risulta necessario, perciò, sostenere percorsi di omogeneizzazione e razionalizzazione dell'utilizzo dei dispositivi medici da parte delle Strutture aziendali e promuovere l'inserimento e l'utilizzo di D.M. uniformi a livello provinciale sulla base di criteri di innovatività tecnica e clinico-assistenziale, comprovata efficacia, sicurezza ed economicità. Tale processo necessita della stretta collaborazione degli Specialisti utilizzatori, in particolare dei Capi Dipartimento e delle Direzioni sanitarie di Presidio.

2. GESTIONE SU BASE DIPARTIMENTALE DEL SETTORE DELLE TERAPIE ONCOLOGICHE

I farmaci oncologici si pongono al primo posto come spesa tra le specialità medicinali in uso presso i Presidi ospedalieri. L'allestimento integrato e la gestione delle terapie antiblastiche personalizzate in stretta sinergia tra Farmacisti e Oncologi si presenta come strategia efficace per garantire il raggiungimento dell'appropriato utilizzo delle risorse. Il Farmacista responsabile si farà carico, inoltre, del coordinamento dell'implementazione dei Registri informatizzati AIFA ONCO e dell'attivazione delle relative procedure di rimborso di una parte sensibile dei farmaci utilizzati in terapia con notevoli ritorni economici positivi in termini di contenimento dei costi e di possibile riallocazione delle risorse.

3. ASSISTENZA INTEGRATIVA FORNITA DALLE FARMACIE CONVENZIONATE

L'assistenza integrativa fornita dalle farmacie convenzionate contempla l'erogazione di presidi per assorbenza, cateteri, materiali per stomia, presidi per pazienti diabetici e alimenti dietetici.

E' utile creare un sistema di indirizzo, coordinamento e controllo aziendale di settore per sostenere l'omogeneizzazione delle procedure, la razionalizzazione delle attività ed il contenimento dei costi mediante verifiche dell'appropriatezza delle prescrizioni e dell'omogeneizzazione delle procedure.

Nel contempo è possibile attivare la distribuzione domiciliare di determinati ausili ad alto costo per particolari pazienti fragili.

SETTORE FARMACI

LA SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA 2007, 2008 E 2009 NELL'ASL AL

SPESA FARMACEUTICA ASL AL	NETTA farmaci	LORDA farmaci	N. RICETTE	SPESA NETTA PRO CAPITE
Anno				
2007	€ 87.534.772	€ 98.595.210	3.829.507	199,4
2008	€ 89.924.216	€ 99.829.860	4.127.456	204,80
2009	€ 88.029.594	€ 99.697.943	4.272.518	193,60

tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it

La Regione Piemonte ha avviato un nuovo modello di distribuzione dei farmaci della continuità Ospedale e Territorio (p H-T) che prevede il coinvolgimento delle Farmacie convenzionate in qualità di erogatori di tali specialità medicinali "per conto" della Struttura pubblica in vigore dal mese di aprile 2010.

SETTORE SINERGIE E INTERVENTI DI APPROPRIATEZZA

ANNO 2009

1) Accordo di budget con i MMG *relativo alla prescrizione appropriata di farmaci ad elevato rischio di inappropriatezza e ad alto costo, oltre che sviluppo del ricorso al canale della distribuzione diretta*
2) Accordo di budget con gli Specialisti Ospedalieri sui seguenti temi:
- *promozione distribuzione diretta;*
- *prescrizione secondo principio attivo;*
- *indicazione Note AIFA;*
- *prescrizione in dimissione dei farmaci in PTA , incremento prescrizione farmaci generici;*
- *razionalizzazione prescrizione farmaci ad elevato rischio di inappropriatezza (Sartani, Statine, IPP etc*)

3) Realizzazione di un sistema direzionale di analisi e reporting per il monitoraggio della spesa farmaceutica convenzionata rivolto ai i MMG/PLS , ai Distretti , alla Direzione Aziendale
4) Le Commissioni comuni: *Controllo sull'appropriatezza delle prescrizioni attraverso la Commissione ex lege 425/96 e la Commissione Farmaceutica Interna. La ricerca dei prodotti con il più favorevole rapporto costo-beneficio alla luce del miglior impatto sulla spesa farmaceutica convenzionata e dei costi di produzione attraverso la Commissione Terapeutica e la Commissione dei Dispositivi Medici e dell'HTA*
5) Incremento della distribuzione diretta dei farmaci con presa in carico pazienti anziani fragili pluripatologici
6) Incremento distribuzione diretta farmaci e dispositivi SSN alle Strutture residenziali/semi residenziali
7) Distribuzione diretta all'utenza avente diritto dei presidi per incontinenza
8) Incremento della prescrizione dei farmaci equivalenti e del loro utilizzo nei PP.OO. ASL AL
9) Avvio basi per gestione integrata delle preparazioni oncologiche e promozione del Registro AIFA
10) Monitoraggio dati di mobilità passiva File F
11) Interventi di informazione indipendente rivolti alla classe medica ed ai cittadini

tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it

ALLEGATO 10

Piano Aziendale Liste di Attesa

ATTUAZIONE PIANO REGIONALE LISTE DI ATTESA

Premessa

Il Governo delle liste d'attesa per le prestazioni specialistiche, in regime ambulatoriale o di ricovero, è considerato, nel contesto legislativo nazionale e informativo, uno dei principali elementi di valutazione sia della qualità che della capacità di rispondere ai bisogni dei cittadini da parte dei sistemi sanitari pubblici.
Infatti in relazione all'aumento della domanda di prestazioni specialistiche ambulatoriali deve essere considerato che le liste e i tempi di attesa sono uno dei parametri principali attraverso i quali viene "valutato" dai cittadini il Sistema Sanitario, con il quale viene letta spesso "la qualità" del Sistema.
D'altra parte esiste una letteratura ampia sul fatto che la valutazione "cruda" della lista d'attesa in realtà sia poco o nulla significativa al riguardo e che il tema vada affrontato in modo complessivo, considerando sia la domanda che l'offerta.
E' stato registrato negli ultimi anni, in tutte le realtà regionali, accanto ad una giusta maggiore attenzione da parte dei cittadini, un sensibile superamento dei volumi di prestazioni erogate rispetto al fabbisogno individuato dalla programmazione regionale, determinato spesso da improprie indicazioni all'esame specialistico, da un uso improprio delle tecnologie sanitarie e da un uso incongruo delle richieste urgenti.

