



**PIANO STRATEGICO DI RIQUALIFICAZIONE  
DELL'ASSISTENZA  
E DI RIEQUILIBRIO ECONOMICO – FINANZIARIO  
(PRR 2008 – 2010)**

**ASL 6 Ciriè  
ASL 7 Chivasso  
ASL 9 Ivrea**

**Ottobre 2007**

---

## SOMMARIO

PREMESSA	PAG. 3
PARTE I - OBIETTIVI ASSISTENZIALI	PAG. 6
1. RIORGANIZZAZIONE DEI PROCESSI ASSISTENZIALI E DELLE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE	
2. ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE, INTEGRATIVA E PROTESICA	
PARTE II - RIORDINO ATTIVITÀ	PAG. 57
3. REVISIONE STRUTTURA ORGANIZZATIVA E DOTAZIONI ORGANICHE	
4. RIMODULAZIONE DELLA RETE DEI PRESIDI	
PARTE III - CE PREVENTIVO 2008 – 2010	PAG. 85
PARTE IV - PREVENTIVO COSTI PER FUNZIONE 2008-2010	PAG. 89
PARTE V - PREVISIONE DOTAZIONE PERSONALE 2008–2010	PAG. 90
ALLEGATI: TABELLE	PAG. 93

## **PREMESSA**

Le attuali ASL 6 di Ciriè, 7 di Chivasso e 9 di Ivrea secondo le indicazioni della Regione Piemonte hanno avviato il processo di formazione dei piani di riqualificazione dell'assistenza e di riequilibrio economico-finanziario (PRR), articolando tale processo in due fasi:

- una prima fase, con la elaborazione di un piano a breve termine (PRR 2006-2007), con obiettivi da perseguire nel corso dell'anno e con effetti nel 2007, sostanzialmente finalizzato a dare attuazione agli indirizzi nazionali e regionali di controllo dell'evoluzione della spesa sanitaria
- una seconda fase, con la elaborazione del presente piano di medio periodo (PRR 2008-2010).

In particolare, il presente Piano per il periodo 2008-2010 è finalizzato a:

- ridefinire la posizione delle attività sanitarie nella rete regionale
- formulare azioni per razionalizzare l'attuale articolazione dei servizi
- rilanciare il ruolo della prevenzione nella costruzione dei profili e piani per la salute
- rilanciare il ruolo dei Distretti nel governo dei processi assistenziali
- sviluppare in logica sovraziendale le attività amministrative e di supporto
- in relazione al previsto accorpamento della ASL di Ciriè, Chivasso ed Ivrea presentare un primo studio di fattibilità dell'accorpamento, garantendo un corretto equilibrio tra decentramento dei servizi sanitari ed accentramento dei servizi amministrativi e di supporto.

Il PRR 2008 – 2010 è unico per le ASL di Ciriè, Chivasso ed Ivrea.

Il Piano viene predisposti nei seguenti termini:

Parte I – Obiettivi assistenziali

1. Riorganizzazione dei processi assistenziali e delle attività di prevenzione
2. Assistenza farmaceutica territoriale, integrativa e protesica

Parte II - Riordino attività

3. Revisione struttura organizzativa e dotazioni organiche
4. Rimodulazione della rete dei Presidi

Parte III - CE preventivo 2008 – 2010

Parte IV- Preventivo costi per funzione 2008-2010

Parte V - Previsione dotazione personale 2008–2010.

Il PRR vuole rappresentare un momento fondamentale della programmazione aziendale ed è propedeutico alla formulazione degli obiettivi aziendali e delle singole strutture. I suoi contenuti sono comunque subordinati alla definitiva approvazione del Piano Sanitario Regionale, attualmente in fase di discussione.

## **Contesto di riferimento e problemi**

Le ASL di Ciriè, Chivasso ed Ivrea presentano una organizzazione finalizzata a garantire il soddisfacimento dei bisogni sanitari della collettività di riferimento a livello di:

- assistenza sanitaria collettiva negli ambienti di vita e di lavoro
- assistenza distrettuale
- assistenza ospedaliera.

L'ASL di Ciriè ha attualmente sede legale in via Battitore 7/9 a Ciriè.

E' una Azienda territoriale, che fa riferimento ad un Territorio di 1.082 chilometri quadrati e ad una popolazione di 180.000 abitanti. Sono presenti due Distretti (Ciriè-Lanzo e Venaria-Pianezza-Druento) e tre Presidi ospedalieri (Ciriè, Venaria e Lanzo); è operativo il Dipartimento di prevenzione.

L'ASL di Chivasso ha attualmente sede legale in Via Po 11 a Chivasso.

E' una Azienda territoriale, che fa riferimento ad un Territorio di 613 chilometri quadrati e ad una popolazione di 195.000 abitanti. Sono presenti tre Distretti (Chivasso, Settimo e San Mauro) e un unico Presidio ospedaliero (Chivasso); è operativo il Dipartimento di prevenzione.

L'ASL di Ivrea ha attualmente sede legale in Via Aldisio 2 ad Ivrea.

E' una Azienda territoriale, che fa riferimento ad un Territorio di 1.622 chilometri quadrati e ad una popolazione di 188.000 abitanti. Sono presenti due Distretti (Ivrea e Cuornè) e tre Presidi ospedalieri (Ivrea, Cuornè e Castellamonte); come per le altre ASL è operativo il Dipartimento di prevenzione.

#### *Aspetti demografici e territoriali*

Nella tabella che segue sono presentati alcuni indicatori demografici e territoriali di carattere generale, utili comunque a descrivere la situazione complessiva e le diverse realtà a cui le tre ASL fanno riferimento (dati riferiti all'anno 2005).

<b>Indicatori demografici</b>	<b>ASL 6 Ciriè</b>	<b>ASL 7 Chivasso</b>	<b>ASL 9 Ivrea</b>	<b>Totale o Media</b>
<b>Abitanti</b>	180.035	195.884	188.933	564.852
<b>Comuni</b>	44	31	108	183
<b>Comuni montani</b>	16	0	32	48
<b>Kmq</b>	1.082	613	1.622	3.317
<b>Densità ab. per kmq</b>	164	315	116	198
<b>Pop. ultra 65 anni</b>	18,58%	19,24%	23,08%	20,30%
<b>Pop. min. 15 anni</b>	13,56%	13,29%	12,11%	12,99%
<b>Indice vecchiaia</b>	136,96	144,8	190,49	157,42
<b>Indice dipendenza</b>	47,37	48,21	54,31	49,96

L'estensione e la variabilità geografica della futura ASL accorpata sono senza dubbio notevoli, dall'hinterland torinese verso la Valle d'Aosta nella zona a nord e verso la Francia nella zona ad ovest.

Il numero di abitanti supera i 560.000, con modeste variazioni nelle tre ASL; la densità abitativa è più alta per l'ASL di Chivasso, mentre l'ASL di Ivrea ha una popolazione complessivamente più anziana, con un numero di ultra 65 enni, un indice di vecchiaia e un indice di dipendenza elevato, anche alla media regionale. Tali indici sono invece più bassi rispetto alla media regionale nelle ASL di Ciriè e di Chivasso.

Il numero di Comuni è superiore nell'ASL di Ivrea, dove è peraltro presente anche una componente di Comuni classificati come montani più rilevante.

Quanto sopra si traduce, tra l'altro, in situazioni spesso difforni per i livelli assistenziali nei diversi contesti per quanto riguarda: bisogni sanitari della popolazione espressi e latenti, risorse presenti e da implementare, procedure operative, servizi erogati, sistemi informativi, sistemi di programmazione e controllo di gestione.

#### *Assistenza sanitaria collettiva negli ambienti di vita e di lavoro*

Sono operativi tre Dipartimenti di Prevenzione. Si rilevano differenze organizzative e strutturali tra i Dipartimenti delle ASL accorpande anche in ragione di differenti realtà locali, diverse articolazioni in unità organizzative, strutture, aree funzionali dipartimentali.

### *Assistenza distrettuale*

Sono presenti 7 Distretti, con strutture residenziali a gestione diretta e poliambulatori. La variabilità dell'organizzazione distrettuale dal punto di vista della definizione e gestione/governo dei processi assistenziali è evidente, anche in questo caso in parte per le differenze delle realtà locali di riferimento.

### *Assistenza ospedaliera*

Sono operativi 7 Presidi Ospedalieri per acuti per la funzione di produzione, con oltre 1.150 posti letto tra ricovero ordinario e day hospital/day surgery. Le situazioni variano per quanto riguarda i parametri classici di attività ospedaliera come i tassi di occupazione, le degenze medie, il peso DRG, l'appropriatezza anche in Discipline omologhe; una particolare criticità è rappresentata dai tassi di occupazione dei posti letto nei diversi Presidi.

### **Le azioni già sviluppate**

In questa prima fase sono già state sviluppate specifiche azioni di "governance", tese a definire un primo livello di integrazione per rispondere al meglio ai bisogni sanitari dei singoli e della comunità delle tre ASL accorpande.

Tali azioni, tra l'altro, si sono tradotte nel corso dell'anno 2007:

- nell'analisi organizzativa ragionata allo scopo di definire un primo livello di criticità per impostare il percorso di accorpamento in funzione della progettazione organizzativa aziendale
- nella integrazione di procedure amministrative, con azioni comuni per quanto riguarda ad esempio il reclutamento del personale negli atti tecnici concorsuali e la gestione delle gare di acquisto di apparecchiature e tecnologie informatiche
- nella messa in comune di personale interno qualificato, con specifiche convenzioni per quanto riguarda l'area tecnica edilizia, economico-finanziaria, controllo di gestione, accreditamento, ecc.
- nello sviluppo di specifici gruppi di lavoro relativamente ai Dipartimento di Prevenzione, alla Direzione Sanitaria Ospedaliera ed alla Direzione di Distretto, all'area clinico-diagnostica-assistenziale (Gastroenterologia, Geriatria, Cardiologia, Laboratorio Analisi, Servizio Immunotrasfusionale, Cure Palliative, Ufficio infermieristico, ecc., con definizione di Progetti da sviluppare nel corso del 2008), ai servizi amministrativi
- nell'avvio della progressiva estensione di tecnologie informatiche per garantire un livello comune ed uniforme di gestione delle informazioni tra le tre Aziende in fase di accorpamento.

### **Le azioni da sviluppare e consolidare**

Tali iniziative sono consolidate ed ampliate ulteriormente per quanto riguarda i diversi "Ambiti" di riferimento previsti dalle indicazioni regionali, a partire dall'analisi delle situazioni di riferimento attraverso la definizione degli obiettivi e delle specifiche azioni conseguenti.

Si traducono quindi nella ricerca di un modello di integrazione in grado di qualificare le tre Aziende accorpande su uno standard di servizi uniforme per gli anni 2008-2010 per quanto riguarda l'Assistenza sanitaria collettiva negli ambienti di vita e di lavoro, l'Assistenza distrettuale e l'Assistenza ospedaliera.

## **PARTE I – OBIETTIVI ASSISTENZIALI**

### **1. RIORGANIZZAZIONE DEI PROCESSI ASSISTENZIALI E DELLE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE**

La riorganizzazione dei processi assistenziali, deve consentire il raggiungimento degli obiettivi generali sopraesposti; la realizzazione operativa si articola a partire dall'analisi della situazione attraverso gli obiettivi di seguito esplicitati e le relative azioni.

Come da specifiche indicazioni, per ciascuna delle azioni viene prevista la calendarizzazione degli interventi e i criteri di valutazione dei loro esiti.

## **AMBITO**

**Avviare forme di coordinamento delle attività di prevenzione propedeutiche alla definizione della futura Direzione integrata della Prevenzione prevista dalla proposta di PSSR, effettuando una ricognizione quali – quantitativa degli interventi di prevenzione in atto e prevedendo obiettivi e strumenti per la loro integrazione**

### **Analisi della situazione**

Il processo di accorpamento delle ASL 6, 7, 9 ha come necessario presupposto l'analisi delle attività e degli interventi di prevenzione in atto, delle modalità operative, delle varianti organizzative e gestionali, al fine di avviare forme di coordinamento e formulare proposte di ottimizzazione e razionalizzazione.

Tali attività sono riconducibili a tre macroambiti:

- attività organizzate e gestite direttamente dal Dipartimento di Prevenzione attraverso le SC Dipartimentali
- progetti di prevenzione attiva ed altre attività di prevenzione
- screening dei tumori.

La riorganizzazione e l'integrazione funzionale delle attività di prevenzione, volte al perseguimento degli obiettivi del PRR, può essere promossa prevedendo contestualmente lo sviluppo integrato di funzioni trasversali, inter e intradipartimentali, e forme di coordinamento di attività a valenza intraaziendale e interaziendale.

### *Screening oncologici*

In ambito di promozione della salute risulta fondamentale il sostegno il potenziamento delle attività di screening oncologico già presenti e di avvio di quelle per il carcinoma del colon-retto. Tali attività al momento sono gestite in modo univoco tra le tre ASL, ma con diversi livelli di copertura della popolazione; questo, come illustrato in seguito, comporterà il reclutamento di risorse in termini di personale, attrezzature e strutture edilizie per rispondere in modo adeguato ai bisogni di copertura della popolazione per quanto riguarda il primo e secondo livello e per sviluppare i contenuti della DGR 111-3632 del 2 agosto 2006.

### **Obiettivi**

In tal senso sono individuabili i seguenti obiettivi:

- ottimizzare e integrare modalità organizzative, procedurali, operative attraverso l'avvio di forme di coordinamento delle attività di prevenzione
- formulare proposte di ottimizzazione e razionalizzazione delle attività preliminari all'accorpamento delle ASL
- raggiungere e mantenere l'offerta regolare di screening alla popolazione target.

### **Azioni e tempi di realizzazione**

Sono già stati elaborati documenti di ricognizione quali–quantitativa degli interventi di prevenzione, di analisi organizzativa, di prime proposte operative e di integrazione da parte dei Direttori di Dipartimento e di SC, a seguito delle prime indicazioni successive all'ipotesi di accorpamento tra ASL 7 e 9.

Sono stati raccolti primi dati sintetici, descrittivi delle attività svolte dalle SC dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL 6, 7, 9 al fine dell'individuazione di indicatori, in accordo con il Controllo di Gestione.

Da una prima disamina si evidenziano modelli organizzativi diversi, differenze quali-quantitative di risorse, disomogeneità operative e la necessità di uniformare procedure e definire protocolli operativi condivisi.

Le azioni da svolgere comportano il completamento della fase ricognitiva delle attività in atto, oltre che dello stato di salute e dei bisogni di prevenzione territoriali, e delle prime proposte di coordinamento/ integrazione.

Per quanto riguarda le attività organizzate e gestite direttamente dal Dipartimento di Prevenzione l'esecuzione è affidata a gruppi di lavoro interaziendali, la cui composizione è definita dai Direttori di Dipartimento sentiti i Direttori di SC omologhe, i quali possono delegare o farsi supportare per specifici argomenti da operatori della Struttura di riferimento individuati in base a competenza professionale, ambito operativo, conoscenza dell'argomento, capacità di approccio metodologico/organizzativo.

Le attività oggetto di valutazione potranno essere definite in itinere; si propongono come prima indicazione:

- vigilanza strutture sanitarie e socio-sanitarie
- emergenze e pronta disponibilità
- sicurezza alimentare con particolare riguardo alle procedure di Audit
- MTA
- zoonosi.

Le azioni, gli strumenti e la tempistica sono i seguenti:

- istituzione dei gruppi di lavoro interaziendali tra le ASL 6, 7, 9 (*già attivo 2007*)
- aggiornamento del Documento relativo alla ricognizione quali-quantitativa degli interventi di prevenzione in atto ed all'avvio di proposte di integrazione (*entro marzo 2008*)
- validazione e programmazione aziendale (*entro maggio 2008*)
- attivazione proposta organizzativa (*da giugno 2008*)
- per quanto riguarda lo *Screening*, adeguamento organizzativo e potenziamento della capacità di erogazione dei centri per il primo e secondo livello (*dal 2008*)
- consolidamento e sviluppo ulteriore delle azioni (*2009 e 2010*).

### **Criteri di valutazione**

La valutazione viene effettuata con i seguenti indicatori:

- presenza del Documento riportante la ricognizione quali – quantitativa degli interventi di prevenzione in atto e l'avvio di proposte di integrazione (*dicotomico: si/no*)
- verbali delle riunioni effettuate (*dicotomico: si/no*)
- rispetto del cronoprogramma (*dicotomico: si/no*)
- relazione di valutazione con indicatori di processo e di risultato (*dopo 1 anno dall'inizio della sperimentazione*).

Per quanto riguarda i progetti di prevenzione attiva ed altre attività di prevenzione, si rimanda l'analisi e le proposte organizzative a ulteriori indicazioni regionali relative alla Direzione integrata della prevenzione.

Per quanto riguarda lo Screening oncologico, si rimanda al piano di riconversione (già presentato) previsto dalla DGR 111-3632 del 02.08.2006; potenziamento progressivo della capacità di erogazione e copertura (*secondo gli specifici standard di copertura*).

### **Risorse**

Si rimanda alla specifica tabella, nella quale viene sviluppata una ipotesi di individuazione di personale in forma integrata e coordinata sulle tre ASL.



## **AMBITI**

**Formulare proposte organizzative a carattere sperimentale nelle Aziende destinate all'accorpamento e nell'area metropolitana di Torino.**

**Definire progetti di fattibilità per l'integrazione della Medicina dello Sport e delle attività vaccinali all'interno dei Dipartimenti di Prevenzione nelle Aziende ove non già presenti.**

### **Analisi della situazione**

Si rilevano differenze organizzative e strutturali tra i Dipartimenti di Prevenzione delle ASL accorpande, anche in ragione di differenti realtà territoriali, diverse articolazioni in unità organizzative, strutture semplici, aree funzionali dipartimentali.

Il modello organizzativo del sistema prevenzione, pur non ancora completamente definito, anche in attesa di indicazioni regionali più specifiche, è orientato a promuovere lo sviluppo di funzioni e attività integrate, al fine di una razionalizzazione delle risorse e di un recupero di efficienza, anche attraverso un eventuale uso dello strumento del coordinamento di funzioni, superando la logica distrettuale, quando ancora presente.

Le proposte organizzative dipartimentali devono tener conto dell'analisi della realtà territoriale, del livello di sinergia e organizzazione in atto, delle professionalità del personale, delle strutture esistenti e della possibilità di sinergie reciproche.

In particolare per quanto riguarda i servizi di Medicina dello Sport, questi sono presenti con personale specialista dipendente nelle ASL 6 e 7; nella ASL 9 la funzione della Medicina dello sport viene attualmente svolta esclusivamente in convenzione con soggetti esterni.

L'integrazione della Medicina dello Sport nel Dipartimento di Prevenzione è orientata all'ampliamento dell'ambito di competenza al di là dell'attività certificativa, verso attività di promozione dell'attività fisica e servizi per la disabilità e prevenzione doping.

Le attività vaccinali sono coordinate dai Referenti aziendali; nella ASL 7 e 9 la funzione e il referente sono all'interno della SC SISP; nell'ambito della ASL 6 la referenza e le attività vaccinali sono in capo al Dipartimento Materno Infantile.

### **Obiettivi**

In tal senso è individuabile il seguente obiettivo:

- Definire prime proposte a carattere sperimentale di integrazione delle attività di prevenzione a livello trasversale e di coordinamento unitario delle funzioni per:
- prevenzione e sorveglianza nutrizionale;
- epidemiosorveglianza veterinaria
- sorveglianza e prevenzione malattie infettive (incluse vaccinazioni)
- medicina dello sport
- epidemiologia e promozione della salute.

### **Azioni e tempi di realizzazione**

Le azioni individuabili riguardano:

- ricognizione in termini di organizzazione, risorse, attività e risultati di funzioni per le quali si prevede un Progetto di integrazione e di coordinamento di funzioni
- confronto e valutazione di compatibilità dei modelli organizzativi e strutturali dipartimentali delle ASL accorpande, tenuto conto di risorse disponibili e realtà territoriali
- definizione di proposte a carattere sperimentale volte alla riorganizzazione e coordinamento delle attività

- formulazione di proposte volte all'adeguamento di varianti organizzative delle SC omologhe (ridefinizione di modalità organizzative, procedurali e operative, referenti di settore, carichi di lavoro) ed eventuale riaggiornamento sulla base di esigenze territoriali
- verifica dell'omogenea ed adeguata applicazione degli istituti contrattuali relativi all'inquadramento di posizione del personale della dirigenza e del comparto, nel rispetto e con l'obiettivo di miglioramento delle attuali professionalità e posizioni di profilo, tenendo conto delle legittime aspettative professionali e di carriera degli operatori
- attivazione della sperimentazione del coordinamento delle funzioni, previa verifica di fattibilità sia a livello aziendale che regionale.

L'esecuzione è affidata a gruppi di lavoro interaziendali, la cui composizione è definita dai Direttori di Dipartimento e dai Direttori di SC interessate, i quali possono delegare o farsi supportare per specifici argomenti da operatori della Struttura di riferimento individuati in base a competenza professionale, ambito operativo, conoscenza dell'argomento, capacità di approccio metodologico/organizzativo.

Gli strumenti e la tempistica sono i seguenti:

- istituzione di gruppi di lavoro interaziendali tra le ASL 6, 7, 9 (*già attivo*)
- redazione di un Documento relativo alla formulazione di prime proposte organizzative a carattere sperimentale (*entro settembre 2008*)
- valutazione aziendale e programmazione (*entro novembre 2008*)
- avvio della sperimentazione (*da dicembre 2008*).

### **Criteri di valutazione**

La valutazione viene effettuata con i seguenti indicatori:

- presenza del Documento riportante la formulazione di prime proposte organizzative a carattere sperimentale (*dicotomico: si/no*)
- verbali delle riunioni effettuate (*dicotomico: si/no*)
- rispetto del cronoprogramma (*dicotomico: si/no*)
- formalizzazione dell'avvio della sperimentazione a seguito di una valutazione di fattibilità (*dicotomico: si/no*).

### **Risorse**

Si rimanda alla specifica tabella, nella quale viene sviluppata una ipotesi di individuazione di personale in forma integrata e coordinata sulle tre ASL.

## **Prevedere forme di coordinamento delle attività di vigilanza a livello dipartimentale su progetti specifici senza prefigurare l'istituzione di strutture organizzative ad hoc.**

### **Analisi della situazione**

L'attività di vigilanza svolta dal Dipartimento di Prevenzione comprende ambiti e tipologie molto varie; comporta sia interventi di singoli Servizi per l'espletamento di specifiche funzioni previste da normative settoriali, sia il coinvolgimento di più Strutture in determinati ambiti di attività a competenza mista.

E' necessario promuovere in modo particolare il coordinamento delle attività che sono svolte in ambiti comuni (quali vigilanza in strutture produttive, sanitarie, socio-sanitarie), al fine di dare risposte all'utenza uniformi e adeguate, realizzando nel contempo una migliore razionalizzazione delle risorse e il contenimento di costi.

E' da sottolineare la necessità di ampliare la copertura dell'attività di vigilanza prevedendo appositi progetti che tengano conto anche degli orari di apertura di molti esercizi o attività commerciali, al di fuori dell'ordinario orario di servizio degli operatori.

Per quanto riguarda la declinazione complessiva dell'obiettivo si rimanda a quanto già descritto ai punti precedenti, relativamente alle forme di coordinamento delle attività nello specifico ambito.

### **Risorse**

Le risorse di seguito individuate si riferiscono a tutti i precedenti punti relativi alla prevenzione.

Dalla prima ricognizione quali quantitativa delle attività svolte dalle S.C. dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL accorpande è emersa l'urgenza di provvedere all'adeguamento delle risorse di personale necessarie, in particolare per gli interventi prioritari inderogabili previsti dalle disposizioni legislative comunitarie e nazionali, perlomeno con il riallineamento delle dotazioni organiche, con la sostituzione del personale cessato e l'integrazione necessaria per attività obbligatorie che hanno subito notevole incremento.

Occorre comunque evidenziare che la messa in opera di proposte organizzative dovrà essere contestuale alla gestione delle attività ordinarie e straordinarie previste dalla programmazione regionale ed aziendale. D'altra parte è pur vero che lo sviluppo dell'integrazione delle singole attività potrà creare i presupposti per determinare forme di sinergie sulle singole attività e dunque specifiche economie di scala.

Si riporta di seguito il prospetto di assunzioni nel breve periodo, comunque da rivedere a seguito degli accorpamenti avvenuti. Ulteriori eventuali necessità di risorse umane o strumentali, già presenti o ancora da reperire, saranno pertanto oggetto di successiva valutazione.

Nelle tabelle che seguono si presenta la specifica situazione.

<b>Personale</b>		
<b>Tipologia</b>	<b>Numero</b>	<b>Costi</b>
Medici	2	214.000
Dietisti	1	46.000
Tecnici	3	138.000
<b>TOTALE</b>	<b>6</b>	<b>398.000</b>

### Screening oncologici

Le risorse da implementare in termini di personale ed attrezzature in aggiunta all'attuale con i relativi costi indicativi sono presentate in tabella per quanto riguarda le attività di prevenzione del tumore del collo utero, della mammella, colon retto ed UVOS. I costi per il medico anatomo-patologo sono di pertinenza del Progetto generale di riorganizzazione dei Servizi di Anatomia Patologica integrato sulle tre ASL.

<b>Personale</b>		
<b>Tipologia</b>	<b>Numero</b>	<b>Costi</b>
Medico radiologo	1	107.000
Medico endoscopista	2	214.000
Medico anatomo patologo	Progetto ASL	
Medico UVOS	1	107.000
TSRM	6	276.000
Infermiere	2	92.000
Ostetrica	1	46.000
Amministrativi	4	144.000
<b>TOTALE</b>	<b>17</b>	<b>986.000</b>

Altresì le attrezzature per lo screening mammografico comprendono nell'immediato l'acquisizione di due mammografi, per circa 200.000 Euro e quindi l'implementazione a circa 10 strumenti per soddisfare completamente il fabbisogno di copertura previsto dalla specifica DGR 111-3632 del 2 agosto 2006.

## **AMBITO**

**Potenziare l'organizzazione distrettuale dal punto di vista della definizione e gestione/governo - dei processi assistenziali (funzione di tutela e committenza) con la valorizzazione degli strumenti già in essere (Direttore di Distretto, ufficio di coordinamento distrettuale, Unità di Valutazione Territoriale, ecc.) e in via di definizione (garante della riabilitazione, ecc.).**

### **Analisi della situazione**

Il potenziamento dell'organizzazione distrettuale dal punto di vista della definizione e governo dei processi assistenziali e la valorizzazione degli strumenti già presenti riveste importanza strategica per tutte le ASL. Nel caso delle ASL di Ciriè, Chivasso ed Ivrea, in vista dell'imminente accorpamento e a causa della dimensione/complessità organizzativa del Territorio risultante, tale indirizzo diventa ancora più vitale al fine di garantire la gestione del Territorio.

Attualmente le tre ASL presentano la seguente organizzazione in Distretti, secondo la seguente configurazione:

- ASL Ciriè: due Distretti (Ciriè-Lanzo e Venaria-Pianezza-Druento)
- ASL Chivasso: tre Distretti (Chivasso, Settimo e San Mauro)
- ASL Ivrea: due Distretti (Ivrea e Cuorgnè).

L'ASL di Ciriè presenta inoltre una peculiare suddivisione dei Distretti in 5 subDistretti, con un problema di eccessiva parcellizzazione che ostacola la crescita del ruolo del Distretto oltre che rappresentare un elemento di inefficienza del sistema; non a caso non esistono in altre ASL situazioni simili né ha tale suddivisione alcun riscontro normativo.

Le dimensioni dei Distretti rientrano in quelle previste nel PSR, con l'eccezione di quello di San Mauro (ASL 7), il cui Territorio si discosta nettamente dai territori circostanti per caratteristiche geografiche e sociali e coincide con il consorzio di riferimento, ma possiede una popolazione inferiore ai 70.000 residenti.

Le organizzazioni territoriali/distrettuali si presentano attualmente in forme estremamente diversificate tra le tre ASL, per quanto riguarda in particolare il livello dei servizi, le risorse dedicate, le attività e le procedure attuate.

In tal senso l'organizzazione distrettuale nelle diverse ASL deve andare sempre più verso l'integrazione definendo in modo esplicito le procedure comuni relative a competenze/obiettivi di: Direttore di Distretto, UCAD, CMVAD, UVG, UVH, Settori distrettuali deputati alla Continuità Assistenziale. Allo stesso tempo risulta da perfezionare la riorganizzazione delle attività riabilitative secondo procedure comuni nelle tre ASL di riferimento.

L'esigenza di generare un potenziamento del ruolo del Territorio e del Distretto in particolare si accompagna quindi alla necessità di uniformare, elevando i livelli più bassi, i differenti livelli nell'erogazione dei servizi fra Distretti e territori diversi.

### **Obiettivi**

In tal senso sono individuabili i seguenti obiettivi:

- costruire un modello organizzativo distrettuale che fornisca ai Distretti una visibilità interna ed esterna all'Azienda nonché gli strumenti necessari a svolgere il ruolo di governo a cui è chiamato.
- potenziare il ruolo di governo complessivo dei percorsi dei cittadini, sia in ordine alla continuità assistenziale, sia in quello della garanzia dell'accessibilità ai servizi e della presa in carico.
- recepire la nuova impostazione della rete riabilitativa di cui alla DGR 10/5605 del 2/4/07, con contestuale identificazione del garante del percorso riabilitativo.

## Azioni e tempi di realizzazione

In ciascun Distretto:

- sviluppo e uniformità del ruolo degli organi ed articolazioni distrettuali: Direttore di Distretto, UCAD, Unità valutative, comitato dei sindaci istituendole laddove non presenti (2008)
- superamento del ruolo a scavalco del Direttore di Distretto di Settimo già Direttore di altra SC, con la nomina di un Direttore di SC di ruolo; tutti gli altri Direttori sono già Direttori di SC Distretto, con a scavalco con altra SC solo il Direttore del Distretto di San Mauro (2008)
- sviluppo di una struttura organizzativa distrettuale a Matrice nella quale le strutture di produzione esterne al Distretto che operano sul Territorio, abbiano identificata una figura di riferimento per ciascun Distretto (2008-2009)
- potenziamento del ruolo delle unità di valutazione per la definizione dei migliori percorsi terapeutici, riabilitativi, assistenziali (2008)
- individuazione del garante del percorso riabilitativo (entro 2008)

A livello aziendale (ASL accorpata):

- istituzione di gruppo di lavoro interaziendale tra le ASL 6, 7 e 9 per l'analisi della realtà di ciascun Territorio con: individuazione delle differenze, esame delle criticità, analisi vincoli/opportunità e definizione di un Progetto fattibile volto ad identificare modelli, competenze e procedure comuni ed efficaci (già attivo dal 2007)
- redazione di Documento riportante la proposta organizzativa redatta dal gruppo di lavoro (entro aprile 2008)
- valutazione e programmazione aziendale (entro settembre 2008)
- redazione di nuove procedure comuni nei vari settori di attività (2008-2009)
- consolidamento e sviluppo ulteriore delle azioni (2009 e 2010).

