



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 2010 - ASL AL

INDICE

- **PREMESSA**

- **INTERVENTI ORGANIZZATIVI**

- **ANDAMENTO ECONOMICO - GESTIONALE**

- **ANALISI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI DEI DIRETTORI GENERALI
ANNO 2010 (D.G.R. n. 10-75 del 17.05.2010)**

PREMESSA

Il percorso di costituzione dell'ASL AL e le scelte strategiche, organizzative, nonché le azioni dell'anno 2010 hanno avuto quale quadro di riferimento gli indirizzi forniti dal Piano Socio Sanitario Regionale 2008-2010 e dal piano di rientro per il perseguimento dell'equilibrio della gestione nell'anno 2010.

La costituzione dell'ASL AL, un percorso impegnativo e sfidante, ha avuto attori ed interlocutori importanti, quali la Conferenza dei Sindaci, che hanno rappresentato un importante momento di confronto con i partner istituzionali, i cittadini utenti, le associazioni, gli operatori.

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

INTERVENTI ORGANIZZATIVI

Il processo di riorganizzazione e semplificazione organizzativa adottato per superare le frammentazioni e garantire un'aggregazione ampia per affinità ha determinato condivisioni di linguaggio, di obiettivi, di strumenti, e ha posto in tal modo le basi per un cambiamento evolutivo reale in termini di:

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

Questo ha comportato, in generale, la riduzione di nr. 21 dipartimenti e di nr. 42 strutture complesse rispetto alla situazione precedente, con un profondo cambiamento soprattutto nel settore del supporto amministrativo e tecnico-logistico.

L'organizzazione dei servizi di supporto amministrativo è stata attuata, in via definitiva come previsto nel Piano di organizzazione, ed ha comportato il passaggio da n. 24 Strutture complesse e n. 6 Dipartimenti presenti nelle 3 ex AA.SS.LL. a n. 8 Strutture complesse di supporto più n. 2 inserite nei servizi sanitari (Coordinamento amministrativo rete ospedali – Distretti), organizzate in n. 2 Dipartimenti (Amministrativo e Tecnico logistico) con l'applicazione del modello dual ladder.

I modelli di progressione di carriera, con l'assegnazione di incarichi e ruoli di responsabilità, rappresentano una delle logiche organizzative più incisive per la motivazione e lo sviluppo delle risorse umane aziendali; per il personale rappresenta un riconoscimento delle capacità potenziali e delle competenze acquisite, per l'organizzazione costituiscono un meccanismo per valorizzare e selezionare le risorse umane.

Tradizionalmente, la progressione di carriera nell'ambito delle realtà della Pubblica Amministrazione coincide con l'assunzione di crescenti responsabilità manageriali, coincidenti con l'attribuzione di

incarichi di struttura via via più rilevanti; a questo sistema l'Azienda affiancato un modello che prevede due percorsi di carriera dirigenziale paralleli (dual ladder):

- percorso manageriale tradizionale (incarichi di struttura)
- percorso di carriera su base tecnico-professionale (incarichi di natura professionale)

Nel sistema così definito, ai due percorsi di carriera sono attribuiti ruoli, funzioni e responsabilità tra loro paralleli e complementari.

L'azione aziendale a seguito dell'accorpamento ha registrato una costante e significativa diminuzione della dotazione di personale amministrativo, che è stata compensata con il forte intervento di riorganizzazione nel settore.

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

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

Con deliberazione del D.G. nr. 1704 del 15.09.09 "Atto aziendale ASL AL: costituzione di un Dipartimento unico di Prevenzione in ambito provinciale - prima fase" viene costituito un Dipartimento unico di prevenzione in ambito provinciale (costituito dalle s.o.c. SIAN, SISP, SPRESAL, Veterinaria aree A-B-C, Presidio multizonale di profilassi e polizia veterinaria) che si interfaccia con il Centro regionale per i rischi da amianto e con la s.o.c. Epidemiologia;

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

Con deliberazione n. 841 del 30.06.10 "Dipartimento unico di Prevenzione in ambito provinciale: seconda fase" vengono infine attribuite in via definitiva le titolarità delle s.o.c. ricomprese nell'ambito del dipartimento.

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

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

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

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

I Distretti Sanitari che costituiscono l'ASL AL sono 7: **Alessandria, Acqui Terme, Casale Monferrato, Novi Ligure, Ovada, Tortona, Valenza**. I Comuni compresi in tali Distretti sono complessivamente 195. Gli abitanti totali dell'insieme dei Distretti che compongono attualmente l'ASL AL erano 430.586 nel 2001. In tabella sono descritti i residenti distribuiti per aree specifiche nell'anno 2006.

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

POPOLAZIONE		2009
DISTRETTO	ALESSANDRIA	124.940
DISTRETTO	ACQUI TERME	43.520
DISTRETTO	CASALE MONFERRATO	86.842
DISTRETTO	NOVI LIGURE	73.996
DISTRETTO	OVADA	28.587
DISTRETTO	TORTONA	62.694
DISTRETTO	VALENZA	31.656
AZIENDA	ASL AL	452.235

ASSISTENZA RESIDENZIALE ANZIANI

	DISTRETTO ALESSANDRIA			DISTRETTO TORTONA			DISTRETTO CASALE			DISTRETTO VALENZA		
	al 31.12.08	al 31.12.09	al 31.12.10	al 31.12.08	al 31.12.09	al 31.12.10	al 31.12.08	al 31.12.09	al 31.12.10	al 31.12.08	al 31.12.09	al 31.12.10
>65A IN STRUTTURA	540	547	542	196	201	214	388	389	393	107	108	109
di cui rivalutati psych.	65	62	53	20	21	21	49	54	51	1	1	1
POP TOT	124.465	124.940	124.940	62.603	62.694	62.694	87.161	86.842	86.842	31.844	31.656	31.656
POP >65A	30.181	30.314	30.314	16.305	16.262	16.262	22.754	22.565	22.565	7.975	7.961	7.961
% POP >65A	24,2%	24,3%	24,3%	26,0%	25,9%	25,9%	26,1%	26,0%	26,0%	25,0%	25,1%	25,1%
PL 100 >65A	1,79	1,80	1,79	1,20	1,24	1,32	1,71	1,72	1,74	1,34	1,36	1,37

	DISTRETTO ACQUI			DISTRETTO NOVI			DISTRETTO OVADA			TOTALE		
	al 31.12.08	al 31.12.09	al 31.12.10	al 31.12.08	al 31.12.09	al 31.12.10	al 31.12.08	al 31.12.09	al 31.12.10	al 31.12.08	al 31.12.09	al 31.12.10
>65A IN STRUTTURA	182	182	182	288	289	298	105	106	110	1.806	1.822	1.848
di cui rivalutati psych.	4	4	7	8	8	20	5	3	4	152	153	157
POP TOT	43.465	43.520	43.520	73.599	73.996	73.996	28.515	28.587	28.587	451.652	452.235	452.235
POP >65A	12.553	12.537	12.537	19.003	19.038	19.038	7.808	7.906	7.906	116.579	116.583	116.583
% POP >65A	28,9%	28,8%	28,8%	25,8%	25,7%	25,7%	27,4%	27,7%	27,7%	25,8%	25,8%	25,8%
PL 100 >65A	1,45	1,45	1,45	1,52	1,52	1,57	1,34	1,34	1,39	1,55	1,56	1,59

PROFILI DI SALUTE

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

Nel profilo di salute vengono a confluire:

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

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

Si compone, essenzialmente, di tre elementi costitutivi:

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

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

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

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

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

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

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

Il piano di salute consiste, pertanto, nella messa in atto delle azioni di competenza degli Amministratori locali - ponderate sulla base delle evidenze emerse dallo studio preliminare del profilo di salute - volte a produrre una selezione partecipata delle priorità, a valutare l'impatto degli interventi già progettati, a prevenire, ridurre o rimuovere i fattori negativi e a promuovere e diffondere, invece, i fattori positivi che incidono sulla salute di una collettività.

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

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

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

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

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

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

L'assetto organizzativo della rete ospedaliera dell'ASL AL è stato definito tenendo conto della presenza sul territorio di n. 6 Presidi ospedalieri adottando un modello organizzativo a rete che consenta di valorizzare i singoli presidi ospedalieri come luogo di produzione al servizio delle comunità locali e dell'intero territorio provinciale, realizzando un'equa distribuzione delle risorse alla luce delle sinergie funzionali e operative introdotte fra i diversi ospedali.