Azioni previste nel Piano Aziendale Liste di Attesa

La Direzione Generale dell'ASL AL, riguardo al Piano Aziendale per il contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, si è posta l'obiettivo prioritario di contrastare il fenomeno dell'allungamento dei tempi per le visite, condividendo un percorso che tiene conto dell'applicazione di criteri rigorosi sia di integrazione che di appropriatezza che di urgenza delle prestazioni specialistiche ambulatoriali garantendo, al contempo, la trasparenza del sistema a tutti i livelli.
A tale riguardo è stato avviato un piano organizzativo, improntato ad aspetti di urgenza nonché di qualificazione della domanda di prestazioni specialistiche, garantendo un ricorso appropriato anche attraverso criteri di priorità nell'accesso. Il livello di rischio potenziale per la salute deve essere il criterio cardine per stabilire il tempo di erogazione della prestazione, utilizzando pienamente tutte le capacità produttive di ambulatori e reparti per mettere a disposizione dei cittadini, in percorsi pubblici e trasparenti, l'intero potenziale costituito da tutto il personale e strutture presenti, verificabile attraverso analitici piani di produzione.
Premessa a tali interventi sono state le **azioni già implementate** ispirate ai criteri sottospecificati:

INTEGRAZIONE

- **Univoca procedura di gestione delle agende**
  Integrazione e coordinamento all'interno dell'ASL provinciale delle attività di gestione e monitoraggio nell'erogazione delle prestazioni specialistiche di base, con univoca modalità di gestione delle agende per apertura, chiusura e modifica ambulatori e rilevazione dei tempi di attesa;
- **Anagrafe provinciale assistiti**
  Fase di avvio per l'implementazione di un CUP sovrazonale, in via di esecuzione, che prevede la conversione delle anagrafi esistenti in un unico grande archivio, già operativo, capace di raccogliere i dati relativi a tutti i Distretti Sanitari della Provincia, comprese le strutture ospedaliere con le informazioni sui pazienti assistiti.

tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it

TRASPARENZA

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

URGENZA

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

APPROPRIATEZZA

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

Nello specifico, l'Azienda provinciale ASL AL, sulla base delle indicazioni regionali e secondo i criteri esplicitati, ha attivato il proprio piano organizzativo per le prestazioni di: prima visita urologica, cardiologica, allergologica, oculistica, diabetologica, endocrinologica, fisiatrica, gastroenterologica, neurochirurgica, neurologica, chirurgica, pneumologica, elettromiografia, ecocolordoppler, esofagogastroscopia, ecografia addome superiore e inferiore, mammografia, test allergometrici, colonscopia.
Per tali prestazioni il livello di rischio potenziale per la salute è stato assunto come criterio cardine per stabilire il tempo di erogazione.
A tale riguardo è stato definito, in accordo con gli specialisti di branca, i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta, un nuovo linguaggio prescrittivo, basato sui tempi di attesa differenziati per singola prestazione e in base al bisogno clinico dell'utente. Tale definizione di priorità cliniche individua i criteri di utilizzo delle priorità cliniche U-B-D-P da parte dei Medici prescrittori in rapporto alla diagnosi / sospetto diagnostico, per le prestazioni considerate.
Oltre alla classificazione delle prescrizioni ambulatoriali, vengono definiti specifiche procedure e modelli operativi per l'individuazione delle caratteristiche di prima visita e visita di controllo, l'eventuale sospensione dell'attività di prenotazione e la sospensione dell'attività di erogazione (Deliberazione DG ASL AL n. 2009/494 del 20.02.09 "Protocollo Operativo di Attuazione Piano Regionale Liste di Attesa" e documento "Procedura per la Programmazione dell'Attività ambulatoriale").

Controllo della domanda

E' evidente come un'azione sull'appropriatezza della domanda, relativa alla indicazione corretta dell'esame prescritto e della sua urgenza relativa, sia precondizione indispensabile per poter dare risposte adeguate in termini qualitativi e quantitativi.
Il Piano Regionale attribuisce importanza rilevante a questo aspetto e la nostra azienda ha inserito il rispetto di tale piano tra gli obiettivi dei MMG e degli specialisti ospedalieri.
Vengono previste le sottospecificate azioni:

1. Azioni verso i MMG e gli Specialisti Ospedalieri

Strumento - Scheda check list specifica per il Protocollo Operativo Prestazioni Ambulatoriali
- Scheda check list specifica per la Procedura di Programmazione attività ambulatoriali
- Report indice di fabbisogno.

Struttura - Direzione di Distretto / Presidio
Planning - Dicembre 2009

tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it

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

1) verifica con lo strumento della Clinical Governance sugli specifici obiettivi previsti dalla Deliberazione del Direttore Generale n. 2009/494 del 20.02.09, relativa all'approvazione Protocollo Operativo di Attuazione Piano Regionale Liste di Attesa per le 19 prestazioni specialistiche ambulatoriali soprarichiamate e Procedura per la Programmazione delle Attività ambulatoriali; monitoraggio e controllo sui seguenti punti: modalità prescrittive; individuazione caratteristiche prima visita e visita di controllo; sospensione dell'attività di prenotazione; sospensione dell'attività di erogazione; classificazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali; criteri di utilizzo classi di priorità cliniche; sedi e modalità di erogazione.
2) Azioni di monitoraggio e valutazione comparata delle richieste di determinati esami tra i vari distretti e UU.OO. con report di confronto che possono essere di stimolo per i MMG e/o gli specialisti ambulatoriali ed ospedalieri (definizione di un report specifico "Report indice di fabbisogno").

2. Aggiornamento Protocollo Operativo per le prestazioni specialistiche ambulatoriali

Strumento – Delibera DG per integrazione e aggiornamento Protocolli Operativi
Struttura – Area Gestione Liste di Attesa
Planning – Ottobre-Novembre 2009

Si procederà all'adeguamento alla Determina Dirigenziale Regionale n. 375 del 10.07.2009 ad oggetto "D.D. n. 43 del 04.02.2008: Individuazione classi di priorità cliniche ulteriori prestazioni specialistiche ambulatoriali, aggiornamentodelle classi di priorità già definitive e delle nodalità di preparazione paziente per esami dell'area radiologica e per alcuni specifici esami diagnostici".
Le precedenti indicazioni pari oggetto sono state recepite dall'ASL AL con deliberazione DG soprarichiamata n. 2009/494 del 20.02.09 quale "Protocollo Operativo di attuazione Piano Regionale Liste di Attesa.
Con D.D. n. 43 del 04.02.08 "DGR n. 37-5180 del 29.01.07 – Ulteriori indirizzi applicativi per la gestione delle liste d'attesa" sono state fornite direttive aggiuntive per l'attuazione dei provvedimenti regionali in materia di liste di attesa e di cui alle DGR n. 56-3322 del 03.07.06 e DGR n. 37-5180 del 29.01.07.
Nell'ambito delle fasi di applicazione di tali indicazioni e di incontri successivi, sia a livello regionale che a livello locale, sono emerse anche proposte di ulteriore aggiornamento sia rispetto alle modalità di preparazione di alcune prestazioni ambulatoriali che ad alcuni criteri di utilizzo delle classi priorità individuate con DD 43/2008. Tali provvedimenti si occupano solo di alcune prestazioni ambulatoriali che presentavano particolari criticità rispetto all'analisi dei tempi di attesa in rapporto agli standard regionali previsti dalla DGR n. 37-5180 del 29.01.07, rinviando a successivi provvedimenti l'implementazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali per le quali definire i criteri di utilizzo delle classi di priorità cliniche.
Pertanto sulla base delle indicazioni regionali e delle esperienze aziendali si procederà al recepimento ed alla implementazione con gli aggiornamenti previsti attraverso la formulazione di specifici indirizzi operativi all'interno dell'organizzazione aziendale con la definizione ed attivazione delle relative azioni di monitoraggio.