N.B. L'attuale distribuzione territoriale in Distretti potrebbe dover essere rideterminata nel caso nel quale alcuni comuni della ASL dovessero essere attribuiti ad altra Azienda.

## Criteri di valutazione

La valutazione viene effettuata con i seguenti indicatori:

- definizione della nuova struttura organizzativa distrettuale nell'Atto Aziendale (standard dicotomico: si/no)
- nomina del Direttore di Distretto di Settimo (standard dicotomico: si/no)
- presenza del Documento riportante la proposta riorganizzativa del gruppo di lavoro (standard dicotomico: si/no)
- presenza di nuove procedure comuni per ogni anno (standard dicotomico: si/no)
- presenza del garante del percorso riabilitativo (standard dicotomico: si/no).

## Risorse

Il Documento di riorganizzazione complessivo evidenzierà le eventuali risorse aggiuntive necessarie alla riorganizzazione ed il potenziamento, in modo particolare per lo sviluppo delle attività delle Unità di Valutazione a livello distrettuale.

Per la nomina del Direttore di Distretto:

Personale		
Tipologia	Numero	Costi
Direttore SC	1	180.000
<b>TOTALE</b>	<b>1</b>	<b>180.000</b>

## **AMBITO**

### **Migliorare l'appropriatezza dei profili prescrittivi dei MMG e dei PLS.**

#### **Analisi della situazione**

L'appropriatezza dei profili prescrittivi dei MMG e dei PLS rappresenta una dei settori vitali per garantire qualità delle cure e per evitare inefficienze del sistema.

Attualmente la situazione delle tre ASL è molto differenziata. Le ASL, in particolare Ivrea e Chivasso, hanno effettuato ed hanno in corso progetti di appropriatezza sia sul versante farmaceutico sia su quello diagnostico.

Inevitabilmente, visto l'accorpamento non ancora avvenuto delle 3 ASL, risulta quasi assente una attività di definizione dei profili prescrittivi di MMG/PLS coordinata tra le tre ASL di riferimento, anche se con la Direzione unica si sono avviate le prime forme di integrazione, e se la regione ha fornito input che hanno fatto dato vita ad alcuni lavori comuni a tutte le ASL.

#### **Obiettivi**

Sono individuabili i seguenti obiettivi:

- analizzare i progetti già presenti in funzione della loro estensione sulle tre ASL
- coordinare i progetti al fine di uniformare gli ambiti di lavoro, lasciando la possibilità di lavori differenziati a fronte di specifiche situazioni (criticità, bisogni) evidenziati nell'ambito dei Distretti
- utilizzare una metodologia di lavoro comune per i progetti di perseguimento dell'appropriatezza.

#### **Azioni e tempi di realizzazione**

Le azioni e la relativa tempistica sono le seguenti:

- predisposizione di una procedura aziendale comune finalizzata alla realizzazione dei profili prescrittivi, in accordo con il Sistema informativo, il Controllo di Gestione, la Farmacia ed i MMG/PLS per quanto riguarda spesa farmaceutica, spesa per diagnostica/specialistica, spesa per ricoveri, con confronto con standard aziendale, distrettuale e di equipe territoriale (*entro aprile 2008*)
- elaborazioni di progetti con metodologia comune con le seguenti caratteristiche: Identificazione dei problemi dall'analisi dei profili prescrittivi, scelta dei problemi sulla base del peso, della rilevanza, e delle reali possibilità di soluzione, definizione di linee guida coinvolgendo tutti gli attori del processo decisionale prescrittivo (medici di medicina generale, specialisti ospedalieri, specialisti convenzionati), azione di condivisione (attraverso équipes territoriali e di branca), iniziative di diffusione capillare (audit, formazione, ecc.), collegamento ai sistemi premianti dei diversi contratti/accordi (*da maggio 2008*)
- prosecuzione/avvio dei seguenti lavori con la metodologia di cui sopra: implementazione della prescrizione di farmaci equivalenti, attraverso sistematici richiami negli UCAD/Equipes e l'invio dei rispettivi report mensili a MMG/PLS, perseguendo un trend annuale di crescita progressiva fino allo standard regionale del 20% (in rapporto alla spesa farmaceutica complessiva) e suo mantenimento (*da maggio 2008*); progetti regionali finanziati con borse di studio; predisposizione annuale di un Progetto aziendale di appropriatezza, d'intesa con MMG/PLS/Specialisti, elaborato sulla base degli elementi esplicitati
- consolidamento e sviluppo ulteriore delle azioni (*2009 e 2010*).

#### **Criteri di valutazione**

La valutazione viene effettuata con i seguenti indicatori:

- presenza della Procedura aziendale finalizzata alla stesura dei profili prescrittivi (*standard dicotomico: si/no*)
- presenza di report sui profili prescrittivi (*standard dicotomico: si/no*)
- presenza del Progetto annuale elaborato come sopra descritto (*standard almeno un Progetto per anno*)
- presenza di Progetto sui farmaci equivalenti (*standard almeno un Progetto per anno*)
- conclusione progetti regionali (*standard: secondo tempi stabiliti*).

### **Risorse**

Per quanto riguarda la specifica azione sull'appropriatezza prescrittiva non sono necessarie risorse aggiuntive.



## **AMBITO**

**Riorganizzare i servizi territoriali attraverso la costituzione di forme associative della medicina di famiglia integrate con le figure professionali ed i servizi dei Distretti, al fine di garantire la continuità dell'assistenza: l'obiettivo di riferimento per il 2007 è quello della costituzione di almeno un gruppo di cure primarie per ASL, mentre per il 2010 di almeno uno per Distretto.**

## **Analisi della situazione**

Nell'ambito della riorganizzazione dei servizi territoriali attualmente viene riconosciuta sempre più importanza alle forme associative dei medici di medicina generale integrate con le figure professionali ed i servizi dei Distretti, al fine di garantire la continuità dell'assistenza; peraltro nelle tre ASL non è attualmente attivo alcun gruppo di cure primarie.

## **Obiettivi**

In tal senso sono individuabili i seguenti obiettivi:

- favorire la formazione della medicina di gruppo
- costituire gruppi di cure primarie per le tre ASL entro il 2008, se non attivati entro 2007
- costituire almeno un gruppo di cure primarie per Distretto per l'anno 2010
- sviluppare le attività dei GCP ed utilizzare la sperimentazione per diffondere progressivamente il modello della medicina di gruppo integrata con gli altri servizi dell'ASL, per farla diventare sempre più il modello ordinario di erogazione dei servizi territoriali.

## **Azioni e tempi di realizzazione**

Tenuto conto delle criticità e dei problemi organizzativi che potrebbero penalizzare l'attivazione dei GCP, vista la multiprofessionalità, l'eterogeneità degli attori e le sedi da individuare, si prevede la costituzione dei seguenti GCP:

- ASL 6: Pianezza (Distretto 2) tra fine 2007 e inizio 2008, sede da definire per il Distretto 1, *entro il 2010*
- ASL 7: Brandizzo (Distretto 1) tra fine 2007 e inizio 2008, Leini (Distretto 2) e sede da definire per il Distretto 3, *entro il 2010*
- ASL 9: Rivarolo (Distretto 2) *entro il 2008*, Caluso (Distretto 1)/Castellamonte (Distretto 2) *entro il 2010*.

Gli stessi GCP, con il coordinamento dei Direttori di Distretto, formuleranno uno specifico Documento per definire il funzionamento operativo dei GCP (*entro aprile 2008*)

- consolidamento e sviluppo ulteriore delle azioni (*2009 e 2010*).

Va aggiunto che al momento a Rivarolo la sede ASL individuata deve essere ristrutturata; è prevista quindi l'attivazione presso una sede provvisoria adatta alla fase di avvio ed il successivo spostamento in quella definitiva, ove sarà possibile garantire lo sviluppo del GCP in tutte le sue potenzialità.

Per Pianezza invece sussistono alcuni problemi sulla disponibilità della sede prevista per il GCP, ma il maggiore interrogativo è legato all'ipotetico passaggio del suo Territorio presso altra ASL.

## **Criteri di valutazione**

La valutazione viene effettuata con i seguenti indicatori:

- presenza dell'atto costitutivo del GCP sottoscritto dagli interessati (*standard dicotomico: si/no*)

- presenza di specifico Documento per definire il funzionamento dei GCP, validazione aziendale e sua applicazione progressiva (*standard dicotomico: si/no*); gli ulteriori indicatori e standard sono da individuare in base alle specifiche attività.

### **Risorse**

Da definire all'atto della costituzione dei GCP. Vanno comunque considerati i lavori di ristrutturazione della sede di Rivarolo, quantificati in circa 100.000 €.

Vanno infine considerati gli incrementi dei costi contrattuali collegati allo sviluppo e all'incremento delle forme associative verso le medicine di gruppo/GCP.

## AMBITO

Contenere il tasso di ospedalizzazione nello standard previsto a livello nazionale, rapportato alla composizione della popolazione per classi di età per ogni ASL. Ciò comporta per alcune ASL interventi volti ad assicurare le cure e l'assistenza necessari, sia attraverso il maggior coordinamento e valutazione dei percorsi di cura, sia predisponendo modalità assistenziali differenziate con lo sviluppo delle attività territoriali e domiciliari; per altre aziende invece è importante assicurare il costante monitoraggio dell'attuale livello di erogazione dell'assistenza ospedaliera.

### Analisi della situazione

Il tasso di ospedalizzazione è anche un indicatore di uso più o meno appropriato della Struttura ospedaliera, che ha importanti riflessi sulla spesa sanitaria delle ASL e pertanto deve essere contenuto all'interno degli specifici parametri di riferimento.

In modo particolare, il tasso di ospedalizzazione generale per mille abitanti dei residenti delle ASL di Ciriè, Chivasso e Ivrea per l'anno 2006 è presentato nella tabella che segue.

ASL	Ric.	Abit.	Tasso. osp.	Importo
<b>Ciriè</b>	33.989	180.035	<b>189</b>	101.904.249
<b>Chivasso</b>	33.132	195.884	<b>169</b>	98.454.600
<b>Ivrea</b>	31.324	188.933	<b>166</b>	95.766.483
<b>Totale</b>	<b>98.445</b>	<b>564.852</b>	<b>174</b>	<b>296.125.332</b>

Ne consegue che il tasso di ospedalizzazione risulta globalmente nelle tre ASL sotto lo standard del 180 per mille abitanti ed è ben controllato a Chivasso ed Ivrea, mentre risulta superiore allo standard a Ciriè.

Il tasso di ospedalizzazione disaggregato per fasce di età (dati riferiti all'anno 2006) è altresì riportato nella tabella che segue:

ASL	Età	Ric.	Abit.	Tasso osp.	Importo
<b>Ciriè</b>	0-14 anni	5.137	23.271	221	6.287.308
	15-64 anni	15.988	121.965	131	44.225.044
	oltre 65 anni	12.864	34.799	370	51.391.897
<b>Totale</b>		<b>33.989</b>	<b>180.035</b>	<b>189</b>	<b>101.904.249</b>
<b>Chivasso</b>	0-14 anni	3.347	26.316	127	4.607.800
	15-64 anni	16.833	130.331	129	46.301.828
	oltre 65 anni	12.952	39.237	330	47.544.972
<b>Totale</b>		<b>33.132</b>	<b>195.884</b>	<b>169</b>	<b>98.454.600</b>
<b>Ivrea</b>	0-14 anni	2.902	23.091	126	3.883.753
	15-64 anni	14.811	121.205	122	41.188.652
	oltre 65 anni	13.611	44.637	305	50.694.078
<b>Totale</b>		<b>31.324</b>	<b>188.933</b>	<b>166</b>	<b>95.766.483</b>

E' interessante osservare come l'incremento del tasso di ospedalizzazione che si osserva a Ciriè è anche legato ai ricoveri nella fascia di età più anziana, ma soprattutto ai ricoveri in età pediatrica; quest'ultimo dato deve essere pertanto oggetto di specifica valutazione nell'ambito del Dipartimento Materno Infantile.

L'azione di controllo sul tasso di ospedalizzazione deve essere comunque frutto di un intervento sinergico tra Ospedale e Territorio, cioè tra la funzione di produzione e quella di tutela.

### **Obiettivi**

In tal senso sono individuabili i seguenti obiettivi:

- per le ASL di Chivasso ed Ivrea monitorare e controllare l'attuale livello di consumo di assistenza ospedaliera
- per l'ASL di Ciriè monitorare e ridurre progressivamente il tasso di ospedalizzazione verso lo standard previsto del 180 per mille.

### **Azioni e tempi di realizzazione**

Le azioni e la relativa tempistica sono le seguenti:

- per le tre ASL: produzione di reportistica periodica per il monitoraggio e controllo del tasso di ospedalizzazione (*da febbraio 2008*)
- per l'ASL di Ciriè: istituzione di gruppo di lavoro specifico per l'analisi del problema, la definizione delle criticità, la individuazione delle cause e delle soluzioni efficaci e fattibili, con effettuazione di specifica analisi organizzativa relativamente all'appropriatezza dei ricoveri DRG specifica, all'azione di filtro da parte del DEA, all'attività dei servizi territoriali per la prevenzione dei ricoveri non appropriati, allo sviluppo di protocolli di intesa con le strutture di Lungodegenza e produzione di Documento finale (*entro marzo 2008*);
- validazione aziendale ed implementazione delle soluzioni operative (*da maggio 2008*)
- consolidamento e sviluppo ulteriore delle azioni (*2009 e 2010*).

### **Criteri di valutazione**

La valutazione viene effettuata con i seguenti indicatori:

- presenza di reportistica specifica e trasmissione agli interessati per le opportune analisi (*standard tre report per anno*)
- presenza di Documento di analisi organizzativa (*standard dicotomico: si/no*)
- da individuare gli ulteriori indicatori in base alle azioni stabilite a seguito dell'analisi organizzativa a partire dal 2008 (*standard dicotomico: si/no*)
- tasso di ospedalizzazione per mille abitanti (*standard di mantenimento per ASL 7 e 9 e di adeguamento tendenziale al 180 per mille per l'ASL 6*).

### **Risorse**

In questa fase non sono necessarie risorse aggiuntive.

Da individuare le eventuali ulteriori risorse in base alle azioni stabilite a seguito dell'analisi organizzativa. Tale ambito si ricollega in modo particolare al potenziamento della rete dei servizi territoriali con le specifiche risorse per la prevenzione dei ricoveri inappropriati, comunque già trattato negli specifici punti del presente PRR.

## **AMBITO**

**Completare nelle ASR l'organizzazione a CUP di tutte le attività ambulatoriali erogate per la prima visita e per la prima effettuazione della prestazione specialistica e la predisposizione di sistemi di prenotazione a distanza (*call center*, punti di prenotazione diffusi sul Territorio), in attuazione del piano regionale per il contenimento delle liste di attesa.**

**Mettere a regime i sistemi di prenotazione sovraziendali in relazione alle indicazioni regionali in materia e migliorare le modalità di consegna della refertazione sia attraverso l'ampliamento degli orari disponibili degli sportelli che con l'invio presso l'abitazione o la sede di cura.**

**Potenziare i sistemi centralizzati di prenotazione dei ricoveri.**

### **Analisi della situazione**

Il CUP rappresenta un riferimento fondamentale per il cittadino per quanto riguarda l'accessibilità delle prestazioni sanitarie; in tale ambito sempre più importante è inoltre la possibilità per il cittadino di accedere a forme di prenotazione a distanza sul Territorio.

Diverse sono le situazioni al momento presenti a vari livelli nelle ASL 6, 7 e 9 e nello specifico:

- presenza di prestazioni non prenotabili al CUP
- presenza di punti decentrati di prenotazione
- presenza di call-center aziendali.

Peraltro nella Regione Piemonte ha preso il via la sperimentazione del SovraCup unificato per la prenotazione di visite specialistiche ed esami diagnostici.

Il Progetto ha l'obiettivo di sfruttare tutte le potenzialità della rete che, nel momento in cui il sistema sarà definitivamente a regime, consentirà ai cittadini di prenotare una visita o un esame presso la struttura che può garantire la soddisfazione della richiesta nel minor tempo possibile.

Per quanto riguarda i sistemi di prenotazione sovraziendali, in relazione alle indicazioni regionali in materia, attualmente nelle ASL 6, 7 e 9 la situazione è la seguente:

- sono in corso le procedure per il collegamento al SovraCUP
- è assente, peraltro, un servizio di invio al domicilio dei referti
- è attiva la possibilità per il MMG/PLS di accedere ad un portale, gestito dal Laboratorio Analisi, per la lettura dei referti degli esami dei propri assistiti nell'ASL 7
- viene inviato via fax agli assistiti ed al loro MMG il referto dell' INR nelle ASL 6 e 9.

Per quanto riguarda i sistemi centralizzati di prenotazione, è utile sviluppare una azione specifica per quanto riguarda i ricoveri.

Attualmente nelle tre ASL di riferimento l'inserimento in lista di attesa per ricovero avviene esclusivamente in area chirurgica, in quanto in area medica l'accesso è diretto.

L'accesso alle prestazioni di ricovero elettivo in area chirurgica comporta: l'inserimento in lista di attesa e la gestione del prericovero. L'inserimento in lista di attesa è disposto dal medico, indicando una serie di dati specifici relativi al paziente.

Attualmente la situazione è differenziata nei vari Presidi: in alcuni casi l'organizzazione del prericovero è centralizzata (Cuorgnè), mentre in altri viene demandata alla singola struttura che gestisce il paziente (Ivrea). Presso le sedi di Chivasso e Ciriè, peraltro, l'organizzazione è basata sul decentramento delle funzioni sia di prenotazione del ricovero sia di prericovero.

In tale ambito un ruolo di primo piano è giocato comunque dal Sistema Informativo, nella logica più ampia della gestione uniforme dell'informazione in forma integrata nelle tre ASL. Attualmente, tra l'altro i Sistemi Informativi delle tre ASL sono molto differenziati sia per quanto riguarda la componente hardware sia per la componente software.

Il processo di informatizzazione è già ben avviato nell'ASL di Ivrea sia nella parte amministrativa che sanitaria, mentre è poco sviluppato nell'ASL di Ciriè.

L'obiettivo è di uniformare i sistemi informativi sanitari ed amministrativi tra le tre ASL. La situazione è descritta nello specifico capitolo riguardante la revisione della struttura organizzativa.

### **Obiettivi**

In tal senso sono individuabili i seguenti obiettivi:

- completare nelle ASL 6, 7 e 9 l'organizzazione a CUP di tutte le attività ambulatoriali erogate per la prima visita e per la prima effettuazione della prestazione specialistica
- predisporre specifici sistemi di prenotazione a distanza (punti di prenotazione diffusi sul Territorio: farmacie e medici di medicina generale).
- attivare il SovraCUP in aderenza alla direttive regionali ed alle relative scadenze
- attivare il servizio di consegna dei referti
- sviluppare progressivamente la centralizzazione delle prenotazioni dei ricoveri nelle varie sedi ospedaliere
- sviluppare il Sistema Informativo in modo integrato tra le tre Aziende.

### **Azioni e tempi di realizzazione**

Le azioni e la relativa tempistica sono le seguenti:

- mantenimento degli attuali punti decentrati di prenotazione (*immediato*)
- inserimento in CUP Aziendale di tutte le prestazioni erogate dall'ASL (*entro marzo 2008*)
- effettuazione di uno studio di fattibilità sull'implementazione dei punti di prenotazione ulteriori attraverso il coinvolgimento delle farmacie territoriali ed i MMG/PLS con produzione di Documento finale (*entro giugno 2008*)
- attivazione come da Progetto regionale del SovraCUP nelle ASL di Ciriè, Chivasso ed Ivrea (*tempi stabiliti con la Regione*)
- revisione dell'organizzazione aziendale del servizio di consegna dei referti al fine di garantire la consegna nella stessa sede di erogazione della prestazione oppure, su richiesta dell' assistito, in un'altra sede aziendale; effettuazione di uno studio di fattibilità sul servizio di invio al domicilio dei referti e sulla possibilità di accesso diretto dei medici per via informatica con produzione di Documento finale (*entro marzo 2008*)
- avvio sperimentale del sistema centralizzato di prenotazione dei ricoveri presso una sede ospedaliera (*entro il primo trimestre 2008*), analisi di efficacia ed eventuale estensione progressiva ad altre sedi ospedaliere (*entro il 2008*)
- per quanto riguarda il Sistema Informativo, estensione delle procedure amministrativo-contabile, CUP e accettazione/dimissione sanitaria all'ASL di Ciriè (*dal 2008*); progressiva integrazione del Sistema Informativo nelle tre Aziende (*dal 2009*)
- consolidamento e sviluppo ulteriore delle azioni (*2009 e 2010*).

### **Criteri di valutazione**

La valutazione viene effettuata con i seguenti indicatori:

- tipologie di prestazioni prenotate fuori dal CUP (*standard in tendenza verso 0%*).
- numero di punti decentrati di prenotazione (*incremento tendenziale di uno all'anno dal 2008*)
- presenza del Documento relativo allo studio di fattibilità sull'implementazione dei punti di prenotazione (*standard dicotomico si/no*)
- presenza di prenotazioni attraverso il SovraCUP (*standard dicotomico: si/no*)

- presenza del Documento dello studio di fattibilità sull'invio a domicilio dei referti e sulla possibilità di accesso diretto dei medici per via informatica (*standard dicotomico: si/no*)
- presenza di sistema centralizzato di prenotazione dei ricoveri sperimentale nelle sedi individuate (*standard dicotomico: si/no*)
- numero di sedi con presenza di sistema centralizzato di prenotazione dei ricoveri progressivamente a regime (*standard da definire in base all'analisi*)
- numero di sedi con presenza di Sistema Informativo integrato (*standard da definire in base all'analisi*).

### **Risorse**

Le risorse sono da definire rispetto all'implementazione dei punti decentrati di prenotazione e per quanto riguarda l'invio dei referti a domicilio degli utenti.

Per quanto riguarda lo sviluppo del Sistema Informativo in forma integrata nelle tre ASL, la dotazione di risorse viene indicata nella specifica sezione relativa alla revisione della struttura organizzativa.

## AMBITO

Monitorare il ricorso all'assistenza specialistica ambulatoriale, in forte crescita negli ultimi anni, con livelli molto differenziati tra le ASL che sembrano evidenziare la presenza di aree di inappropriata prescrivibilità, anche a fronte delle forti disomogeneità di consumi di prestazioni sul Territorio regionale.

### Analisi della situazione

Come per il tasso di ospedalizzazione, il consumo di prestazioni ambulatoriali per mille abitanti e il numero di prestazioni medie per abitante sono anche indicatori di uso più o meno appropriato dei servizi sanitari che hanno importanti riflessi sulla spesa delle ASL.

In tale ambito il monitoraggio dell'assistenza specialistica ambulatoriale è in parte già effettuato.

I risultati depongono per una situazione tendenziale simile nelle ASL di Ciriè, Chivasso ed Ivrea e comunque allineata agli standard regionali sia per quanto riguarda il numero di prestazioni per mille abitanti che il numero di prestazioni medie per abitante (dati riferiti all'anno 2006), come evidenziato nella tabella che segue.

ASL	Area	Prest.	Abit.	Prest. Per mille ab.	Prest. per abit. ASL	Prest. per abit. REGIONE
<b>Ciriè</b>	Osp.	2.096.259	180.035	11.644	12	11
	PS	510.349	180.035	2.835	3	3
	Terr.	616.285	180.035	3.423	3	4
	<b>Totale</b>	<b>3.222.893</b>	<b>180.035</b>	<b>17.901</b>	<b>18</b>	<b>18</b>
<b>Chivasso</b>	Osp.	1.745.021	195.884	8.908	9	11
	PS	605.741	195.884	3.092	3	3
	Terr.	858.253	195.884	4.381	4	4
	<b>Totale</b>	<b>3.209.015</b>	<b>195.884</b>	<b>16.382</b>	<b>16</b>	<b>18</b>
<b>Ivrea</b>	Osp.	2.372.627	188.933	12.558	13	11
	PS	405.505	188.933	2.146	2	3
	Terr.	480.630	188.933	2.544	3	4
	<b>Totale</b>	<b>3.258.762</b>	<b>188.933</b>	<b>17.248</b>	<b>17</b>	<b>18</b>

Il valore degli indicatori relativi al consumo di prestazioni è comunque da tenere sotto stretto controllo. Uno specifico programma per lo sviluppo dell'appropriatezza per quanto riguarda le prestazioni ambulatoriali è in parte già stato avviato in tutte le ASL tra medici ospedalieri e medici di medicina generale e rappresenta comunque una esigenza da sviluppare ulteriormente in chiave integrata.

A tale ambito si aggancia anche l'azione di definizione delle priorità cliniche per le prestazioni ambulatoriali, che deve avere una evoluzione comune per le tre ASL accorpate.

### Obiettivi

In tal senso sono individuabili i seguenti obiettivi:

- monitorare sistematicamente il consumo di prestazioni ambulatoriali nelle tre ASL di riferimento
- sviluppare le attività di valutazione e miglioramento dell'appropriatezza nell'ambito delle prestazioni ambulatoriali in generale, per le singole discipline e per percorsi diagnostici terapeutici assistenziali.



### **Azioni e tempi di realizzazione**

Le azioni e la relativa tempistica sono le seguenti:

- redazione di reportistica specifica e trasmissione agli interessati per il monitoraggio e le opportune analisi (*da febbraio 2008*)
- applicazione degli algoritmi diagnostici per patologia, per la corretta sequenza di richiesta delle prestazioni di laboratorio, già definiti nell'ambito di un apposito gruppo di lavoro Ospedale/Territorio nell'ASL 9 per migliorare l'appropriatezza della richiesta degli esami in laboratorio (*Progetto in ogni ASL entro aprile 2008 ed implementazione nel 2008*)
- sviluppo delle azioni nell'ambito di gruppi di lavoro congiunto tra medici di MMG e ospedalieri per l'appropriatezza delle richieste di specifiche prestazioni (*Progetto in ogni ASL entro aprile 2008 ed implementazione nel 2008*)
- analisi e revisione dei criteri di priorità cliniche per la razionalizzazione dell'accesso alle prestazioni ambulatoriali, in particolare per le prestazioni che manifestano tempi di attesa elevati (*Progetto in ogni ASL entro aprile 2008 ed implementazione nel 2008*)
- consolidamento e sviluppo ulteriore delle azioni (*2009 e 2010*).

### **Criteri di valutazione**

La valutazione viene effettuata con i seguenti indicatori:

- presenza di reportistica specifica e trasmissione agli interessati per le opportune analisi (*standard tre report per anno*)
- presenza di Progetto su algoritmi diagnostici ed implementazione (*standard dicotomico: si/no*)
- presenza di Progetto su appropriatezza della richiesta delle prestazioni ambulatoriali ed implementazione (*standard dicotomico: si/no*)
- presenza di Progetto su priorità cliniche ed implementazione (*standard dicotomico: si/no*)
- tasso di consumo di prestazioni per abitante (*standard allineato con i valori regionali*).

### **Risorse**

Non sono necessarie risorse aggiuntive.

## AMBITO

**Aumentare il livello di appropriatezza dell'assistenza sanitaria ospedaliera contenendo i ricoveri individuati ad alto rischio di inappropriatezza e trasformando quelli svolti per l'effettuazione di sola attività diagnostica di livello più semplice in day service.**

### Analisi della situazione

L'ambito dell'appropriatezza è sicuramente uno dei temi più attuali nelle Aziende Sanitarie, anche in funzione della riduzione della spesa e delle prestazioni rischiose.

L'appropriatezza dei ricoveri ordinari può essere valutata con metodi statistici (es. DRG ad alto rischio di non appropriatezza-ARI, DRG sentinella) o con specifiche analisi sulla documentazione sanitaria (es. PRUO).

Per quanto riguarda la prima forma di verifica, i dati della Regione per i ricoveri medici ad alto rischio di non appropriatezza (dati riferiti all'anno 2006) sono desumibili dalla tabella che segue.

ASL	N. ricoveri ARI	Percentuale abbattimento
Ciriè	1.832	0%
Chivasso	1.779	0%
Ivrea	1.223	0%

Pur non essendo da registrare uno specifico abbattimento rispetto ai parametri regionali, la disaggregazione a DRG della tabella seguente evidenzia alcune criticità comunque da approfondire (per sintesi sono inseriti solo i ricoveri/DRG con oltre cento casi per quanto riguarda la frequenza).

ASL	DRG	Limite Regionale tasso ospedalizz.	Tasso ospedalizz. Effettivo	N. Ricoveri	Percentuale abbattimento
ASL 6	183 - ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA` >17 SENZA CC	2	0,72	128	0%
	184 - ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA` < 18	1	1,16	207	0%
	243 - AFFEZIONI MEDICHE DEL DORSO	2	1,23	220	0%
	395 - ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI, ETA` > 17	2	1,55	278	0%
	467 - ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE	3	1,19	213	0%
ASL 7	183 - ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA` >17 SENZA CC	2	0,55	108	0%
	184 - ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA` < 18	1	0,86	167	0%
	243 - AFFEZIONI MEDICHE DEL DORSO	2	0,71	138	0%
	395 - ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI, ETA` > 17	2	1,46	284	0%

	467 - ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE	3	1,19	231	0%
<b>ASL 9</b>	183 - ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA` >17 SENZA CC	2	0,94	178	0%
	243 - AFFEZIONI MEDICHE DEL DORSO	2	0,56	105	0%
	395 - ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI, ETA` > 17	2	0,95	180	0%

Per quanto riguarda invece i ricoveri chirurgici ad alto rischio di non appropriatezza, questi sono desumibili dalla tabella che segue, la quale riporta i casi abbattibili così come definiti a livello regionale.

ASL	N. ricoveri ARI	N. casi abbattibili
<b>Ciriè</b>	2.151	156
<b>Chivasso</b>	638	4
<b>Ivrea</b>	3.199	77

La rappresentazione analitica a DRG della tabella che segue evidenzia alcune criticità, comunque da approfondire soprattutto per i ricoveri dell'ASL di Ciriè.