I Direttori delle SOC Direzioni Mediche dei vari presidi ospedalieri, coadiuvati dalla figura del Coordinatore negoziano con la Direzione Generale le risorse umane (ad alta specializzazione) e strumentali da assegnare ai singoli presidi, sulla base dei bisogni evidenziati dai direttori di dipartimento facilitando, inoltre, il raccordo fra la rete ospedaliera e le altre macrostrutture aziendali, (Distretti, Dipartimento di Prevenzione), per far sì che l'Azienda sia sempre più un sistema integrato sia sul piano manageriale sia su quello professionale.

I Dipartimenti ospedalieri, in coerenza con la realizzazione concreta della rete dei presidi, sono stati configurati come dipartimenti funzionali e trasversali sui 6 ospedali, per soddisfare due elementi organizzativi di base, la qualità clinico assistenziale e l'efficienza gestionale e pertanto se ne richiede la riconferma.

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

Al Direttore del Presidio ospedaliero compete la responsabilità di garantire le condizioni organizzative e tecnico sanitarie necessarie al raggiungimento degli obiettivi delle singole unità operative e dei Dipartimenti, sviluppando la continuità delle cure all'interno dell'ospedale in raccordo con i servizi territoriali.

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

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

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

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

- definizione delle risorse disponibili, intese come vincolo di spesa per la complessiva gestione dell'anno; in misura di 772,3 mln;
- vincolo alla spesa relativa al personale dipendente in ragione di 216,1 mln euro;

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

- non sottoscrivere nuovi contratti che comportino l'incremento di costi per prestazioni specialistiche ed ospedaliere acquistate da strutture private nelle more delle linee guida regionali; in virtù di ciò l'azienda ha basato la sua programmazione sui contratti, in regime di proroga, già sottoscritto per il 2009;
- razionalizzare gli acquisti, agendo sulla gamma dei beni da acquistare, sulle clausole contrattuali e sull'aggregazione dei processi di acquisto;
- responsabilizzare i medici prescrittori, dipendenti e convenzionati; nel merito l'azienda ha già da tempo attivato – ed ora potenziato – sessioni di lavoro, estese anche ai farmacisti, per un sempre più razionale impiego di risorse;
- in generale non modificare gli atti aziendali e comunque a non attivare nuovi servizi con conseguenti maggiori oneri per l'anno in corso e quelli futuri; non risultano ad oggi provvedimenti adottati in contrasto con l'accordo.

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

ANDAMENTO ECONOMICO - GESTIONALE

L'equilibrio della gestione

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

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

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

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

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

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

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

Di seguito si rappresentano alcuni fondamentali economici relativi alla gestione di questa Direzione (2006/10), tenuto conto che i dati del triennio 2005/07 rappresentano il consolidamento delle tre estinte ASR

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

* consolidamento 3 asl estinte

Precisato che:

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

Tutto ciò chiarito si evidenziano gli indici di incremento del FSR e del Fabbisogno come sopra definiti dai quali è facilmente deducibile che il risanamento del bilancio è stato raggiunto attraverso una importante razionalizzazione dei cicli produttivi e dei fattori in essi impiegati infatti la positiva differenza tra incremento di finanziamento ed incremento di fabbisogno rappresenta concettualmente il riassorbimento del ripiano (leggasi anche maggiore fabbisogno non coperto da FSR).

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

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

- definizione delle risorse disponibili, intese come vincolo di spesa per la complessiva gestione dell'anno; in misura di 772,3 mln; al proposito esistono ad oggi sufficienti elementi per affermare che l'obiettivo sarà sostanzialmente raggiunto
- vincolo alla spesa relativa al personale dipendente in ragione di 216,1 mln euro; al proposito è da ricordare che analogo obiettivo (in misura ovviamente diversa) era già previsto per la gestione 2008 e 2009 e sempre raggiunto dall'azienda. Stante dunque "l'allineamento" già

prodotto in tali esercizi, l'azienda è nella condizione di rispettare il vincolo, di non dover operare "tagli" indiscriminati ma al contrario può procedere ad una sostanziale copertura del turn – over nelle professioni sanitarie e anche, ove necessario, potenziare gli organici con economie sugli altri ruoli. In altre parole, il corposo lavoro di riorganizzazione svolto consente di non porre il sistema sotto eccessivo stress, il ché, data la congiuntura economica che stiamo attraversando, pare un ottimo risultato.

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

- non sottoscrivere nuovi contratti che comportino l'incremento di costi per prestazioni specialistiche ed ospedaliere acquistate da strutture private nelle more delle linee guida regionali; in virtù di ciò l'azienda ha basato la sua programmazione sui contratti, in regime di proroga, già sottoscritto per il 2009
- razionalizzare gli acquisti, agendo sulla gamma dei beni da acquistare, sulle clausole contrattuali e sull'aggregazione dei processi di acquisto
- responsabilizzare i medici prescrittori, dipendenti e convenzionati; nel merito l'azienda ha già da tempo attivato – ed ora potenziato – sessioni di lavoro, estese anche ai farmacisti, per un sempre più razionale impiego di risorse
- in generale non modificare gli atti aziendali e comunque a non attivare nuovi servizi con conseguenti maggiori oneri per l'anno in corso e quelli futuri; non risultano ad oggi provvedimenti adottati in contrasto con l'accordo.

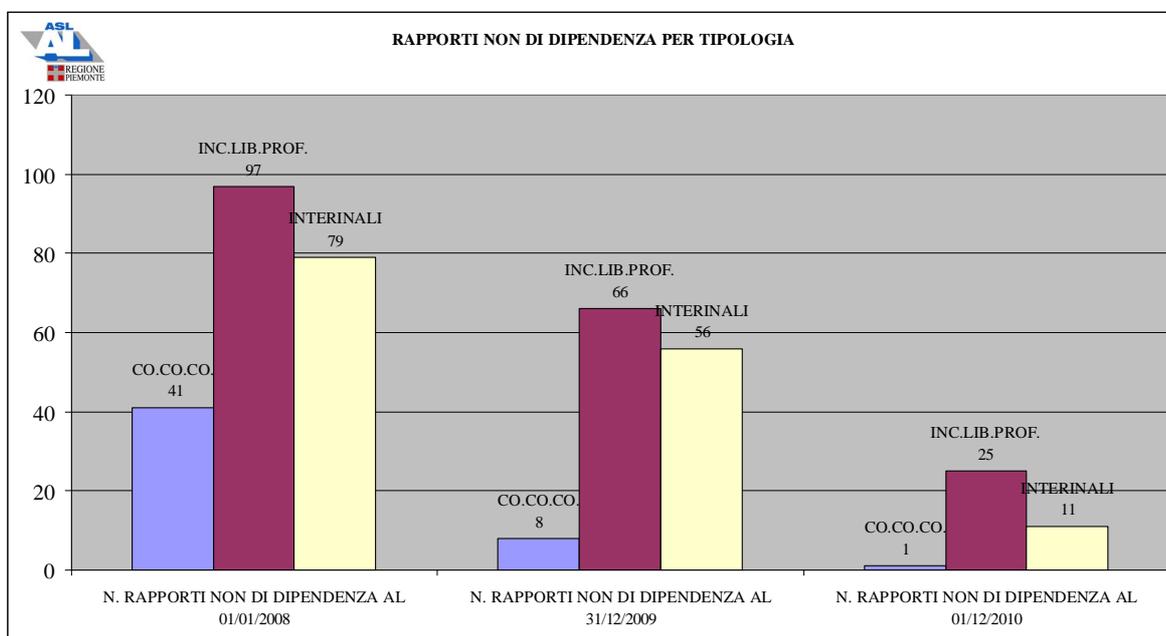
Ritenendo infine importante un richiamo all'evoluzione complessiva della gestione nel periodo considerato pare significativo riferire che l'indice di incremento del fabbisogno dell'ASL AL per il quinquennio 2006/2010 è pari al 10,8%, nel medesimo periodo il FOI (indice nazionale dei prezzi al consumo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