Programmazione dell'offerta

L'offerta di prestazioni specialistiche è, nella nostra provincia, ampia ed estremamente differenziata, coinvolgendo specialisti dei presidi ospedalieri, specialisti SUMAI, strutture private e specialisti ASO, mentre difficoltà oggettive esistono per ciò che riguarda i meccanismi di prenotazione diretta o telefonica.
Peraltro è obiettivamente difficile, e scientificamente poco studiato, definire a priori le necessità obiettive di accertamenti diagnostici e specialistici per una determinata popolazione.

A prescindere dalla realizzazione del CUP provinciale, prevista per i primi mesi del 2010, che dovrebbe ampliare in modo sostanziale le possibilità di prenotazione incrociata tra i vari territori, migliorando l'offerta

tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it

aziendale complessiva, sono comunque importanti alcune indicazioni sull'opportunità di integrare e migliorare la gestione complessiva delle attività ambulatoriali.

Vengono previste le sottospecificate azioni:

1. **Definizione Indice di fabbisogno** (rapporto numero prestazioni effettuate / popolazione)
   Strumento – Report numero di esami effettuati / popolazione.
   Struttura – Controllo di Gestione
   Planning – Novembre 2009

E' necessario verificare i fabbisogni di prestazioni specialistiche nelle varie realtà territoriali (esami effettuati/popolazione) per le attività che presentino aspetti di criticità, per poter definire in modo corretto le necessità/possibilità di incrementi ore SUMAI o di investimenti in risorse o prestazioni aggiuntive per gli specialisti aziendali.
Si potranno guidare gli investimenti di risorse umane e strumentali in base ad una approssimazione basata sul confronto delle caratteristiche della popolazione nelle diverse realtà territoriali, definendo un
"indice di fabbisogno" di particolari prestazioni specialistiche (es. visite OFT, dermo, RMN, Ecodoppler, ecc.) correlato alla popolazione, in base al quale operare le scelte di allocazione delle risorse.
Definiti i volumi di alcune prestazioni strategiche erogate nelle differenti realtà, confrontati anche tra volumi effettivamente erogati e lunghezza delle liste d'attesa, saranno predisposte azioni specifiche volte a correggere gli squilibri tra i vari territori, con l'obiettivo di giungere a contratti di produzione stipulati anche con gli specialisti, così come già fatto con le strutture private, basati sulle reali necessità della popolazione e comunque su criteri omogenei in tutti i territori.
L'analisi suddetta consentirà anche di poter rispondere in modo corretto a richieste di incrementi di attività da parte dei vari territori o di definire strategie di azione nei confronti della domanda, qualora questa risulti eccessiva.

2. **Valutazione dell'attività/produttività ambulatoriale e dell'attività / produttività globale delle UU.OO.**
   Strumento – Report semestrale / annuale produttività ambulatoriale per U.O. e branca.
   Report semestrale / annuale produttività globale per U.O.
   Report risorse personale.
   Struttura – Controllo di Gestione.
   Planning – Novembre 2009

Per tutte le prestazioni che presenteranno elementi di criticità si dovrà procedere a un'analisi storica della produttività rapportata alle risorse nonché ad una analisi di benchmarking tra strutture aziendali analoghe; in base a questa tipologia di analisi saranno individuate le strutture nelle quali investire le eventuali risorse aggiuntive regionali ed aziendali relative alla riduzione delle liste d'attesa.
Riduzioni dell'attività ambulatoriale, non giustificate da riduzioni di personale o da altri fattori, saranno considerate negativamente in sede di valutazione del raggiungimento degli obiettivi annuali ed in sede di valutazione del Dirigente della SOC.

3. **Omogeneizzazione delle agende dipartimentali.**
   Struttura – Dipartimenti
   Planning – Gennaio 2010

Compito specifico dei Direttori di Dipartimento, di concerto con i responsabili di branca delle aree specialistiche ambulatoriali, sarà quello di definire agende omogenee, relativamente alla tipologia di prestazioni ed alla loro codifica. Sarà definita a tale riguardo la costituzione di gruppi di lavoro ad hoc in grado di ottenere il risultato previsto in un tempo definito e limitato (Gennaio 2010).

4. **Omogeneizzazione e miglioramento della produttività in tutte le realtà.**
   Strumento - Organigramma attività ambulatoriali di Presidio / Distretto.
   Struttura – Direzione di Distretto / Presidio

tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it

Planning - Dicembre 2009./ Gennaio 2010

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

E' indispensabile a questo riguardo una azione dei Direttori di Distretto, tramite i responsabili di branca, e dei Direttori di Dipartimento al fine di estendere in tutte le realtà profili organizzativi omogenei che consentano la migliore produttività (Gennaio 2010).

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

Strumento - Report attività libero professionale semestrale/annuale per équipe e specialista.
Struttura - UBLP e Direzione Sanitaria / Distretto / Prevenzione.
Planning - Dicembre 2009.

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

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

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

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

Strumento – Scheda di verifica criteri con specifici indicatori.
Struttura - Area Gestione Liste di Attesa. Direzione di Distretto / Presidio
Planning - Novembre 2009.

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

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

Procedura. Sulla base del rispetto di tali criteri le prestazioni aggiuntive dovranno essere preventivamente autorizzate dalla Direzione Aziendale e sono obbligatori i pareri favorevoli del Direttore Sanitario del Presidio/Distretto e del Coordinatore delle Liste di Attesa che certificano la non possibilità di ricorrere a soluzioni alternative. Saranno assegnate in base ad un budget annuale complessivo.