ASL	DRG	Limite Regionale	N. Ricoveri Totale	N. Ricoveri > 1 gg	Percentuale chiusura	N. Casi accettabili	N. Casi abb.
<b>ASL 6</b>	006 - DECOMPRESSIONE DEL TUNNEL CARPALE	0%	130	2	2%	0	2
	039 - INTERVENTI SUL CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA	3%	847	30	4%	25	5
	042 - INTERVENTI SULLE STRUTTURE INTRAOCULARI ECCETTO RETINA, IRIDE E CRISTALLINO	68%	29	24	83%	20	4
	119 - LEGATURA E STRIPPING DI VENE	5%	124	43	35%	6	37
	158 - INTERVENTI SU ANO E STOMA, SENZA CC	30%	152	65	43%	46	19
	160 - INTERVENTI PER ERNIA, ECCETTO INGUINALE E FEMORALE, ETA` > 17 SENZA CC	59%	54	45	83%	32	13
	162 - INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETA` > 17 SENZA CC	12%	319	101	32%	38	63
	232 - ARTROSCOPIA	14%	16	3	19%	2	1
	262 - BIOPSIA DELLA MAMMELLA E ESCISSIONE LOCALE NON PER NEOPLASIE MALIGNI	12%	16	6	38%	2	4
	270 - ALTRI INTERVENTI SU PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA SENZA CC	13%	49	10	20%	6	4
	364 - DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, CONIZZAZIONE ECCETTO PER NEOPLASIE MALIGNI	9%	45	8	18%	4	4

<b>ASL 7</b>	262 - BIOPSIA DELLA MAMMELLA E ESCISSIONE LOCALE NON PER NEOPLASIE MALIGNI	12%	3	1	33%	0	1
	364 - DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, CONIZZAZIONE ECCEPTE PER NEOPLASIE MALIGNI	9%	62	9	15%	6	3
<b>ASL 9</b>	039 - INTERVENTI SUL CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA	3%	1.679	53	3%	50	3
	040 - INTERVENTI SULLE STRUTTURE EXTRAOCULARI ECCEPTE L'ORBITA, ETA' > 17	9%	166	87	52%	15	72
	041 - INTERVENTI SULLE STRUTTURE EXTRAOCULARI ECCEPTE L'ORBITA, ETA' < 18	9%	41	6	15%	4	2

Per Ivrea, la situazione è già stata ripetutamente studiata; si tratta dei ricoveri/DRG relativi agli interventi sulle vie lacrimali, un particolare tipo di intervento svolto dall'equipe di Oculistica e da pochi altri centri in Italia; ciò determina attrazione di pazienti da altre regioni, i quali, spesso, anche per l'età avanzata, richiedono la permanenza in reparto per più di un giorno. Inoltre, l'intervento viene eseguito in anestesia generale e necessita di almeno un giorno di degenza oltre l'intervento per il monitoraggio del post – operatorio.

Per quanto riguarda invece il day hospital, un buon parametro di valutazione dell'appropriatezza è rappresentato dai ricoveri di tipo diagnostico, potenzialmente convertibili in forme alternative come il day service. Nella tabella che segue viene presentata la situazione relativa alle tre ASL.

ASL	Ric. DH	DH diagn.	%
<b>Ciriè</b>	5.133	297	5,79
<b>Chivasso</b>	2.776	151	5,44
<b>Ivrea</b>	7.731	98	1,27
<b>Totale</b>	<b>15.640</b>	<b>546</b>	<b>3,49</b>

E' evidente un utilizzo variabile del DH diagnostico nelle tre ASL e comunque più marcato a Ciriè e Chivasso, che deve essere opportunamente ricondotto verso gli standard di riferimento ed eventualmente riconvertito verso le attività ambulatoriali e di day service e di pacchetti ambulatoriali complessi.

Ovviamente, accanto al discorso dell'appropriatezza organizzativa, andrà portato avanti operativamente il tema dell'appropriatezza clinica attraverso specifiche azioni tese a:

- valorizzare la ricerca esplicita di prove di efficacia secondo i principi della evidence based medicine-nursing-management-health care
- definire linee guida di buona qualità per la loro contestualizzazione nei percorsi diagnostici terapeutici assistenziali
- valutare le tecnologie sanitarie secondo la logica del technology assessment
- valutare sistematicamente i processi e gli esiti in campo professionale e manageriale attraverso indicatori non solo gestionali ma anche clinico-assistenziali con le specifiche attività di audit
- sviluppare gli adeguamenti necessari alle esigenze dell'accreditamento istituzionale e professionale.

Quanto sopra si traduce operativamente nella progressiva costruzione di un Sistema Gestione Qualità integrato nelle tre Aziende in fase di accorpamento.

## Obiettivi

In tal senso sono individuabili i seguenti obiettivi:

- monitorare sistematicamente il ricorso al ricovero ospedaliero nelle tre ASL di riferimento
- sviluppare le attività di valutazione e miglioramento dell'appropriatezza organizzativa nell'ambito dei ricoveri ordinari e di day hospital e studiare la possibilità di riconversione dei ricoveri/DRG ad alto rischio di inappropriately in ricovero ordinario verso il day hospital e dei day hospital diagnostici verso le attività ambulatoriali e il day service
- sviluppare le attività di valutazione e miglioramento dell'appropriatezza clinica, che trovano nelle prove di efficacia, nelle linee guida e nei percorsi diagnostici terapeutici ed assistenziali e nelle attività di il loro momento di sviluppo, secondo la logica del disease management
- sviluppare il Sistema Gestione Qualità in forma integrata sulle tre Aziende.

### **Azioni e tempi di realizzazione**

Le azioni e la relativa tempistica sono le seguenti:

- redazione di reportistica specifica sull'appropriatezza organizzativa e clinico-assistenziale e trasmissione agli interessati per le opportune analisi (*da febbraio 2008*)
- istituzione di gruppo di lavoro interaziendale tra le ASL 6, 7 e 9 per l'analisi del problema, la individuazione delle criticità, la definizione delle cause e delle soluzioni efficaci e fattibili (*entro marzo 2008*)
- formulazione di Progetto di miglioramento dell'appropriatezza clinica ed organizzativa in ogni ASL (*entro maggio 2008*) e sua implementazione (*da giugno 2008*)
- istituzione di gruppo di lavoro interaziendale tra le ASL 6, 7 e 9 per lo sviluppo del Sistema Gestione Qualità in forma integrata nelle tre ASL (*entro gennaio 2008*), formulazione di Progetto (*entro marzo 2008*) e sua implementazione (*da aprile 2008*)
- consolidamento e sviluppo ulteriore delle azioni (*2009 e 2010*).

### **Criteri di valutazione**

La valutazione viene effettuata con i seguenti indicatori:

- presenza di reportistica specifica sull'appropriatezza e trasmissione agli interessati per le opportune analisi (*standard tre report per anno*)
- presenza di gruppo di lavoro e formulazione di Progetto di miglioramento sull'appropriatezza organizzativa e DH e sull'appropriatezza clinico-assistenziale (*standard dicotomico: si/no*) ed implementazione (*standard da definire*)
- tasso di DRG ad alto rischio di inappropriately (*standard allineato con i parametri regionali*)
- tasso di ricoveri in DH diagnostico (*standard allineato con i parametri regionali*).
- presenza di gruppo di lavoro e formulazione di Progetto sul Sistema Gestione Qualità in forma integrata sulle tre ASL (*standard dicotomico: si/no*) ed implementazione (*standard da definire*)
- num. di percorsi diagnostici terapeutici assistenziali attivati e loro implementazione (*standard da definire*)
- num. di audit per Struttura (*standard. almeno uno per anno*).

### **Risorse**

Non sono necessarie, al momento, risorse aggiuntive.

## **AMBITO**

**Potenziare le attività di dimissione protetta intesa soprattutto come garanzia delle continuità delle cure in stretta correlazione con le attività distrettuali di residenza dei pazienti.**

**Migliorare i percorsi di continuità assistenziale anche con l'organizzazione nelle strutture residenziali socio-sanitarie, secondo le indicazioni regionali in materia, di trattamenti intensivi a totale carico sanitario per periodi massimi di 60 giorni, rivolti a pazienti non autosufficienti che presentano bisogni sanitari a rilievo sociale.**

**Incentivare i programmi nei quali i ricoveri residenziali a termine, successivi ad un ricovero ospedaliero, consentano di accompagnare il recupero funzionale degli individui e predisporre le condizioni logistico-organizzative per il reinserimento a domicilio.**

## **Analisi della situazione**

La dimissione protetta, i percorsi di continuità assistenziale ed i ricoveri residenziali a termine sono tutti strumenti indispensabili per garantire la continuità terapeutico assistenziale fra Ospedale e Territorio, la qualità del servizio, la corretta programmazione dei servizi e l'appropriatezza delle prestazioni.

Attualmente la situazione nelle ASL 6, 7 e 9 è la seguente:

- presenza in tutte 3 le ASL di settori distrettuali o Aziendali territoriali deputati alla Continuità Assistenziale ed in particolare alle dimissioni protette.
- in tutte esistono protocolli d'intesa con i Presidi Ospedalieri di riferimento o più vicini per le dimissioni protette
- relativamente all'utilizzo delle strutture residenziali a termine le ASL 6 e 9 utilizzano quelle a gestione diretta, mentre la ASL 7 utilizza 10 posti letto in struttura convenzionata.

Tale organizzazione però è totalmente difforme per modalità di erogazione del servizio, procedure adottate, soluzioni organizzative e risorse impegnate.

In nessuna delle 3 ASL è stata strutturata una vera e propria centrale operativa per la continuità assistenziale (COCA), ma in tutte sono state adottate modalità procedurali diverse surrogatorie della stessa.

## **Obiettivi**

In tal senso sono individuabili i seguenti obiettivi:

- migliorare ulteriormente uniformandoli, i percorsi di continuità assistenziale per le 3 ASL
- realizzare una procedura comune con relativa modulistica per le dimissioni protette a domicilio o in struttura territoriale.
- stipulare protocolli d'intesa comuni con tutti i Presidi ospedalieri di riferimento
- definire il fabbisogno per l'intera ASL riunita di posti letti residenziali per le dimissioni protette, adeguare al fabbisogno il numero di posti letto
- attivare la COCA aziendale.

## **Azioni e tempi di realizzazione**

Le azioni e la relativa tempistica sono le seguenti:

- revisione comune delle modalità di erogazione dei servizi, delle procedure e della modulistica per garantire i percorsi di continuità, con i seguenti criteri ispiratori, forte ruolo dei Distretti e istituzione della COCA:

- *attivazione gruppo di lavoro (fine 2007)*
- *documento organizzativo ed operativo (maggio 2008)*

- *eventuali revisioni e validazione (luglio 2008)*
- *applicazione (a partire da agosto 2008, a regime entro 2008)*
- nello specifico per le dimissioni in struttura: studio di ricognizione sul numero dei posti in convenzione disponibili per la continuità assistenziale nelle strutture residenziali ad alta intensità sanitaria (RSA) ed a media intensità (RAF), secondo criteri che considerino: la popolazione anziana > 65, il tasso di ospedalizzazione, i dati disponibili sulle dimissioni protette negli anni precedenti e che tenga conto nel piano operativo anche delle opportunità che potrebbero crearsi sul Territorio (ad es.: Hospital du Piemont) (*entro 2008*)
- in attesa del piano complessivo, incremento di 10 posti letto per l'ASL 7, per le evidenti necessità di incremento rispetto agli attuali (*inizio 2008*)
- estensione della formalizzazione della procedura delle dimissioni protette mediante specifici protocolli di intesa con gli Ospedali di riferimento (*da maggio 2008*)
- monitoraggio, consolidamento e sviluppo ulteriore delle azioni (*2009 e 2010*).

### **Criteri di valutazione**

La valutazione viene effettuata con i seguenti indicatori:

- presenza di procedure comune con indicatori di applicazione (*standard dicotomico: si/no*)
- presenza dei protocolli di intesa con Ospedali dei territori di riferimento (*standard dicotomico: si/no*)
- numero di pazienti avviati alla dimissione protetta (*standard interno da definire a seguito dei protocolli di intesa*)
- presenza di attivazione COCA Aziendale (*standard dicotomico: si/no*).

### **Risorse**

Le risorse aggiuntive relativi ai posti letto in convenzione sono comprese nell'apposita scheda sui posti letto per anziani.

Le risorse aggiuntive necessarie per lo sviluppo dei percorsi, con particolare riferimento alla COCA, saranno evidenziate nello studio.

## **AMBITO**

**Attuare forme di collaborazione ed integrazione funzionale delle attività dei Presidi ospedalieri anche di ASR diverse (in particolare tra ASL e ASO insistenti nello stesso Territorio) per permettere agevoli percorsi di cura e l'utilizzazione corretta delle attrezzature e delle attività a più alta specializzazione.**

### **Analisi della situazione**

In una logica di rete sono sempre più importanti nel SSR le forme di collaborazione ed integrazione funzionale tra le Aziende Sanitarie per permettere agevoli percorsi di cura e l'utilizzazione corretta delle attrezzature e delle attività a più alta specializzazione.

A titolo esemplificativo nelle ASL di Ciriè, Chivasso ed Ivrea è già operativa la Rete Oncologica per l'assistenza ai pazienti affetti da diversi tipi di forme tumorali.

Tale forme di sinergie diventano ancora più strategiche nella logica dell'accorpamento tra le ASL, anche in considerazione della esigenza di fornire un servizio puntuale ai cittadini evitando una lievitazione dei costi e realizzando una economia di scala.

In chiave di qualità dell'assistenza è noto peraltro che un basso numero di prestazioni fornite in alcuni Centri ed una attività poco specializzata si può riflettere su un esito della cure non sempre ottimale.

Attualmente a livello interaziendale sono peraltro già attivi, per quanto riguarda l'Ospedale, specifici gruppi di lavoro formati dai Direttori delle relative strutture di riferimento, che hanno effettuato su diversi ambiti specifiche analisi organizzative. In particolare sono già stati attivati gruppi di lavoro per quanto riguarda la Direzione Sanitaria Ospedaliera, il Laboratorio Analisi, il Servizio Immunotrasfusionale, la Gastroenterologia, la Cardiologia, la Geriatria, i Servizi infermieristici e sono in fase di attivazione per il 2008 altri Gruppi come nel caso della Ostetricia per il parto in analgesia.

Per quanto riguarda le attività dei Presidi ospedalieri nella rete regionale, i pazienti che necessitano di specifica gestione sono avviati verso le strutture di riferimento, in modo particolare verso le Aziende Ospedaliere.

### **Obiettivi**

In tal senso sono individuabili i seguenti obiettivi:

- attuare forme di collaborazione tra le ASL di Ciriè, Chivasso ed Ivrea per la integrazione funzionale, la razionalizzazione delle attività, la definizione di procedure comuni, la realizzazione di economie di scala e il miglioramento della qualità dell'assistenza erogata
- attuare forme di collaborazione tra le ASL di Ciriè, Chivasso ed Ivrea per la integrazione funzionale con le strutture per acuti che erogano attività non presente nelle tre Aziende.

### **Azioni e tempi di realizzazione**

Le azioni e la relativa tempistica sono le seguenti:

- istituzioni di specifici gruppi di lavoro interaziendali tra le ASL 6, 7 e 9 per quanto riguarda l'analisi dei problemi, la individuazione delle criticità, la definizione delle cause e delle soluzioni efficaci e fattibili in chiave di integrazione interna e con gli altri Ospedali (*in parte già attivi dal 2007*)
- formulazione di specifico Progetto per quanto riguarda l'integrazione funzionale delle attività sui diversi livelli assistenziali (*entro aprile 2008*)
- validazione aziendale ed implementazione del Progetto (*da giugno 2008*).
- consolidamento e sviluppo ulteriore delle azioni (*2009 e 2010*).

Si rimanda al capitolo inerente le revisioni organizzative per le specifiche informazioni su quanto già previsto nell'ambito della futura ASL in fase di accorpamento.



### **Criteri di valutazione**

La valutazione viene effettuata con i seguenti indicatori:

- presenza di Progetto di integrazione funzionale (*standard dicotomico: si/no*)
- implementazione del Progetto (*standard dicotomico: si/no*), con definizione di specifici indicatori di integrazione.

### **Risorse**

Le risorse aggiuntive, se necessarie, sono da definire nei singoli Progetti.

## AMBITO

**Sperimentare nell'attività ospedaliera l'organizzazione dei posti letto per aree a differente intensità di cura, compresa l'utilizzazione comune del day e/o week-surgery, con l'uso integrato delle risorse delle discipline coinvolte.**

### Analisi della situazione

In generale per la razionalizzazione delle risorse in ambito ospedaliero sono utilizzati alcuni modelli di riferimento che garantiscono una risposta maggiormente modulata sui percorsi dei pazienti a un costo sopportabile come l'organizzazione dei posti letto per aree a differente intensità di cura, compresa l'utilizzazione comune del day e/o week-surgery.

L'organizzazione delle attività ospedaliere risponde già attualmente nelle tre ASL di riferimento ad un modello di tipo "hub and spoke", con differenziazione funzionale dei Presidi, presenza di DH multispecialistico in tutte le ASL e di week surgery ad Ivrea, come evidenziato nella tabelle che segue:

Presidio	Tipologia	Emergenza
<b>ASL 6</b>		
- P.O. Ciriè	- Acuti - DH multispecialistico	DEA
- P.O. Venaria	- Acuti - DH multispecialistico	PS
- P.O. Lanzo	- Riabilitazione e lungodegenza - DH multispecialistico	
<b>ASL 7</b>		
- P.O. Chivasso	- Acuti - DH multispecialistico	DEA
<b>ASL 9</b>		
- P.O. Ivrea	- Acuti - Week surgery	DEA
- P.O. Cuorgnè	- Acuti - DH multispecialistico	PS
- P.O. Castellamonte	- Riabilitazione e lungodegenza	

Nella prospettiva dell'accorpamento tra le ASL di Ciriè, Chivasso ed Ivrea si rende utile comunque una ulteriore analisi, che deve prendere in considerazione in ogni caso l'efficacia delle attuali esperienze e la loro possibile estensione: questo anche in considerazione di variabili critiche di riferimento da precisare ulteriormente; tra queste:

- la presenza nella futura ASL del Presidio di Venaria
- l'attivazione dell'Hopital du Piemont di Settimo Torinese
- lo sviluppo delle attività di Lungodegenza presso il P.O. di Chivasso
- l'estensione secondo il cronoprogramma originale dei posti letto di Riabilitazione e Lungodegenza presso il P.O. di Castellamonte, in aggiunta ai 73 posti letto già attualmente operativi.

Nella specifica sezione sono individuate, peraltro, azioni per quanto riguarda lo sviluppo di una area di osservazione presso il Presidio di Ciriè e di una area subintensiva presso il Presidio di Chivasso.

### Obiettivi

In tal senso sono individuabili i seguenti obiettivi:

- potenziare ulteriormente l'organizzazione dei posti letto per aree a differente intensità di cura, compresa l'utilizzazione comune del *day e/o week-surgery*, con l'uso integrato delle risorse nelle discipline coinvolte.

### **Azioni e tempi di realizzazione**

Le azioni e la relativa tempistica sono le seguenti:

- istituzione di gruppo di lavoro interaziendale tra le ASL 6, 7 e 9 per l'analisi del problema, la individuazione delle criticità, la definizione delle cause e delle soluzioni efficaci e fattibili (*entro febbraio 2008*)
- redazione di Documento riportante la proposta organizzativa (*entro maggio 2008*)
- validazione aziendale e programmazione (*entro luglio 2008*)
- sviluppo operativo delle soluzioni (*da settembre 2008*)
- consolidamento e sviluppo ulteriore delle azioni (*2009 e 2010*).

### **Criteri di valutazione**

La valutazione viene effettuata con i seguenti indicatori:

- presenza del Documento riportante la proposta riorganizzativa (*standard dicotomico: si/no*)
- presenza di soluzioni operative (*indicatori e standard da individuare nel Documento*).

### **Risorse**

Non sono necessarie risorse aggiuntive. Le ulteriori risorse sono da individuare nel Documento.

## **AMBITO**

**Monitorare il ricorso alle prestazioni sanitarie domiciliari, semiresidenziali e residenziali, comprensive anche della fornitura di materiale sanitario e di ausili, al fine di evitare che anche in tale ambito emergano aree di inappropriately prescrittiva, modulando il ventaglio delle risposte agli specifici bisogni individuati attraverso la valutazione multidimensionale.**

### **Analisi della situazione**

Per quanto riguarda il ricorso alle prestazioni sanitarie domiciliari, semiresidenziali e residenziali, comprensive anche della fornitura di materiale sanitario e di ausili, attualmente le tre ASL presentano una situazione differenziata per quanto riguarda:

- le procedure difformi tra le ASL rispetto all'erogazione di farmaci, materiale sanitario, trasporti, visite ed ausili rispetto alle prestazioni domiciliari, semiresidenziali e residenziali.
- l'assenza di sistemi strutturati per la verifica dell'appropriatezza prescrittiva.

### **Obiettivi**

In tal senso sono individuabili i seguenti obiettivi:

- uniformare le specifiche procedure di fornitura di materiale sanitario e di ausili
- effettuare verifica dell'appropriatezza prescrittiva nei settori domiciliari, semiresidenziali e residenziali e correggere le criticità, se necessario.

### **Azioni e tempi di realizzazione**

Le azioni e la relativa tempistica sono le seguenti:

- definizione di gruppo di lavoro (*entro gennaio 2008*) e predisposizione di un Documento comune riguardante la procedura di erogazione di farmaci, materiale sanitario, trasporti, visite ed ausili nell'ambito delle prestazioni domiciliari, semiresidenziali e residenziali (*entro marzo 2008*)
- monitoraggio delle visite specialistiche e gli esami diagnostici prescritti agli ospiti delle strutture residenziali convenzionate (*da aprile 2008*)
- effettuazione di uno studio di fattibilità sulla distribuzione diretta di farmaci e materiali sanitari secondo il PTA presso le RAF/RSA convenzionate (*entro marzo 2008*) e conseguente avvio della distribuzione, in accordo con la Farmacia aziendale (*da aprile 2008*)
- sviluppo delle procedure legate alla DGR n. 8-6394 del 2007 "Istituzione della rete e del coordinamento regionale delle ausilioteche", già avviata ad Ivrea e da estendere negli altri contesti (*entro aprile 2008*)
- consolidamento e sviluppo ulteriore delle azioni (*2009 e 2010*).

### **Criteri di valutazione**

La valutazione viene effettuata con i seguenti indicatori:

- presenza del Documento con procedura comune (*standard dicotomico: si/no*)
- numero di visite ed esami diagnostici per ospite (*secondo standard operativi da stabilire*)
- dati di esercizio sulla distribuzione diretta di materiale sanitario e di ausili (*secondo standard operativo da stabilire*)
- evidenza di applicazione delle procedure legate alla DGR n. 8-6394 (*standard dicotomico: si/no*).

### **Risorse**

Per il monitoraggio dell'appropriatezza non sono necessarie risorse aggiuntive.

## AMBITO

**Predisposizione delle iniziative volte al raggiungimento dell'obiettivo della messa a disposizione del numero di posti letto in strutture residenziali in rapporto alla popolazione anziana indicato dalla programmazione regionale**

### Analisi della situazione

La programmazione regionale individua un numero di posti letto in strutture residenziali in rapporto alla popolazione anziana pari al 2% della stessa.

L'attuale situazione nei tre territori di competenza è difforme e al di sotto dello standard, come illustrato nella tabella che segue:

ASL	Valore % P.L. 01/01/2007	N. posti in strutture per anziani
Ciriè	0,97	339
Chivasso	1,19	432
Ivrea	1,5	678

### Obiettivi

In tal senso sono individuabili i seguenti obiettivi:

- raggiungere il numero di posti letto a disposizione in strutture residenziali in rapporto alla popolazione anziana
- potenziare l'organizzazione distrettuale con miglioramento dei percorsi di continuità assistenziale
- potenziare le dimissioni protette.

### Azioni e tempi di realizzazione

Il programma di attività prevede un progressivo incremento dei posti in struttura per anziani così ripartito per Territorio e per anno:

ASL	31/12/2007		2008		2009		2010	
	%	n. P.L. aggiuntivi	%	n. P.L. aggiuntivi	%	n. P.L. aggiuntivi	%	n. P.L. aggiuntivi
Ciriè	1.1	44	1.4	104	1.7	104	2.0	105
Chivasso	1.4	79	1.6	70	1.8	74	2.0	74
Ivrea	1.7	81	1.8	44	1.9	45	2.0	45

Tali incrementi si otterranno con l'apertura di nuovi posti letto in strutture in fase di ristrutturazione/costruzione ovvero con convenzionamenti, secondo il programma che segue:

ASL	2008	2009	2010
Ciriè	+ 60 P.L. apertura RSA Varisella + 44 P.L. in convenzione	+ 20 P.L. incremento RSA Eremo Lanzo + 84 P.L. in convenzione	+105 P.L. in convenzione
Chivasso	+ 36 P.L. apertura RSA Foglizzo + 34 P.L. in convenzione	+ 74 P.L. in convenzione	+ 74 P.L. in convenzione
Ivrea	+ 44 P.L. in convenzione	+ 45 P.L. in convenzione	+ 45 P.L. in convenzione

### Criteri di valutazione

La valutazione viene effettuata con i seguenti indicatori:

- num. posti letto/residenti > 65 (*standard a regime >2%*).

## Risorse

L'incremento dei posti letto implica costi emergenti collegati all'incremento dei posti convenzionati, calcolati come presentato nella tabella che segue.

<b>ASL</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
<b>Ciriè</b>	Costi aggiuntivi per convenzione 1.612.000	Costi aggiuntivi per convenzione 1.612.000	Costi aggiuntivi per convenzione 1.627.500
<b>Chivasso</b>	Costi aggiuntivi per convenzione 1.085.000	Costi aggiuntivi per convenzione 1.147.000	Costi aggiuntivi per convenzione 1.147.000
<b>Ivrea</b>	Costi aggiuntivi per convenzione 682.000	Costi aggiuntivi per convenzione 697.500	Costi aggiuntivi per convenzione 697.500

## **AMBITO**

**Realizzare progetti di fattibilità per accoglienza dei pazienti in carico ai servizi di salute mentale per il trattamento delle situazioni di acuzie e post-acuzie a livello territoriale e verificare l'appropriatezza dell'attività di ricovero di tali tipologie di pazienti.**

### **Analisi della situazione**

L'adeguatezza della gestione dei pazienti nel campo della salute mentale è da intendersi come aderenza non tanto alle diagnosi, quanto all'effettiva utilità e ai tempi giusti: adeguato periodo di ricovero in SPDC, riduzione dei ricoveri per post acuzie in Case di Cura come numero e come giorni medi di degenza e possibilità di gestire a livello territoriale situazioni di crisi e di post acuzie.

Nelle ASL 6, 7 e 9 sono attivi i relativi Dipartimenti di Salute Mentale, con le specifiche strutture di riferimento.

Per quanto riguarda i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC): nell'ASL 6, il numero di posti letto è attualmente di 15, coerente con lo specifico Progetto Obiettivo "Tutela della Salute Mentale"; nell'ASL 7 è in programma entro l'anno l'apertura di SPDC con 9 posti letto, da ampliare nel corso del 2008 a 13; nell'ASL 9, il numero di posti letto è attualmente di 11, inferiore a quanto previsto nello specifico Progetto Obiettivo.

Per quanto riguarda i Centri di Salute Mentale (CSM), sono attualmente operativi nell'ASL di Ciriè 2 CSM ed un ambulatorio a Lanzo aperti dalle 9 alle 17, nell'ASL di Chivasso vi sono 2 CSM aperti 12 ore ed un ambulatorio, nell'ASL di Ivrea 4 strutture (Ivrea, Caluso, Rivarolo, Cuornè); l'orario di apertura giornaliero è diversificato e nella giornata non si protrae in generale oltre le 8 ore e mezzo.

Per quanto riguarda i Centri Diurni, nell'ASL 6 è presente un Centro a Lanzo con attività riabilitativa prevalente ed un Centro d'incontro nella sede del CSM di Venaria, nell'ASL 7 sono presenti quattro Centri (due nel Distretto di Settimo Torinese, uno nel Distretto di S. Mauro ed uno nel Distretto di Chivasso), nell'ASL9 due Centri (Rivarolo ed Ivrea).

Ad Ivrea è in fase di completamento il Centro di Terapie Psichiatriche, costituito da Comunità Protetta di tipo A più Centro Diurno. Con l'entrata in funzione prevedibile per la seconda metà del 2008, avverrà il trasferimento in tale Struttura dell'attuale Centro Diurno di Ivrea.

Per quanto concerne la residenzialità, nell'ASL 6 la situazione è soddisfacente per quanto riguarda i gruppi appartamento (con realizzazioni in itinere di altra struttura), ma esiste carenza di Struttura tipo comunità protetta con conseguente acquisto da strutture private di tutta la residenzialità tipo CP B CPA e RAF. Nell'ASL 7 sono operative tre strutture protette (28 posti), 6 Gruppi appartamento con 27 posti, una Comunità alloggio di 8 posti. Nell'ASL 9 viene acquistata da strutture private tutta la residenzialità tipo CP B e RAF, con gestione diretta di una Comunità alloggio (7 posti letto) ed un Gruppo appartamento (3 posti letto).

Sono in fase di apertura ad Ivrea un Gruppo Appartamento con 5 posti letto ed altri due in programmazione di apertura, ognuno con 5 posti letto.

È operativa nell'ASL 7 l'Unità di Psicoterapia che, anche con l'impiego di specializzandi delle scuole di specialità, fornisce un servizio congruo e altamente qualificato, si sta valutando la possibilità di estensione alle altre ASL.

Nell'ASL 6 è attivo un gruppo di lavoro per i disturbi dell'alimentazione in collaborazione con la Casa di Cura Villa Turina, che fornisce una risposta a circa 100 utenti

Nelle tre ASL inoltre il ruolo degli assistenti sociali è considerato centrale nella organizzazione del lavoro: in tale ambito emerge comunque la necessità di unificare le metodologie e favorire risposte sinergiche.

## **Obiettivi**

In tal senso sono individuabili i seguenti obiettivi:

- realizzare progetti di fattibilità per accoglienza dei pazienti in carico ai servizi di salute mentale per il trattamento delle situazioni di acuzie e post-acuzie a livello territoriale
- verificare e migliorare l'appropriatezza dell'attività di ricovero di tali tipologie di pazienti.

## **Azioni e tempi di realizzazione**

Le azioni e la relativa tempistica sono le seguenti:

- apertura di 9 posti letto di SPDC nel P.O. di Chivasso (*entro febbraio 2008*) ed adeguamento successivo a 13 posti letto (*entro il 2008*)
- apertura per almeno 12 ore giornaliere di una struttura CSM per ognuna delle tre ASL (*entro aprile 2008*); si deve prevedere che le ASL 6 e 9 siano equiparate alla ASL 7 come dotazione di personale, al fine da consentire l'apertura prevista come già avviene in questa
- completamento ed avvio del Centro Terapie Psichiatriche di Ivrea (*entro il 2008*)
- coinvolgimento nella rete DSM delle Case di Cura private presenti su Territorio con definizione di protocolli specifici per ricoveri concordati e seguiti in continuità per accettazione, tempi di ricovero, dimissioni (*entro marzo 2008*)
- consolidamento delle attività di psicoterapia e del gruppo disturbi dell'alimentazione a seguito di specifico Progetto da sviluppare a cura dei Direttori dei Dipartimenti di Salute Mentale (*entro marzo 2008*)
- creazione di una equipe del Servizio Sociale con modalità di lavoro omogenee nelle tre ASL, articolata su tre ambiti: convenzioni e procedure per la residenzialità, ufficio tutele e amministrazioni di sostegno, sostegno sociale alla domiciliarità ed ai diritti di cittadinanza (*entro marzo 2008*)
- definizione di gruppo di lavoro coordinato dai tre Direttori dei Dipartimenti di Salute Mentale per l'analisi dell'appropriatezza, con individuazione degli indicatori, formulazione di reportistica specifica, evidenza delle criticità e formulazioni di azioni di miglioramento (*entro marzo 2008*) ed implementazione operativa delle soluzioni (*da maggio 2008*)
- consolidamento e sviluppo ulteriore delle azioni (*2009 e 2010*).