Il Personale

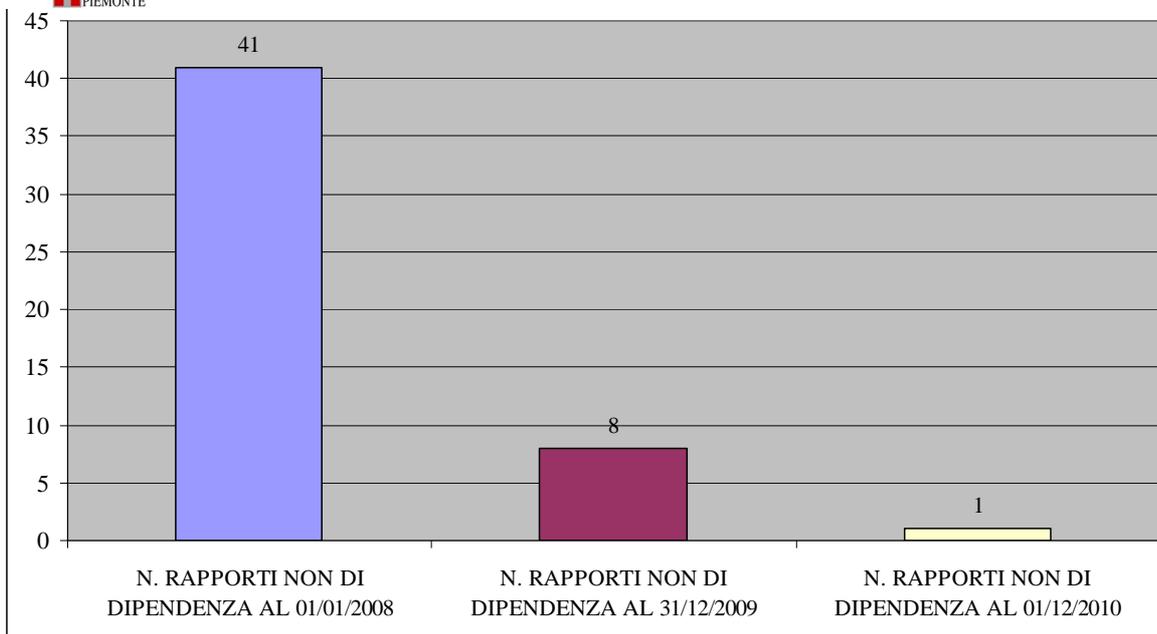
Il tetto del costo del personale per il 2010 è fissato in euro 216 milioni con riferimento a personale dipendenti e interinale; come sopra riferito i costi accertati nel bilancio di verifica consentono di confermare che tale tetto è stato rispettato al 31/12. Si precisa che nel contempo non si registrano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

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

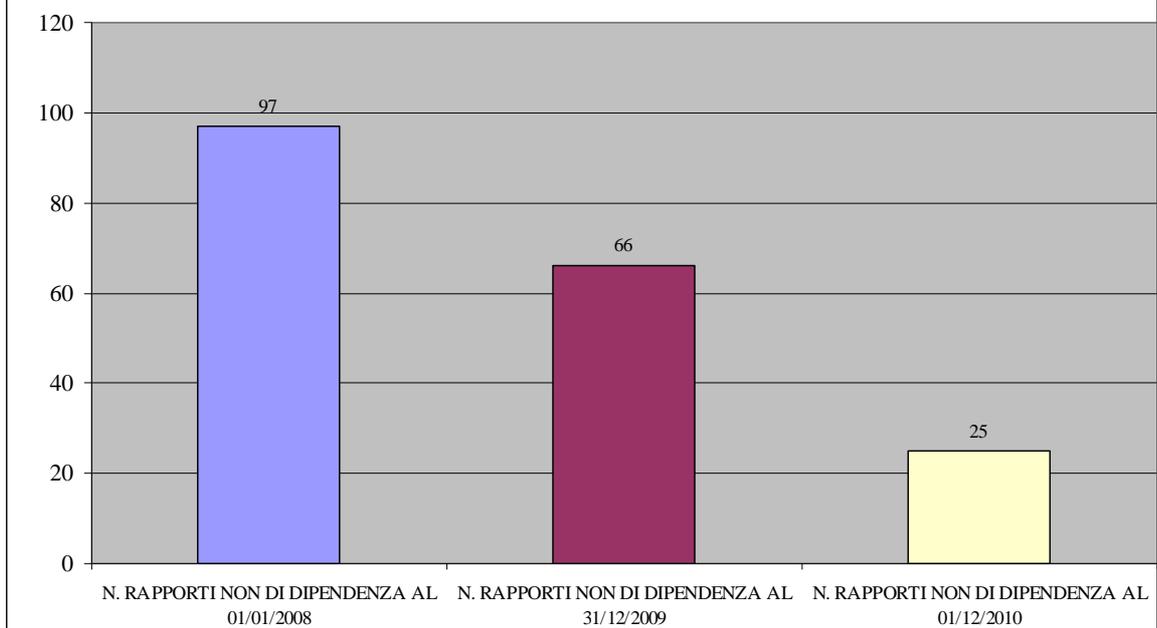
Rapporti non di dipendenza

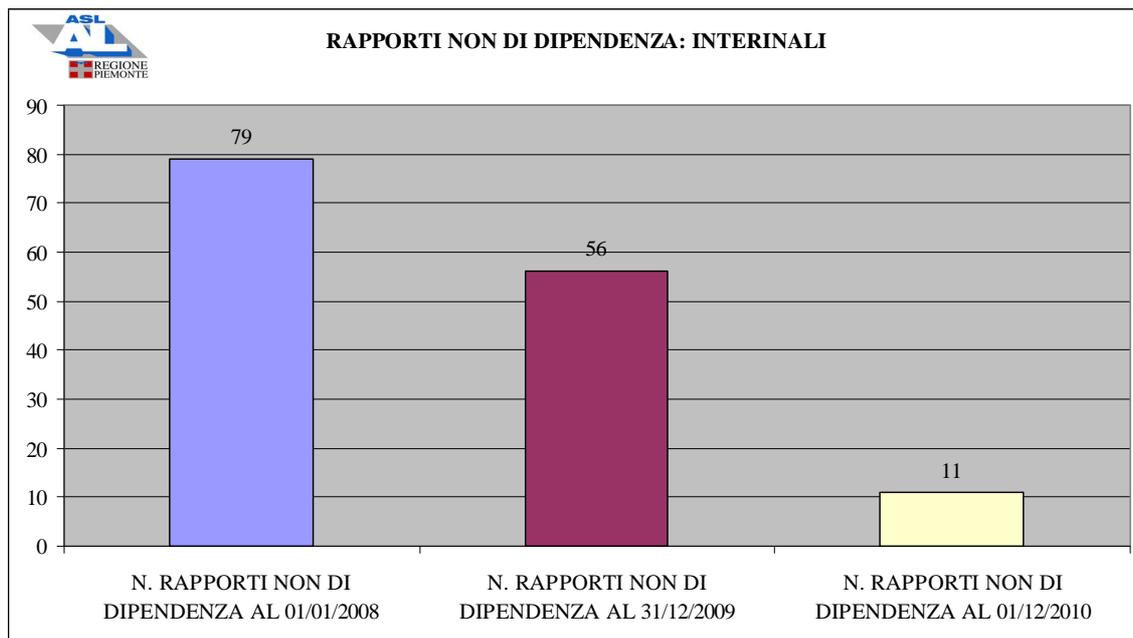


RAPPORTI NON DI DIPENDENZA: CO.CO.CO.



RAPPORTI NON DI DIPENDENZA: INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI





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

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

ANALISI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI DEI DIRETTORI GENERALI ANNO 2010 (D.G.R. n. 10-75 del 17.05.2010)

Si relaziona in merito agli obiettivi assegnati per l'anno 2010 ai Direttori Generali con D.G.R. n. 10-75 del 17.05.2010; si precisa che gli obiettivi sono stati declinati sulle schede di budget delle Strutture competenti per area/settore/funzione in modo da garantire una puntuale responsabilizzazione sul raggiungimento degli stessi.

ACQUISTI CENTRALIZZATI – risparmio economico e standardizzazione prodotti

INDICATORE: 1)

Rispetto della programmazione temporale individuata nel piano triennale

Il calcolo dell'indicatore viene effettuata con riferimento alla programmazione triennale a livello sovrazonale effettuata con deliberazione del Direttore Generale n. 2 dell'08.01.2009, successivamente integrata con deliberazione del Direttore Generale n. 797 del 20.03.2009 e, per l'anno 2010, con deliberazione del Direttore Generale n. 798 del 23.06.2010, tutte esecutive nelle forme di legge. Modalità di calcolo: percentuale di procedure di gara per le quali si è già proceduto alla formale indizione rispetto al totale delle procedure indicate nel piano triennale.