7. Azioni di integrazione e coerenza clinico-organizzativa

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

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

Il progetto si sviluppa secondo i principi fondamentali di integrazione, improntati alla coerenza clinica e alla logica organizzativa del sistema di offerta delle prestazioni ambulatoriali con la definizione di criteri omogenei sul territorio, anche tramite la condivisione con la ASO della DDG n. 2009/494 del 20.02.09, "Protocollo

tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it

Operativo di Attuazione Piano Regionale Liste di Attesa" e "Procedura per la Programmazione dell'Attività ambulatoriale"

b) Attivazione CUP SOVRAZONALE

E' prevista altresì la coerenza organizzativa nella creazione di un CUP sovrazonale con la definizione delle attività di call-center, sportello prenotazione-accettazione, pagamento, back-office ed anche l'accesso da parte di ogni singola Azienda, compresa l'ASO, alle anagrafi sanitarie complessive del territorio.
Le azioni applicative prevedono l'esplicitazione dei criteri di classificazione delle prime visite e delle prestazioni che ciascuna Azienda intende erogare tra quelle oggetto di rilevazione dei tempi di attesa nonché della valutazione comparata delle criticità complessive del territorio, al fine di evidenziare eventuali potenzialità di soluzioni sinergiche.
Prevede, pertanto, un 'identificazione corretta e precisa delle strutture eroganti, compreso il privato accreditato, nonché delle diverse prestazioni identificate con linguaggio univoco, definendo cosa si intende per prima visita, l'arco temporale entro cui viene considerata tale, creazione o conferma dell'esistenza di agende specificatamente dedicate, con orari resi disponibili per il CUP Sovrazonale, esplicitazione dei criteri di assegnazione delle priorità – con esclusione, quindi, della prenotazione in sovraCUP dell'urgenza.
Un sistema di questo genere, oltre a garantire in tempo reale le prestazioni (o la prestazione) in qualunque punto della rete, induce altresì un meccanismo di osservanza clinica e omogeneizzazione delle prenotazioni e dei comportamenti.
Riguardo al privato accreditato, l'Azienda ha provveduto a contrattare i volumi prestazionali anche riguardo alle prestazioni ambulatoriali relativamente agli anni 2009-2010, sulla base di criteri di appropriatezza e di fabbisogni storici.

Risultati attesi

L'implementazione delle azioni considerate realizzerà un "sistema" chiaro e condiviso nonché programmato nella gestione delle liste di attesa, l'avvio del CUP SOVRAZONALE entro l'estate 2010 e la riduzione dei tempi medi di attesa per tutte le prestazioni specialistiche ambulatoriali monitorate, con particolare riguardo a quelle che presentano aspetti di criticità.

Si allegano:

A) Planning progetto
B) Scheda "Matrice delle Responsabilità"

tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it

PROGETTO “ATTUAZIONE PIANO REGIONALE LISTE DI ATTESA”
PLANNING

	AGOSTO 2009	SETTEMBRE 2009	OTTOBRE 2009	NOVEMBRE 2009	DICEMBRE 2009	GENNAIO 2010	FEBBRAIO 2010	MARZO 2010	APRILE 2010	MAGGIO 2010	GIUGNO 2010
Procedura per la Programmazione e Protocollo Operativo per le prestazioni specialistiche amb.											
Organigramma delle attività ambulatoriali											
Aggiornamento Protocollo Operativo delle prestazioni specialistiche ambulatoriali											
Applicazione check list per rispetto Procedura Programmazione attività ambulatoriale e Protocollo Operativo per le prestazioni specialistiche ambulatoriali											
Definizione / Applicazione report “Indice di fabbisogno”											
Definizione /Applicazione report sem./annuale Produttività U.O. e branca per attività libero-professionale											
Omogeneizzazione delle agende dipartimentali											
Prima revisione su check list											
Prima revisione su produttività, indici di fabbisogno e rispetto regolamento attività libero professionale											
Attivazione CUP SOVRAZONALE											
Valutazione risultati e conclusioni											

PROGETTO “ATTUAZIONE PIANO REGIONALE LISTE DI ATTESA”
MATRICE DELLE RESPONSABILITA’

	Coordinatore Area Gestione Liste di Attesa	Direttore Presidio/ Distretto	Direttore Dipartimento	Direttore Controllo di Gestione	Responsabile UBLP
Procedura per la Programmazione e Protocollo Operativo per le prestazioni specialistiche ambulatoriali	**C**	**D**			
Organigramma delle attività ambulatoriali	**I**	**D**			
Aggiornamento Protocollo Operativo delle prestazioni specialistiche ambulatoriali	**D**	**A**			
Applicazione check list per rispetto Procedura Programmazione attività ambulatoriale e Protocollo Operativo per le prestazioni specialistiche ambulatoriali	**C**	**A**	**I**		
Definizione / Applicazione report “Indice di fabbisogno”	**CO**	**I**	**I**	**D**	
Definizione /Applicazione report sem/annuale Produttività U.O. e branca per attività libero-professionale	**I**			**CO**	**CO**
Omogeneizzazione delle agende dipartimentali	**CO**	**A**	**A**		
Prima revisione su check list	**A**	**A**			
Prima revisione su produttività, indici di fabbisogno e rispetto regolamento attività libero professionale		**A**	**A**		
Attivazione CUP SOVRAZONALE	**C**	**CO**	**I**	**I**	
Valutazione risultati e conclusioni	**C**	**CO**	**I**		

Area Gestione Liste di Attesa

LEGENDA:
C= coordina CO= collabora
I= informato D= decide
A= agisce

ALLEGATO 11

PROTOCOLLO ICTUS

PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO PER LA PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELL'ICTUS

PROTOCOLLO PER LA GESTIONE DELLA FASE OSPEDALIERA

Introduzione

L'ictus costituisce la terza causa di morte nei paese industrializzati, dopo IMA e neoplasie; rappresenta inoltre la causa più comune di disabilità permanente. Circa l'85% degli ictus è di eziologia ischemica. Ad un anno da un ischemia estesa in territorio carotideo, il 60% dei pz sono deceduti, ed il 35% presenta dei deficit neurologici di gravità tale da interferire con le attività della vita quotidiana (ADL).

Per ictus più lievi, si osserva comunque una percentuale di 40% dei casi che esitano in morte o dipendenza.

Nel 98 l'incidenza di nuovi casi nell'Unione Europea è stata di circa 600.000, e la prevalenza di pazienti con pregresso stroke è calcolata in circa 2.4 milioni di persone, per un costo stimato diretto ed indiretto di circa 25 miliardi di Euro/anno.

Poichè l'incidenza dello stroke è correlata all'età, ci si attende un aumento dell'incidenza dei casi nei prossimi anni, correlata all'invecchiamento della popolazione, fino a 750.000 nuovi casi/anno, con un incremento dei costi stimato tra il 10 ed il 15%.

Strategie terapeutiche

Fino a poco tempo fa non vi erano terapie farmacologiche per l'ictus in fase acuta.

La gestione del paziente in unità specializzate cui afferiscono competenze multidisciplinari, le STROKE UNIT, si è dimostrata utile per la riduzione della mortalità e della dipendenza residua. Una modesta efficacia dell'ASA è inoltre stata dimostrata sulla recidiva precoce di ictus; mancavano tuttavia terapie di dimostrata efficacia in grado di ridurre o bloccare il danno ischemico cerebrale in acuto.

tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it

Attivatori del plasminogeno in grado di accelerare il fisiologico processo di trombolisi sono noti da tempo e già utilizzati in altre specialità (Cardiologia) con eccellenti risultati. Dal 2004 anche in Europa è approvato (previo studio post-marketing di sicurezza ed efficacia – SITS MOST) l'uso dell'rTPA per lo stroke ischemico acuto secondo le specifiche modalità.