## **Criteri di valutazione**

La valutazione viene effettuata con i seguenti indicatori:

- posti letto di SPDC nel P.O. di Chivasso (*9 posti letto ed adeguamento successivo a 13 posti letto*)
- ore giornaliere apertura di una struttura CSM per ognuna delle tre ASL (*standard almeno 12 ore*)
- completamento ed avvio del Centro Terapie Psichiatriche di Ivrea (*standard dicotomico: si/no*)
- presenza di Progetto generale congiunto nella nuova ASL relativo alla gestione diretta e all'acquisto di prestazioni in residenziale (*standard dicotomico: si/no*)
- presenza di protocolli specifici con le Case di Cura private per ricoveri concordati e seguiti in continuità per accettazione, tempi di ricovero, dimissioni (*standard dicotomico: si/no*)
- presenza di gruppo di lavoro di assistenti sociali coordinati operanti nel Territorio delle tre ASL (*standard dicotomico: si/no*)
- presenza di gruppo di lavoro coordinato dai tre Direttori dei Dipartimenti di Salute Mentale per l'analisi dell'appropriatezza, con individuazione degli indicatori, formulazione di reportistica specifica, evidenza delle criticità e formulazioni di azioni di miglioramento (*standard dicotomico: si/no*).



## Risorse

Le risorse sulle tre ASL sono da individuare nei termini di seguito riportati.

- SPDC Ciriè (4 OSS per il mantenimento )
- Ivrea (3 Infermieri e 1 OSS) per apertura 4 letti da 11 a 15
- CSM Ivrea e Ciriè (più copertura di tutte le attività connesse: Centri Diurni, Gruppi Appartamento, risposta all'urgenza): 2 Medici per Ivrea, 2 Medici per Ciriè, oltre alla stabilizzazione del precariato (6 per Ciriè, Chivasso ed Ivrea).
- Adeguamento Centri Diurni: Chivasso (2 Educatori), S. Mauro Torinese (2 Educatori), Ivrea (3 Educatori), 3 Assistenti Sociali
- Apertura C.T.P. di tipo A secondo parametri DCR 357, ovvero: 2 Medici, 1 Psicologo, 6 Infermieri (compreso caposala), 6 Educatori, 1 Assistente Sociale, 3 OSS.

Per quanto riguarda gli adeguamenti edilizi:

- SPDC Ivrea: incremento di 4 posti letto € 30.000
- Centro Diurno Chivasso: struttura ed arredi € 50.000

Quanto sopra comporterebbe comunque un recupero su:

- tutta la mobilità passiva per ricoveri psichiatrici ospedalieri dell'ASL 7 e probabile mobilità attiva anche per l'ASL 7
- almeno il 20% della spesa per Case di Cura
- contenimento sotto il 10% dell'aumento di spesa annuo per residenzialità (complessivo: acquisita più diretta, compresa l'inflazione e gli aumenti contrattuali).

In particolare, la dotazione di personale richiesta sulle tre ASL e i costi conseguenti sono illustrati nella tabella che segue.

<b>Personale</b>		
<b>Tipologia</b>	<b>Numero</b>	<b>Costi</b>
Medici	12 (di cui 6 per superamento forme di precariato calcolati al 50% per i costi aggiuntivi)	966.000
Psicologo	1	87.000
Educatori	13	598.000
Infermieri	9	414.000
Ass. sociali	4	184.000
OSS	5	180.000
<b>Totale</b>	<b>44</b>	<b>2.420.000</b>

## **AMBITO**

**Integrare le attività dei Centri di Salute Mentale con la definizione di protocolli di presa in carico condivisa da parte dei Distretti, per i pazienti gravi multi-problematici.**

### **Situazione attuale**

Le tipologie di pazienti multiproblematici e che prevedono un intervento del DSM in collaborazione con altri servizi distrettuali, sono le seguenti:

- pazienti con dipendenze da sostanze e concomitante patologia psichiatrica
- pazienti adulti con handicap psichico
- pazienti psicogeriatrici
- adolescenti con gravi problematiche relazionali

Le tre ASL sono peraltro ricche di esperienze e modalità operative significative, anche se talora frammentate o disomogenee. Particolarmente differenti le esperienze relative ai pazienti adulti con handicap psichico, per i quali mancando un riferimento clinico alternativo al DSM o alla NPI si sono trovate soluzioni differenti: nell'ASL 6 competenza è attribuita al DSM, nell'ASL 9 alla NPI mentre nell'ASL 7 manca un riferimento clinico specifico.

### **Obiettivi Aziendali**

In tal senso è individuabile il seguenti obiettivi:

- integrare tra i CSM le specifiche attività relative ai pazienti gravi multi-problematici, attraverso la definizione di protocolli di presa in carico condivisa da parte dei Distretti
- integrare l'attività dei servizi interessati a livello distrettuale.

### **Azioni e tempi individuabili**

Le azioni e la relativa tempistica sono le seguenti:

- costituzione di un tavolo comune di discussione tra i servizi coinvolti a livello interaziendale (*entro febbraio 2008*) per la creazione di protocolli condivisi tra i servizi coinvolti (*entro aprile 2008*) e sviluppo operativo dei protocolli (*da maggio 2008*) tramite tavoli permanenti di attuazione e verifica a livello dei singoli Distretti
- per quanto riguarda nello specifico gli adulti portatori di handicap psichico, creazione di un gruppo operativo interaziendale a livello di ASL unificata) (*entro febbraio 2008*) coinvolgente il nucleo già attivo al DSM di Ciriè, la NPI di Ivrea, i Distretti quando già operativi sul problema per lo studio sulla situazione attuale con mappatura delle risorse, analisi dei costi, confronto delle procedure, elaborazione di un Progetto (*entro aprile 2008*) e quindi implementazione operativa delle azioni (*da maggio 2008*)
- consolidamento e sviluppo ulteriore delle azioni (*2009 e 2010*).

### **Criteri di valutazione**

La valutazione viene effettuata con i seguenti indicatori:

- presenza tavolo comune di discussione tra i servizi coinvolti (*standard dicotomico: si/no*)
- presenza di protocolli condivisi tra i servizi coinvolti e loro sviluppo operativo (*standard dicotomico: si/no*)
- presenza di gruppo operativo sull'handicap psichico (*standard dicotomico: si/no*) e sviluppo operativo delle specifiche azioni (*indicatori e standard specifici da individuare*).

### **Risorse**

Al momento si individuano come prioritarie risorse aggiuntive relative all'area dell'handicap adulto, dovendosi prevedere specifiche ore settimanali di educatori/psicologi per la

mappatura delle risorse, l'analisi dei costi e l'individuazione dei bisogni. Non sono al momento necessarie risorse aggiuntive per le problematiche degli altri pazienti portatori di patologie complesse.

## AMBITO

In termini generali, attivare iniziative opportune per contenere la mobilità sanitaria passiva non connessa all'assenza di sedi di erogazione nel proprio ambito territoriale.

### Analisi della situazione

La mobilità sanitaria passiva delle tre ASL di riferimento per quanto riguarda i ricoveri ordinari e day hospital (dati riferiti all'anno 2006) è presentata nella tabella che segue.

ASL	Ric.	Da stessa ASL	%	Da altre Az.	%
Ciriè	33.989	15.152	44,58	18.837	55,42
Chivasso	33.132	8.932	26,96	24.200	73,04
Ivrea	31.324	19.929	63,62	11.395	36,38
<b>Totale</b>	<b>98.445</b>	<b>44.013</b>	<b>44,71</b>	<b>54.432</b>	<b>55,29</b>

Emerge una situazione differenziata tra le tre ASL.

L'ASL di Chivasso presenta una mobilità più alta in valori assoluti, ma con un Presidio che lavora secondo una alta occupazione. Nel PRR 2006 sono già stati individuati: lo sviluppo all'interno dell'Ospedale di Chivasso del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura con 13 posti letto e lo sviluppo all'interno dell'Ospedale di Chivasso di un Centro Dialisi dotato di 12 posti letto. Nella specifica sezione del presente PRR si riportano comunque l'attivazione dei posti letto di Lungodegenza, il Progetto di potenziamento delle sedute chirurgiche presso le sale operatorie del Presidio di Chivasso e l'attivazione della day surgery oculistica, come azioni ulteriori in grado di incidere sul contenimento della mobilità passiva.

Per le ASL 6 e 9 è invece prospettabile un recupero della mobilità passiva, in ragione dei bassi tassi di occupazione dei loro Presidi; in tali ASL la mobilità dei residenti riguarda specialità comunque presenti ed operative. Dalla valutazione analitica della mobilità passiva si evidenzia per l'ASL 6 un flusso di residenti quantitativamente più evidente e comunque preferenziale verso le strutture pubbliche, per l'ASL 9 invece una discreta mobilità per i ricoveri chirurgici verso le strutture private accreditate.

La mobilità passiva è comunque legata ad aspetti che riguardano allo stesso tempo la funzione di produzione e di tutela: come tale deve essere analizzata con una iniziativa congiunta tra referenti di Ospedale e di Distretto.

Va ancora aggiunto che il recupero di mobilità passiva potrebbe agire positivamente anche sui tassi di occupazione, che in alcuni casi sono bassi nei Presidi di Ciriè ed Ivrea.

### Obiettivi

In tal senso sono individuabili i seguenti obiettivi:

- analizzare la mobilità passiva non connessa all'assenza della specialità erogatrice tra referenti di Ospedale e di Distretto
- ridurre la mobilità passiva a livelli variabili in base alla specifica fattibilità.

### Azioni e tempi di realizzazione

Le azioni e la relativa tempistica sono le seguenti:

- messa a regime di una specifica reportistica sulla mobilità passiva uniforme per le tre ASL (entro febbraio 2008)
- individuazione di gruppo di lavoro tra referenti di Ospedale e Territorio per lo studio del fenomeno, con analisi del problema, individuazione delle cause e delle conseguenti soluzioni e formulazione proposte operative (entro febbraio 2008) e predisposizione di un Documento riportate le proposte operative per il recupero della mobilità passiva (entro aprile 2008)

- implementazione delle azioni (*da maggio 2008*)
- consolidamento e sviluppo ulteriore delle azioni (*2009 e 2010*).

### **Criteri di valutazione**

La valutazione viene effettuata con i seguenti indicatori:

- presenza del Documento con le specifiche proposte operative (*dicotomico: si/no*)
- evidenza dell'implementazione delle azioni (*indicatori e standard da definire in base alle azioni individuate*)
- num. di residenti delle ASL 6, 7, e 9 in mobilità verso altre Aziende Sanitarie (*indicatori e standard da definire in base alle azioni individuate*)
- tassi di occupazione per Specialità (*standard almeno 80%*).

### **Risorse**

Non sono necessarie per lo studio del fenomeno risorse aggiuntive. Lo sviluppo della Lungodegenza e dell'Oculistica e il potenziamento delle sedute chirurgiche nel Presidio di Chivasso e le conseguenti risorse sono riportate nella specifica sezione.

## **AMBITO**

**Sviluppare tutte le iniziative utili al perseguimento dell'obiettivo di un allargamento degli orari di erogazione dei servizi con il doppio obiettivo di rendere più agevole l'accesso dei cittadini alle prestazioni ed aumentare l'utilizzazione delle strutture e delle attrezzature.**

### **Analisi della situazione**

L'accessibilità agli "sportelli" Aziendali e, nello specifico, alle prestazioni è un problema critico in molte realtà Aziendali; in alcuni casi la criticità è legata ad uno scarso sviluppo orario delle attività, che quindi necessitano di uno specifico allargamento per aumentare la disponibilità dell'offerta.

### **Obiettivi**

In tal senso è individuabile il seguente obiettivo:

- allargare gli orari di erogazione dei servizi con orari aggiuntivi per quanto riguarda l'apertura degli sportelli e la erogazione delle prestazioni

Nell'ASL di Chivasso l'incremento della disponibilità oraria si può attuare nelle seguenti discipline: allergologia, urologia, ECG ad accesso diretto, analisi di fattibilità sul poliambulatorio di Leinì

Nell'ASL di Ivrea l'incremento della disponibilità oraria ambulatoriale nelle discipline si può prospettare nelle seguenti prestazioni: visita allergologica, visita cardiologia, visita dermatologica, visita ortopedica, visita oculistica, visita pneumologica, visita urologia, esame vestibolare, potenziali evocati acustici, audiometria, impedenziometria, ecodoppler TSA e arti.

### **Azioni e tempi di realizzazione**

Le azioni e la relativa tempistica sono le seguenti:

- definizione di gruppo di lavoro per la formulazione di Progetto specifico per le ASL 6, 7 e 9, con individuazione degli sportelli critici per orari di apertura e nello specifico di prestazioni critiche per tempi d'attesa, attuali orari di erogazione, per l'inserimento di ore aggiuntive (*entro marzo 2008*)
- validazione e programmazione aziendale (*entro maggio 2008*)
- implementazione operativa delle ore aggiuntive, se efficace e fattibile (*da settembre 2008*)
- consolidamento e sviluppo ulteriore delle azioni (*2009 e 2010*).

### **Criteri di valutazione**

La valutazione viene effettuata con i seguenti indicatori:

- presenza di Progetto specifico (*standard dicotomico: si/no*)
- num. ore di apertura negli sportelli critici (*standard: nel Progetto saranno definiti gli specifici incrementi*)
- num. dei posti nelle agende di prenotazione (*standard: nel Progetto saranno definiti gli specifici incrementi*).

### **Risorse**

E' da valutare la possibilità di individuare risorse aggiuntive e, comunque, soluzioni di incentivazione per l'allargamento delle fasce orarie di accesso dell'utenza.

## **2. ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE, INTEGRATIVA E PROTESICA**

L'obiettivo di fondo è la generalizzazione di un aumento dell'uso consapevole ed appropriato dei farmaci e il contenimento della spesa farmaceutica territoriale all'interno dello standard previsto a livello nazionale, rapportato alla composizione della popolazione per ogni ASL.

La realizzazione operativa si articola attraverso gli obiettivi di seguito esplicitati e le relative azioni.

Anche per questo ambito, per ciascuna delle azioni viene prevista la calendarizzazione degli interventi e i criteri di valutazione dei loro esiti.

## **AMBITO**

### **Riqualificare il ricorso all'assistenza farmaceutica, nei termini e con le modalità indicate successivamente.**

Tale obiettivo viene sviluppato in modo specifico nelle schede specifiche riguardanti l'assistenza farmaceutica.

In chiave di integrazione tra le tre ASL va osservato che i Servizi di Farmacia ospedalieri e territoriali si trovano in situazioni diversificate tra le tre ASL; la finalità generale delle azioni è quella di uniformare i modelli verso standard di riferimento omogenei.

In tal senso, per quanto riguarda il personale è da attuare la trasformazione di 2 posizioni attuali di lavoro precario di Farmacisti, di cui uno a copertura di un posto vacante in pianta organica (presso l'ASL 7), in posizioni di lavoro dipendente a tempo indeterminato (entro il 2008).

Altresì è fondamentale l'ampliamento organico di 2 figure professionali di Farmacista e il superamento dell'attuale situazione di precariato per svolgere l'attività istituzionale (entro il 2008).

Nel 2006 è iniziata l'attività di allestimento dei farmaci oncologici per l'Ospedale Ivrea, presso il Laboratorio di Galenica Clinica della Farmacia Ospedaliera. Attualmente l'attività si è consolidata per soddisfare i bisogni dell'Ospedale di Ivrea, ma richiede un ulteriore ampliamento per rispondere alle esigenze degli altri Presidi Ospedalieri dell'ASL9.

Occorre pertanto considerare l'ampliamento organico di n. 2 posti per Tecnici di Laboratorio Biomedico per la Farmacia Ospedaliera dell'ASL 9 (entro il 2008).

L'eventuale necessità di centralizzare, sotto la responsabilità e il coordinamento del farmacista, anche l'attività relativa alle preparazioni oncologiche dell'ASL 6 e 7 dovrà essere rivalutata nell'ambito di una riorganizzazione aziendale che tenga conto, nel nuovo assetto organizzativo, del necessario ulteriore adeguamento delle risorse umane e strutturali.

La situazione di fabbisogno di personale è riportata nella seguente tabella.

<b>Personale</b>		
<b>Tipologia</b>	<b>Numero</b>	<b>Costi</b>
Farmacista	4 (di cui 2 unità per superamento forme di precariato calcolati al 50% per i costi emergenti)	260.000
Tecnico di laboratorio	2	92.000
<b>Totale</b>	<b>6</b>	<b>352.000</b>



## **AMBITO**

**L'identificazione delle iniziative che si intendono adottare sia sul versante della spesa ovunque sostenuta (ovvero comprendendo il costo per la distribuzione diretta) sia sull' aumento della distribuzione diretta da sviluppare, ove non ancora previsto, anche per gli ospiti anziani non autosufficienti di RSA e RAF, ai sensi delle indicazioni contenute nella DGR 30 marzo 2005, n. 17-15226 "Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale socio sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti".**

### **Analisi della situazione**

Per quanto riguarda l'identificazione delle iniziative che si intendono adottare sia sul versante della spesa ovunque sostenuta (ovvero comprendendo il costo per la distribuzione diretta) sia sull' aumento della distribuzione diretta, attualmente nelle ASL di Ciriè, Chivasso ed Ivrea sono già avviate alcune specifiche azioni.

Per l'ASL 6:

- comunicazioni scritte dirette ai Distretti, organizzazione di incontri con i Medici Ospedalieri Specialisti al fine di sensibilizzarli sull'utilizzo e la prescrizione dei Farmaci
- farmaci in distribuzione diretta secondo l'Accordo Regionale con le Farmacie Convenzionate: l'attività è in costante aumento
- farmaci in distribuzione diretta dopo dimissione/visita specialistica ambulatoriale: le strutture ospedaliere coinvolte sono alcune SC dell'Ospedale di Lanzo, ambulatori SC di Nefrologia-Dialisi, ambulatorio di Oncologia
- farmaci in distribuzione diretta ai pazienti di RSA e RAF: la Farmacia rifornisce 160 pazienti residenti presso le RSA Aziendali; rimangono 740 pazienti su 14 strutture ubicate sull'attuale Territorio della ASL 6 ai quali si potrebbe implementare questo servizio.

Per l'ASL 7:

- farmaci in duplice via di distribuzione (Accordo con le Farmacie Convenzionate): viene distribuita la totalità dei principi attivi previsti dall'Accordo; l'attività è in costante aumento
- farmaci in distribuzione ai pazienti del CSM (art. 8 legge 405/2001): nel 2006 sono stati distribuiti farmaci a 240 pazienti riconducibili alla normativa citata con un risparmio annuale stimato in Euro 66.000 e con un monitoraggio costante dei piani terapeutici, con particolare attenzione alle interazioni tra farmaci in pazienti in politerapia
- farmaci in distribuzione ai pazienti RSA e RAF: la Farmacia rifornisce 120 pazienti residenti presso le due RSA Aziendali; rimangono 550 pazienti residenti presso le restanti 25 strutture convenzionate con la ASL 7; in considerazione dell'enorme quantità di prodotti gestiti è necessario considerare lo spazio esiguo attualmente disponibile per lo stoccaggio e la presenza di personale precario addetto al magazzino della Farmacia Ospedaliera
- farmaci alla dimissione: per garantire la continuità assistenziale all'assistito che afferisce alle Strutture Aziendali, l'ASL7 ha avviato dall'anno 2002 la distribuzione diretta dei farmaci alla dimissione/visita specialistica ambulatoriale limitatamente ad alcune tipologie di farmaci. Le strutture ospedaliere coinvolte sono day-surgery e day-hospital.

Per l'ASL 9:

- farmaci in duplice via di distribuzione (Accordo con le Farmacie Convenzionate): la Farmacia Ospedaliera eroga quanto è previsto dall'Accordo Regionale: la totalità dei farmaci compresi nell'"Elenco a". farmaci dell'"Elenco b", prescritti dagli Specialisti Ospedalieri dell'ASL 9 farmaci dell'"Elenco b" prescritti da altri centri esterni all'ASL 9 quando il MMG/PLS indirizza l'assistito alla distribuzione diretta.
- distribuzione diretta di farmaci alla dimissione: per garantire la continuità assistenziale all'assistito che afferisce alle strutture Aziendali l'ASL9 ha avviato la distribuzione diretta dei farmaci alla dimissione/visita specialistica ambulatoriale limitatamente ai farmaci presenti nel

PTA. Le strutture ospedaliere coinvolte sono: day-surgery Ospedale Cuornè, day-hospital di Oncologia, day-hospital di Immunoematologia, ambulatorio di Immunoematologia, ambulatori della SC Nefrologia e Dialisi, SC di Chirurgia generale, Urologia, Ortopedia-Traumatologia per i farmaci per la profilassi tromboembolica e la terapia antinfettiva, SC di Otorinolaringoiatria, Oculistica e Ginecologia limitatamente ai farmaci di maggior consumo, concordati con la Farmacia Ospedaliera

- farmaci erogati con fornitura diretta a pazienti in RSA/RAF: la Farmacia Ospedaliera fornisce il materiale farmaceutico alle 4 RSA Aziendali a gestione diretta per le necessità dei 188 pazienti ospitati. L'ASL 9 ha convenzionato ulteriori 598 posti-letto di RSA/RAF in 32 strutture extraospedaliere che possono ospitare approssimativamente 1.500 assistiti in totale.

### **Obiettivi**

In tal senso sono individuabili i seguenti obiettivi:

- incrementare l'attività di confronto tra i MMG, i PLS e i Medici Ospedalieri, finalizzata alla condivisione di scelte terapeutiche orientate al perseguimento dell'appropriatezza prescrittiva
- avviare specifiche iniziative volte all'implementazione della distribuzione diretta dei farmaci a duplice via di distribuzione previsti dall'Accordo
- incrementare la continuità assistenziale garantita dalla distribuzione diretta del farmaco in dimissione/visita specialistica ambulatoriale
- estendere l'assistenza terapeutica agli assistiti che occupano posti-letto in RSA e RAF di strutture residenziali e semiresidenziali non a gestione diretta, presenti sul Territorio.

### **Azioni e tempi di realizzazione**

Le azioni e la relativa tempistica sono le seguenti:

- promozione di una serie di incontri multidisciplinari tra Medici Specialisti e MMG/PLS su specifici percorsi terapeutici (*da marzo 2008*)
- stesura di protocolli rivolti al Medico Ospedaliero finalizzati ad indirizzare l'assistito all'approvvigionamento presso le strutture Aziendali, organizzando specifici percorsi adattabili alle singole situazioni territoriali (*da marzo 2008*)
- definizione di percorsi che favoriscano il MMG e il PLS alla promozione verso l'assistito della distribuzione diretta (*da marzo 2008*)
- coinvolgimento delle strutture ospedaliere nel promuovere la distribuzione di più tipologie di farmaci alla dimissione ospedaliera/visita specialistica (*da marzo 2008*)
- consolidamento e sviluppo ulteriore delle azioni (*2009 e 2010*).

### **Criteri di valutazione**

La valutazione viene effettuata con i seguenti indicatori:

- num. di incontri per anno su specifici percorsi terapeutici (*standard: almeno due*)
- presenza di protocollo per l'approvvigionamento per il Medico Specialista (*standard dicotomico: si/no*)
- definizione di percorso per i MMG e PLS ed interventi operativi con riunioni/note informative (*standard almeno tre per anno*)
- num. di principi attivi distribuiti alla dimissione ospedaliera/visita specialistica ambulatoriale (*standard: da definire in base all'adeguamento delle risorse*)
- num. di principi attivi distribuiti in RSA/RAF (*standard: da definire in base all'adeguamento delle risorse*).

## Risorse

L'estensione dell'assistenza terapeutica agli assistiti che occupano posti-letto in RSA e RAF non a gestione diretta richiede comunque un impegno aggiuntivo di risorse umane e strutturali per soddisfare le esigenze complessive di n. 1.888 posti-letto suddivisi in 71 strutture ubicate sul Territorio delle attuali tre ASL, come indicato nella tabella sottostante.

ASL	Num. posti-letto in convenzione	Num. strutture extraospedaliere
Ciriè	740	14
Chivasso	550	25
Ivrea	598	32
<b>Totali</b>	<b>1.888</b>	<b>71</b>

Pertanto dovrà essere programmato un adeguamento strutturale e organizzativo dei magazzini farmaceutici in considerazione dell'aumento quantitativo dei prodotti da movimentare, nonché un adeguamento di personale dirigente e di comparto che possa soddisfare un programma di intervento così esteso e complesso.

In tale ambito si impone pertanto una specifica analisi costo-beneficio interna, da sviluppare nel corso del 2008.

## **AMBITO**

**L'avvio delle attività delle "Commissioni farmaceutiche per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva dei medici delle ASR e per la promozione della continuità assistenziale" previste con D.G.R. 76-4318 del 13.11.06.**

### **Analisi della situazione**

Le Commissioni Farmaceutiche interne per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva dei medici delle Aziende sanitarie e per la promozione della continuità assistenziale previste dalla D.G.R. 76-4318 del 13.11.06 sono state regolarmente istituite nelle tre ASL.

Nell'ASL 6 la Commissione Farmaceutica Interna è stata regolarmente istituita: si è riunita nel mese di giugno 2007 ed ha trattato prevalentemente dell'appropriatezza prescrittiva all'interno dei Presidi Ospedalieri e della continuità Ospedale-Territorio. Alcune delle attività da questa previste sono in gran parte già svolte in sede di Commissione Terapeutica aziendale e di riunioni per il monitoraggio delle Attività Distrettuali:

- monitoraggio delle prescrizioni con report per MMG/PLS, per equipe territoriali
- confronto (raccolta documentazione scientifica analisi possibile ricaduta sul Territorio) in sede di CTA per l'inserimento di nuove molecole in uso Ospedale e Territorio
- sviluppo dell'appropriatezza prescrittiva MMG/PLS Medici Specialisti concordato a livello di Distretto in termini di continuità terapeutica Ospedale Territorio
- progetti di appropriatezza in fase di svolgimento (Progetti Regionali di Farmacovigilanza): appropriatezza prescrittiva: continuità Ospedale Territorio attraverso il monitoraggio delle lettere di dimissione e delle prescrizioni ai pazienti individuati.

Nell'ASL 7 è stata istituita la Commissione Farmaceutica aziendale e si è già tenuta anche la prima riunione; le attività previste da questa sono, in gran parte già svolte in sede di Commissione Terapeutica Aziendale e di riunioni per il monitoraggio delle attività distrettuali:

- monitoraggio delle prescrizioni con report per MMG/PLS, per équipes territoriali
- confronto (raccolta documentazione scientifica analisi possibile ricaduta sul Territorio) in sede di CTA per l'inserimento di nuove molecole in uso ospedaliero e territoriale
- sviluppo dell'appropriatezza prescrittiva MMG/PLS Medici Specialisti concordato a livello di Distretto in termini di continuità terapeutica Ospedale Territorio
- progetti di appropriatezza in fase di svolgimento (Progetti Regionali di Farmacovigilanza): Area distrettuale: integrazione tra Ospedale e Territorio attraverso la distribuzione diretta di farmaci, monitoraggio dei pazienti fragili, facilitazione della comunicazione tra medici; Area appropriatezza prescrittiva: continuità Ospedale Territorio attraverso il monitoraggio delle lettere di dimissione e delle prescrizioni ai pazienti individuati; Area informazione indipendente: preparazione di pacchetti informativi attingendo da fonti scientifiche indipendenti da utilizzare in Ospedale e sul Territorio al servizio dei due progetti precedenti.

Premesso che nell'ambito delle Commissioni Terapeutiche Aziendali e delle Commissioni per l'appropriatezza prescrittiva vengono già attualmente trattati temi finalizzati a promuovere la continuità assistenziale, durante la prima seduta della Commissione si è deciso di informare meglio i medici sull'uso dei farmaci off-label e di attivare in ambito aziendale i meccanismi di controllo connessi.

La Commissione Farmaceutica Interna dell'ASL 9 ha già avviato la propria attività.

Nell'ambito della prima riunione si è stabilito di adottare come strumenti di lavoro:

- l'informazione e aggiornamento sui farmaci per i medici dipendenti e specialisti ambulatoriali
- il monitoraggio dei comportamenti prescrittivi dei medici ospedalieri
- la promozione e attivazione di percorsi di continuità terapeutica tra Ospedale e Territorio

- la valutazione dell'impatto delle prescrizioni ospedaliere sulla spesa farmaceutica territoriale (attività regolarmente svolta dalla Commissione Terapeutica)
- valutazione degli esiti dell'attività svolta nell'ambito dei Progetti Regionali di Farmacovigilanza (Area distrettuale - Area appropriatezza prescrittiva - Area Informazione indipendente).

In particolare nell'ambito della promozione di percorsi di continuità terapeutica tra Ospedale e Territorio sono stati individuati tra i farmaci da sottoporre a monitoraggio gli antipertensivi, le statine e gli inibitori di pompa protonica.

Tale attività, attualmente in corso, è stata demandata a specifici gruppi di lavoro composti da Farmacisti, Direttori di Distretto, Specialisti Ospedalieri e MMG/PLS specificatamente individuati, i cui esiti saranno oggetto di valutazione da parte della suddetta Commissione Farmaceutica Interna.

Sono ad un buon livello di attuazione i tre Progetti Regionali di Farmacovigilanza: Area Distrettuale; Area Appropriatezza prescrittiva; Area Informazione Indipendente.

### **Obiettivi**

In tal senso è individuabile il seguente obiettivo:

- garantire l'appropriatezza prescrittiva seguendo il percorso terapeutico sin dal momento della scelta del farmaco durante il ricovero o alla visita specialistica ambulatoriale, nonché attraverso la sorveglianza dei comportamenti prescrittivi sul Territorio.

### **Azioni e tempi di realizzazione**

Le azioni e la relativa tempistica sono le seguenti:

- attivazione di specifici incontri/monitoraggio delle prescrizioni/informazione indipendente volte a sorvegliare i comportamenti prescrittivi, promuovere ed ottimizzare i percorsi di continuità terapeutica tra Ospedale e Territorio e valutare l'impatto delle prescrizioni ospedaliere sulla spesa farmaceutica territoriale (*da marzo 2008*).
- consolidamento e sviluppo ulteriore delle azioni (*2009 e 2010*).

### **Criteri di valutazione**

La valutazione viene effettuata con i seguenti indicatori:

- num. di report su appropriatezza e riunioni specifiche (*standard almeno 2 per anno*).

### **Risorse**

Lo specifico adeguamento degli organici dei Servizi Farmaceutici è già stato in precedenza riportato.

## **AMBITO**

**L'adozione delle iniziative necessarie a sviluppare la prescrizione e l'utilizzazione delle specialità medicinali equivalenti.**

### **Analisi della situazione**

Per quanto riguarda l'adozione delle iniziative necessarie a sviluppare la prescrizione e l'utilizzazione delle specialità medicinali equivalenti:

- nell'ASL 6 il dato relativo all'incidenza della spesa dei farmaci equivalenti sul totale della spesa farmaci risulta essere pari al 15,60% rispetto alla media regionale 16,29% (su dati di spesa attestati a marzo 2007).
- nell'ASL 7 il dato relativo all'incidenza della spesa dei farmaci equivalenti sul totale della spesa farmaci risulta essere pari al 16,77% rispetto alla media regionale 16,29% (su dati di spesa attestati a marzo 2007).
- nell'ASL 9 il dato relativo all'incidenza della spesa dei farmaci equivalenti sul totale della spesa farmaci risulta essere pari al 16,76% rispetto alla media regionale 16,29% (su dati di spesa attestati a marzo 2007).