Relazione:

Elenco delle procedure da concludere entro il 31.12.2010 come da piano triennale

Prodotti cartacei per ufficio – carta in risme
Articoli di cancelleria
Telini e vestiario monouso
Pannoloni per incontinenti
Materiali per anestesia e rianimazione

Esito:

Prodotti cartacei per ufficio – carta in risme	Procedura divenuta di competenza esclusiva della Società di Committenza Regionale
Articoli di cancelleria	Procedura divenuta di competenza esclusiva della Società di Committenza Regionale
Telini e vestiario monouso	In fase di predisposizione del capitolato speciale da parte del nucleo tecnico
Pannoloni per incontinenti	Indetta ed aggiudicata con deliberazione del Direttore Generale n. 972 del 29.07.2010
Materiali per anestesia e rianimazione	In fase di predisposizione del capitolato speciale da parte del nucleo tecnico

INDICATORE: 2)

Percentuale di risparmio realizzato delle gare sovrazionali con riferimento alla spesa media storica realizzata per le medesime forniture realizzata dalle A.S.R. afferenti l'area sovrazionali nelle gare precedenti.

Il calcolo dell'indicatore viene realizzato con riferimento alle procedure di gara a livello sovrazionale aggiudicate dalla data di adozione della richiamata D.G.R. n. 10-75 del 17.05.2010 fino al 31.12.2010, trattandosi di obiettivi assegnati per l'anno in corso e viene quantificato con riferimento al raffronto tra la spesa storica e quella sostenuta con le condizioni economiche derivanti dall'aggiudicazione della gara sovrazionale.

Relazione:

Riferimento fornitura: PANNOLONI AD USO OSPEDALIERO

Riferimento Deliberazione n. 972 del 29.07.2010

Importo annuale a base d'asta: € 107.444,60 I.V.A. esclusa

Importo annuale di aggiudicazione: € 91.404,00 I.V.A. esclusa

Risparmio: -14,929%

INDICATORE: 3)

Percentuale di riduzione del numero dei prodotti messi a gara nelle procedure indette rispetto al numero di prodotti messi a gara nelle procedure precedentemente svolte dalle A.S.R. afferenti l'area sovrazionale.

Il calcolo dell'indicatore viene realizzato con riferimento alle procedure di gara a livello sovrazionale aggiudicate dalla data di adozione della richiamata D.G.R. n. 10-75 del 17.05.2010 fino al 31.12.2010, trattandosi di obiettivi assegnati per l'anno in corso e viene quantificato, per gare omogenee, con il tasso di riduzione del numero dei prodotti messi in gara nelle procedure aggiudicate rispetto a quelli inseriti nelle precedenti gare.

Relazione:

Riferimento fornitura: PANNOLONI AD USO OSPEDALIERO

Riferimento Deliberazione n. 972 del 29.07.2010

Numero articoli posti in gara e aggiudicati: 4 varie misure

Numero degli articoli posti in gara e aggiudicati nella precedente aggiudicazione avente pari oggetto: **4 varie misure (riferimento determinazione del Direttore del Dipartimento Tecnico Logistico ex A.S.L. n. 22 n. 595 del 19.07.2005 – Lotto 1)**

INDICATORE:4)

Percentuale di riduzione nell'ambito della spesa per l'approvvigionamento di dispositivi medici impiantabili attivi, dei dispositivi acquistati su specifica richiesta delle strutture utilizzatrici per le loro caratteristiche di unicità ed infungibilità

Il calcolo dell'indicatore viene effettuato con riferimento al numero dei dispositivi medici impiantabili attivi acquistati per ragioni di specificità ed infungibilità rispetto a quelli acquistati attingendo dalle risultanze della gara sovrazionale attualmente vigente.

Relazione:

Per quanto concerne l'indicatore in esame, si evidenzia che nel corso del 2010 non sono stati acquisiti dispositivi medici impiantabili attivi per ragioni di specificità ed infungibilità rispetto a quelli acquistati attingendo dalle risultanze della gara sovrazonale attualmente vigente.

APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA FARMACEUTICA OSPEDALIERA

AMBITO APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA FARMACEUTICA TERRITORIALE

1. PERCENTUALE DI MOLECOLE A BREVETTO SCADUTO: 53,32
2. PERCENTUALE DI FARMACI A BREVETTO SCADUTO AD AZIONE SUL SISTEMA RENINA-ANGIOTENSINA: 56,76
3. PERCENTUALE PRESCRIZIONI INIBITORI DI POMPA PROTONICA A BREVETTO SCADUTO: 77,08

AMBITO APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA FARMACEUTICA OSPEDALIERA

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 il rispetto delle previsioni di Registri o Note AIFA finalizzati a garantirne l'appropriatezza d'uso.

Il Farmacista aziendale quotidianamente verifica la correttezza della compilazione dei Piani terapeutici redatti dallo Specialista dei PP.OO. dell'ASL AL o di altri Centri prescrittori anche al fine di sostenere la continuità Ospedale-Territorio.

I settori di maggiore intervento che hanno visto impegnate le Strutture farmaceutiche sotto il coordinamento Dipartimentale, al fine di garantire omogeneità operativa a livello aziendale, sono stati individuati nella riunione di Comitato del 03.08.2010 e vengono sotto elencati:

- Bifosfonati
- Ormone somatotropo
- Eritropoietine fuori indicazione
- Malattie rare
- AIFA ONCO

Il Dipartimento del Farmaco ha posto in essere un costante monitoraggio e stimolato le proprie Strutture verso la realizzazione di interventi, anche formativi, sul tema dell'appropriatezza dedicati alla Classe medica, sia ospedaliera che convenzionata.

Tali azioni hanno visto il costante coinvolgimento del Coordinamento dei Distretti e dei PP.OO.

2. INCENTIVAZIONE DELL'UTILIZZO DEI FARMACI BIOEQUIVALENTI

Alla scadenza del brevetto di ogni farmaco viene messa in atto adeguata informazione nei confronti della Classe medica, Specialisti e convenzionati, perché orienti le prescrizioni delle singole classi terapeutiche verso i farmaci generici, inducendo, in tal modo, un considerevole risparmio di risorse. L'attività è resa dalle Strutture farmaceutiche aziendali sotto il coordinamento dipartimentale.

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 equivalenti.

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 indicato agli Specialisti aziendali di riportare sulla lettera di dimissione il nome del principio attivo anziché della specialità medicinale.

I settori di maggiore intervento messi in atto circa i farmaci biosimilari sono stati i seguenti:

- Interferone alfa
- Epoetina alfa
- Filgrastim (fattore di crescita granulocitario)

Il Dipartimento del Farmaco ha promosso la realizzazione del seminario dedicato alla popolazione dal titolo "I farmaci equivalenti: una risposta alle tue domande", incontro di informazione indipendente per i cittadini realizzato in rete con : Comune, Assogenerici, Ordine e Associazione Titolari di Farmacie della Provincia di Alessandria ed ANTEAS.

L'evento nel 2010 si è tenuto nei distretti di Alessandria e Tortona.

Sono stati, altresì, calendarizzati per l'anno 2011 analoghi seminari negli ulteriori ambiti territoriali aziendali.

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

La metodologia di gestione degli acquisti attraverso lo strumento del contratto estimatorio ha richiesto l'attivazione di un particolare processo che ha implicato il coinvolgimento del Dipartimento del Farmaco, del Provveditorato e del settore Logistica-Economato.

In particolare, il Dipartimento del Farmaco, in stretta sinergia e di concerto con le proprie Strutture, ha partecipato attivamente all'avvio di tale processo collaborando alla stesura dell'elenco dei farmaci di alto costo gestibili con lo strumento del contratto estimatorio e sottoponendo il documento agli ulteriori Servizi aziendali necessariamente coinvolti nell'obiettivo regionale.

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 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.

Il Dipartimento del Farmaco ha collaborato alla redazione degli obiettivi farmaceutici per le SOC/SOS dell'ASL AL sui settori, tra gli altri, dell'appropriatezza, della distribuzione diretta e del File F.

In tali settori il Dipartimento svolge un ruolo di promotore di interventi omogenei e di momenti formativi da parte delle Strutture ad esso afferenti.

In particolare, è stato promosso un evento ECM, nei vari distretti aziendali, sull'appropriatezza della assistenza farmaceutica erogata direttamente e sul File F.

Il percorso è stato dedicato alla classe sanitaria operante presso l'ASL AL.