La necessità di rispettare per tale trattamento una limitata finestra terapeutica ha costretto noi tutti ad elaborare percorsi di diagnosi e terapia il più efficienti possibile soprattutto nella fase acuta.

REALTA' PRESSO LA NOSTRA ASL

Nelle nostre SOC lo stroke è stato evidenziato da tempo come oggetto di formazione ed attenzione primaria.

In particolare, la nostra Azienda ha recepito, tra le prime in Regione, le indicazioni espresse nella delibera regionale 26-3447 del luglio 2001 e con la successiva Determinazione 303 del dicembre 2002, per la formazione di una rete di assistenza regionale per l'ictus cerebrale, istituendo, già a partire dal 2002, uno stroke Team presso tutte le SOC di Neurologia per la gestione dei malati affetti da patologie vascolari di SNC in fase acuta, cui partecipano secondo le specifiche competenze, oltre al Neurologo, l'Internista, il Cardiologo, il Fisiatra, il Dietologo, il Chirurgo Vascolare.

Sono state inoltre istituite Stroke Unit con letti dedicati alla terapia dell'ictus in fase acuta presso il presidio di Novi e quello di Tortona, in cui sono stati autorizzati dalla Regione i trattamenti trombolitici e che hanno partecipato allo studio SITS – MOST.

La gestione dei pazienti cerebrovascolari viene effettuata applicando strettamente le indicazioni contenute nel protocollo SPREAD, seguendo attentamente le modifiche annuali ad esso apportate.

Protocolli e linee guida interni sono stati istituiti per i pazienti ricoverati per patologia cerebro-vascolare ischemica acuta, in particolare:

- Scheda medica S.U. valutazione all'ingresso e sequenziale secondo NHISS, diagnosi di sede, diagnosi etiologica, terapie, evoluzione clinica.
- Protocollo infermieristico per la valutazione in acuto, per l'individuazione della disfagia, la prevenzione delle complicanze da allettamento.
- Materiale informativo speciale per i pz da porre in TAO

tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it

Per quanto riguarda i pz con emorragia cerebrale vengono utilizzate invece le linee guida elaborate dal gruppo regionale ad hoc neurologico/neurochirurgico nell'ambito delle riunioni regionali ARESS
Viene regolarmente utilizzata inoltre la consulenza online (PATATRAC) con le SOC di NCH del Piemonte.
Indicazioni specifiche sono state date ai Colleghi del DEA e del 118, per i quali è stata svolta attività formativa specifica.
Negli Ospedali della ASL in cui non è sempre presente lo Specialista Neurologo, è comunque possibile una pressoché immediata valutazione delle immagini neuro-radiologiche tramite la rete interna, ed è possibile rapido trasferimento del pz presso gli Ospedali di riferimento nei casi che lo richiedano.
Le modalità di gestione dei malati con ictus sono da sempre sostanzialmente unitarie per tutti i presidi della ASL AL, anche grazie al fatto che in tutti i Reparti di neurologia si seguono da tempo le linee guida nazionali SPREAD, e sono in continua evoluzione ed adeguamento anche dopo l'unificazione della ASL.

tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it

PROTOCOLLO PER I PAZIENTI CHE ARRIVANO IN DEA CON SOSPETTO ICTUS (E POSSIBILI CANDIDATI ALLA rTPA)

SOSPETTO ICTUS
PAZIENTE CON CODICE T

Valutazione generale immediata: < 10 min.	**Valutazione neurologica immediata: < 25 min.**
• ABC, GCS e segni vitali • Somministrare 02 con cannula nasale • Accesso venoso: campione di sangue per conta cellule, elettroliti ,coagulazione. • Glucostix: trattare ipoglicemia • ECG valutando eventuale aritmia • Chiamare il Neurologo (a meno che sia già previsto nell'organico DEA) e richiedere TC urgente • Iniziare EOG	• Storia clinica • Valutare ora inizio sintomi (< 3 ore per fibrinolisi). • EN: livello di coscienza (eventuale GCS) Livello di gravità (NIHSS o Scala Hunt Hess). • Leggere TC (T max arrivo/lettura TC < 60min)

↓

La TC mostra emorragia
Parenchimale o subaracnoidea?

↓

NO ↓ | **SI** ↓

Probabile ictus ischemico,, acuto	
• Rivedere TC: eventuali segni precoci >1/3 ACM? • EN: deficit variabile o in rapido miglioramento? • Ci sono criteri di esclusione per trombolisi? (vedere tabella 10:III) • Rivedere i dati:siamo > 3 ore dall'esordio dei sintomi?	

OK tutti i quesiti ↓ **rt-PA**

non soddisfatti tutti i criteri → **Terapia standard**
Considerare altre terapia

tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it

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

ALLEGATO: GRIGLIA PER DOCUMENTAZIONE OBIETTIVO 31 ASL E OBIETTIVO 8 ASO - DGR 10 – 11303 del 27.4.2009

I punti sottoelencati sono estrapolati dalla DGR 4-9886 del 27.10.2008 " Linee di indirizzo per l'organizzazione dell'assistenza integrata ai pazienti con ictus cerebrale"

PREVENZIONE PRIMARIA

DGR 27/10/2008 (e con riferimento anche alla DGR 105 –12026 del 4/8/09): "Le strategie devono essere ricondotte ad interventi coordinati nell'ambito della medicina di base e della medicina di territorio"

- **Nella ASL sono stati attivati Ambulatori Medici Orientati relativi al rischio vascolare o all'obesità?**
  Si X No .. In corso attivazione – prevista entro il…
  (allegare eventuale documentazione relativa)

PREVENZIONE SECONDARIA

DGR 27/10/2008 – Attacco Ischemico Transitorio (TIA): "Deve essere garantita la possibilità di eseguire gli accertamenti ed iniziare le terapie adeguate nelle prime 24-36 ore, riservando un iter diagnostico preferenziale, secondo le modalità più adeguate al caso clinico e al suo profilo di rischio ictale"

- **Come è organizzata l'Azienda rispetto a tale iter diagnostico? (in particolare rispetto alla possibilità di eseguire idoneo imaging dei vasi del collo entro 24-36 ore?)**
  è presente corsia preferenziale secondo valutazione del
  (allegare eventuale documentazione relativa)
  medico – per effettuare accertamenti nei tempi fun

UNITA' DI CURA PER L'ICTUS (STROKE UNIT)

DGR 27/10/2008: "Trattasi di aree geograficamente definite e delimitate…ove insiste un numero specificato di letti esclusivamente dedicati al ricovero di soggetti con ictus acuto"