### **Obiettivi**

In tal senso è individuabile il seguente obiettivo:

- proseguire le attività già intraprese nei confronti dei medici prescrittori per la sensibilizzazione all'uso dei farmaci equivalenti, al fine di indurre le prescrizioni ad attestarsi ai valori di incidenza media regionale della spesa dei farmaci equivalenti rispetto alla spesa totale di farmaci
- incrementare la spesa in farmaci equivalenti nell'ASL di Ciriè.

### **Azioni e tempi di realizzazione**

Le azioni e la relativa tempistica sono le seguenti:

- orientamento verso scelte terapeutiche a livello territoriale orientate a principi attivi che, a parità di efficacia clinico/terapeutica, possano determinare una riduzione dei costi a carico del S.S.N. Ciò attraverso un sistema di raccolta e valutazione dati e con la condivisione di percorsi terapeutici tra Medici Specialisti e MMG/PLS, da concordare nell'ambito delle Commissioni Farmaceutiche Interne e di Valutazione e Monitoraggio Attività Distrettuali (*da marzo 2008*)
- promozione, nell'ambito della Commissione Terapeutica Aziendale, di azioni per l'individuazione di principi attivi da inserire nel PTA che a parità di efficacia clinico/terapeutica possano determinare nell'ambito della loro classe di appartenenza un indotto economicamente vantaggioso alla dimissione/visita specialistica (*da marzo 2008*)
- consolidamento e sviluppo ulteriore delle azioni (*2009 e 2010*).

### **Criteri di valutazione**

La valutazione viene effettuata con i seguenti indicatori:

- num. di report specifici e partecipazioni a riunioni di Distretto (*standard almeno due per anno*).
- spesa per farmaci equivalenti sul totale spesa per farmaci (*standard regionale*).

### **Risorse**

Lo specifico adeguamento degli organici dei Servizi Farmaceutici è già stato in precedenza riportato.

## **AMBITO**

### **Incremento della distribuzione diretta degli ausili e delle protesi.**

#### **Analisi della situazione**

Nell'ASL 6 attualmente viene svolta la distribuzione diretta degli ausili e delle protesi a livello di:

- Farmacia Ospedaliera (limitatamente a quella dell'Ospedale di Venaria): materiale di medicazione, ausili per uro-colostomia.

Nell'ASL 7 attualmente viene svolta la distribuzione diretta a livello di:

- Farmacia Ospedaliera: materiale di medicazione (da Nomenclatore Tariffario), dispositivi medici per pazienti oncologici, talassemici, con fibrosi cistica, ausili per incontinenza (cateteri e sacche), ausili e protesi per tracheostomia

- Farmacia Territoriale: ausili per incontinenza (pannoloni e traverse), prodotti per stomie, dispositivi medici per la NED e NPT, dispositivi per ossigeno/ventiloterapia

Gli spazi ridotti e la carenza di personale del magazzino rappresentano i principali punti di criticità.

Nell'ASL 9 attualmente viene svolta la distribuzione diretta a livello di:

- Farmacia Ospedaliera: materiale di medicazione (da Nomenclatore Tariffario), dispositivi medici per pazienti oncologici, particolari patologie, talassemici, con fibrosi cistica, ausili per incontinenza (cateteri e sacche), ausili e protesi per tracheostomia

- Farmacia Territoriale: ausili per incontinenza (pannoloni e traverse), dispositivi medici per la NED, dispositivi per ossigenoterapia.

In tale ambito solo ad Ivrea esiste una applicazione a regime della DGR n. 8-6394 del 2007 "Istituzione della rete e del coordinamento regionale delle ausilioteche", le cui procedure andranno estese anche alle altre ASL.

#### **Obiettivi**

In tal senso sono individuabili i seguenti obiettivi:

- rendere omogenea l'assistenza ai pazienti domiciliari, uniformando anche le procedure organizzative, premesso che gli assistiti residenti nelle tre ASL usufruiscono per lo più degli stessi servizi di distribuzione diretta dei Dispositivi Medici

- estendere ulteriormente ai pazienti domiciliari la fornitura di nuove tipologie di Dispositivi Medici

- sviluppare le procedure legate alla DGR n. 8-6394 del 2007 "Istituzione della rete e del coordinamento regionale delle ausilioteche", già avviata ad Ivrea e da estendere negli altri contesti.

#### **Azioni e tempi di realizzazione**

Le azioni e la relativa tempistica sono le seguenti:

- relativamente alla distribuzione di ausili orientamento sui Distretti, affinché attraverso i Servizi di Assistenza Integrativa venga incrementato il numero di assistiti che scelgono la distribuzione diretta (*da marzo 2008*)

- compatibilmente con i necessari adeguamenti organici e strutturali, nell'ambito del triennio programmazione di una ulteriore estensione della distribuzione di materiale di medicazione e attivazione della distribuzione delle strisce per automonitoraggio glicemico (*da marzo 2008*)

- applicazione delle procedure legate alla DGR n. 8-6394 (*da aprile 2008*)

- consolidamento e sviluppo ulteriore delle azioni (*2009 e 2010*).

### **Criteri di valutazione**

La valutazione viene effettuata con i seguenti indicatori:

- num. di assistiti che scelgono la distribuzione diretta di ausili per incontinenza (*standard da definire*)
- presenza di Documento con analisi organizzativa (*standard dicotomico si/no*) e sviluppo della procedura unificata (*indicatori e standard da individuare nella procedura*)
- evidenza di applicazione delle procedure legate alla DGR n. 8-6394 (*standard dicotomico: si/no*).

### **Risorse**

Lo specifico adeguamento degli organici dei Servizi Farmaceutici è già stato in precedenza riportato.



## **PARTE II – RIORDINO ATTIVITÀ**

### **3. REVISIONE DELLA STRUTTURA ORGANIZZATIVA E DELLE DOTAZIONI ORGANICHE**

La revisione della struttura organizzativa e delle dotazioni organiche si articola a partire dagli obiettivi principali e dalle relative azioni.

L'accorpamento delle ASL di Ciriè, Chivasso ed Ivrea deve pertanto conseguire gli obiettivi posti, unificando, ove possibile, le strutture organizzative e mantenendo la periferizzazione delle attività.

Particolare attenzione viene posta all'unificazione degli uffici amministrativi e delle funzioni centrali, superando gradualmente l'attuale assetto articolato su più sedi.

Tra gli elementi critici da affrontare all'atto dell'accorpamento e su cui sarebbe auspicabile un indirizzo regionale si segnalano alcuni dei più rilevanti:

- la mobilità del personale del Comparto, in particolare amministrativo, in relazione all'unificazione degli Uffici amministrativi nella futura ASL accorpata di grandi dimensioni
- la somma dei fondi contrattuali delle singole ASL che determinerà quote incentivanti comuni calcolate come valore medio delle attuali, con effetti retributivi negativi per le ASL che oggi sono sopra i valori medi.

Particolarmente delicato e complesso appare il percorso per uniformare i Contratti Collettivi integrativi Aziendali di tutte e tre le aree contrattuali, in assenza di possibili margini di manovra sulle risorse afferenti ai fondi contrattuali.

Le differenti retribuzioni relative alla parte variabile degli stipendi, in assenza di risorse dedicate comporrebbero inevitabilmente, per una parte significativa, dei dipendenti una decurtazione delle retribuzioni.

Ciò prefigurerebbe un periodo di conflittualità sindacale proprio nel momento maggiormente delicato del processo di accorpamento delle tre Aziende Sanitarie.

Per questo si ritiene di assoluto rilievo la necessità di finanziare adeguatamente i fondi contrattuali al fine di equiparare i trattamenti economici dei dipendenti delle tre ASL senza decurtazioni dello stipendi in godimento dei dipendenti stessi.

Il presente PRR prevede inoltre il riordino delle dotazioni organiche al fine di:

- tenere conto dell'obiettivo generale, posto dalla l.f. 2007, di riduzione del costo del personale 2007, rispetto al 2004, dell'1,4% a livello regionale nei termini indicati dalla stessa legge finanziaria;
- perseguire l'obiettivo di superare le attuali forme di precariato per attività consolidate e continuative, tenendo conto anche degli accordi regionali in materia;
- conseguire l'equilibrio della gestione nel 2010.

Pertanto il presente PRR contiene le indicazioni dell'evoluzione della consistenza organica nel periodo di riferimento e la previsione di ipotesi di stabilizzazione del personale precario nelle tabelle previste successivamente.

In tal senso il futuro accorpamento delle 3 attuali ASL comporterà il ridisegno dell'intera struttura organizzativa aziendale, che verrà nei dettagli definita attraverso la stesura di un nuovo Atto Aziendale, predisposto dopo l'approvazione del piano sanitario regionale.

Il nuovo Piano terrà conto delle linee di indirizzo regionali di cui all'allegato B della DGR che definisce il PRR 2007/2010.

Le linee di indirizzo aziendali che costituiranno il presupposto per la definizione della nuova struttura organizzativa aziendale, funzionale al perseguimento degli obiettivi indicati nella parte I del presente Documento e conseguenti alle linee di programmazione regionale, saranno quelle riportate di seguito.

### *Direzione Generale*

La Direzione generale porrà la sede legale provvisoria individuandola secondo il criterio definito dalla Regione Piemonte nella Legge n 15/2007. Ciò in attesa che la Conferenza dei Sindaci individui la sede definitiva.

### *Macrolivelli*

- Distretti: restano invariati gli attuali ambiti territoriali dei Distretti così articolati:
  - Distretto di Ciriè
  - Distretto di Venaria
  - Distretto di Chivasso
  - Distretto di Settimo
  - Distretto di S Mauro (in deroga alla consistenza numerica dei residenti)
  - Distretto di Ivrea
  - Distretto di Cuornè
- Presidi Ospedalieri
  - Presidi Riuniti di Ciriè, Venaria e Lanzo
  - Presidio di Chivasso (ed eventualmente acquisito l'Hopital du Piemont: Presidi Riuniti di Chivasso e Settimo)
  - Presidi Riuniti di Ivrea, Cuornè e Castellamonte.

Per quanto concerne l'articolazione distrettuale, non pare opportuno proporre cambiamenti, risultando l'attuale strutturazione funzionale alle esigenze del Territorio e ritenendo invece, che la priorità sia sviluppare il ruolo dei Distretti, concentrando quindi le azioni con questo obiettivo. Questa ipotesi di lavoro potrebbe essere rivista nel caso in cui alcuni comuni dell'attuale ASL 6 (se, quali e quando, non vi è ad oggi alcuna certezza) vengano traslati ad altra Azienda.

Relativamente all'articolazione organizzativa del Distretto, questa verrà caratterizzata nell'Atto Aziendale, come struttura a matrice. Verranno definite con chiarezza funzioni e ruolo dello stesso con particolare attenzione a definire con chiarezza i rapporti e le relazioni, anche gerarchiche, con le altre articolazioni organizzative aziendali che operino nel Distretto ed interagiscano con questo. A tal proposito appare fondamentale che per ciascuno di questi venga individuato una figura di riferimento (struttura semplice, posizione organizzativa o altra articolazione organizzativa) di riferimento per il Direttore di Distretto.

Sette Distretti, 183 comuni, oltre 560.000 residenti distribuiti in oltre 3.300 Kmq. fanno emergere una forte esigenza di coordinamento fra i Direttori di Distretto.

Relativamente alla integrazione di singoli Presidi, eccettuato l'eventuale passaggio del Presidio di Venaria ad altra ASL, non emergono esigenze di modificare l'attuale organizzazione per Presidi riuniti.

La possibile acquisizione dell'Hopital du Piemont, non modificherà l'impianto generale, ma porterà all'istituzione di un Presidio riunito: Chivasso-Hopital.

Anche in questo caso 7 Presidi articolati in 3 macro livelli "Presidi riuniti" che gestiscono oltre 1.100 posti letto, necessita di un forte strumento di coordinamento al fine di governare il processo di organizzazione a rete dei Presidi stessi in una logica di programmazione complessiva aziendale e sovra zonale di area.

### Dipartimenti

- *Dipartimenti strutturali*: dato atto che gli scopi precipi dei dipartimenti strutturali declinati dalle norme e dalle linee di indirizzo regionali, sono l'utilizzo integrato di risorse, il miglioramento dell'efficienza, l'integrazione sui temi della formazione, lo sviluppo di percorsi condivisi e comuni, nell'identificare i Dipartimenti Strutturali verranno perseguite le soluzioni

più congruenti con gli obiettivi citati. Ad esempio: dipartimenti strutturali tecnico amministrativi unici per tutta l'Azienda, dipartimenti strutturali di ricovero (es.: area medica, area chirurgica) istituiti per ciascun gruppo di ospedali riuniti, mentre per i dipartimenti strutturali sanitari territoriali e per quelli dei servizi diagnostici ospedalieri saranno valutate le soluzioni di volta in volta più congruenti. Si valuterà anche la possibilità di istituzione di un coordinamento dei Distretti e di uno delle direzioni di Presidi riuniti, entrambi costituiti in Dipartimento. Ciò in deroga alle linee di indirizzo regionali in virtù della peculiarità della Azienda più grande del Piemonte sia per numero di residenti (oltre 560.000 residenti, 183 comuni, 9 consorzi), sia per numero di Distretti (7 Distretti) sia come numero di Presidi ospedalieri (7 ospedali accorpatis in 3 Presidi riuniti, con un numero di posti letto complessivo secondo solo nella Regione Piemonte all'ASO San Giovanni Battista di Torino). Tali caratteristiche impongono, conseguentemente, l'esigenza di una forte delega da parte della Direzione strategica da un lato, e di un forte coordinamento fra Macrolivelli dall'altro.

- *Dipartimenti funzionali*: saranno istituiti i dipartimenti funzionali previsti dalle varie normative (DEA, Dip. Materno Infantile, Dip. Oncologico, Dip. delle Dipendenze) tendenzialmente unici per tutta l'Azienda ad eccezione del DEA che rimarrà uno per Presidio riunito in virtù della complessità, della criticità e delle peculiarità delle situazioni locali.

#### Strutture complesse

Nella definizione delle strutture complesse amministrative, tecniche e di staff si opererà per giungere a SC uniche Aziendali, differenziando semmai le SC per funzioni, invece che per ambiti territoriali.

Le strutture complesse di ricovero saranno viceversa organizzate come SC uniche per Presidio ovvero per Presidio riunito sulla base delle specificità di ciascuna.

Per le altre strutture complesse si valuterà di caso in caso in funzione dei vincoli normativi, nel rispetto dei disposti contrattuali in ordine alle posizioni organizzative assegnate ai dirigenti e delle opportunità esistenti in concreto, perseguendo l'uno o l'altro dei modelli possibili.

Le strutture complesse presenti in una sola delle attuali 3 ASL (es. Oncologia, Geriatria, Anatomia Patologica, ecc.) saranno invece, riorganizzate come SC uniche di ASL con articolazioni sulle 3 sedi.

La vacanza di una Direzione di SC sarà di norma coperta (in attesa della nomina del titolare) da altro Direttore di struttura della stessa disciplina presente nell'Azienda unica.

Strutture semplici (verranno ridisegnate tutte le strutture semplici della nuova Azienda omogeneizzando logiche e numeri delle stesse):

- *Strutture semplici a valenza dipartimentale*:
- Saranno istituite quelle che rispondano al requisito di gestione di risorse utilizzate nel Dipartimento da più SC come ad esempio: sale operatorie, day surgery multispecialistico, ecc.); verranno inoltre istituite quelle che per ne sia stata valutata l'opportunità e che rientrino nelle discipline ministeriali e non avendo all'interno del Dipartimento la relativa struttura complessa
- *Strutture semplici*:
- Saranno attivate solo quelle nelle quali l'elemento di assegnazione e gestione delle risorse sia rilevante. In tal senso un nuovo regolamento unico delle posizioni dirigenziali sarà modulato in modo tale da poter premiare professionisti validi con incarichi professionali dal valore economico anche pari alla SS, in modo da non dover istituire SS al solo scopo di motivare professionisti senza che ne ricorra l'esigenza organizzativa.

### **Assetto organico transitorio**

In attesa che esistano le condizioni per elaborare un nuovo Atto Aziendale e il connesso piano di organizzazione della nuova ASL unica, sono da subito necessarie alcune sperimentazioni che anticipino interventi sulla struttura organizzativa, che rientrino nelle logiche generali dell'accorpamento, che rappresentino una esigenza immediata e che abbiano i presupposti di fattibilità già in questa fase.

Pertanto, pur nella attuale situazione di tre ASL autonome, vengono evidenziati nella tabelle che seguono gli interventi possibili ed opportuni. Alcuni di questi si esauriscono nell'ambito dell'organizzazione di ciascuna delle tre aziende, mentre altre sottendono una organizzazione interaziendale e trovano la loro giustificazione normativa nell'attuale fase transitoria nell'articolo 23 della LR 15/2007 ed in una logica programmatica di "Area".

Per l'ASL 6 di Ciriè:

<b>ASL 6 CIRIÈ'</b>			
<b>Struttura</b>	<b>Tipologia</b>	<b>Modificazione proposta</b>	<b>Motivazione</b>
Medicina interna Ciriè	Strutt. complessa	Mantenimento provvisorio della Direzione a scavalco con Lanzo. Da rivalutare nel 2008	Vi sono 3 SC nei 3 Presidi. A Lanzo e Venaria è presente il Direttore, Ciriè è scoperto per trasferimento del Responsabile dal mese di agosto dopo un lungo periodo di aspettativa. La presenza di un Direttore a scavalco con la Medicina di Lanzo non rende urgente la copertura del posto
Neurologia Ciriè	Strutt. complessa	Copertura posto Direttore	Unica struttura dei Presidi riuniti coperto da un ff. da numerosi anni. <b>Si chiede l'autorizzazione regionale alla copertura</b> che si prevede per il 2008
Radiologia Ciriè	Strutt. complessa	Copertura posto Direttore	Attualmente due SC nei Presidi riuniti. A Ciriè il posto è coperto da un ff.. A Venaria il Direttore è in quiescenza dal 1.1.2008, Si prevede la copertura del solo posto di Ciriè, in attesa dell'accorpamento delle ASL e dei nuovi assetti definitivi
RRF cardiopolmonare Lanzo	Strutt. complessa	Copertura posto Direttore	Unica struttura dei Presidi riuniti coperto da un ff. da numerosi anni. <b>Si chiede l'autorizzazione regionale alla copertura</b> che si prevede per il 2008
Ginecologia	Strutt. complessa	Copertura posto Direttore	Unica struttura dei Presidi riuniti coperto da un ff. da numerosi anni. <b>Si chiede l'autorizzazione regionale alla copertura</b> che si prevede per il 2008
IOSO	Strutt. complessa	Cambiamento denominazione da SC IOSO a Direzione sanitaria dei Presidi riuniti. Copertura del posto con supplenza	L'attuale curiosa denominazione risulta assolutamente anomala, confondente e non riconducibile alle discipline ministeriali di cui al DPR 384. Il Direttore è in aspettativa (Direttore sanitario di Azienda in altra Azienda), attualmente le funzioni sono svolte a scavalco dal Direttore di Chivasso
Radiologia Venaria	Strutt. complessa	Quiescenza attuale Direttore	Il posto al momento non viene coperto, in attesa di Atto Aziendale
Farmacia Ciriè	Strutt. complessa	Quiescenza attuale Direttore	Il posto al momento non viene coperto, in attesa di Atto Aziendale
Pronto soccorso	Strutt. semplice	Trasferimento della SS da staff dello IOSO a SSVD del Dipartimento di Emergenza ed accettazione	L'attuale collocazione è quanto meno anacronistica
UPRI	Articolazione organizzativa	Trasferimento dell'articolazione organizzativa da staff della Direzione generale a staff della Direzione sanitaria di Presidio riunito	Essendo per definizione l'UPRI una SS ospedaliera, ne consegue la naturale collocazione nella Direzione ospedaliera
Sub Distretti	Articolazione organizzativa	Abolizione. Il personale sarà assegnato al Distretto di appartenenza	Il sub Distretto non ha alcuna giustificazione in campo normativo. Non si ravvisano motivazioni al loro mantenimento essendo articolazioni a rischio di eccessiva parcellizzazione e differenziazione non governata

Per l'ASL 7 di Chivasso:

<b>ASL 7 CHIVASSO</b>			
<b>Struttura</b>	<b>Tipologia</b>	<b>Modificazione proposta</b>	<b>Motivazione</b>
Distretto di Chivasso	Strutt. complessa	Copertura posto di Direttore	Oggi coperto con Direttore SC a scavalco. Ciò contrasta con linee di programmazione regionale ed è causa di indeterminata organizzativa. La copertura peraltro risponde anche ad una logica futura di ASL riunita. <b>Si chiede l'autorizzazione regionale alla copertura che si prevede per il 2008</b>
Chirurgia generale	Strutt. complessa	Copertura posto di Direttore	Posto coperto da ff. da numerosi anni. <b>Si chiede l'autorizzazione regionale alla copertura che si prevede per il 2008</b>
RRF	Strutt. complessa	Copertura posto di Direttore	Posto coperto da ff. da numerosi anni. <b>Si chiede l'autorizzazione regionale alla copertura che si prevede per il 2008</b>
SPDC	Strutt. semplice	Attivazione e copertura SS	Entro il 2007 verrà attivata la SPDC (autorizzata con precedente PRR), è necessaria la individuazione come SS sia a fini organizzativi – gestionali, sia per analogia con le altre 2 ASL
Dialisi	Strutt. semplice	Attivazione e copertura SS "Dialisi extraospedaliera"	E' stata autorizzata ed attivata con precedente PRR la SC di Nefrologia. Oggi con lo sviluppo dell'attività necessita di un minimo di strutturazione anche per una logica di rete con le altre ASL. La struttura consentirebbe il potenziamento dell'attività extraospedaliera
Patologia neonatale	Strutt. semplice	Trasformazione denominazione di altra SS della pediatria non coperta in SS patologia neonatale	L'incremento dei parti nel corso dell'anno richiede standard più elevati (II° livello neonatale) così come descritto nell'apposita scheda (tendenziale 2007 oltre i 1000)
NPI	Strutt. semplice a VD	Trasformazione da SS della Pediatria a SSVD del DMI.	La particolare disciplina e le peculiarità della stessa necessitano di una posizione interna al Dipartimento. Ciò peraltro rappresenta anche un avvicinamento all'organizzazione delle altre 2 ASL ove il servizio NPI è struttura del Dipartimento

Per l'ASL 9 di Ivrea:

<b>ASL 9 IVREA</b>			
<b>Struttura</b>	<b>Tipologia</b>	<b>Modificazione proposta</b>	<b>Motivazione</b>
Anatomia Patologica	Strutt. complessa	Copertura posto Direttore	Coperta con ff. Rientra inoltre nel Progetto sperimentale descritto successivamente per una SC per le 3 ASL. (annullamento della SC prevista a Ciriè). <b>Si chiede l'autorizzazione regionale alla copertura che si prevede per il 2008</b>
Psichiatria	Strutt. complessa	Copertura posto Direttore	Previsto dal linee guida DSM. <b>Si chiede l'autorizzazione regionale alla copertura che si prevede per il 2008</b>
Neurologia	Strutt. complessa	Copertura posto Direttore	<b>Si chiede l'autorizzazione regionale alla copertura che si prevede per il 2008</b>
Altre 10 strutture complesse vacanti	Strutt. complesse	Non si chiede la copertura sino a dopo la definizione del nuovo assetto definitivo	Le altre SC vacanti richiedono un riesame alla luce dei contenuti del PSR in fase di discussione. Ogni decisione in merito è quindi posticipata
Odontoiatria	Strutt. semplice	Istituzione e copertura SSVD	La SSVD consentirebbe di garantire le funzioni e le attività prima garantite da una SC, oggi vacante e di cui non si reputa opportuna la copertura. Ciò rappresenta anche il punto di partenza per poter studiare un Progetto di rete fra le 3 ASL dopo l'accorpamento
Chirurgia generale sede di Cuornè	Strutt. semplice	Istituzione e copertura SS	Per la gestione dell'attività chirurgica ed assistenziale (presenza di posti letto) presso la sede di Cuornè (precedentemente garantita da Direttore SC)
Ginecologia ostetricia sede di Cuornè	Strutt. semplice	Istituzione e copertura SS	Per la gestione dell'attività chirurgica ed assistenziale (presenza di posti letto e punto nascita) presso la sede di Cuornè (precedentemente garantita da Direttore SC.)
Pediatria sede di Cuornè	Strutt. semplice	Istituzione e copertura SS	Per la gestione dell'attività assistenziale (presenza di punto nascita) presso la sede di Cuornè
Dermatologia	Strutt. semplice	Istituzione e copertura SSVD	La SSVD consentirebbe di garantire le funzioni e le attività prima garantite da una SC, oggi vacante e di cui non si reputa opportuna la copertura. Ciò rappresenta anche il punto di partenza per poter studiare un Progetto di rete fra le 3 ASL dopo l'accorpamento
Radiologia	Strutt. semplice	Istituzione di 2 SS: - SS di scienze radiologiche - SS di diagnostica senologica	La SC complessa di radiodiagnostica soffre della difficoltà di coordinamento complessive per le dimensioni del servizio articolate su numerose sedi ospedaliere e non, su una diagnostica senologica di riferimento in area sovrazonale. D'altro canto non si ritiene opportuno coprire la SC di Cuornè per non indurre parcellizzazioni inefficienti nel sistema complessivo
Medicina Legale	Strutt. semplice	Attivazione SS Patenti Speciali	Compito istituzionale della Struttura, con delega su livello sovrazonale

Per le tre ASL accorpande:

<b>AASSLL 6-7-9</b>			
<b>Struttura</b>	<b>Tipologia</b>	<b>Modificazione proposta</b>	<b>Motivazione</b>
Dipendenze	Dipartimento funzionale	Creazione ed attivazione di un unico Dipartimento sperimentale sulle 3 ASL	Previsto dalle linee guida regionali e da specifico accordo Stato-Regioni
Anatomia patologica	Strutt. complessa	Trasformazione sperimentale della SC della ASL 9 in SC sovrazonale con funzioni sulle 3 ASL	In vista dell'accorpamento appare evidente la necessità di una unica struttura complessa con articolazione sulle 3 sedi. Il Progetto complessivo è presentato nella apposita scheda. Dal punto di vista della Struttura organizzativa <b>ciò implica la copertura del Direttore della ASL 9 e l'abolizione del posto di Direttore presso la ASL 6</b>
Servizio tecnico	Strutt. complessa	Trasformazione sperimentale della SC della ASL 9 (unica coperta con dirigente) in SC sovrazonale con funzioni sulle 3 ASL	In vista dell'accorpamento appare evidente la necessità di una unica struttura complessa con articolazione sulle 3 sedi. Il Progetto complessivo (comprensivo di costi emergenti e costi cessanti) sarà oggetto di apposito Documento
Ingegneria clinica	Strutt. complessa	Trasformazione sperimentale della SC della ASL 9 (unica esistente) in SC con funzioni sulle 3 ASL	In vista dell'accorpamento appare evidente la necessità di una unica struttura complessa con articolazione sulle 3 sedi. Il Progetto complessivo sarà oggetto di apposito Documento
Fisica sanitaria	Strutt. complessa	Trasformazione sperimentale della SC della ASL 9 (unica esistente) in SC sovrazonale con funzioni sulle 3 ASL	In vista dell'accorpamento appare evidente la necessità di una unica struttura complessa con articolazione sulle 3 sedi. Il Progetto è oggetto di apposito Documento
NPI	Strutt. complessa	La struttura complessa diverrà in via sperimentale SC NPI di Ivrea e Chivasso (funzione già oggi garantita con una convenzione)	In tal modo le funzioni cliniche NPI sarebbero riconducibili su tutto il Territorio della nuova ASL a due SC una per Ciriè ed una per Chivasso-Ivrea
Medico competente	Strutt. semplice	Creazione Struttura semplice presso ASL 7 sperimentalmente con funzioni di coordinamento presso le 3 ASL	Presso la ASL 6 e 9 le funzioni sono svolte da medici liberi professionisti, solo la ASL 7 ha un medico dirigente in ruolo. Allo scopo di superare progressivamente tale particolarità e di garantire da subito il coordinamento delle attività si propone questo strumento organizzativo, funzionale del resto alle esigenze della futura ASL riunita
Servizio infermieristico, tecnico e della riabilitazione	Strutt. semplice	Creazione a livello sperimentale del servizio (oggi non esistente in nessuna ASL) con una articolazione organizzativa sovra aziendale	In vista dell'accorpamento appare evidente la necessità di una unica struttura con articolazione sulle 3 sedi. Il Progetto complessivo è presentato nella apposita scheda
Servizio prevenzione e protezione	Strutt. semplice	Creazione a livello sperimentale di una struttura semplice articolazione organizzativa sovra aziendale	In vista dell'accorpamento appare evidente la necessità di una unica struttura complessa con articolazione sulle 3 sedi. Il Progetto complessivo viene elaborato nel corso dell'anno 2008



## Prime indicazioni sulla evoluzione organizzativa comune sulle tre ASL

Come già ribadito la finalità della revisione organizzativa è di definire un modello omogeneo sulle tre ASL per quanto riguarda risorse e procedure, rispettando il giusto equilibrio tra necessità di centralizzazione e di risposta adeguata ai bisogni nella periferia.

Nelle specifiche sezioni del presente PRR è già stata illustrata, tra l'altro, la necessità di dotazione organiche in misura integrata per quanto riguarda:

- Dipartimento di Prevenzione
- Dipartimento di Salute Mentale
- Farmacia.

Di seguito sono illustrati alcuni specifici approfondimenti, in prospettiva integrata sulle tre Aziende accorpande, riservando una definizione compiuta ad accorpamenti avvenuti.

### *Servizio di Emodinamica*

Il Servizio di Emodinamica in forma integrata sulle tre ASL permetterà di definire un percorso omogeneo per il paziente cardiologico, attraverso la razionalizzazione delle attività specifiche e l'offerta di prestazioni di qualità elevata.

Nel corso del 2006 il ricorso a coronarografia e PTCA è stato rispettivamente di 464 e 233 casi per mille abitanti, a fronte di un stima di 483 e 273 casi per mille abitanti per il 2010.

E' pertanto ipotizzabile un Progetto sperimentale che preveda:

- l'erogazione di prestazioni di emodinamica in tre sedi di Ciriè, Chivasso ed Ivrea
- una struttura con attività H 24 per la gestione delle emergenze e per i casi complessi
- due strutture attive in alcuni giorni, con schema modulabile settimanalmente.
- utilizzo di una equipe integrata di emodinamisti, infermieri e TSRM che lavorerà indifferentemente sulle tre sedi.

I costi strutturali e tecnologici di adeguamento sulle tre sedi sono quantificabili in circa tre milioni di Euro; a questi vanno aggiunti, a fronte della produzione diretta e del recupero della mobilità passiva nello specifico ambito, il personale da acquisire sulle tre attuali ASL rappresentato nella tabella che segue.