Con particolare riferimento al numero delle prestazioni di distribuzione diretta rese a seguito di ricovero o di visita specialistica, dalle registrazioni sul Flusso F emergono i seguenti dati:

Numero record prestazioni File F Cod tipologia 01 (dimissioni da ricovero) incremento +38%

AMBITO	Anno 2009	Anno 2010
P.O. ACQUI TERME	4807	3585
P.O. OVADA	1110	2584
P.O. TORTONA	5904	7627
P.O. NOVI	3157	5864
P.O. CASALE	1245	2488
P.O. VALENZA	58	313
TOTALE ASL AL	16281	22461

Numero record prestazioni File F Cod tipologia 02 (dimissioni da visita specialistica) +12%

AMBITO	Anno 2009	Anno 2010
P.O. ACQUI TERME	5481	4819
P.O. OVADA	1259	496
P.O. TORTONA	12812	14624
P.O. NOVI	5870	6377
P.O. CASALE	278	2092
P.O. VALENZA	0	305
TOTALE ASL AL	25700	28713

Corre l'obbligo di evidenziare che l'estrazione dei dati dal File F è un criterio coerente con l'indicatore regionale ma non rispecchia in maniera completa l'attività realmente realizzata in quanto, ad oggi, l'implementazione del sistema risulta in costante sviluppo ma non copre ancora il 100% dei casi di distribuzione diretta resa alle dimissioni.

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

L'utilizzo dei farmaci off label è subordinato all'attivazione di apposita procedura aziendale ed alla validazione delle singole richieste in sede Commissione Farmaceutica Interna della ASL AL.

Le singole pratiche off label vengono istruite da parte delle competenti Strutture farmaceutiche.

Le segreterie scientifica ed amministrativa dell'organo sono di competenza del Dipartimento del Farmaco così come anche l'attivazione delle pratiche conseguenti le decisioni della CFI.

Poiché le esigenze della pratica clinica non rendono possibile, nella maggior parte dei casi, il tempestivo ricorso preventivo alla CFI è stato collegialmente convenuto il seguente percorso:

- “- I Servizi Farmaceutici aziendali competenti territorialmente analizzano le pratiche off label*
- Se le pratiche non evidenziano particolari criticità ed ottemperano a tutti i requisiti formali e sostanziali di settore si procede all'erogazione del farmaco*
- In caso contrario, invece, i SF rimettono la pratica alla valutazione della CFI e non danno corso all'evasione della richiesta”*

Nell'anno 2010 si sono tenute le seguenti riunioni: 3 maggio 2010, 5 novembre 2010, 19 novembre 2010. I verbali sono conservati presso la Segreteria della Commissione.

I dati di impiego vengono valorizzati sul portale regionale Osiris oltre che sul sistema File F.

CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA DI RICOVERO OSPEDALIERO

	ricoveri		popolazione				
	ASL AL		ASL AL		REGIONE		
	m	f	m	f	m	f	tot
0-1	1.288	1.133	1.764	1.635	19.951	18.921	38.872
1-4	887	618	7.142	6.788	80.222	75.831	156.053
5-9	727	533	8.669	8.289	97.562	92.209	189.771
10-14	661	517	8.689	8.167	95.025	89.489	184.514
15-19	769	878	9.077	8.567	96.215	90.535	186.750
20-24	802	1.307	9.448	9.071	101.461	97.073	198.534
25-29	817	1.907	11.028	10.930	117.306	115.396	232.702
30-34	1.109	2.881	14.310	13.901	148.470	145.548	294.018
35-39	1.407	3.242	17.067	16.534	178.181	173.461	351.642
40-44	1.756	2.649	18.852	18.262	186.020	182.492	368.512
45-49	1.866	2.400	17.859	17.633	171.482	172.224	343.706
50-54	2.319	2.323	16.019	15.727	152.406	154.444	306.850
55-59	2.722	2.417	14.791	14.984	141.374	146.649	288.023
60-64	3.510	2.951	14.885	15.551	141.771	149.295	291.066
65-69	4.201	3.684	13.213	14.704	123.023	135.931	258.954
70-74	5.070	4.321	12.944	15.182	118.842	138.933	257.775
sup 75	10.900	13.218	22.346	38.207	185.515	312.973	498.488
tot	40.811	46.979	218.103	234.132	2.154.826	2.291.404	4.446.230

Il calcolo del tasso di ospedalizzazione standardizzato (attraverso la "pesatura" della popolazione per fasce di età) pone per l'anno 2009 l'ASL AL al valore di **186,74 (superiore allo standard regionale di 173)**, peraltro in costante e significativa decrescita nel corso degli anni 2008 e 2009.

In assenza di dati disponibili per il 2010 di mobilità ospedaliera extraregionale, la lettura del dato 2010 di "fabbisogno" di ricoveri soddisfatto da Presidi Ospedalieri (pubblici e privati) regionali evidenzia un **netto calo pari a 4,3 punti di ospedalizzazione**, segno evidente del concreto esito del percorso intrapreso verso l'appropriatezza del ricorso alle forme di ospedalizzazione.

	ANNO 2008	ANNO 2009	ANNO 2010
	Casi	Casi	Casi
DA AA.SS. PIEMONTE	77.677	75.921	73.967
DI CUI DA PRESIDI ASL AL	37.741	36.724	35.497

TASSO OSPEDALIZZAZIONE SOLO DA REGIONE PIEMONTE	171,8	167,9	163,6
--	--------------	--------------	--------------

Dalla tabella si ricava una sensibile riduzione dei casi di ospedalizzazione in strutture pubbliche e private piemontesi (i dati extraregionali ad oggi non sono disponibili).

Occorre, peraltro, ricordare che nel corso del 2009 alcune metodiche in precedenza trattate in regime di degenza (cataratta, tunnel carpale, ...) sono transitate in regime ambulatoriale.

Standard regionale	173
Tasso osped. Standardizzato 2009	186,74
Scostamento 2009	13,74
Obiettivo 2010: recupero 10% scostamento 2009 pari a	1,3
p.ti riduzione t.o. attesi 2010 (su dato regionale)	4,3

Ipotizzando stabile l'ospedalizzazione da strutture extraregionali (in realtà il trend a partire dal 2006 è in costante e netta decrescita – vedi tabella), l'obiettivo regionale di riduzione del 10% dello scostamento dallo standard (173 casi per 1.000 abitanti) deve ritenersi **ampiamente raggiunto**.

	anno 2006	anno 2007	anno 2008	anno 2009
EXTRAREGIONE (n° ricoveri)	15.924	14.763	14.715	13.761

APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA RICOVERO OSPEDALIERO

% INTERVENTI IN REGIME AMBULATORIALE SU INTERVENTI IN RICOVERO DI CATARATTA E TUNNEL CARPALE

A partire dal secondo semestre 2009 sono state avviate le iniziative e gli interventi organizzativi all'interno delle strutture dei PP.OO. dell'ASL AL per la conversione degli interventi di cataratta e tunnel carpale da regime di degenza a prestazioni ambulatoriali; seppur con situazioni non perfettamente omogenee sulle diverse sedi si può ritenere che il processo di conversione (con maggiori problemi per quanto attiene gli interventi sul cristallino) sia avviato per il raggiungimento dell'obiettivo regionale.

DRG	PRESIDIO OSP	RO	DH	RO+DH	AMB	TOT CASI	% INT. AMB. SU TOT CASI	OB DG 2010
006 - Decompressione del tunnel carpale	ASL AL	2	139	141	113	254	44,49%	30%
	PRESIDIO TORTONA	0	19	19	38	57	66,67%	30%
	PRESIDIO CASALE	1	1	2	59	61	96,72%	30%
	PRESIDIO VALENZA	0	13	13	12	25	48,00%	30%
	PRESIDIO OVADA	0	9	9	4	13	30,77%	30%
039 - Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	ASL AL	41	2.020	2.061	1.411	3.472	40,64%	60%
	PRESIDIO TORTONA	0	348	348	185	533	34,71%	60%
	PRESIDIO CASALE	41	729	770	457	1.227	37,25%	60%
	PRESIDIO NOVI	0	595	595	732	1.327	55,16%	60%
	PRESIDIO ACQUI	0	348	348	37	385	9,61%	60%

Mentre per gli interventi di decompressione del tunnel carpale l'obiettivo risulta ampiamente raggiunto, per quanto riguarda gli interventi di cataratta in regime ambulatoriale il dato 2010 si attesta ancora al di sotto dello standard regionale del 60% (D.G.R. 29.12.2009 n.84-10526); peraltro occorre precisare:

- il dato del 2009 era pari al 29% dei casi complessivi, per cui nel corso del 2010 si è registrato un notevole risultato in termini di appropriatezza e qualità delle prestazioni erogate;
- il 56% degli interventi svolti in regime di degenza riguarda pazienti ultrasettantacinquenni;
- la realtà della rete ospedaliera dell'ASL AL riveste caratteristiche particolari, in quanto, soprattutto i presidi di Acqui T., Ovada e Tortona coprono un territorio di valli appenniniche con evidenti problemi legati alla mobilità dei pazienti sottoposti ad interventi ospedalieri;
- struttura di Casale Monferrato esercita una attrazione notevole per pazienti fuori distretto (53% di cui il 35% residenti extra ASL AL) con incremento fisiologico del ricorso alla forma di intervento in regime di day surgery.