- **Quale/i area/e è/sono stata/e individuata/e in ambito Aziendale? Come è/sono stata/e connotata/e?**
  P.O. NOVI 4 letti S.U. monitorizzati
  (allegare eventuale documentazione)
  P.O. TORTONA 4 letti S.U. monitorizzati
  P.O. CASALE in fase di progettazione
- **Il numero di letti dedicati corrisponde al criterio previsto dalla DGR 27/10/08 (10/100.000 – 20/200.000 abitanti)?**
  Si [No] (4+4+letti ASO di AL non coprono il Fabbisogno
- **L'area dedicata, se presente, è dotata di monitors multiparametrici secondo le indicazioni della DGR (3/10 letti o 6/20 letti)?**
  [Si] No

DGR 27/10/2008: "la presa in carico dei pazienti (in tali aree) è affidata a personale medico e infermieristico specificamente individuato, con comprovata esperienza e formazione in ambito cerebrovascolare"

- **E' stato individuato tale personale?**
  [Si] (allegare documentazione relativa) a TORTONA e NOVI non dedicato a quindi per
  No a tempo pieno –
  In corso _____

tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it

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

DGR 27/10/2008: "ai letti dedicati deve essere attribuito personale infermieristico adeguato alle funzioni previste fino ad arrivare a regime ad un turno dedicato di infermieri per le 24 ore"

- **E' soddisfatto tale requisito?**
  Si [No] In parte (specificare) x mancanza di personale
  (allegare eventuale documentazione)
  È in via di attivazione reperibilità infermieristica intraospedaliera NOVI - TORTONA per TROMBOLISI

REQUISITI ORGANIZZATIVI :

STROKE TEAM
DGR 27/10/2008: "In ogni Azienda deve essere individuato un team multidisciplinare che operi in modo coordinato per garantire una gestione efficace dei soggetti con ictus. (2) La composizione del team ed il suo responsabile devono essere formalizzati dall'Azienda e deve essere accertata la sussistenza nel tempo di tutti i profili professionali previsti (3) All'interno del team alcuni professionisti devono essere individuati quali figure dedicate (4) Devono essere previste riunioni periodiche documentate da verbale agli atti dell'azienda"

- **Il team aziendale risponde a tutti questi requisiti?**
  Si a tutti (documentare)
  No ai seguenti (3) nessuna figura prof. è dedicata a T.I.
  (4) riunioni periodiche effettuate non verbalizzate agli atti
  (motivare)

LIVELLI MINIMI DI QUALITA' : PERCORSI E PROTOCOLLI
DGR 27/10/2008: "devono essere predisposti e documentati all'interno dell'Unità Stroke, percorsi e protocolli per la diagnosi e il trattamento dei principali tipi di ictus, per la prevenzione e il trattamento delle complicanze, per la monitorizzazione del deficit neurologico e della disabilità, per l'avvio dell'eventuale dimissione protetta/continuità e per il trattamento dei fattori di rischio in prevenzione secondaria".
Inoltre: "I medici del DEA devono impiegare protocolli diagnostico-terapeutici condivisi in collaborazione con i medici dei Centri Ictus"

- **Sono stati predisposti tali percorsi/protocolli?**
  [Si tutti] (documentare) Solo i seguenti _____
  _____
  _____ (documentare)

TROMBOLISI NELL'ICTUS ISCHEMICO
Se la Vs Azienda è autorizzata al trattamento trombolitico: SI x NOVI e TORTONA - NO CASALE
- quanti casi sono stati trattati nel 2009? 4 TORTONA 2 NOVI L. 0 CASALE
- quale è stata la latenza ("door to needle") dall'ingresso in DEA all'inizio del trattamento:
  Minima 160' min; Massima 180' min. Media 160' min

ATTIVITA' DI II LIVELLO: NEURORADIOLOGIA
Limitatatamente alle Aziende sede di attività di II livello: DGR 27/10/2008: "....nelle Aziende sede di attività di secondo livello le Neurochirurgie dovranno, a regime, essere affiancate da un servizio di neuroradiologia in grado di eseguire anche le prestazioni angiografiche"

- **La vostra Azienda risponde a tale requisito?**
  Si (documentare) No (motivare) _____

tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it

ALLEGATO 12

APPROPRIATEZZA ATTIVITÀ DI PRONTO SOCCORSO

Presidio Ospedaliero S. Spirito
Dipartimento di Emergenza e Accettazione Sanitaria- Pronto Soccorso

Statistiche tempi medi di permanenza in Pronto Soccorso di pazienti ricoverati
Periodo di riferimento 01/09/2009 – 31/12/2009

Reparto	Minuti di permanenza	Nr pazienti
Anestesia e rianimaz	46.38	45
Cardiologia	255.98	52
Chirurgia	150.10	184
Dermatologia	25.67	3
Malattie infettive	124.35	51
Medicina	113.64	410
Nefrologia	113.64	22
Neurologia	93.63	210
Oculistica	63.64	14
Oncologia	105.72	47
Ostetricia/ginec	129.67	110
Orl	310.75	16
Pediatria	169.42	36
Psichiatria	30.84	87
Traumatologia	78.70	145
Urologia	121.76	46
Utic	110.82	101

tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it

ALLEGATO 13

Linee guida per la distribuzione dell'Agenda della gravidanza nei Consultori Familiari ASL AL

La distribuzione dell'Agenda di gravidanza rappresenta un'occasione che riteniamo importante, ed in alcuni casi determinante nel definire il rapporto tra gli operatori dei servizi consultoriali e le donne in gravidanza.
Per questo, riteniamo utile indicare alcuni criteri che devono guidare l'organizzazione della distribuzione delle agende che avverrà ESCLUSIVAMENTE nei servizi consultoriali, così come voluto dall'Assessorato Regionale alla Salute.
Il razionale comune è quello di uniformare le modalità di distribuzione dell'Agenda al fine di evitare disparità di trattamento per le donne che accedono ai servizi in diversi distretti.
Inoltre, su indicazione della Direzione, il gruppo di coordinamento si fa carico della richiesta di uniformare a livello dell'ASL i passaggi informativi ed operativi che riguardano URP, CUP ed i sistemi informatici.
Ad esempio, la pagina 7 dell'Agenda sarà sostituita con un modulo aziendale unico a cura dell'URP per l'informazione sui servizi del Percorso Nascita.