<b>Personale</b>		
<b>Tipologia</b>	<b>Numero</b>	<b>Costi anno</b>
Medici	6	642.000
Tecnici di laboratorio	6	276.000
Infermieri	4	184.000
OSS	2	72.000
<b>Totale</b>	<b>18</b>	<b>1.174.000</b>

### *Servizio di Anatomia Patologica*

In tale ambito si prospetta la gestione nell'ASL di Ivrea dell'attività diagnostica citoistologica proveniente dall'ASL di Ciriè e di Chivasso, quale forma di integrazione interaziendale per il recupero delle attività attualmente esternalizzate in altre Aziende e quale modello che prevede pertanto una struttura centrale e due antenne di riferimento. Il modello permette anche la gestione delle attività legate allo sviluppo degli screening oncologici.

Tale azione comporta in primo luogo il potenziamento in risorse ed attrezzature necessarie per l'allestimento, la processazione e la refertazione dei preparati presso l'Anatomia Patologica di Ivrea.

Sarebbe comunque più utile e razionale effettuare una parte di attività presso la stessa struttura di Ciriè per quanto riguarda le fasi meno complesse, garantendo anche la presenza di un medico anatomico patologo per l'attività intraoperatoria al criostato. Altresì a Ciriè

sarebbe da garantire anche una attività di microinterventistica, potenziando la seduta settimanale già attualmente effettuata dall'anatomo- patologo di Ivrea.

Allo stesso modo è da prospettare l'effettuazione di parte dell'attività direttamente a Chivasso per quanto riguarda le fasi meno complesse e l'attivazione nello stesso Presidio di un ambulatorio di attività microinterventistica.

Il personale da acquisire per Ivrea è illustrato nella tabella che segue, a cui vanno aggiunti i costi legati all'acquisizione di attrezzature e di adeguamento dei locali.

<b>Personale Ivrea</b>		
Tipologia	Numero	Costi anno
Medico	2	214.000
Tecnico di laboratorio	4	184.000
Citotecnico	2	92.000
Amministrativo	2	72.000
<b>Totale</b>	<b>10</b>	<b>562.000</b>

Il personale da acquisire per Ciriè è illustrato nella tabella che segue, a cui vanno aggiunti i costi legati all'acquisizione di attrezzature e di adeguamento dei locali.

<b>Personale Ciriè</b>		
Tipologia	Numero	Costi anno
Medico	1	107.000
Tecnico di laboratorio	1	46.000
Amministrativo	1	36.000
<b>Totale</b>	<b>3</b>	<b>189.000</b>

Il personale da acquisire per Chivasso è illustrato nella tabella che segue, a cui vanno aggiunti anche in questo caso i costi di attrezzature e di adeguamento dei locali.

<b>Personale Chivasso</b>		
Tipologia	Numero	Costi anno
Medico	1	107.000
Tecnico di laboratorio	1	46.000
Amministrativo	1	36.000
<b>Totale</b>	<b>3</b>	<b>189.000</b>

Il Progetto così sviluppato consentirebbe, in linea generale, l'autosufficienza nella futura ASL accorpata per quanto riguarda gli esami relativi alla specifica branca, senza supporto di forniture esterne e con risparmio sui costi cessanti delle specifiche convezioni stipulate con altre Aziende (in particolare ASO Mauriziano e P.O. Maria Vittoria di Torino). Ad ulteriore supporto va evidenziato che la spesa sostenuta in tale ambito dall'ASL di Chivasso ammonta a circa 420.000 Euro per anno, dall'ASL di Ciriè a circa 480.000 Euro.

#### *Centro Trasfusionale*

La situazione attuale è diversificata nelle tre Aziende ed è evidente che il Servizio viene erogato in misura completa solo nel SIT di Ivrea, anche per quanto riguarda la copertura dell'urgenza/emergenza. Presso il centro di Chivasso l'attività in urgenza/emergenza viene svolta negli orari di apertura del Servizio, con appoggio sul SIMT Sant'Anna di Torino nelle ore notturne e nei festivi; a Ciriè tutta l'attività di immunoematologia di primo e secondo livello è appoggiata all'esterno.

Anche in tale ambito l'atteso di riferimento si traduce in una gestione della funzione in forma integrata ed autosufficiente nelle tre Aziende, senza ricorso a strutture esterne. Quanto sopra è prospettabile attraverso una semplice riorganizzazione che preveda in prima battuta, accanto alla stabilizzazione del personale assunto a Progetto (un medico e un tecnico) con contratti a tempo determinato presso il Presidio di Chivasso con i relativi costi cessanti ed emergenti, lo sviluppo di procedure integrate tra i Centri di Ivrea e Chivasso.

Ad ulteriore supporto va considerato che i costi del servizio fornito attualmente dal Sant'Anna per l'ASL di Chivasso e che risulterebbero cessanti nella ASL accorpanda a seguito della riorganizzazione ammontano a circa 100.000 Euro per anno. Nella tabella che segue viene quantificata l'acquisizione del personale a regime.

<b>Personale</b>		
<b>Tipologia</b>	<b>Numero</b>	<b>Costi anno</b>
Medico	2 (di cui 1 per superamento forme di precariato calcolati al 50% per i costi aggiuntivi)	161.000
Tecnico di laboratorio	2 (di cui uno per il superamento di forme di precariato)	69.000
<b>Totale</b>	<b>4</b>	<b>230.000</b>

Quindi lo stesso modello di lavoro potrà essere esteso anche per Ciriè, con l'implementazione di personale comunque da valutare.

#### *Neuropsichiatria Infantile*

Le attività sono già attualmente in parte integrate per quanto riguarda l'ASL di Chivasso e Ivrea. Per lo sviluppo ulteriore di livelli di attività uniformi ed integrati è da acquisire una unità di personale medico a ponte tra le due Aziende, come descritto nella tabella che segue.

<b>Personale</b>		
<b>Tipologia</b>	<b>Numero</b>	<b>Costi anno</b>
Medico	1	107.000
<b>Totale</b>	<b>1</b>	<b>107.000</b>

Quanto sopra permetterà di cessare anche i costi attualmente transitanti da Chivasso a Ivrea per il Direttore del Servizio, operativo contemporaneamente sulle due Aziende.

#### *SeRT*

L'attuale situazione vede l'organizzazione delle 3 attuali ASL in servizi differenziati sia dal punto di vista dell'organizzazione sia da quello della criticità di ciascuno. Iniziali azioni di integrazione sono in atto, sia in ordine alla condivisione di percorsi formativi, sia all'utilizzo comune di strumenti e servizi; ad esempio:

- è in fase di attuazione un Progetto di condivisione dell'unità mobile presente presso la ASL 9

- il centro Crisi Residenziale "Parapiglia" di Leini è rivolto da utenti del SeRT dell'ASL di Chivasso e delle altre ASL della Regione Piemonte; il processo di analisi ha comportato nel corso del 2007 una revisione del Progetto clinico ed educativo, confermando l'attenzione ad un arco ampio di tipologie di utenza; l'offerta in termini di attività, momenti gruppal, individuali e laboratori è fin dal momento dell'ingresso ad alta intensità, ad alto impatto emotivo, esperenziale, soprattutto sul piano espressivo, corporeo, simbolico più che verbale;

tale attività potrà comportare un risparmio di costi per residenziale quantificabile in circa 50.000 euro per anno.

In tutte le attuali ASL vi è altresì l'esigenza comune di strutturare maggiormente i servizi di alcologia, potenziandoli ed individuandoli maggiormente.

Le criticità di personale sono in via di miglioramento grazie a finanziamenti ad hoc assegnati in modo specifico dalla Regione alle singole ASL per migliorare, anche se in modo non strutturale, le principali carenze. Anche per questa criticità le situazioni erano e rimangono fortemente differenziate (risorse umane presenti prima del fondo straordinario per tale criticità: da rapporto operatori utenti 1/38 a rapporti molto vicino allo standard ottimale di 1/20).

Gli obiettivi sono dunque:

- integrare i vari SERT al fine di uniformare gli approcci e i protocolli, di integrare le risorse, di utilizzare in modo integrato le strutture presenti sul Territorio e di mettere in comune la progettualità delle singole realtà; oltre a tale esigenza interna ai servizi è presente anche la necessità di coinvolgimento sia nella fase progettuale sia in quella terapeutica degli altri attori privati e pubblici che operano sul Territorio nel settore
- superare le criticità connesse a carenze d'organico in modo strutturale, superando soluzioni di precariato e garantite con finanziamenti a termine
- sviluppare la rete dei servizi di alcologia, con il potenziamento delle articolazioni organizzative esistenti.

Le azioni che ne derivano sono le seguenti:

- costruzione di percorsi di integrazione: fase 1 creazione di gruppi di lavoro interservizi per elaborare un Progetto condiviso; fase 2 istituzione di un Dipartimento funzionale delle dipendenze
- superamento del precariato e delle criticità con l'assunzione di personale
- costruzione e sviluppo dei servizi di alcologia.

Le risorse aggiuntive sono comunque presentate nella tabella che segue.

	<b>ASL 6</b>	<b>ASL7</b>	<b>ASL9</b>
<b>Criticità di organico</b>	1 medico 1 psicologo 2 educatori	1 medico (sup. precariato) 1 psicologo	2 medici
<b>Servizi di alcologia</b>	1 medico 2 infermiere	1 medico 1 educatore 1 psicologo	2 medici (di cui 1 per sup. precariato) 2 psicologi 2 educatori

Nella tabella che segue sono sintetizzati gli specifici costi.

<b>Personale</b>		
<b>Tipologia</b>	<b>Numero</b>	<b>Costi anno</b>
Medico	8	856.000
Psicologo	5	430.000
Educatore	5	180.000
Infermiere	2	92.000
<b>Totale</b>	<b>20</b>	<b>1.558.000</b>

#### *Polo oncologico*

Le attività relative al Polo Oncologico sono ben strutturate nelle tre ASL e già avviate in forma integrata, anche a fronte del supporto "precario" di personale che presta servizio ed è retribuito in modo specifico con fondi relativi alla Rete Oncologica della Regione Piemonte. Tale tipologia di precariato risulta particolarmente critica in quanto finanziata "a Progetto".

In tale contesto si prospetta dunque il superamento delle forme di precariato, con l'acquisizione di personale per proseguire le attività secondo gli attuali livelli l'erogazione dei Servizi anche per quanto riguarda le cure palliative, come illustrato nella tabella che segue.

<b>Personale Rete Oncologica</b>		
<b>Tipologia</b>	<b>Numero</b>	<b>Costi anno</b>
Medici oncologi	2 (superamento precariato fondi Rete Oncologica)	214.000
Psicooncologi	2 (superamento precariato fondi Rete Oncologica)	174.000
Amministrativi	3 (superamento precariato fondi Rete Oncologica)	108.000
<b>Totale</b>	<b>7</b>	<b>496.000</b>

<b>Personale Rete Oncologica – Cure Palliative</b>		
<b>Tipologia</b>	<b>Numero</b>	<b>Costi anno</b>
Medici palliativisti	3 (superamento precariato fondi Rete Oncologica)	321.000
Psicooncologi	1 (superamento precariato fondi Rete Oncologica)	87.000
Infermiere	1 (superamento precariato fondi Rete Oncologica)	46.000
<b>Totale</b>	<b>5</b>	<b>454.000</b>

In tale ambito saranno anche da ridisegnare le attività delle strutture di Oncologia e Cure Palliative, in forma integrata sulle tre ASL.

#### *Servizio Infermieristico Tecnico, della Riabilitazione, della Prevenzione e della Professione Ostetrica*

Il Servizio Infermieristico Tecnico, della Riabilitazione, della Prevenzione e della Professione Ostetrica, come sancito dalla normativa regionale di riferimento, nella ASL in via di accorpamento è posto in staff alla Direzione Generale ed interagisce, per quanto di competenza, con la Direzione Sanitaria Ospedaliera e con la Direzione di Distretto per gli aspetti che riguardano le fasi operative dell'attività assistenziale.

Considerate le dimensioni della futura ASL si configura come struttura deputata ad assicurare le seguenti funzioni:

- partecipazione alle definizioni degli obiettivi aziendali e loro realizzazione
- concorso, per la parte di propria competenza, alla pianificazione, definizione, verifica, valutazione, formazione ed allocazione delle risorse assegnate (professionali, economiche e tecnologiche)
- elaborazione, implementazione e verifica di modelli organizzativi, protocolli procedurali e comportamentali volti al miglioramento qualitativo-quantitativo delle prestazioni erogate ed al perseguimento degli obiettivi aziendali
- sviluppo e verifica sull'appropriatezza delle cure e strategie assistenziali adottate al fine di favorire l'integrazione Ospedale-Territorio
- concorso nel processo di accreditamento istituzionale e promozione e partecipazione a progetti di miglioramento interaziendali.

La struttura organizzativa ipotizzata si configura come riferimento trasversale per tutti i Dipartimenti Aziendali e per i servizi territoriali, con responsabilità della programmazione delle attività, dell'organizzazione, del coordinamento del proprio servizio e del personale Infermieristico, Tecnico Sanitario, di Riabilitazione e di supporto operante all'interno dei Presidi ospedalieri e Distretti dell'ASL.

Il Servizio si articolerà organizzativamente e strutturalmente in 3 livelli:

- un livello centrale pianificatorio-strategico, costituito da: Direzione del Servizio e Responsabili dell'area sviluppo professionale e dall'area del governo assistenziale; dette aree sono deputate a governare i processi e le risorse di competenza del servizio e si articolano in settori specifici
- un livello intermedio individuato su base dipartimentale con funzioni di coordinamento, gestione ed integrazione
- un livello periferico di tipo operativo gestionale.

Al Servizio vengono assegnate le risorse necessarie allo svolgimento delle funzioni previste. Il personale afferisce gerarchicamente ai coordinatori di Dipartimento e funzionalmente alla Struttura di assegnazione per quanto riguarda il raggiungimento di obiettivi specifici di struttura.

Nella tabella che segue viene illustrato il personale necessario e i relativi costi relativi alla fase iniziale, necessarie per l'avvio del Servizio e per implementare l'organico di base presso la struttura di Ciriè con un coordinatore infermieristico ed un amministrativo ai fini di uniformarlo a quello delle ASL di Chivasso e Ciriè.

<b>Personale</b>		
<b>Tipologia</b>	<b>Numero</b>	<b>Costi anno</b>
Dirigente	1	86.000
Amministrativo in staff	2	72.000
Coordinatore inferm. per Ufficio Infermieristico Ciriè	1	50.000
Amministrativo per Ufficio Infermieristico Ciriè	1	36.000
<b>Totale</b>	<b>5</b>	<b>245.000</b>

#### *Corso di Laurea infermieristica*

L'apertura della sede del Corso di Laurea in Infermieristica ad Ivrea rappresenta un momento qualificante per l'Azienda ed una finalizzazione di quanto già attuato nel campo della formazione del personale dell'assistenza.

Il Progetto prevede step successivi, con avvio nei locali individuati appositamente ad Ivrea da settembre 2008; il personale necessario viene individuato in un Coordinatore del Corso di Laurea e in Tutor individuati in numero progressivo in base al numero di studenti (5 al primo anno di attività, 10 al secondo anno di attività e 15 al terzo anno di attività a regime).

Nella tabella che segue viene illustrato il personale necessario e i relativi costi.

<b>Personale</b>		
<b>Tipologia</b>	<b>Numero</b>	<b>Costi anno</b>
Coordinatore Corso di Laurea	1	50.000
Tutor primo anno	5	250.000
Tutor secondo anno	10	500.000
Tutor terzo anno	15	750.000
Amministrativi	3	108.000
Commesso	1	36.000
<b>Totale a regime</b>	<b>35</b>	<b>1.694.000</b>

#### *Fisica sanitaria*

Anche per quanto riguarda la Fisica Sanitaria, attualmente presente con un Servizio strutturato solo ad Ivrea; si prospetta pertanto lo sviluppo di una attività omogenea ed integrata nelle tre ASL, con l'abolizione dell'attività effettuata in intramoenia e dell'attività

esternalizzata, a fronte di specifica assunzione di personale, come di seguito esplicitato. I costi per l'adeguamento delle apparecchiature sono quantificabili in circa 90.000 Euro. In tal senso nel corso del 2008 viene sviluppato lo specifico Progetto.

<b>Personale</b>		
<b>Tipologia</b>	<b>Numero</b>	<b>Costi anno</b>
Fisico	1	86.000
Tecnico	1	46.000
<b>Totale</b>	<b>2</b>	<b>132.000</b>

#### *Servizio di Prevenzione e Protezione*

L'attività è da collocarsi in staff alla Direzione Generale e deve operare in stretta collaborazione con il Medico Competente e con altre strutture quali CIO/UPRI, Tecnico, Ingegneria Clinica, Fisica Sanitaria, ecc.

E' ragionevole ritenere nell'immediato che tale Servizio nell'ASL accorpanda possa essere formato dalla semplice aggregazione degli attuali tre Servizi come ora strutturati, con il supporto delle consulenze in corso; in tale ambito andrà comunque potenziato in forma unificata lo specifico Gruppo di coordinamento D. Lgs. 626 aziendale e sviluppato il sistema direzionale. In tal senso nel corso del 2008 viene sviluppato lo specifico Progetto.

#### *Sistema informativo*

Nella prospettiva dell'integrazione un ruolo di primo piano è giocato dal Sistema Informativo, nella logica più ampia della gestione uniforme dell'informazione nelle tre ASL. Tale sviluppo risulta essere fondamentale anche nell'ottica delle attività del Controllo di Gestione, che necessitano di specifici strumenti di hardware e software.

Attualmente i Sistemi Informativi delle tre ASL sono molto differenziati, sia per quanto riguarda la componente hardware sia per la componente software.

Il processo di informatizzazione è già ben avviato nell'ASL di Ivrea sia nella parte amministrativa che sanitaria, mentre è poco sviluppato nell'ASL di Ciriè.

L'obiettivo è di uniformare i sistemi informativi sanitari ed amministrativi tra le tre ASL (CUP, scelta e revoca, ADT, Ambulatori, RIS, ecc.) ed integrare le applicazioni dipartimentali sanitarie tramite anagrafe unica e repository clinico.

L'evoluzione prospettabile, con gli specifici costi, è la seguente:

<b>Anno</b>	<b>Azione</b>	<b>Costi in Euro</b>
2008	- unificazione delle applicazioni software in ambito amministrativo	25.000
	- sostituzione CUP, scelta revoca, ADT nell' ASL 6	300.000
	- acquisizione strumenti di integrazione	60.000
	- acquisizione hardware server	50.000
2009	- unificazione sistemi informativi ASL 7 e ASL 9	250.000
	- integrazione sistemi dipartimentali	50.00
2010	- completamento attività di unificazione dei sistemi informativi sanitari su ambulatori ed ottimizzazione delle procedure di integrazione sui sistemi dipartimentali	Da definire

Va anche aggiunto che lo sviluppo di un Sistema Informativo unico ed omogeneo sulle tre ASL potrà determinare l'abbandono di applicazioni attualmente utilizzate e quindi cessazione dei relativi costi, in particolare per l'ASL di Chivasso.

Il personale interno è comunque attualmente ridotto e si prospetta una sua implementazione sulle tre ASL, che ridurrebbe i costi per supporti esterni e garantirebbe un superiore presidio delle attività, come presentato nella tabella che segue.

<b>Personale</b>		
<b>Tipologia</b>	<b>Numero</b>	<b>Costi anno</b>
Tecnici informatici laureati e non laureati	9	414.000
<b>Totale</b>	<b>9</b>	<b>414.000</b>

#### *Settore tecnico edilizio*

Anche per il settore edilizio è necessaria una riqualificazione delle attività in misura omogenea ed integrata nelle tre ASL, anche in considerazione della gestione di 7 Ospedali e diverse sedi poliambulatoriali sul Territorio, tendenzialmente vetuste che necessitano di importanti manutenzioni. Le risorse risultano attualmente numericamente carenti per quanto riguarda soprattutto figure tecniche specifiche per la gestione delle problematiche impiantistiche.

Nella tabella è presentata la necessità di personale a breve termine, in attesa di definire il Progetto complessivo sulle tre ASL nel 2008 che ridurrebbe comunque i costi per supporti esterni e garantirebbe un superiore presidio delle attività tecnico-edilizie, anche in considerazione della istituzione della Centrale di Committenza Regionale.

<b>Personale</b>		
<b>Tipologia</b>	<b>Numero</b>	<b>Costi anno</b>
Tecnici	3	138.000
<b>Totale</b>	<b>3</b>	<b>138.000</b>

#### *Ingegneria clinica*

Lo stesso problema si pone per quanto riguarda le tre ASL anche sul versante dell'Ingegneria Clinica. Il Servizio è strutturato attualmente solo nell'ASL di Ivrea, con 4 unità; l'allargamento sulle tre ASL comporta la necessità di prevedere una unità direzionale/amministrativa e tre antenne tecniche presso i Presidi Ospedalieri principali. In tale ambito l'ipotesi attuale di sviluppo ed omogeneizzazione delle attività prevede, per quanto riguarda il personale, un mix di risorse interne e di provenienza esterna per realizzare un modello sostenibile e flessibile che determinerebbe anche specifici costi cessanti a Ciriè e Chivasso.

Lo specifico supporto di risorse umane ulteriori da acquisire viene presentato nella tabella che segue.

<b>Personale</b>		
<b>Tipologia</b>	<b>Numero</b>	<b>Costi anno</b>
Ingegnere	1	86.000
Tecnici	3	138.000
<b>Totale</b>	<b>4</b>	<b>224.000</b>



#### **4. RIMODULAZIONE DELLA RETE DEI PRESIDI**

La rimodulazione della rete dei Presidi viene di seguito presentata per l'acuzie e la postacuzie.

La realizzazione operativa si articola attraverso gli obiettivi principali di seguito esplicitati e le relative azioni. Come negli altri casi per ciascuna delle azioni viene prevista la calendarizzazione degli interventi e i criteri di valutazione dei loro esiti.

## AMBITO

**Adeguare la capacità produttiva degli ospedali, con la riconduzione della composizione e del numero dei posti letto di attività ospedaliera, anche in coerenza con le indicazioni della DGR n. 2-944 del 27.9.2005, e degli altri Presidi dedicati all'assistenza semiresidenziale e residenziale coerentemente agli indirizzi e ai fabbisogni indicati dalla programmazione regionale.**

### Analisi della situazione

Per quanto riguarda l'aspetto relativo all'assistenza ospedaliera per acuti e il suo adeguamento per composizione e numero di posti letto, un primo dato da considerare è rappresentato dal numero di posti letto per mille abitanti, evidenziato nella tabella che segue.

ASL 6	P.O.	RO	DH	TOT.	Abitanti	P.L. per mille ab.
	Ciriè	263	29	292		
	Venaria	74	11	85		
	Lanzo	113	16	129		
	<b>Totale</b>	<b>450</b>	<b>56</b>	<b>506</b>	<b>180.035</b>	<b>2,81</b>
<b>ASL 7</b>	<b>P.O.</b>	<b>RO</b>	<b>DH</b>	<b>TOT.</b>		
	Chivasso	186	30	216		
	<b>Totale</b>	<b>186</b>	<b>30</b>	<b>216</b>	<b>195.884</b>	<b>1,10</b>
<b>ASL 9</b>	<b>P.O.</b>	<b>RO</b>	<b>DH</b>	<b>TOT.</b>		
	Ivrea	239	33	272		
	Cuornè	96	13	109		
	Castellamonte	53		53		
	<b>Totale</b>	<b>388</b>	<b>46</b>	<b>434</b>	<b>188.933</b>	<b>2,30</b>
	CDC Epediese	80		80		
	<b>Totale</b>	<b>468</b>	<b>46</b>	<b>514</b>	<b>188.933</b>	<b>2,72</b>

Il dato che emerge è il numero di posti letto per mille abitanti presenti nell'ASL di Chivasso, che risulta inferiore rispetto alle ASL di Ciriè e di Ivrea. Tale dato si riflette verosimilmente sui tassi di occupazione, che sono nello stesso Presidio di Chivasso più elevati.

D'altronde esiste attualmente una mobilità passiva anche per DRG prodotti dagli stessi Presidi, che potrebbe essere in parte recuperabile a Ciriè e Ivrea, mentre lo stesso recupero non è individuabile per Chivasso in quanto il Presidio è già saturo.

Se viene considerato in modo più specifico il tasso di occupazione nei ricoveri ordinari, alcuni Presidi come Ciriè, Venaria, Ivrea e Cuornè sono critici in quanto mostrano un valore prossimo al 75%. In particolare alcune Discipline presentano valori "di guardia" per quanto riguarda il tasso di occupazione nel ricovero ordinario inferiore al 75% e per quanto riguarda l'indice di rotazione nel day hospital inferiore ad 1. Allo stesso tempo sono da approfondire situazioni variabili nei Presidi per quanto riguarda parametri di performance operativa, come la variabilità della degenza media e del peso DRG in specialità affini.

Accanto alla revisione dei posti letto andrà sviluppato comunque un processo di riqualificazione delle diverse strutture per acuti per quanto riguarda gli aspetti edilizi, lo sviluppo di alcune attività, l'allineamento di altre attività verso gli standard qualitativi di riferimento.

Di seguito viene illustrata per ogni ASL la evoluzione dei singoli Presidi Ospedalieri, che comunque va già letta in una prospettiva di integrazione tra le tre ASL.

### Presidi Ospedalieri ASL 6 Ciriè

Per quanto riguarda il processo di riqualificazione dei Presidi dell'ASL di Ciriè le azioni di seguito riportate saranno comunque oggetto di rivalutazione, nella eventualità che il Presidio di Venaria sia o non sia ricompreso nella istituenda nuova ASL.

In ogni caso il processo è in primo luogo finalizzato alla revisione dei posti letto, come illustrato nella tabella che segue che riporta solo le Strutture soggette a specifiche variazioni per quanto concerne i ricoveri ordinari e i ricoveri in day hospital/day surgery. Sulla base dell'adattamento organizzativo alla nuova situazione potranno essere quindi individuate ulteriori azioni.

Presidio		Posti letto attuali RO	Posti letto ridefiniti RO	Posti letto attuali DH/DS	Posti letto ridefiniti DH/DS
<b>Ciriè</b>	Cardiologia	12	13		
	Chirurgia generale	33	28		
	Medicina	40	42		
	Nefrologia	7	8		
	Ortopedia	32	30		
	Oculistica	8	6		
	ORL	8	7		
	Ostetricia e ginecologia	25	23		
	Pediatria	12	10	2	1
	Urologia	18	13		
<b>Venaria</b>	Chirurgia generale	24	18		
	Medicina generale	40	36		
	Lungodegenza	10	14		
<b>Lanzo</b>	-	-	-	-	-

Tale intervento ha lo scopo di migliorare l'utilizzo della risorsa posto letto, con le ovvie ripercussioni sul miglioramento dell'appropriatezza che ne derivano e sulla intensità delle cure erogate, fermo restando l'attuale livello quantitativo dei servizi erogati.

Si ritiene utile precisare che tutti i Reparti costituiti da un numero di posti letto inferiore a 10 risultano già accorpati.

I tre Presidi riuniti saranno oggetto di apposito Progetto di sviluppo complessivo con le seguenti linee di indirizzo: maggiore integrazione tra i Presidi, diversificazione dell'attività, maggiore utilizzo del Presidio di Lanzo, miglioramento in termini di umanizzazione ed assistenza. Nelle more di tale Progetto, le azioni specifiche di riqualificazione già avviate sui tre Ospedali dell'attuale ASL di Ciriè sono di seguito illustrate.

#### P.O. Ciriè

Al momento sono in fase di realizzazione e completamento importanti lavori in ambito edilizio, che riguardano il DEA, la Dialisi, il reparto di Pediatria, il reparto di Ostetricia-Ginecologia, l'area ambulatoriale, ecc., destinati a dare un nuovo assetto all'intera Struttura, in grado di rispondere meglio ai bisogni degli utenti che ne usufruiscono.

Tali interventi oltre a risolvere i bisogni specifici dei reparti direttamente interessati consentiranno una migliore distribuzione ai servizi nonché spazi vitali per lo sviluppo dei servizi ospedalieri.

L'assetto definitivo dell'ospedale ampliato deriverà da quanto previsto nella fase di progettazione ed andrà ad incastrarsi nel progetto complessivo di massimo utilizzo dei Presidi Riuniti.

Per quanto riguarda invece l'incremento degli standard qualitativi specifici, a Ciriè alcune azioni sono attivabili fin da ora, in particolare per quanto riguarda:

- la preparazione ambulatoriale dei pazienti chirurgici di elezione
- la identificazione di 4 letti di osservazione per pazienti critici in area medica
- il Servizio di Endoscopia digestiva
- potenziamento del CIO.

In particolare, nell'ottica di sviluppare il percorso di preparazione ambulatoriale dei pazienti chirurgici di elezione come da specifico obiettivo assistenziale, si prevede la definizione di un settore di gestione del pre-ricovero centralizzato, con personale quantificato nella tabella che segue.

<b>Personale</b>		
<b>Tipologia</b>	<b>Numero</b>	<b>Costi anno</b>
Infermieri	2	92.000
Amministrativo	1	36.000
<b>Totale</b>	<b>3</b>	<b>128.000</b>

Altresì, nell'ambito della ridefinizione dell'assistenza per intensità di cure come da specifico obiettivo assistenziale, si prevede lo sviluppo di 4 letti di osservazione per pazienti critici in area medica (non aggiuntivi), con monitoraggio emodinamico e somministrazione controllata di farmaci. Nella tabella è presentata l'implementazione delle risorse.

<b>Personale</b>		
<b>Tipologia</b>	<b>Numero</b>	<b>Costi anno</b>
Infermieri	4	184.000
<b>Totale</b>	<b>4</b>	<b>184.000</b>

Per quanto riguarda il raggiungimento degli standard assistenziali, per il supporto al DEA e ai reparti è fondamentale garantire la copertura H 24 del Servizio di Endoscopia Digestiva già peraltro oggetto di valutazioni specifiche nell'ambito di gruppi di lavoro interaziendali, secondo le risorse di seguito riportate.

<b>Personale</b>		
<b>Tipologia</b>	<b>Numero</b>	<b>Costi anno</b>
Medici	2	217.000
<b>Totale</b>	<b>2</b>	<b>217.000</b>

Il Presidio Riunito della ASL 6 necessita di uno sviluppo relativamente alle azioni dell'UPRI/CIO. Tale necessità è stata certificata dalla stessa regione che ha valutato i servizi dei vari ospedali. Fra le caratteristiche che hanno provocato un giudizio negativo vi sono state quelle relative all'organico infermieristico ove lo standard prevede un infermiere specializzato ogni 250 pl. L'attuale dotazione di posti letto richiede nel breve termine l'incremento di almeno una figura dedicata come da tabella seguente, in attesa di sviluppare le attività di UPRI/CIO in forma integrata tra le tre Aziende.