Alla luce di ciò l'obiettivo può essere ritenuto parzialmente raggiunto.

% PARTI CESAREI SU TOTALE PARTI (METODO ROBSON)

	ANNO2007	ANNO2008	ANNO 2009	ANNO 2010
PARTI CESAREI	718,00	655,00	687,00	695,00
PARTI NATURALI	1.419,00	1.344,00	1.312,00	1.282,00
TOT PARTI	2.137,00	1.999,00	1.999,00	1.977,00
% CESAREI	33,6%	32,8%	34,4%	35,2%

Nella tabella sotto riportata si può evidenziare che l'obiettivo regionale 2010 sull'appropriatezza dei tagli cesarei è stato raggiunto.

PRESIDIO OSPEDALIERO TORTONA

	% TOTALE N. TAGLI CESAREI	T.C. 1a CLASSE DI ROBSON Obiettivo < 15%
% T.C. ANNO 2009	31%	28,50%
% T.C. ANNO 2010	33,6%	14,8%

PRESIDIO OSPEDALIERO ACQUI T.

CLASSE ROBSON	N. PAZIENTI	TAGLI CESAREI	% (OBIETTIVO <15%)
CLASSE I	138	17	12,3%

PRESIDIO OSPEDALIERO NOVI L.

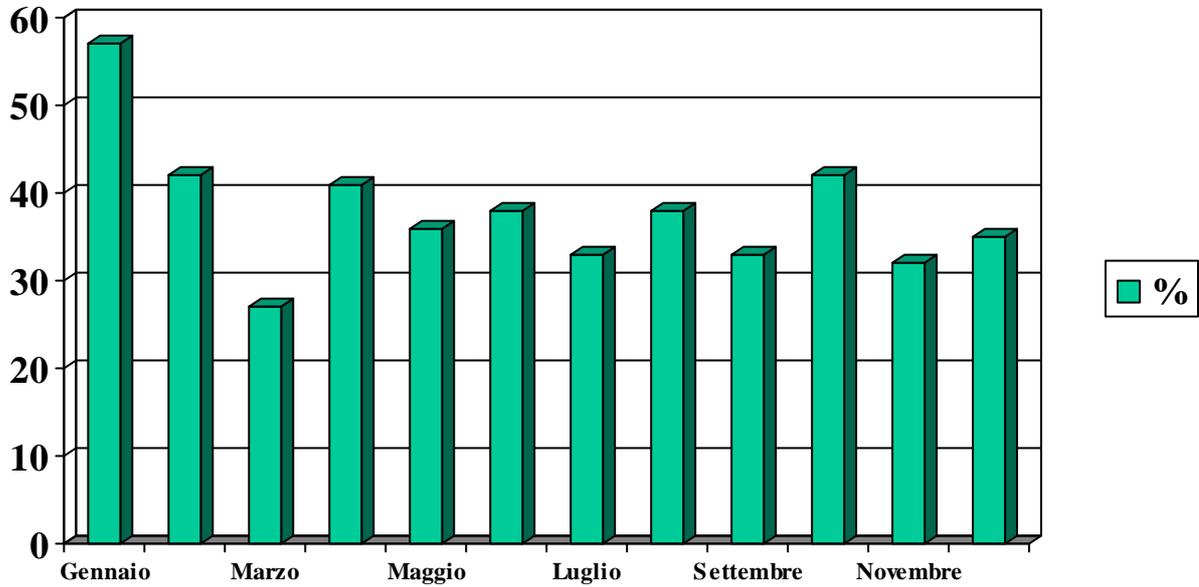
	% totale n. Tagli Cesari	T.C. I classe di Robson Obiettivo: ≤ 15%
% T.C. 2009	35,30%	13,74%
% T.C. 2010	34,98%	13,04%

PRESIDIO OSPEDALIERO CASALE M.

Classe di rischio clinico Sec. Robson *	Numero pazienti	% sull'intera popolazione	Numero cesarei	% taglio cesareo	Contributo al totale dei cesarei
1	247	45,8 %	62	25,1 %	30,5 %
5	88	16,3 %	88	43,3 %	43,3 %

Nel 2010 presso la SOC di Ostetricia del Presidio di Casale Monferrato si sono avuti 539 parti di cui 203 con parto cesareo pari a 37,66 %. (Si noti che nel Mese di Gennaio la percentuale di cesarei era del 57,8 % . Dal 1 Febbraio la percentuale dei cesarei ha mostrato un trend in costante diminuzione a Novembre 32 % - vedi tabella allegata)

PRESIDIO OSPEDALIERO CASALE M.
ANDAMENTO PARTI CESAREI



% DRG RO CHIRURGICI A RISCHIO INAPPROPRIATEZZA (LEA PATTO STATO-REGIONI 2010)

DRG	TOT CASI	RO >1G	% RO>1G SU TOT CASI	OB DG 2010	DATO 2009
008 - Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	87	25	28,74%	25%	39,33%
040 - Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	149	34	22,82%	9%	22,40%
042 - Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	213	107	50,23%	20%	12,9%
055 - Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	203	63	31,03%	30%	42,39%
059 - Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni	114	55	48,25%	50%	
060 - Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	105	8	7,62%	50%	
158 - Interventi su ano e stoma senza CC	295	75	25,42%	20%	22,43%
160 - Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	142	84	59,15%	40%	61,60%
162 - Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	753	112	14,87%	10%	15,50%
169 - Interventi sulla bocca senza CC	196	11	5,61%	10%	
227 - Interventi sui tessuti molli senza CC	220	97	44,09%	30%	45,05%
229 - Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	392	39	9,95%	20%	
232 - Artroscopia	90	20	22,22%	14%	20,11%
262 - Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	143	6	4,20%	12%	
266 - Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	133	6	4,51%	10%	
270 - Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	331	27	8,16%	5%	7,31%
339 - Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni	181	23	12,71%	15%	
342 - Circoncisione, età > 17 anni	176	2	1,14%	2%	
345 - Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne	91	2	2,20%	5%	
360 - Interventi su vagina, cervice e vulva	187	28	14,97%	15%	
364 - Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	640	38	5,94%	9%	
381 - Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	930	24	2,58%	5%	
503 - Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	348	56	16,09%	30%	
538 - Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	263	66	25,10%	30%	
006 - Decompressione del tunnel carpale	254	2	0,79%	0%	
039 - Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	3.368	39	1,16%	3%	
119 - Legatura e stripping di vene	233	5	2,15%	5%	

In verde: entro standard

In giallo: calo rispetto 2009

In rosso: fuori standard

Sotto i 20 casi: non valutati

I dati della tabella evidenziano una situazione di miglioramento degli indici per alcuni DRG particolarmente rilevanti (tonsillectomia, ernia, interventi su orecchio e bocca); al contrario sussistono ancora criticità su alcuni DRG (artroscopia).

Gli obiettivi di appropriatezza sono stati assegnati ai singoli reparti in base alla rispettiva area di competenza.

EFFICIENZA RICOVERO OSPEDALIERO – INDICE DI PERFORMANCE DEGENZA MEDIA

Dai dati sottoriportati si evince un sostanziale mantenimento degli indici di degenza media per ricoveri ordinari.

A questo proposito si precisa che la degenza media delle rianimazioni è oltre gli standard regionali a causa dell'assenza di reparti sub intensivi e della riabilitazione respiratoria per cui la dimissione dalle rianimazioni è spesso problematica.

Inoltre si evidenzia l'indicazione data alle Direzioni Sanitarie, per il 2011, di implementare modelli di gestione basati sui livelli di intensità di cura.