INDICAZIONI OPERATIVE:

1. ogni sede consultoriale avrà cura di predisporre un'agenda/rubrica per segnare le Agende della gravidanza distribuite annotando i seguenti dati: data di consegna, nome della donna, data di nascita, data UM, firma della donna
2. l'informazione e la consegna devono essere date necessariamente alla donna interessata e mai per interposta persona
3. non utilizzare le agende originali per uso interno (a scopo di presentazione o formativo)
4. ogni consegna dell'Agenda deve essere accompagnata da una consulenza della durata potenziale dai 10 ai 20 minuti per donna, da prevedere nell'orario del servizio
5. in questa prima fase per la codifica della prestazione si dà indicazione di uniformare l'uso del **codice 39** (APERTURA DI CARTELLA IN GRAVIDANZA/qualsiasi operatore), sia nel caso che la prestazione sia limitata alla consegna/colloquio per le donne che non verranno seguite in consultorio, sia nel caso che per le donne seguite presso il consultorio coincida con il momento di effettiva apertura e compilazione della cartella, che corrisponde all'anamnesi/stili di vita/bilancio di salute
6. l'adozione dell'Agenda realizza l'obiettivo di un modello unico di documentazione in gravidanza per tutti i consultori. Tuttavia richiede cautela per la conservazione delle pagine che riguardano l'anamnesi e le visite, di cui riteniamo utile che rimanga copia presso il consultorio. Pertanto l'indicazione è di fotocopiare le pagine compilate dagli operatori, da conservare in consultorio, con l'osservanza delle disposizioni sui dati sensibili.
7. il nuovo protocollo degli esami in gravidanza per le donne che non hanno diritto alla consegna dell'Agenda (ovvero delle donne con gravidanza già in atto alla data del 1 ottobre- come da indicazioni regionali) prevede che gli esami di nuova prescrizione rientrino comunque nelle indicazioni della delibera DGR38-11960 del 4/8/2009 (esenzioni di nuovi esami come test di screening e tampone vaginale/rettale; abolizione dell'esenzione per transaminasi nel 1° trimestre e per l'ecografia ostetrica a 28-32 settimane)

tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it

SUGGERIMENTI

- Stampare delle copie rilegate, possibilmente 1 per ogni operatore o almeno 1 per sede consultoriale a disposizione per consultazione
- Ogni consultorio nella sua autonomia individuerà, compatibilmente con l'organizzazione del servizio, uno spazio temporale per la consegna dell'Agenda della gravidanza che permetta di rispondere agli obiettivi regionali. Queste modalità e gli orari conseguenti a disposizione dell'utenza dovranno essere inviati a Fulvia D'Addezio (fdaddezio@aslal.it) per la successiva comunicazione all'URP.
- E' opportuno che ogni servizio organizzi un momento di confronto fra TUTTI gli operatori sulla modalità di utilizzo dello strumento che dovrà essere integrato nel percorso gravidanza.

AGENDA DI GRAVIDANZA – ISTRUZIONI

A far data dal 01.11.09 verranno distribuite le Agende di Gravidanza in base alla nuova normativa Regionale.

CESSA COSI' L'EMISSIONE DELLA ESENZIONE MATER LADDOVE IN VIGORE!!

Poiché le agende verranno consegnate in base alla data di concepimento, le pazienti che si presenteranno agli sportelli potranno avere o l'agenda di gravidanza con relativa modulistica, o la prescrizione del MMG o Specialista Consultoriale.

Per l'intero mese di novembre coesisteranno le due normative di riferimento per la gestione delle prestazioni esenti:

a chi si presenterà con la prescrizione del medico curante o consultoriale, si applicherà il D.M. 10.09.1998 attualmente in uso.

a chi si presenterà con la nuova modulistica dell'agenda di gravidanza si applicherà la nuova normativa.

Operativamente le procedure di registrazione differiranno secondo il seguente schema:

Prescrizione /impegnativa MMG o consultoriale

registrare secondo l'abituale procedura con differenziazione nell'indicazione della settimana di gravidanza per esenzione: il periodo compreso entro la 13^ settimana dovrà essere indicato in campo esenzione con l'aggiunta di uno 0 davanti al n. di riferimento della settimana di gravidanza

M001

M002

tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it

M003
M004
M005
M006
M007
M008
M009
M010
M011
M012
M013

QUESTA CODIFICA SARA' ATTIVA SOLO PER LE PRESCRIZIONI MUTUALISTICHE SOLO PER IL MESE DI NOVEMBRE

Per le prescrizioni relative ad esami oltre la 14^ settimana valgono le codifiche precedenti.

Prescrizioni agenda di gravidanza

Registrare obbligatoriamente il medico prescrittore con la sigla **AGRAV** ed il numero progressivo del codice a barre compresa la lettera G
per la gestione delle esenzioni in base alla settimana di gravidanza utilizzare i codici attualmente in uso (**M01 – M02** ……) in quanto su tali codici verranno apportate le modifiche in base alle esenzioni previste dall'agenda di gravidanza.

In caso di prescrizioni aggiuntive su impegnative del MMG o consultoriale le pazienti dovranno pagare il relativo ticket, fatto salvo l'indicazione di gravidanza a rischio M50

I CODICI ESENZIONE M01- M02 – M03 …..DIVENTERANNO GLI UNICI UTILIZZABILI A FAR DATA DAL 01.12.2009 SIA PER LE AGENDE DI GRAVIDANZA CHE PER LE PRESCRIZIONI DEL MMG O CONSULTORIALE.

DAL MESE DI DICEMBRE SARANNO ESENTI ESCLUSIVAMENTE GLI ESAMI PREVISTI DALL'AGENDA DI GRAVIDANZA, DECADENDO PERTANTO LE ESENZIONI PREVISTE DAL DECRETO PRECEDENTE.
FATTE SALVE LE PRESTAZIONI IN EPOCA PRECONCEZIONALE.

tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it

PER COLORO I QUALI UTILIZZANO AS400 PER GLI ESAMI DI LABORATORIO E' POSSIBILE UTILIZZARE I SEGUENTI CODICI PROFILO PER L'INSERIMENTO DEGLI ESAMI IN BASE AL NUMERO PROGRESSIVO DI PRESCRIZIONE PRESENTE SULLA MODULISTICA DELL'AGENDA DI GRAVIDANZA:

LB AG01 per gli esami appartenenti alla prescrizione 01
LB AG02 per gli esami appartenenti alla prescrizione 02
LB AG05 per gli esami appartenenti alla prescrizione 05
LB AG06 per gli esami appartenenti alla prescrizione 06
LB AG08 per gli esami appartenenti alla prescrizione 08
LB AG09 per gli esami appartenenti alla prescrizione 09
LB AG10 per gli esami appartenenti alla prescrizione 10
IL TAMPONE CHE DOVRA' ESSERE CODIFICATO IN PIU' QUALORA VENGA ESEGUITO
LB AG11 per gli esami appartenenti alla prescrizione 11
LB AG13 per gli esami appartenenti alla prescrizione 13 PER IL PADRE BIOLOGICO

Occorre prestare attenzione a eventuali esami barrati e controfirmati che dovranno essere cancellati dall'elenco di prenotazione.

In caso di prescrizioni aggiuntive su impegnative del MMG o consultoriale le pazienti dovranno pagare il relativo ticket, fatto salvo l'indicazione di gravidanza a rischio M50

L'Agenda di Gravidanza prevede la possibilità di prenotare telefonicamente, fornendo gli estremi relativi alla prescrizione.
In caso di prescrizione di prestazioni aggiuntive su impegnativa MMG non è possibile procedere alla prenotazione telefonica.