<b>Personale</b>		
<b>Tipologia</b>	<b>Numero</b>	<b>Costi anno</b>
Infermiere	1	46.000
<b>Totale</b>	<b>1</b>	<b>46.000</b>

### P.O. Venaria

In attesa di un Progetto definitivo sui Presidi Riuniti e dell'unica risposta complessiva ai problemi strutturali del presidio di Venaria rappresentato dalla costruzione del nuovo Presidio, si sta provvedendo attualmente ad intervenire sulle criticità più rilevanti che possano trovare risposta nell'attuale situazione, come di seguito evidenziato.

Area interessata	Stato attuale	Descrizione intervento
Camere mortuarie	Gli attuali spazi sono inadeguati sia dal punto di vista igienico sia da quello della accessibilità sia infine per gli aspetti relativi alla umanizzazione	Le camere mortuarie sono in fase di ristrutturazione con creazione di servizi igienici, rampe di accesso per il superamento delle barriere, e miglioramento del decoro complessivo (in fase di conclusione)
Zona prelievi ematici	Gli attuali locali sono inadeguati sia rispetto alla superficie rapportata al numero medio di accessi sia rispetto all'accessibilità dei cittadini, sia in relazione alla possibilità di affrontare un intervento urgente.	La ristrutturazione dell'area ex banca (al termine dei lavori per le sale mortuarie) permetteranno una zona adeguata dedicata all'attesa all'accettazione ed alla esecuzione dei prelievi ematici ( in fase di avvio)
Stanze di degenza	Gli attuali posti letto sono distribuiti in modo non corretto rispetto a criteri di umanizzazione e a quelli di semplificazione dei percorsi	Pur considerando le criticità ineliminabili della struttura, è possibile anche grazie alla riduzione dei posti letto ipotizzata, ricollocare i letti e i 2 reparti al fine di garantire una maggiore razionalità dei percorsi e una maggiore umanizzazione delle degenze (non appena ridotti i posti letto)
Impianti gas medicali	L'attuale collocazione delle bombole di ossigeno esposte nell'unico piccolo cortile interno all'ospedale adibito a transito per carico e scarico oltre che a via di accesso al pronto soccorso rappresenta un notevole pericolo. Non ottimale anche il sistema di cambio delle "rampe"	Messa in sicurezza impianti gas medicali: Modificare l'impianto installando un Bombolone per l'ossigeno all'esterno dell'ospedale in area protetta (inizio 2008)

### P.O. Lanzo

Il progetto di riordino dei Presidi Riuniti avrà come linea di indirizzo il rilancio della struttura di Lanzo, caratterizzata da disponibilità di spazi e strutture non pienamente utilizzati e che quindi possono accogliere un incremento di servizi, anche al fine di sgravare l'ospedale di Ciriè da incombenze non strategiche e che trovano maggiore difficoltà a trovare spazi disponibili ed adatti alle esigenze di comfort.

In tale ambito è da prevedersi un incremento delle prestazioni ambulatoriali, un potenziamento delle attività di endoscopia con l'avvio in questa sede dello screening del tumore del colon-retto, la sostituzione dell'apparecchiatura TC ed un potenziamento dell'area chirurgica con un ulteriore potenziamento della caratterizzazione di day surgery.

Ciò si otterrà sia proseguendo l'azione di spostamento di tale attività da Ciriè a Lanzo, sia attuando le specifiche trasformazioni in day surgery di interventi eseguiti oggi in ricovero ordinario.

Questa ultima azione consente peraltro un maggiore sfruttamento delle sale operatorie di Lanzo, oggi non utilizzate a pieno, con un piccolo incremento di personale dedicato come da tabella che segue:

<b>Personale</b>		
<b>Tipologia</b>	<b>Numero</b>	<b>Costi anno</b>
Medico anestesista	1	107.000
Infermieri	2	92.000
<b>Totale</b>	<b>3</b>	<b>199.000</b>

#### *Presidi Ospedalieri ASL 7 Chivasso*

La revisione dei posti letto che si propone presso l'Ospedale di Chivasso è presentata nella tabella che segue che riporta solo le Strutture soggette a specifiche variazioni per quanto concerne i ricoveri ordinari e i ricoveri in day hospital/day surgery. Sulla base dell'adattamento organizzativo alla nuova situazione potranno essere quindi individuate ulteriori azioni.

<b>Presidio</b>		<b>Posti letto attuali RO</b>	<b>Posti letto ridefiniti RO</b>	<b>Posti letto attuali DH/DS</b>	<b>Posti letto ridefiniti DH/DS</b>
<b>Chivasso</b>	Lungodegenza	0	12		
	Medicina generale	65	63		
	Nefrologia	0	2	0	1
	Oculistica			0	1

Si ritiene utile precisare che tutti i Reparti costituiti da un numero di posti letto inferiore a 10 risultano già accorpati.

In attesa di completamento dell'Ospedale con l'ultimo lotto previsto, si propongono nel breve termine gli interventi di seguito riportati.

#### P.O. Chivasso

Per quanto riguarda la riqualificazione del Presidio di Chivasso, sono da considerare:

- l'attivazione di 12 posti letto di Lungodegenza
- l'attivazione di due posti letto di Nefrologia in ricovero ordinario e di un posto letto di ricovero di DH
- l'ampliamento delle attività delle sale operatorie con sedute pomeridiane
- l'avvio dell'attività della sala operatoria ostetrico-ginecologica.
- l'attivazione della day surgery in ambito oculistico, comunque vincolata alla fattibilità del maggiore utilizzo delle sale operatorie.

L'attivazione di 12 posti letto di Lungodegenza nell'area individuata al sesto piano del nuovo fabbricato in passato destinato ai pazienti paganti e mai attivato è individuabile come valvola di sfogo per la situazione di emergenza pressoché quotidiana dovuta alla carenza di posti letto; l'assetto sarebbe comunque provvisorio in ragione della definizione dell'Hopital du Piemont, ma molto utile per decongestionare i diversi Reparti di ricovero.

Il personale di nuova acquisizione è individuato nella tabella che segue.

<b>Personale</b>		
<b>Tipologia</b>	<b>Numero</b>	<b>Costi anno</b>
Medico	1	107.000
Infermieri	6	276.000
OSS	5	180.000
<b>Totale</b>	<b>12</b>	<b>563.000</b>

Già attualmente la Nefrologia effettua ricoveri specialistici appoggiandosi sul Reparto di Medicina; l'attribuzione isorisorse di due posti letto di ricovero ordinario in sostituzione di due di Medicina Generale e di un posto letto di day hospital consentirebbe, tra l'altro, una migliore classificazione dei pazienti a fini statistico-epidemiologici.

Come già sottolineato, risulta altresì necessaria una nuova organizzazione del blocco operatorio finalizzata ad una migliore saturazione delle sale e ad un incremento complessivo del tasso di operatività. Lo specifico Progetto prevede l'incremento delle sedute pomeridiane e richiede il supporto specifico di personale medico ed infermieristico di nuova assunzione, come da tabella che segue che tiene anche conto del maggior carico assistenziale dei reparti di Chirurgia connesso all'incremento del numero di pazienti.

<b>Personale</b>		
<b>Tipologia</b>	<b>Numero</b>	<b>Costi anno</b>
Anestesista	1	107.000
Infermieri	7	322.000
OSS	4	144.000
<b>Totale</b>	<b>12</b>	<b>573.000</b>

Nel Reparto di ostetricia-ginecologia è già esistente una sala operatoria, mai attivata. L'apertura della stessa consentirebbe di migliorare la qualità degli specifici interventi e di sgravare il blocco operatorio centrale. Nello specifico, per l'apertura della Sala operatoria di ostetricia-ginecologia, la situazione di incremento di personale è la seguente.

<b>Personale</b>		
<b>Tipologia</b>	<b>Numero</b>	<b>Costi anno</b>
Infermieri	3	138.000
Ostetriche	3	138.000
OSS	3	108.000
<b>Totale</b>	<b>9</b>	<b>384.000</b>

E' inoltre da considerare lo sviluppo di una specifica attività di day surgery di Oculistica (la quale è comunque subordinata al potenziamento delle attività di sala operatoria), che consentirebbe di avviare a Chivasso una funzione non attualmente presente, agendo sulla riduzione della mobilità passiva. Il medico oculista individuato nella tabella viene utilizzato per supportare le attività della disciplina sulle tre ASL e va ad integrare l'organico delle equipe già presenti.

<b>Personale</b>		
<b>Tipologia</b>	<b>Numero</b>	<b>Costi anno</b>
Medico oculista	1	107.000
<b>Totale</b>	<b>1</b>	<b>107.000</b>

Per quanto riguarda invece l'incremento degli standard qualitativi specifici, a Chivasso sono da intraprendere azioni per quanto riguarda:

- la Neonatologia
- la Cardiologia
- la Terapia subintensiva.

La Neonatologia ha già un assetto strutturale delineato e un numero di parti rilevante (da alcuni anni oltre gli 800) che la colloca come una struttura di secondo livello: in tale ambito si prospetta il seguente ulteriore personale.

<b>Personale</b>		
<b>Tipologia</b>	<b>Numero</b>	<b>Costi anno</b>
Medici pediatri	3	321.000
Infermieri	2	92.000
<b>Totale</b>	<b>5</b>	<b>413.000</b>

Per la Cardiologia, la quale risulta attualmente carente a fronte di attività espletate di ricovero, UTIC, ambulatorio, il personale da richiedere per il mantenimento degli standard è presentato nella tabella che segue.

<b>Personale</b>		
<b>Tipologia</b>	<b>Numero</b>	<b>Costi anno</b>
Medici cardiologi	3	321.000
<b>Totale</b>	<b>3</b>	<b>321.000</b>

L'attivazione di 3 posti letto presso il Reparto di Rianimazione finalizzati alla terapia subintensiva ha lo scopo di favorire la gestione appropriata di pazienti nefropatici in trattamento dialitico, pazienti con ictus sottoposti a trombolisi e.v., pazienti sottoposti a ventilazione non invasiva e, ancora, pazienti con post operatorio critico.

Il personale da acquisire è illustrato nella tabella che segue.

<b>Personale</b>		
<b>Tipologia</b>	<b>Numero</b>	<b>Costi anno</b>
Infermieri	2	92.000
OSS	2	72.000
<b>Totale</b>	<b>4</b>	<b>164.000</b>

#### *Presidi Ospedalieri ASL 9 Ivrea*

In tale ambito rimane sempre pressante la criticità rappresentata dall'attuale Ospedale che risulta superato per collocazione e dimensione edilizia; la situazione può essere risolta solo con una azione radicale di progettazione e costruzione di un nuovo Ospedale, per rispondere in modo più consono ai bisogni di salute della popolazione.

Il "Nuovo Modello di Ospedale" dovrebbe prevedere un decalogo di dieci principi informativi, ai quali ogni Struttura moderna si riferisce per offrire prestazioni di qualità. I principi informativi riguardano sia aspetti tecnologici-gestionali sia aspetti relativi al benessere e al comfort indoor:

- urbanità
- umanizzazione
- socialità
- organizzazione
- appropriatezza
- interattività
- affidabilità
- innovazione
- ricerca
- formazione.

Tra le varie ipotesi di lavoro da sviluppare come filo conduttore per definire il modello organizzativo e funzionale del nuovo Ospedale sicuramente un riferimento sostanziale è rappresentato dai principi della "governance". In tale ambito la progettazione organizzativa e funzionale della nuova Struttura deve prevedere un rinnovato ambito gestionale, che



partendo da una analisi delle complessità delle organizzazioni sanitarie sia compiutamente orientato all'applicazione:

- della governance clinico assistenziale
- della governance economica.

Tale impostazione trae ispirazione a vari livelli dai concetti di valutazione e miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria, per definire in seconda battuta il modello interno della nuova Struttura e il modello di integrazione nella rete ospedaliera e nel Territorio.

Allo stesso tempo va considerata attentamente anche la situazione dei Poliambulatori di Ivrea, che non rispondono più alle moderne esigenze strutturali e funzionali: anche in questo caso la soluzione è quella di una nuova Struttura ambulatoriale, che sappia rappresentare un ulteriore strumento di integrazione tra Ospedale e Territorio.

Pur tenendo conto di quanto sopra detto risulta comunque fondamentale l'attuale riqualificazione dell'esistente.

La revisione dei posti letto del Presidio di Ivrea è presentata nella tabella che segue, che riporta solo le Strutture soggette a specifiche variazioni per quanto concerne i ricoveri ordinari e i ricoveri in day hospital/day surgery.

Sulla base dell'adattamento organizzativo alla nuova situazione potranno essere quindi individuate ulteriori azioni.

Presidio		Posti letto attuali RO	Posti letto ridefiniti RO	Posti letto attuali DH/DS	Posti letto ridefiniti DH/DS
<b>Ivrea</b>	Dermatologia	3	2	2	1
	Ematologia			2	3
	Medicina generale	41	42		
	Neurologia			2	1
	Ostetricia e ginecologia	15	14		
	ORL	6	5		
	Pediatria	6	5		
	Urologia	16	14		
	<b>Cuorgnè</b>	Chirurgia generale	18	16	
Ortopedia e traumatologia		8	6		
Ostetricia e ginecologia		13	12		
<b>Castellamonte</b> (da considerare il cronoprogramma di ulteriore sviluppo dei posti letto di Riabilitazione e di Lungodegenza).	-	Da definire	Da definire	-	-

Tale intervento ha lo scopo di migliorare l'utilizzo della risorsa posto letto, con le ovvie ripercussioni sul miglioramento dell'appropriatezza che ne derivano e sulla intensività delle cure erogate, fermo restando l'attuale livello quantitativo dei servizi erogati.

Anche per Ivrea si precisa che tutti i Reparti costituiti da un numero di posti letto inferiore a 10 risultano già accorpati.

Le azioni specifiche sui tre Ospedali dell'attuale ASL di Ivrea sono di seguito illustrate.

#### P.O. Ivrea

Le azioni di riqualificazione ad Ivrea attraverso specifiche azioni di natura edilizia riguardano in modo particolare

- il nuovo DEA

- le Sale Operatorie del Presidio di Ivrea
- il Servizio di Endoscopia digestiva del Presidio di Ivrea
- l'ammmodernamento di Ostetricia e Sale parto del Presidio di Ivrea
- il completamento della ristrutturazione della Radiologia.

Per quanto riguarda lo sviluppo del nuovo DEA, a fronte di un costo per lavori previsto in 2.200.000 Euro si profila il fabbisogno di personale riportato nella tabella che segue.

<b>Personale</b>		
<b>Tipologia</b>	<b>Numero</b>	<b>Costi anno</b>
Medici	2	214.000
Infermieri	10	460.000
TSRM	3	138.000
OSS	10	360.000
<b>Totale</b>	<b>25</b>	<b>1.172.000</b>

La ristrutturazione delle vecchie sale operatorie comporterà un costo per lavori di edilizi quantificabile in circa 1.600.000 Euro, con acquisizione di personale di seguito presentato per il loro funzionamento.

<b>Personale</b>		
<b>Tipologia</b>	<b>Numero</b>	<b>Costi anno</b>
Infermiere	4	184.000
OSS	3	108.000
<b>Totale</b>	<b>7</b>	<b>292.000</b>

L'Endoscopia digestiva di Ivrea, a fronte di lavori strutturali per circa 250.000 Euro, comporterà l'acquisizione di personale come di seguito presentato.

<b>Personale</b>		
<b>Tipologia</b>	<b>Numero</b>	<b>Costi anno</b>
Infermieri	2	92.000
<b>Totale</b>	<b>2</b>	<b>92.000</b>

Va ancora aggiunto che i costi relativi alla ristrutturazione di Ostetricia e sale parto sono quantificabili in 1.300.000 Euro.

In relazione alla presenza di DEA di primo livello ad Ivrea è indispensabile la presenza di guardia TSRM per l'adeguamento agli standard specifici. Nella tabella è illustrato il fabbisogno di TSRM per le attività di DEA di primo livello.

<b>Personale</b>		
<b>Tipologia</b>	<b>Numero</b>	<b>Costi anno</b>
TSRM	3	138.000
<b>Totale</b>	<b>3</b>	<b>138.000</b>

#### P.O. Cuornè

In relazione alla presenza di PS e punto nascita è indispensabile attivare la guardia attiva dei Pediatri presso il Presidio di Cuornè. La ulteriore dotazione di personale da reperire per assolvere agli standard qualitativi relativi alla guardia medesima è illustrata nella tabella che segue.

Personale		
Tipologia	Numero	Costi anno
Medici pediatri	4	428.000
<b>Totale</b>	<b>4</b>	<b>428.000</b>

#### P.O. Castellamonte

L'evoluzione del Presidio, come già illustrato, si concretizza soprattutto nello sviluppo del cronoprogramma relativo al previsto incremento dei posti letto per Lungodegenza e Riabilitazione. Tale operazione è subordinata alla richiesta di finanziamento per le specifiche opere di messa a norma.

#### **Azioni e tempi di realizzazione**

Le azioni e la relativa tempistica per le tre ASL per lo sviluppo delle azioni sopra citate, relativamente al riadeguamento della capacità produttiva e la riqualificazione del Presidi Ospedalieri, sono le seguenti:

- riconduzione del numero di posti letto in Anagrafe Strutture (*da gennaio 2008*)
- implementazione delle azioni di riqualificazione (*2008*)
- consolidamento e sviluppo ulteriore delle azioni (*2009 e 2010*).

#### **Criteri di valutazione**

La valutazione viene effettuata con i seguenti indicatori:

- presenza di riconduzione dei posti letto in Anagrafe Struttura (*standard dicotomico: si/no*)
- tasso di occupazione dei posti letto per Presidio e Disciplina (*> 80%*)
- num. posti letto in acuzie (*standard da definire, in tendenziale decremento*)
- tassi di occupazione nei Presidi e nei singoli reparti di ricovero ordinario (*standard sup. al 80%*)
- indice di rotazione nei Presidi e nei singoli reparti di day hospital (*standard compreso tra 1 e 2*)
- evidenza dell'implementazione delle azioni (*indicatori e standard da definire in base alle azioni individuate*).

#### **Risorse**

Le risorse necessarie sono state contestualmente illustrate in precedenza, trattando i singoli Presidi Ospedalieri.

## **AMBITO**

**In particolare, relativamente alla postacuzie, delineare l'apporto delle diverse tipologie di Presidi, evitando che lo sviluppo di nuovi Presidi (ad esempio gli hospice) si traduca in una semplice aggiunta di capacità produttiva, senza riflessi sulla capacità produttiva preesistente.**

**Occorre quindi precisare il piano di conversione dei posti letto in termini di sedi coinvolte e di dotazione di personale ed i tempi di attuazione.**

### **Analisi della situazione**

Per quanto riguarda l'assistenza in postacuzie e le diverse tipologie di Presidi operativi, i PRR 2006 hanno previsto uno specifico incremento delle strutture nelle ASL di Ciriè, Chivasso ed Ivrea.

In particolare per l'ASL di Ciriè nel precedente PRR sono stati previsti, tra l'altro:

- l'incremento dei posti letto, da 8 a 10, presso l'Hospice di Lanzo
- l'attivazione di una struttura per anziani non autosufficienti di nuova realizzazione con l'affidamento in gestione (RSA di Varisella), ad alta e media intensità assistenziale
- l'attivazione di un Centro Diurno per malati di Alzheimer presso la RSA di San Maurizio Canavese.

Per l'ASL di Chivasso nel precedente PRR sono stati previsti, tra l'altro:

- l'attivazione di una nuova Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) in edificio ubicato in Foglizzo, con 36 posti letto destinati a persone anziane non autosufficienti
- l'apertura di un Centro residenziale cure palliative (Hospice) con 10 posti letto per pazienti in fase terminale sempre a Foglizzo.

Per l'ASL di Ivrea nel precedente PRR sono stati previsti, tra l'altro:

- sviluppo delle attività di Riabilitazione e Lungodegenza nel Presidio ospedaliero di Castellamonte (prima fase: avvio 20 posti letto Lungodegenza primo livello oltre a quelli già presenti).
- attivazione, nell'ambito dell'assistenza ai malati terminali, dell'Hospice di Salerano Canavese, con 8 posti letto.

Attualmente è necessario una ulteriore valutazione in questo ambito legata alla disponibilità dell'Hospital du Piemont, all'attivazione dei posti letto in Lungodegenza nel Presidio di Chivasso, all'ulteriore attivazione dei posti letto di Riabilitazione nel Presidio di Castellamonte come da Progetto originario.

Per quanto riguarda questo ultimo intervento, oltre ai 3.400.000 Euro in costi strutturali andranno considerati i costi per l'implementazione del personale.

In tale ambito si inserisce anche lo sviluppo delle attività di Geriatria, per quanto riguarda, tra l'altro, le azioni legate alla gestione dei pazienti affetti da Alzheimer: viene pertanto costituito un gruppo di lavoro specifico a ponte tra Ospedale e Territorio per la elaborazione dello specifico "Progetto Alzheimer" in rete sulle tre Aziende accorpate.

Alla luce di quanto già presente e di quanto in fase di progettazione/attuazione è utile riesaminare in una ottica di accorpamento tra le ASL le strutture di postacuzie che insistono sul Territorio e il loro livello di integrazione.

Si tratta di una fase di passaggio delicata, che dovrebbe comportare una rimodulazione dei posti letto, per rispondere in modo adeguato ai bisogni sanitari della popolazione.

Per quanto riguarda nello specifico gli Hospice, è ormai a regime il Centro di Salerano; i passi successivi sono rappresentati dal passaggio da 8 a 10 posti letto nella struttura di Lanzo e dall'attivazione su 10 posti letto della struttura di Foglizzo.

### Azioni e tempi di realizzazione

Le azioni e la relativa tempistica sono le seguenti:

- individuazione di gruppo di lavoro per lo studio della situazione generale sulla lungodegenza nelle tre ASL accorpate e l'apporto delle diverse strutture, con analisi del problema e delle conseguenti soluzioni efficaci e fattibili e formulazione proposte operative relative al piano di conversione dei posti letto (*entro febbraio 2008*)
- individuazione di gruppo di lavoro per lo studio dello sviluppo in rete delle attività relative alla gestione dei pazienti affetti da Alzheimer (*entro febbraio 2008*)
- predisposizione degli specifici Documenti riportanti le proposte operative di sviluppo (*entro aprile 2008*)
- valutazione aziendale e programmazione (*entro luglio 2008*)
- implementazione delle azioni (*da settembre 2008*)
- consolidamento e sviluppo ulteriore delle azioni (*2009 e 2010*).

### Criteri di valutazione

La valutazione viene effettuata con i seguenti indicatori:

- presenza del Documento con proposte operative (*standard dicotomico: si/no*)
- evidenza dell'implementazione delle azioni (*indicatori e standard da definire in base alle azioni individuate*).
- num. posti letto in postacuzie (*standard da definire, in tendenziale incremento*)
- tassi di occupazione nelle strutture in postacuzie (*standard sup. al 90%*).

### Risorse

Le ulteriori risorse, se necessarie, saranno da individuare nello specifico Documento per l'adeguamento della rete di postacuzie.

La evoluzione della dotazione di posti letto da 8 a 10 nell'Hospice di Lanzo comporterà la seguente implementazione di personale.

Personale		
Tipologia	Numero	Costi anno
Infermieri	2	92.000
OSS	3	118.000
<b>Totale</b>	<b>5</b>	<b>210.000</b>

La gestione dei 10 posti letto nell'Hospice di Foglizzo sarà in gran parte esternalizzata e comporterà comunque la ulteriore dotazione di personale nella misura indicata nella seguente tabella (il coordinatore infermieristico avrà anche funzione sulla stessa RSA).

Personale		
Tipologia	Numero	Costi anno
Medici	2	214.000
Coordinatore infermieristico	1	50.000
<b>Totale</b>	<b>3</b>	<b>264.000</b>

### **PARTE III – CE PREVENTIVO 2008 – 2010**

Il preventivo relativo al 2007 è quello trasmesso in data 24 agosto, tramite la procedura Flussi Economici e Contabili, al netto dell'iscrizione degli accantonamenti per C.C.N.L. e C.U.N., così come da indicazioni regionali e rappresenta la sommatoria di quanto analiticamente inviato dalle singole aziende accorpate (ASL 6 di Ciriè, ASL 7 di Chivasso e ASL 9 di Ivrea).

Per quanto attiene il triennio 2008-2010 si riassumono di seguito le linee adottate per la redazione del progetto di bilancio.

#### **Ricavi**

##### *Quota FSN e contributi*

Importo modulato nel triennio secondo quanto indicato dalla Regione Piemonte al netto dei ricavi per entrate dirette.

##### *Entrate dirette*

Progressivo adeguamento delle entrate nel triennio con un incremento a salire del +3,03% il 2008 fino al +4,13% nel 2010.

##### *Mobilità sanitaria attiva*

Invariata nel triennio rispetto a quanto fatto iscrivere dalla Regione Piemonte per l'anno 2007.

#### **Costi**

##### *Acquisti e manutenzioni*

Incremento a scalare nel triennio: +4% nel 2008, +3% nel 2009 e +2% nel 2010. Vista la storicità del dato, si ritiene non adeguato lo stanziamento rispetto al fabbisogno ed all'andamento annuo della spesa sanitaria, soprattutto se riferito all'evoluzione dei costi per farmaci, materiali chirurgici, sanitari e protesici.

##### *Assistenza sanitaria di base*

E' previsto, nel triennio, l'aumento annuo secondo indicazioni da DPEF (+1,7%, +1,5%, +1,5%).

Occorre rilevare che il progressivo invecchiamento della popolazione comporta maggiori costi dovuti ad interventi ADI/ADP.

##### *Farmaceutica*

Anche in questo caso è previsto, nel triennio, l'aumento annuo secondo indicazioni da DPEF. Qualora l'evoluzione della spesa farmaceutica dovesse registrarsi inferiore a quella preventivata, i risparmi possono essere destinati ad adeguare il fabbisogno relativo alla voce "acquisti e manutenzioni" per quanto attiene i farmaci. In caso contrario, qualora gli aumenti vadano oltre quanto previsto, necessita un maggior finanziamento a copertura.

##### *Specialistica*

E' previsto, nel triennio, un incremento a scalare (+5% nel 2008, +4% nel 2009 e +3% nel 2010).

L'incremento, relativamente alto, è dovuto all'esigenza di trasferire risorse dalla assistenza ospedaliera a quella territoriale attraverso una rimodulazione delle prestazioni erogate anche ai fini della appropriatezza.

### *Riabilitativa*

La previsione nel triennio si posiziona rispettivamente al +3,1% nel 2008, al +2,8% nel 2009 ed al +2,7% nel 2010, dopo il forte incremento verificatosi nel 2007 rispetto al 2006; incremento dovuto ad un'accresciuta risposta di residenzialità.

In tal senso tale spesa dovrebbe assestarsi nel triennio, mentre dovrà essere perequato fra le tre aziende il ricorso a prestazioni da parte dei consorzi socio-assistenziali.

### *Integrativa*

Rappresenta una spesa in continua espansione dovuto al progressivo invecchiamento della popolazione (nel nostro territorio più alta della media regionale); si prevede un incremento nel triennio del +3% per il 2008, del +2,5% per il 2009 e del +2% per il 2010.

Si ritiene, altresì, che tale valutazione sia di difficile realizzazione.

#### *Ospedaliera da privato*

La dinamica della spesa è legata, in particolar modo, agli accordi regionali con le case di cura private ed i presidi, nonché alla capacità di contenimento della domanda; la previsione, quindi, si attesta nel triennio entro i limiti percentuali indicati dal DPEF. Scostamenti maggiori dovranno trovare idonea copertura finanziaria.

### *Altra assistenza*

Si prevede un rilevante incremento (+20,1%) nel corso del 2008, dovuto a questi fattori:

- apertura dell'hospice di Chivasso (n. 8 posti letto)
- costo a regime dell'hospice di Ivrea (n. 8 posti letto aperti a marzo 2007)
- ampliamento della residenzialità anziani non autosufficienti
- Asl 6 Ciriè: popolazione anziana dal 0,97% al 1,4% (+ 148 p.l.)
- Asl 7 Chivasso: popolazione anziana dal 1,19% al 1,6% (+ 149 p.l.)
- Asl 9 Ivrea: popolazione anziana dal 1,50% al 1,8% (+ 125 p.l.)

così per complessivi n. 422 posti letto.

L'incremento del 2% circa, sia per il 2009 sia per il 2010, rappresenta l'adeguamento tariffario ed inflazionistico riferito alla macro area.

Occorre comunque rilevare che questa Direzione, nel settore anziani non autosufficienti, intende raggiungere al 2010 il parametro indicato dalla Regione Piemonte (2% della popolazione anziana ultra 65enne) ciò significa:

2009: +223 posti letto per una spesa pari a € 3.456.500

2010: +224 posti letto per una spesa pari a € 3.472.000

In tal senso si richiede apposito finanziamento regionale aggiuntivo rispetto alle risorse attualmente individuate.

### *Altri servizi*

E' previsto un incremento, nel triennio, secondo DPEF. E' ipotizzabile, altresì, un incremento oscillante tra il 2% ed il 3% annuo per il quale dovrà trovarsi l'adeguata copertura finanziaria.

### *Godimento di beni e servizi*

La valutazione incrementale (+4% nel 2008, +3% nel 2009 e +2,5% nel 2010) tiene conto della necessità di garantire livelli di qualità in quanto a dotazioni tecnologiche non acquisite direttamente tramite finanziamenti ad hoc.

### *Personale dipendente*

La previsione rappresenta la dinamica del personale secondo le tabelle 3 e 3.1 che ne raffigurano l'evoluzione nel triennio. Si rinvia all'apposita parte V inerente la disamina nel triennio del personale.

#### *Spese amministrative e generali*

Evoluzione della spesa prevista nel triennio secondo DPEF. Sono attendibili economie (da destinare ad altre voci di bilancio) a seguito dell'accorpamento delle tre ASL.

#### *Servizi appaltati*

L'incremento per l'anno 2008 (+7,5%) è dovuto alla previsione di numerosi rinnovi di appalti in scadenza nel 2007 per i quali si prevede un aumento di costi. Gli incrementi successivi (+3% nel 2009 e +2,5% nel 2010) rappresentano l'andamento fisiologico della macrovoce sulla base del dato storico.

#### *Accantonamenti*

Le voci iscritte ad accantonamento riguardano esclusivamente: premio operosità SUMAI, adeguamenti contrattuali C.U.N. e C.C.N.L. personale dipendente.

Nessun'altra tipologia di accantonamenti è prevista in questa fase e sarà gestita, di anno in anno, in relazione all'andamento gestionale.

Si sottolinea come gli accantonamenti per rinnovi contrattuali (sia C.U.N. sia C.C.N.L.) sono puramente teorici e scontano l'esigenza di indicazioni più precise in ordine sia alla temporalità dei rinnovi che alla quantificazione percentuale sui monte salari di riferimento.

#### *Imposte e tasse*

Incremento secondo DPEF correlato anche agli oneri personale dipendente e convenzioni uniche per quanto attiene l'IRAP.

#### *Oneri finanziari*

La previsione di spesa è stata mantenuta costante nel triennio, anche se occorre rimarcare la persistente (ed ormai lunga) carenza di cassa tendente ad appesantirsi nel tempo, che unita ad una lievitazione dei tassi genera una esplosione del fabbisogno in questo segmento della spesa sanitaria.