		ANNO 2010			ANNO 2009			ATTESO REGIONALE
		Casi RO	Giornate RO	Degenza media	Casi RO	Giornate RO	Degenza media	
TOT	ASL AL	26.899	228.865	8,51	27.312	230.239	8,43	
	OSPEDALE S. SPIRITO DI CASALE	8.026	68.450	8,53	7.985	69.047	8,65	
	OSPEDALE DI VALENZA	635	12.849	20,23	620	13.254	21,38	
	OSPEDALE DI TORTONA	6.079	47.052	7,74	6.099	46.580	7,64	
	OSPEDALE S. GIACOMO DI NOVI	6.229	48.568	7,80	6.622	50.386	7,61	
	OSPEDALE CIVILE DI ACQUI TERME	4.649	32.636	7,02	4.605	31.622	6,87	
	OSPEDALE CIVILE DI OVADA	1.281	19.310	15,07	1.381	19.350	14,01	
08 - CARDIOLOGIA	ASL AL	1.810	12.027	6,64	1.755	11.970	6,82	5
	OSPEDALE S. SPIRITO DI CASALE	599	3.971	6,63	519	3.637	7,01	
	OSPEDALE DI TORTONA	342	3.077	9,00	381	3.179	8,34	
	OSPEDALE S. GIACOMO DI NOVI	411	1.998	4,86	401	2.032	5,07	
	OSPEDALE CIVILE DI ACQUI TERME	458	2.981	6,51	454	3.122	6,88	
09 - CHIRURGIA GENERALE	ASL AL	3.969	32.046	8,07	4.311	33.565	7,79	8,5
	OSPEDALE S. SPIRITO DI CASALE	935	7.333	7,84	1.017	7.738	7,61	
	OSPEDALE DI TORTONA	1.066	7.504	7,04	1.082	7.694	7,11	
	OSPEDALE S. GIACOMO DI NOVI	1.049	9.530	9,08	1.223	9.754	7,98	
	OSPEDALE CIVILE DI ACQUI TERME	694	6.002	8,65	706	6.113	8,66	
	OSPEDALE CIVILE DI OVADA	225	1.677	7,45	283	2.266	8,01	
24 - MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	OSPEDALE S. SPIRITO DI CASALE	205	3.453	16,84	188	3.409	18,13	13
26 - MEDICINA GENERALE	ASL AL	5.798	65.121	11,23	5.615	61.265	10,91	11
	OSPEDALE S. SPIRITO DI CASALE	1.372	15.668	11,42	1.423	15.405	10,83	
	OSPEDALE DI VALENZA	328	3.282	10,01	301	3.423	11,37	
	OSPEDALE DI TORTONA	1.229	15.246	12,41	1.076	12.757	11,86	
	OSPEDALE S. GIACOMO DI NOVI	1.098	11.104	10,11	1.065	11.726	11,01	
	OSPEDALE CIVILE DI ACQUI TERME	1.112	11.062	9,95	1.120	10.490	9,37	
	OSPEDALE CIVILE DI OVADA	659	8.759	13,29	630	7.464	11,85	
29 - NEFROLOGIA	OSPEDALE S. GIACOMO DI NOVI	72	766	10,64	50	477	9,54	10,5
32 - NEUROLOGIA	ASL AL	2.047	17.186	8,40	2.253	18.578	8,25	10,5
	OSPEDALE S. SPIRITO DI CASALE	605	5.787	9,57	644	6.424	9,98	
	OSPEDALE DI TORTONA	457	4.658	10,19	455	5.233	11,50	
	OSPEDALE S. GIACOMO DI NOVI	420	5.151	12,26	508	4.906	9,66	
34 - OCULISTICA	ASL AL	284	797	2,81	324	1.010	3,12	5
	OSPEDALE S. SPIRITO DI CASALE	273	747	2,74	305	947	3,10	

	OSPEDALE DI TORTONA	3	26	8,67	10	33	3,30	
	OSPEDALE S. GIACOMO DI NOVI	5	20	4,00	7	25	3,57	
	OSPEDALE CIVILE DI ACQUI TERME	3	4	1,33	2	5	2,50	
36 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	ASL AL	2.478	22.181	8,95	2.621	22.986	8,77	9,5
	OSPEDALE S. SPIRITO DI CASALE	699	7.258	10,38	788	7.994	10,14	
	OSPEDALE DI TORTONA	716	5.845	8,16	679	5.569	8,20	
	OSPEDALE S. GIACOMO DI NOVI	542	4.611	8,51	594	5.030	8,47	
	OSPEDALE CIVILE DI ACQUI TERME	500	4.295	8,59	513	4.040	7,88	
	OSPEDALE CIVILE DI OVADA	21	172	8,19	47	353	7,51	
37 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	ASL AL	3.226	13.770	4,27	3.056	13.091	4,28	4,5
	OSPEDALE S. SPIRITO DI CASALE	916	3.656	3,99	722	2.933	4,06	
	OSPEDALE DI TORTONA	658	2.716	4,13	677	2.929	4,33	
	OSPEDALE S. GIACOMO DI NOVI	885	4.123	4,66	980	4.442	4,53	
	OSPEDALE CIVILE DI ACQUI TERME	767	3.275	4,27	677	2.787	4,12	
38 - OTORINOLARINGOIATRIA	ASL AL	758	2.720	3,59	928	3.372	3,63	5
	OSPEDALE S. SPIRITO DI CASALE	234	803	3,43	280	954	3,41	
	OSPEDALE DI TORTONA	358	1.400	3,91	421	1.704	4,05	
	OSPEDALE S. GIACOMO DI NOVI	23	46	2,00	47	87	1,85	
	OSPEDALE CIVILE DI ACQUI TERME	143	471	3,29	180	627	3,48	
39 - PEDIATRIA	ASL AL	1.400	5.778	4,13	1.231	4.985	4,05	4
	OSPEDALE S. SPIRITO DI CASALE	172	693	4,03	49	190	3,88	
	OSPEDALE DI TORTONA	602	2.359	3,92	583	2.373	4,07	
	OSPEDALE S. GIACOMO DI NOVI	278	1.468	5,28	258	1.259	4,88	
	OSPEDALE CIVILE DI ACQUI TERME	348	1.258	3,61	341	1.163	3,41	
40 - PSICHIATRIA	ASL AL	554	6.379	11,51	553	6.656	12,04	12,5
	OSPEDALE S. SPIRITO DI CASALE	300	3.278	10,93	295	3.304	11,20	
	OSPEDALE S. GIACOMO DI NOVI	254	3.101	12,21	258	3.352	12,99	
43 - UROLOGIA	ASL AL	1.471	8.723	5,93	1.541	9.535	6,19	6
	OSPEDALE S. SPIRITO DI CASALE	443	2.430	5,49	494	2.719	5,50	

	OSPEDALE DI TORTONA	251	1.784	7,11	277	2.237	8,08	
	OSPEDALE S. GIACOMO DI NOVI	548	3.188	5,82	543	3.219	5,93	
	OSPEDALE CIVILE DI ACQUI TERME	229	1.321	5,77	227	1.360	5,99	
49 - TERAPIA INTENSIVA	ASL AL	302	4.163	13,78	329	4.935	15,00	7
	OSPEDALE S. SPIRITO DI CASALE	98	1.164	11,88	95	1.025	10,79	
	OSPEDALE DI TORTONA	85	1.320	15,53	92	1.548	16,83	
	OSPEDALE S. GIACOMO DI NOVI	43	914	21,26	55	1.549	28,16	
	OSPEDALE CIVILE DI ACQUI TERME	76	765	10,07	87	813	9,34	
50 - UNITA' CORONARICA	ASL AL	390	1.597	4,09	357	1.424	3,99	4
	OSPEDALE S. SPIRITO DI CASALE	107	389	3,64	101	373	3,69	
	OSPEDALE DI TORTONA	94	394	4,19	100	402	4,02	
	OSPEDALE S. GIACOMO DI NOVI	136	563	4,14	123	502	4,08	
	OSPEDALE CIVILE DI ACQUI TERME	53	251	4,74	33	147	4,45	
56 - RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	ASL AL	581	16.324	28,10	609	16.482	27,06	30
	OSPEDALE S. SPIRITO DI CASALE	159	4.154	26,13	151	4.219	27,94	
	OSPEDALE DI VALENZA	171	5.205	30,44	184	5.170	28,10	
	OSPEDALE CIVILE DI OVADA	251	6.965	27,75	274	7.093	25,89	
60 - LUNGODEGENTI	ASL AL	326	7.745	23,76	308	8.224	26,70	30
	OSPEDALE S. SPIRITO DI CASALE	85	1.977	23,26	78	2.047	26,24	
	OSPEDALE DI VALENZA	136	4.362	32,07	135	4.661	34,53	
	OSPEDALE S. GIACOMO DI NOVI	59	578	9,80	21	308	14,67	
	OSPEDALE CIVILE DI OVADA	46	828	18,00	74	1.208	16,32	
64 - ONCOLOGIA	OSPEDALE S. SPIRITO DI CASALE	306	3.968	12,97	330	3.986	12,08	9,5
68 - PNEUMOLOGIA	OSPEDALE CIVILE DI OVADA	79	909	11,51	73	966	13,23	11