Concordare con il proprio responsabile le modalità per l'attivazione di tale servizio.

tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it

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

Linee guida per la distribuzione dell'Agenda della gravidanza nei Consultori Familiari dell'ASL AL

La distribuzione dell'Agenda di gravidanza rappresenta un'occasione importante ed, in alcuni casi determinante nel definire il rapporto tra gli operatori dei servizi consultoriali, le donne in gravidanza ed i Punti Nascita.
Per questo, si ritiene utile indicare alcuni criteri che devono guidare l'organizzazione della distribuzione delle agende che avverrà ESCLUSIVAMENTE nei servizi consultoriali, così come voluto dall'Assessorato Regionale alla Salute.
L'obiettivo è quello di uniformare le modalità di distribuzione dell'Agenda al fine di evitare disparità di trattamento per le donne che accedono ai servizi nei diversi distretti.
Il gruppo di coordinamento sta definendo i passaggi informativi ed operativi che riguardano URP, CUP ed i sistemi informatici e ne informerà tempestivamente tutti i Consultori (ad esempio, la pagina 7 dell'Agenda sarà sostituita con un modulo aziendale unico a cura dell'URP per l'informazione sui servizi del Percorso Nascita).

INDICAZIONI OPERATIVE:

1. l'agenda sarà in questa prima fase distribuita alle donne con UM dal 15/8/2009 RESIDENTI in Piemonte (anche straniere domiciliate)
2. ogni sede consultoriale avrà cura di predisporre un'agenda/rubrica per segnare le Agende della gravidanza distribuite annotando i seguenti dati: data di consegna, nome della donna, data di nascita, data UM, firma della donna
3. l'informazione e la consegna devono essere date necessariamente alla donna interessata e mai per interposta persona
4. le agende originali sono destinate ESCLUSIVAMENTE alle gravide
5. ogni consegna dell'Agenda dovrà essere accompagnata da una consulenza della durata potenziale dai 10 ai 20 minuti per donna
6. in questa prima fase per la codifica della prestazione l'indicazione di uniformità è l'uso del **codice 39** (APERTURA DI CARTELLA IN GRAVIDANZA/qualsiasi operatore), sia nel caso che la prestazione sia limitata alla consegna/colloquio per le donne che non verranno seguite in consultorio, sia per le donne seguite presso il consultorio, per le quali seguirà l'ulteriore momento di effettiva apertura e compilazione dell'Agenda (anamnesi/stili di vita/bilancio di salute) senza ulteriore caricamento del codice 39
7. il progetto prevede l'archiviazione informatica dei dati relativi alle sezioni cliniche. In attesa di ciò, si dovranno fotocopiare le pagine compilate dagli operatori, da conservare in consultorio, con l'osservanza delle disposizioni sui dati sensibili (in sostituzione delle cartelle ostetriche in uso)
8. il nuovo protocollo degli esami in gravidanza per le donne che non hanno diritto alla consegna dell'Agenda (ovvero delle donne con gravidanza già in atto alla data del 1 ottobre- come da indicazioni regionali) prevede che gli esami di nuova prescrizione rientrino comunque nelle indicazioni della delibera DGR38-11960 del 4/8/2009 (ad esempio: esenzioni di nuovi esami come test di screening e tampone vaginale/rettale; abolizione dell'esenzione per transaminasi nel 1° trimestre e per l'ecografia ostetrica a 28-32 settimane)

Le impegnative valgono solamente per i laboratori pubblici della Regione Piemonte.

(Il Guppo di Coordinamento)

Dott.ssa Fulvia D'Addezio — Dott.ssa Licia Baima — Dott.ssa Claudia Deagatone

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

ALLEGATO 14

TITOLO DELL'INIZIATIVA FORMATIVA: Il rischio clinico: di cosa stiamo parlando?

Sede: Teatro Parvum Alessandria

Date: I edizione 21 – 24 settembre, II edizione 20 – 22 ottobre, III edizione 17 – 19 novembre 2009

1° GIORNATA				
Sessione 1	***Dalle ore 9.00 alle ore 13.00***	***Titolo/argomento***	***Metodi Didattici****	***Docenti / sostituti***
	Dalle ore 9.00 alle ore 10.00	I rischi nell'Azienda Sanitaria	LRP	P. Costanzo
	Dalle ore 10.00 alle ore 11.00	Problematiche degli eventi avversi	LRP	S. Romano
	Dalle ore 11.00 alle ore 13.00	Tecniche e strumenti	LRP	M. Desperati, P. Gastaldi
Sessione 2	***Dalle ore 14.00 alle ore 16.30***	***Titolo/argomento***	***Metodi Didattici****	***Docenti / sostituti***
	Dalle ore 14.00 alle ore 15.00	Il rischio infettivo	LRP	D. Balestrino
	Dalle ore 15.00 alle ore 16.00	Problematiche inerenti i farmaci e i dispositivi medici	LRP	D. Cantù
	Dalle ore 16.00 alle ore 16.30	Dibattito	C/D	P. Costanzo, M. Desperati,. P. Gastaldi, S. Romano, D. Balestrino, D. Cantù

2° GIORNATA				
Sessione 1	***Dalle ore 9.00 alle ore 13.00***	***Titolo/argomento***	***Metodi Didattici****	***Docenti / sostituti***
	Dalle ore 9.00 alle ore 10.00	Consenso informato e documentazione sanitaria	LRP	C. Castellotti
	Dalle ore 10.00 alle ore 11.00	I rischi del personale	LRP	M. Pestarino
	Dalle ore 11.00 alle ore 12.00	La medicina legale clinica nella gestione del rischio	LRP	R. Cavaliere
	Dalle ore 12.00 alle ore 13.00	La responsabilità professionale	LRP	E. Garibaldi
Sessione 2	***Dalle ore 14.00 alle ore 16.30***	***Titolo/argomento***	***Metodi Didattici****	***Docenti / sostituti***
	Dalle ore 14.00 alle ore 15.00	Le polizze aziendali	LRP	M. D. Cogo
	Dalle ore 15.00 alle ore 16.00	Dibattito	C/D	C. Castellotti, M. Pestarino, R. Cavaliere, E. Garibaldi, M. D. Cogo
	Dalle ore 16.00 alle ore 16.30	Test ECM	VA	

tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it

TOTALE ORE DELL'INIZIATIVA FORMATIVA: 13.00

*riportare la sigla

	Metodi
C/D	Confronto/dibattito tra discenti ed esperto/docente/relatore
DT	Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti
ED	Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche
DF	Discussione di filmati
LPG	Lavori a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produzione di rapporto finale da discutere con l'esperto
LG	Lavori di gruppo
VDA	Incontri di verifica a distanza dell'apprendimento
CC	Presentazione e discussione di problemi o di casi clinici in seduta plenaria
IPE	Istruzione e presentazione e discussione di un elaborato (project work)
LRP	Lezioni e relazioni su tema preordinato
RP	Role playing
TD	Tavole rotonde
VA	Verifica di apprendimento

tel. 0142 434635 – fax 0412 434361
email: direzione@aslal.it