In verde: entro standard

In giallo: calo rispetto 2009

In rosso: fuori standard

INFEZIONI OSPEDALIERE – prevenzione infezioni correlate all'assistenza

OBIETTIVI DIPARTIMENTI SORVEGLIANZA E CONTROLLO ICA (Infezioni Correlate all'Assistenza)

Attuazione Piano di attività 2010

PER DIPARTIMENTI Emergenza urgenza e area critica, area medica, specialità mediche, chirurgico, specialità chirurgiche, riabilitazione post acuzie (degenza), materno-infantile

1-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

2-OBIETTIVO: Individuazione precoce dei casi di legionellosi comunitaria e nosocomiale

Indicatore: Presenza di casi diagnosticati entro le 48 ore dal ricovero

Standard: SI/NO

PER DIPARTIMENTO CHIRURGICO E SPECIALITA' CHIRURGICHE

1-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

2-OBIETTIVO: omogeneizzazione procedura di profilassi chirurgica perioperatoria

Indicatore: definizione della procedura

Standard: si

PER SS.OO.CC. CHIRURGIA PP.OO. Novi Ligure, Acqui Terme, Tortona e Casale Monferrato

OBIETTIVO: partecipazione a 6 mesi di sorveglianza interventi sul colon.

Indicatore: disponibilità dei dati nella documentazione clinica del paziente

Standard: 100%

PER DIPARTIMENTO AREA MATERNO INFANTILE

1-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

2-OBIETTIVO VO: omogeneizzazione procedura di prevenzione delle sepsi neonatali da Streptococco Beta emolitico Gruppo B

Indicatore: definizione della procedura

Standard: sì

3-OBIETTIVO: omogeneizzazione procedura di profilassi chirurgica perioperatoria

Indicatore: definizione della procedura

Standard: si

4-OBIETTIVO per i PP.OO. Novi Ligure , Acqui Terme, Tortona: 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: 70 %

PER DIPARTIMENTI AREA MEDICA E SPECIALITA' MEDICHE

OBIETTIVO per P.O. Casale : U.O Oncologia, Day hospital oncologico e Hospice : 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: 70%

PER SS.OO.CC Anestesia Rianimazione

1-OBIETTIVO: partecipazione alla sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico

Indicatore: presenza del codice ASA nella scheda anestesiologicala

Standard: 100%

2-OBIETTIVO: partecipazione al progetto Margherita "petalo infezioni "

Indicatore: report riepilogativi dati

Standard: 100% dei pazienti arruolati

PER DIPARTIMENTO AREA DIAGNOSTICA (Laboratori analisi)

1-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 12 Regione Piemonte

2-OBIETTIVO: Sorveglianza delle infezioni da Clostridium difficile nei pazienti esterni e ricoverati

Indicatore: Numero campioni positivi sul numero di accertamenti richiesti per esterni e ricoverati

Standard operativo: frequenza annuale di risultati positivi all'accertamento per Clostridium difficile sul totale delle richieste soddisfatte dal laboratorio.

RISCHIO CLINICO – programma per la gestione dei rischi sanitari della R.P. (DGR 55-12646 del 23.11.2009)

- **Obiettivo di efficienza codice B01 “ Accreditazione istituzionale per percorsi” (Determina Direttore Sanità n.79 del 28/03/2007 e n. 186 del 21/04/2009) Coordinamento aziendale dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali finalizzato alle verifiche di accreditamento a cura dell’Aress.**

I percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali ai fini dell’accreditamento verificati nel corso del 2010 dall’Agenzia regionale per i servizi sanitari sono stati il PDTA delle neoplasie del colon-retto e la revisione del PDTA dell’IMA, valutati presso l’Ospedale di Novi nel maggio 2010, presso l’Ospedale di Acqui nel Luglio 2010, presso l’Ospedale di Tortona e l’Hospice di Alessandria nel Settembre 2010 .

Per tutta la durata della preparazione alle visite ispettive per l’accreditamento, il Rischio Clinico ha provveduto ad affiancare le singole strutture ospedaliere di volta in volta interessate, effettuando attività di tutoraggio per la stesura dei documenti preparatori necessari e per attivare le modifiche organizzative richieste dei requisiti specifici; analogamente si è proceduto con gli Uffici Tecnici competenti per quanto riguarda gli adeguamenti strutturali.

Il Direttore della struttura Rischio Clinico ha quindi partecipato alle visite ispettive con funzione di garanzia per l’Azienda ASL AL. Successivamente si è avviata la fase di preparazione dei piani di miglioramento, di cui al momento si sta curando l’attuazione.

La documentazione relativa alle suddette verifiche è disponibile presso la SOC Rischio Clinico sede di Casale.

- **Obiettivo regionale 2010 codice C01 “ Rischio Clinico- Programma per la gestione dei rischi sanitari della Regione Piemonte 2008/2010 (DGR n. 55-12646 del 23/11/2009)**

Il Comitato di Gestione Sinistri dell’Area di coordinamento sovrazonale AL-AT-CN si è insediato come da indicazione regionale entro il 31/01/2010 (verbale di riunione di insediamento del 29/01/2010).

Le successive riunioni hanno sempre avuto cadenza mensile e precisamente si sono svolte nelle seguenti date:

25/02/2010; 30/03/2010; 27/04/2010; 25/05/2010; 29/06/2010; 27/07/2010; 31/08/2010; 28/09/2010; 26/10/2010; 30/11/2010; 21/12/2010.

Di ciascuna riunione è disponibile il relativo verbale presso gli uffici della SOC Rischio Clinico sede di Casale mentre le schede riassuntive dei sinistri gestiti sono custodite presso il Settore Gestione Assicurazione e Consulenze sede di Ovada.

LABORATORI ANALISI – attuazione del piano di riorganizzazione e razionalizzazione (DGR 19-6647 del 3.8.2007)

Premessa

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

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

Azioni

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

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

Fasi di attuazione

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

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

Attività	Sede	Stato di avanzamento	Criticità
Centro unico di diagnostica di Biologia Molecolare	Lab Novi	realizzato	
Centro unico di diagnostica Prenatale	Lab Novi	realizzato	
Centro unico di diagnostica di Coagulazione 2° liv	Lab Novi	realizzato	
Centro unico di Autoimmunità	Lab Novi	realizzato	
Centro unico di	Lab Casale	realizzato	

diagnostica RIA			
Centro unico di diagnostica Microbiologia 2° liv	Lab Tortona	realizzato	
Creazione di 2 poli per diagnostica Epatite e HIV	Lab Novi e Casale	realizzato	
Accentramento esami esterni Distretto di Ovada	Lab Novi	realizzato	
Accentramento esami esterni Distretto Valenza	Lab Casale	realizzato	
Creazione di 2 poli per diagnostica HbA1c+ elettroforesi Hb	Lab Novi e Casale	in itinere , tempo di realizzazione previsto 30.06.2011	Disponibilità di personale e spazi strutturali
Creazione di 2 poli per diagnostica TORCH	Lab Novi e Casale	realizzato	
Trasformazione del Laboratorio P.O Valenza in POCT		in itinere , tempo di realizzazione previsto 1° semestre 2011	Gara POCT espletata, criticità relative solo alla gestione diretta del POCT da personale infermieristico
Trasformazione del Laboratorio P.O Ovada in POCT		in itinere , tempo di realizzazione previsto 3° trimestre 2011	Gara POCT espletata, criticità relative solo alla gestione diretta del POCT da personale infermieristico
Polo tossicologico 1° livello	Lab Novi	realizzato	

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

Le attività presenti attualmente in tali Presidi, il numero di esami di laboratorio eseguiti, le necessità della Rete dell' Emergenza dei P.O sede di DEA 1° livello della ASL AL e l'organizzazione nella sua complessità potranno essere in futuro compatibili con attivazione di POCT notturni a condizione di realizzare una unica struttura in grado di accentrare gli esami svolti dai P.O di Novi, Tortona, Acqui, Ovada.

2. Appropriatezza esami di laboratorio

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

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

3. Rete dei Centri Prelievi

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

4. Comunicazione e scelte informatiche

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

Alessandria, li 25 marzo 2011

IL COMMISSARIO
dr. Mario PASINO
firmato in originale