E' presumibile, quindi, in assenza di forti iniezioni di cassa, che la previsione sia sottostimata.

#### *Variazione delle rimanenze*

E' stata considerata l'invarianza nel tempo.

#### *Compartecipazioni personale intramoenia*

E' previsto un adeguamento secondo DPEF più legato alla dinamica tariffaria che non alla reale possibilità di ampliamento dell'offerta di prestazioni in libera professione.

#### *Mobilità sanitaria passiva*

Si è optato per l'invarianza nel tempo di riferimento ipotizzando il mantenimento costante della mobilità grazie ad un recupero di quella passiva dovuto ai nuovi servizi avviati nelle ASL accorpate (dialisi e SPDC a Chivasso, Hospice ad Ivrea e Chivasso, ecc.).

### **Conclusioni**

L'incremento complessivo dei costi da gestione ordinaria è così definito:

- Previsione 2007 su Consuntivo 2006      + 4,68%



- Previsione 2008 su Previsione 2007 + 4,16%
- Previsione 2009 su Previsione 2008 + 1,71%
- Previsione 2010 su Previsione 2009 + 1,55%

Gli incrementi previsti per il biennio 2007/2008 appaiono sostanzialmente in linea con l'andamento della spesa sanitaria (storicamente sostenuta) tenuto conto dell'evoluzione farmaco-tecnologica e delle richieste di prestazioni da parte dei cittadini in un contesto di popolazione anziana in aumento rispetto a quella giovanile.

Gli incrementi previsti per il biennio 2009/2010 appaiono in linea con le indicazioni da DPEF, ma si ritiene che nel complesso siano sottostimati soprattutto per quanto attiene le risposte sanitarie da dare alle macrovoci: riabilitativa, integrativa, altra assistenza, nonché alla valorizzazione dei rinnovi contrattuali.

Si richiama, a chiudere, la pressante esigenza di flussi di cassa adeguati alle reali esigenze al fine di azzerare l'esposizione verso le banche in modo tale da recuperare una quota non indifferente di costi da destinare ad altre voci di spesa.

#### **PARTE IV - PREVENTIVO COSTI PER FUNZIONE 2008 – 2010**

Il preventivo per funzione è stato predisposto prendendo a riferimento il mod. Z5 rilevato nel piano di attività 2006.

La colonna fabbisogno netto, per l'anno 2006, è desunta dal mod. Z5 mentre per le entrate proprie si è seguita l'indicazione regionale della comunicazione del 22/10/2007; il fabbisogno lordo diventa, quindi, la sommatoria delle citate colonne.

I dati di mobilità sono acquisiti automaticamente dalla procedura.

Per l'anno 2007 si è proceduto in modo analogo tenendo in considerazione il bilancio di previsione finanziario di cui alla tabella n. 1.

L'evoluzione delle spese per funzione nel triennio 2008-2010 tiene conto, quindi, delle indicazioni emergenti dal PRR e dal bilancio di previsione laddove si prevede un incremento di risorse a favore dei livelli assistenziali di prevenzione e territoriale.

Per quanto riguarda l'assistenza distrettuale si rimarca l'impegno assunto verso la residenzialità nel suo complesso con rilevanti risvolti verso l'assistenza anziani, psichiatrica, disabili ed altra assistenza.

L'incremento che si registra nel tempo alla voce "assistenza specialistica" è dovuto ad un recupero di appropriatezza nella resa di prestazioni con relativo contenimento dei costi per assistenza ospedaliera.

Le tabelle dovranno essere riviste per renderle congruenti rispetto alle singole funzioni ed al riferimento del finanziamento tenuto conto che i piani di attività disponibili sono solo quelli del 2006, mentre nel 2007 non vi sono dati di riferimento.

Occorre anche tener conto che il mod. Z5, preso a riferimento, comprende nel fabbisogno anche gli ammortamenti, mentre sono escluse le poste straordinarie.

Il mod. 1 del bilancio di previsione, invece, comprende le poste straordinarie e sono escluse quelle non monetarie, creando quindi difficoltà di raccordo fra i diversi modelli.

## **PARTE V - EVOLUZIONE DOTAZIONE PERSONALE 2008 – 2010**

La legge Finanziaria per l'anno 2007 ha riproposto precisi e stringenti vincoli in ordine alla gestione del servizio sanitario nazionale.

In particolare il comma 565 lettera a) dell'art. 1 della legge, prevede che gli enti del servizio sanitario nazionale concorrano alla realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica con l'adozione delle misure tese a garantire che le spese di personale non superino per gli anni 2007, 2008 e 2009 il corrispondente ammontare dell'anno 2004 diminuito dell'1,4%: tutto ciò al lordo degli oneri riflessi a carico delle amministrazioni e dell'IRAP.

La lettera c) del medesimo comma prevede una revisione delle consistenze organiche finalizzata alla riduzione della spesa complessiva di personale e la possibilità di trasformare le posizioni di lavoro già ricoperte da personale precario in posizioni di lavoro dipendente a tempo indeterminato.

Nella dizione "Spese di personale" rientrano oltre alle spese per il personale in rapporto di lavoro subordinato (indeterminato e determinato), anche le spese per il personale con contratti di collaborazione coordinata e continuativa, prestazione professionale o occasionale o, comunque, operante con altre forme di lavoro flessibile con convenzioni.

La legge 296/2006 con riferimento all'esercizio 2007 e più in generale al triennio 2007/2009 definisce il contesto complessivo normativo ed economico all'interno del quale dovranno essere collocate le politiche regionali relative alle risorse umane impiegate nel S.S.R. e, in tale ambito, le politiche di stabilizzazione.

Nelle politiche di risparmio le Aziende del S.S.N. sono tenute ad adottare le misure più idonee per garantire il contenimento della spesa sul personale, intraprese in precedenza, per conformarsi alle misure già restrittive imposte in merito dalla precedente legge finanziaria.

Nel corso dell'anno 2007 si è provveduto ad effettuare le assunzioni per il personale autorizzato con il PRR 2006 ed a sostituire il personale cessato laddove si riteneva la sostituzione strettamente necessaria per non interrompere il pubblico servizio e per garantire i LEA – accordi per il Comparto e la Dirigenza di cui a note della Regione Piemonte prot. 8674 del 22.6.07 e prot. 9973 del 30.7.07, nonché la nota prot. 874 dell'8.10.07 di trasmissione della DGR n. 65-6987 del 24.9.07.

Si è data altresì attuazione ai processi di riqualificazione interna previsti dal CCNL in relazione a specifici accordi decentrati. Con i processi di riqualificazione si è inteso rispondere alle esigenze di riconoscimento professionale dei lavoratori che quotidianamente si fanno carico di competenze plurime e ai quali sono richiesti continui arricchimenti professionali. Sono state valutate per ciascuna Struttura e Dipartimento le dotazioni organiche in termini qualitativi tenendo conto degli indirizzi del piano di organizzazione e di attività, delle acquisizioni professionali avvenute negli anni e delle nuove professionalità necessarie. Attraverso i meccanismi di selezione interna sono stati realizzati i passaggi di categoria e di livello necessari

Nell'ambito della futura ASL 4 sono attualmente vacanti o si renderanno vacanti nel triennio 2008-2010 un alto numero (20) di strutture complesse mediche, si richiede l'autorizzazione alla copertura soltanto per 8 strutture complesse (vedi dettaglio da pag. n. 60 a pag. n. 63 ) ritenute assolutamente indispensabili ed in buona parte coperte da anni da dirigenti facenti funzioni .

Per due strutture complesse vacanti e precisamente l'Anestesia e Rianimazione di Ivrea e la Medicina Generale di Ciriè (anche se la deroga all'assunzione è stata autorizzata dalla Regione Piemonte con delibera della Giunta Regionale n. 38 del 20/09/2007) si è provveduto alla copertura mediante l'affidamento di incarico ad un dirigente di struttura complessa della stessa disciplina delle AA.SS.LL. accorpande.

Per la redazione del piano di evoluzione della dotazione del personale si è provveduto ad esaminare le cessazioni rivedendo l'organizzazione delle attività in relazione anche alle nuove professionalità, perciò prevedendo la sostituzione di "Infermiere generico esperto" con Operatore socio sanitario o con Collaboratore professionale sanitario – infermiere. Parimenti per le sostituzioni dell'Ausiliario specializzato socio sanitario può essere previsto un operatore socio sanitario.

Si evidenzia una riduzione nel settore delle attività generali e di supporto, a fronte della quale è tangibile dal punto di vista della spesa un effettivo contenimento, valutando comunque il rinnovo del turn over per garantire idonei standard di erogazione dei servizi di diretta assistenza all'utenza. Le variazioni sul ruolo sanitario, dirigenti e comparto, sono da attribuire alle assunzioni per i posti autorizzati con PRR 2006, avvenute nel corso dell'anno 2007, che risultano a valenza piena dall'anno 2008.

Da alcuni anni a questa parte si è assistito ad un ampio ricorso alle fattispecie lavorative non rientranti nel rapporto di lavoro a tempo indeterminato. Per l'ASL 6 di Ciriè si è assistito ad uno sviluppo particolarmente intenso nei rapporti di lavoro a tempo determinato, così come presso l'Asl 9 di Ivrea, pur se in misura inferiore.

Nell'ASL 7 di Chivasso si è ricorsi "in modo massiccio" alle collaborazioni libero professionali per fronteggiare attività di istituto o comunque strutturate rispetto all'organizzazione aziendale, a cui è corrisposto un costo medio inferiore se paragonato a quello che sarebbe stato il normale inquadramento in rapporto di lavoro subordinato di ruolo.

Il numero dei rapporti di lavoro libero-professionali risultava inferiore nella Regione Piemonte solo al numero presente presso l'ASO Molinette.

In alcune unità operative ospedaliere erano e sono tuttora presenti medici con rapporto libero professionale inseriti a tutti gli effetti nelle normali attività, ad esempio l'unità operativa di Ostetricia e Ginecologia su un numero totale di 8 medici aveva 4 rapporti di dipendenza e 4 rapporti libero professionali.

L'analisi dell'evoluzione della consistenza organica nel periodo di riferimento determina necessariamente una particolare attenzione alle forme di precariato. Le situazioni di personale precario (tempo determinato più altre forme contrattuali) sono state singolarmente esaminate prevedendone il superamento in presenza di attività consolidate e continuative.

Nel corso del 2007, nell'alveo delle indicazioni fornite dalla Giunta Regionale, successivamente affermate nei principi, con gli accordi dell'estate scorsa con le Organizzazioni Sindacali di categoria, si è assistito anche ad un iniziale concretizzarsi del menzionato processo di stabilizzazione.

Si sono attivate ed espletate procedure concorsuali per il personale dirigente medico e per il comparto. Si è dovuto necessariamente intervenire onde fornire professionalità stabili alle strutture e continuità nelle attività. Il processo di stabilizzazione dovrà continuare in modo più sostanziale nell'anno 2008 e dovrà completarsi nel biennio successivo. Il processo determina un aggravio dei costi per i passaggi da prestazione libero professionale a rapporto di lavoro subordinato.

Le tabelle riportano i diversi passaggi del processo di stabilizzazione. Ad esempio, nell'ambito del ruolo sanitario/dirigenti, nell'indirizzarsi ai rapporti di lavoro subordinato per superare il ricorso a prestazioni professionali, si è provveduto, in tabella, ad aumentare le unità alla specifica voce ed a diminuire le unità quali "altri rapporti di lavoro". In tabella sono state parimenti apportate le variazioni da "personale precario" a "personale dipendente di ruolo". Si è di seguito provveduto nei diversi ruoli a "trasportare" progressivamente personale precario dalla tabella di attuale competenza al prospetto del personale di ruolo.

Vi sono settori quali il SeRT ed il Polo Oncologico per i quali sono presenti incarichi a totale finanziamento regionale vincolato. Pur in presenza di apparati preordinati il ricorso a molte collaborazioni, in particolare per il SeRT, risulta necessario per la carenza, in relazione all'eccezionalità della finalità, del personale addetto sia sotto l'aspetto quantitativo che qualitativo.

Quanto sopra esposto al fine di perseguire strategie gestionali delle risorse complessive e segnatamente di quelle umane basate essenzialmente sull'individuazione di processi di razionalizzazione di perseguimento di efficienza.

## ALLEGATI: TABELLE

Si allegano le specifiche tabelle 1, 3, 3.1, 4, 5, 2 delle ASL 106, 107, 109, 204.

CE Preventivo dell'ASL 106 - Cirié (€/1000)									
	Cons. 2006	Prev. 2007	% incr. 2007/2006	Prev. 2008	% incr. 2008/2007	Prev. 2009	% incr. 2009/2008	Prev. 2010	% incr. 2010/2009
Quota FSN e Contributi regionali	245.388	259.183	5,62	841.198	224,56	863.912	2,70	897.353	3,87
Contributi da altri enti pubblici	165	165	0,00	500	203,03	525	5,00	550	4,76
Contributi da privati	0	0	0,00	25	0,00	25	0,00	30	20,00
Ricavi per prestazioni	814	677	-16,84	4.400	549,93	4.425	0,57	4.450	0,56
Recuperi e rimborsi	2.212	2.020	-8,69	3.300	63,37	3.350	1,52	3.370	0,60
Ticket	3.267	3.260	-0,23	11.500	252,76	11.550	0,43	11.600	0,43
Ricavi vari	618	410	-33,68	18.700	4.460,98	18.775	0,40	18.800	0,13
Ricavi intramoenia	1.337	1.250	-6,48	3.825	206,00	3.850	0,65	3.900	1,30
<b>Totale ricavi gestione ordinaria</b>	<b>253.802</b>	<b>266.965</b>	<b>5,19</b>	<b>883.448</b>	<b>230,92</b>	<b>906.412</b>	<b>2,60</b>	<b>940.053</b>	<b>3,71</b>
Acquisti e manutenzioni	28.819	34.070	18,22	109.584	221,64	112.871	3,00	115.138	2,01
Assistenza sanitaria di base	16.325	17.460	6,95	59.423	240,34	60.315	1,50	61.219	1,50
Farmaceutica	30.524	30.600	0,25	102.209	234,02	103.742	1,50	105.298	1,50
Specialistica	6.294	6.337	0,69	17.486	175,93	18.185	4,00	18.731	3,00
Riabilitativa	2.500	3.960	58,37	18.000	354,55	18.500	2,78	19.000	2,70
Integrativa	6.680	7.440	11,38	24.432	228,39	25.042	2,50	25.543	2,00
Ospedaliera da privato (case di cura)	40.246	40.245	0,00	53.065	31,85	53.861	1,50	54.669	1,50
Ospedaliera da privato (presidi)	14.056	14.055	0,00	14.294	1,70	14.508	1,50	14.726	1,50
Altra assistenza	9.682	11.874	22,64	62.500	426,36	63.750	2,00	65.100	2,12
Altri servizi	6.947	7.540	8,54	24.087	219,46	24.448	1,50	24.815	1,50
Godimento di beni e servizi	1.093	1.240	13,46	5.663	356,69	5.833	3,00	5.979	2,50
Personale dipendente	80.868	81.775	1,12	229.000	180,04	230.000	0,44	230.500	0,22
Spese amministrative e generali	2.907	3.238	11,38	13.440	315,07	13.641	1,50	13.846	1,50
Servizi appalti	4.322	4.900	13,36	20.321	314,71	20.930	3,00	21.453	2,50
Accantonamenti	3.667	50	-98,64	6.600	13.100,00	7.600	15,15	9.250	21,71
Imposte e tasse	5.866	6.250	6,54	17.913	186,61	18.182	1,50	18.455	1,50
Oneri finanziari	241	1.115	362,61	3.500	213,90	3.500	0,00	3.500	0,00
Variazione delle rimanenze	-235	0	-100,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Compartecipazioni personale intramoenia	1.185	1.150	-2,93	3.173	175,91	3.221	1,51	3.269	1,49
<b>Totale costi gestione ordinaria</b>	<b>261.988</b>	<b>273.299</b>	<b>4,32</b>	<b>784.690</b>	<b>187,12</b>	<b>798.129</b>	<b>1,71</b>	<b>810.491</b>	<b>1,55</b>
<b>Risultato gestione ordinaria</b>	<b>-8.186</b>	<b>-6.334</b>	<b>-22,62</b>	<b>98.758</b>	<b>-1.659,17</b>	<b>108.283</b>	<b>9,64</b>	<b>129.562</b>	<b>19,65</b>
Mobilità attiva extra	2.564	2.564	-0,01	9.611	274,84	9.611	0,00	9.611	0,00
Mobilità passiva extra	3.347	3.347	0,00	15.462	361,97	15.462	0,00	15.462	0,00
Mobilità attiva intra	61.250	61.250	0,00	82.594	34,85	82.594	0,00	82.594	0,00
Mobilità passiva intra	64.339	64.339	0,00	206.305	220,65	206.305	0,00	206.305	0,00
<b>Margine operativo lordo</b>	<b>-12.057</b>	<b>-10.206</b>	<b>-15,35</b>	<b>-30.804</b>	<b>201,82</b>	<b>-21.279</b>	<b>-30,92</b>	<b>0</b>	<b>-100,00</b>

*Piano Strategico di Riqualificazione dell'Assistenza e di Riequilibrio Economico-Finanziario 2008-2010*  
**ASL 6 Cirié, ASL 7 Chivasso, ASL 9 Ivrea**

<b>CE Preventivo dell'ASL 107 - Chivasso (€/1000)</b>									
	Cons. 2006	Prev. 2007	% incr. 2007/2006	Prev. 2008	% incr. 2008/2007	Prev. 2009	% incr. 2009/2008	Prev. 2010	% incr. 2010/2009
Quota FSN e Contributi regionali	263.460	266.743	1,25	841.198	215,36	863.912	2,70	897.353	3,87
Contributi da altri enti pubblici	418	460	10,11	500	8,70	525	5,00	550	4,76
Contributi da privati	13	15	18,65	25	66,67	25	0,00	30	20,00
Ricavi per prestazioni	1.557	1.491	-4,21	4.400	195,10	4.425	0,57	4.450	0,56
Recuperi e rimborsi	241	240	-0,25	3.300	1.275,00	3.350	1,52	3.370	0,60
Ticket	3.259	3.260	0,03	11.500	252,76	11.550	0,43	11.600	0,43
Ricavi vari	343	394	14,99	18.700	4.646,19	18.775	0,40	18.800	0,13
Ricavi intramoenia	940	950	1,02	3.825	302,63	3.850	0,65	3.900	1,30
<b>Totale ricavi gestione ordinaria</b>	<b>270.230</b>	<b>273.553</b>	<b>1,23</b>	<b>883.448</b>	<b>222,95</b>	<b>906.412</b>	<b>2,60</b>	<b>940.053</b>	<b>3,71</b>
Acquisti e manutenzioni	17.992	20.215	12,36	109.584	442,09	112.871	3,00	115.138	2,01
Assistenza sanitaria di base	19.240	19.870	3,28	59.423	199,06	60.315	1,50	61.219	1,50
Farmaceutica	35.267	35.000	-0,76	102.209	192,03	103.742	1,50	105.298	1,50
Specialistica	5.282	5.524	4,59	17.486	216,55	18.185	4,00	18.731	3,00
Riabilitativa	4.291	5.990	39,59	18.000	200,50	18.500	2,78	19.000	2,70
Integrativa	6.708	7.700	14,79	24.432	217,30	25.042	2,50	25.543	2,00
Ospedaliera da privato (case di cura)	0	0	0,00	53.065	0,00	53.861	1,50	54.669	1,50
Ospedaliera da privato (presidi)	0	0	0,00	14.294	0,00	14.508	1,50	14.726	1,50
Altra assistenza	18.059	20.039	10,96	62.500	211,89	63.750	2,00	65.100	2,12
Altri servizi	9.594	10.411	8,52	24.087	131,36	24.448	1,50	24.815	1,50
Godimento di beni e servizi	976	1.660	70,10	5.663	241,14	5.833	3,00	5.979	2,50
Personale dipendente	49.176	50.687	3,07	229.000	351,79	230.000	0,44	230.500	0,22
Spese amministrative e generali	4.382	4.446	1,47	13.440	202,29	13.641	1,50	13.846	1,50
Servizi appalti	3.554	3.863	8,70	20.321	426,04	20.930	3,00	21.453	2,50
Accantonamenti	1.113	140	-87,42	6.600	4.614,29	7.600	15,15	9.250	21,71
Imposte e tasse	3.953	4.094	3,57	17.913	337,54	18.182	1,50	18.455	1,50
Oneri finanziari	878	1.453	65,53	3.500	140,88	3.500	0,00	3.500	0,00
Variazione delle rimanenze	-530	0	-100,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Compartecipazioni personale intramoenia	739	740	0,15	3.173	328,78	3.221	1,51	3.269	1,49
<b>Totale costi gestione ordinaria</b>	<b>180.672</b>	<b>191.832</b>	<b>6,18</b>	<b>784.690</b>	<b>309,05</b>	<b>798.129</b>	<b>1,71</b>	<b>810.491</b>	<b>1,55</b>
<b>Risultato gestione ordinaria</b>	<b>89.558</b>	<b>81.721</b>	<b>-8,75</b>	<b>98.758</b>	<b>20,85</b>	<b>108.283</b>	<b>9,64</b>	<b>129.562</b>	<b>19,65</b>
Mobilità attiva extra	652	652	0,03	9.611	1.374,08	9.611	0,00	9.611	0,00
Mobilità passiva extra	5.156	5.156	0,00	15.462	199,88	15.462	0,00	15.462	0,00
Mobilità attiva intra	8.190	8.190	0,00	82.594	908,47	82.594	0,00	82.594	0,00
Mobilità passiva intra	93.961	93.961	0,00	206.305	119,56	206.305	0,00	206.305	0,00
<b>Margine operativo lordo</b>	<b>-717</b>	<b>-8.554</b>	<b>1.092,49</b>	<b>-30.804</b>	<b>260,11</b>	<b>-21.279</b>	<b>-30,92</b>	<b>0</b>	<b>-100,00</b>

*Piano Strategico di Riqualificazione dell'Assistenza e di Riequilibrio Economico-Finanziario 2008-2010*  
**ASL 6 Cirié, ASL 7 Chivasso, ASL 9 Ivrea**

<b>CE Preventivo dell'ASL 109 - Ivrea (€/1000)</b>									
	Cons. 2006	Prev. 2007	% incr. 2007/2006	Prev. 2008	% incr. 2008/2007	Prev. 2009	% incr. 2009/2008	Prev. 2010	% incr. 2010/2009
Quota FSN e Contributi regionali	284.822	289.022	1,47	841.198	191,05	863.912	2,70	897.353	3,87
Contributi da altri enti pubblici	97	38	-60,62	500	1.215,79	525	5,00	550	4,76
Contributi da privati	23	10	-57,22	25	150,00	25	0,00	30	20,00
Ricavi per prestazioni	2.067	1.955	-5,40	4.400	125,06	4.425	0,57	4.450	0,56
Recuperi e rimborsi	651	560	-13,93	3.300	489,29	3.350	1,52	3.370	0,60
Ticket	4.827	4.830	0,07	11.500	138,10	11.550	0,43	11.600	0,43
Ricavi vari	16.628	17.751	6,75	18.700	5,35	18.775	0,40	18.800	0,13
Ricavi intramoenia	1.533	1.530	-0,20	3.825	150,00	3.850	0,65	3.900	1,30
<b>Totale ricavi gestione ordinaria</b>	<b>310.647</b>	<b>315.696</b>	<b>1,63</b>	<b>883.448</b>	<b>179,84</b>	<b>906.412</b>	<b>2,60</b>	<b>940.053</b>	<b>3,71</b>
Acquisti e manutenzioni	47.817	51.084	6,83	109.584	114,52	112.871	3,00	115.138	2,01
Assistenza sanitaria di base	20.269	21.100	4,10	59.423	181,63	60.315	1,50	61.219	1,50
Farmaceutica	34.877	34.900	0,07	102.209	192,86	103.742	1,50	105.298	1,50
Specialistica	4.415	4.793	8,57	17.486	264,82	18.185	4,00	18.731	3,00
Riabilitativa	6.336	7.505	18,45	18.000	139,84	18.500	2,78	19.000	2,70
Integrativa	7.687	8.580	11,61	24.432	184,76	25.042	2,50	25.543	2,00
Ospedaliera da privato (case di cura)	11.933	11.933	0,00	53.065	344,69	53.861	1,50	54.669	1,50
Ospedaliera da privato (presidi)	0	0	0,00	14.294	0,00	14.508	1,50	14.726	1,50
Altra assistenza	16.418	20.126	22,58	62.500	210,54	63.750	2,00	65.100	2,12
Altri servizi	4.507	5.733	27,19	24.087	320,15	24.448	1,50	24.815	1,50
Godimento di beni e servizi	2.487	2.545	2,33	5.663	122,51	5.833	3,00	5.979	2,50
Personale dipendente	94.625	94.744	0,13	229.000	141,70	230.000	0,44	230.500	0,22
Spese amministrative e generali	5.319	5.531	3,99	13.440	142,99	13.641	1,50	13.846	1,50
Servizi appalti	9.188	10.140	10,36	20.321	100,40	20.930	3,00	21.453	2,50
Accantonamenti	2.550	60	-97,65	6.600	10.900,00	7.600	15,15	9.250	21,71
Imposte e tasse	7.191	7.270	1,10	17.913	146,40	18.182	1,50	18.455	1,50
Oneri finanziari	170	930	447,20	3.500	276,34	3.500	0,00	3.500	0,00
Variazione delle rimanenze	-47	0	-100,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Compartecipazioni personale intramoenia	1.229	1.230	0,08	3.173	157,97	3.221	1,51	3.269	1,49
<b>Totale costi gestione ordinaria</b>	<b>276.972</b>	<b>288.204</b>	<b>4,06</b>	<b>784.690</b>	<b>172,27</b>	<b>798.129</b>	<b>1,71</b>	<b>810.491</b>	<b>1,55</b>
<b>Risultato gestione ordinaria</b>	<b>33.675</b>	<b>27.492</b>	<b>-18,36</b>	<b>98.758</b>	<b>259,22</b>	<b>108.283</b>	<b>9,64</b>	<b>129.562</b>	<b>19,65</b>
Mobilità attiva extra	6.395	6.395	0,01	9.611	50,29	9.611	0,00	9.611	0,00
Mobilità passiva extra	6.959	6.959	0,00	15.462	122,19	15.462	0,00	15.462	0,00
Mobilità attiva intra	13.154	13.154	0,00	82.594	527,90	82.594	0,00	82.594	0,00
Mobilità passiva intra	48.005	48.005	0,00	206.305	329,76	206.305	0,00	206.305	0,00
<b>Margine operativo lordo</b>	<b>-1.741</b>	<b>-7.923</b>	<b>355,19</b>	<b>-30.804</b>	<b>288,79</b>	<b>-21.279</b>	<b>-30,92</b>	<b>0</b>	<b>-100,00</b>



*Piano Strategico di Riqualificazione dell'Assistenza e di Riequilibrio Economico-Finanziario 2008-2010*  
**ASL 6 Cirié, ASL 7 Chivasso, ASL 9 Ivrea**

<b>CE Preventivo dell'ASL 204 - Cirié/Chivasso/Ivrea (€/1000)</b>									
	Cons. 2006	Prev. 2007	% incr. 2007/2006	Prev. 2008	% incr. 2008/2007	Prev. 2009	% incr. 2009/2008	Prev. 2010	% incr. 2010/2009
Quota FSN e Contributi regionali	793.671	814.948	2,68	841.198	3,22	863.912	2,70	897.353	3,87
Contributi da altri enti pubblici	679	663	-2,39	500	-24,59	525	5,00	550	4,76
Contributi da privati	36	25	-30,59	25	0,00	25	0,00	30	20,00
Ricavi per prestazioni	4.437	4.123	-7,08	4.400	6,72	4.425	0,57	4.450	0,56
Recuperi e rimborsi	3.104	2.820	-9,14	3.300	17,02	3.350	1,52	3.370	0,60
Ticket	11.353	11.350	-0,03	11.500	1,32	11.550	0,43	11.600	0,43
Ricavi vari	17.589	18.555	5,49	18.700	0,78	18.775	0,40	18.800	0,13
Ricavi intramoenia	3.810	3.730	-2,10	3.825	2,55	3.850	0,65	3.900	1,30
<b>Totale ricavi gestione ordinaria</b>	<b>834.679</b>	<b>856.214</b>	<b>2,58</b>	<b>883.448</b>	<b>3,18</b>	<b>906.412</b>	<b>2,60</b>	<b>940.053</b>	<b>3,71</b>
Acquisti e manutenzioni	94.628	105.369	11,35	109.584	4,00	112.871	3,00	115.138	2,01
Assistenza sanitaria di base	55.834	58.430	4,65	59.423	1,70	60.315	1,50	61.219	1,50
Farmaceutica	100.668	100.500	-0,17	102.209	1,70	103.742	1,50	105.298	1,50
Specialistica	15.990	16.654	4,15	17.486	5,00	18.185	4,00	18.731	3,00
Riabilitativa	13.128	17.455	32,96	18.000	3,12	18.500	2,78	19.000	2,70
Integrativa	21.075	23.720	12,55	24.432	3,00	25.042	2,50	25.543	2,00
Ospedaliera da privato (case di cura)	52.179	52.178	0,00	53.065	1,70	53.861	1,50	54.669	1,50
Ospedaliera da privato (presidi)	14.056	14.055	0,00	14.294	1,70	14.508	1,50	14.726	1,50
Altra assistenza	44.159	52.039	17,84	62.500	20,10	63.750	2,00	65.100	2,12
Altri servizi	21.048	23.684	12,52	24.087	1,70	24.448	1,50	24.815	1,50
Godimento di beni e servizi	4.556	5.445	19,52	5.663	4,00	5.833	3,00	5.979	2,50
Personale dipendente	224.668	227.206	1,13	229.000	0,79	230.000	0,44	230.500	0,22
Spese amministrative e generali	12.608	13.215	4,82	13.440	1,70	13.641	1,50	13.846	1,50
Servizi appalti	17.064	18.903	10,78	20.321	7,50	20.930	3,00	21.453	2,50
Accantonamenti	7.330	250	-96,59	6.600	2.540,00	7.600	15,15	9.250	21,71
Imposte e tasse	17.010	17.614	3,55	17.913	1,70	18.182	1,50	18.455	1,50
Oneri finanziari	1.289	3.498	171,42	3.500	0,06	3.500	0,00	3.500	0,00
Variazione delle rimanenze	-812	0	-100,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Compartecipazioni personale intramoenia	3.153	3.120	-1,03	3.173	1,70	3.221	1,51	3.269	1,49
<b>Totale costi gestione ordinaria</b>	<b>719.631</b>	<b>753.335</b>	<b>4,68</b>	<b>784.690</b>	<b>4,16</b>	<b>798.129</b>	<b>1,71</b>	<b>810.491</b>	<b>1,55</b>
<b>Risultato gestione ordinaria</b>	<b>115.047</b>	<b>102.879</b>	<b>-10,58</b>	<b>98.758</b>	<b>-4,01</b>	<b>108.283</b>	<b>9,64</b>	<b>129.562</b>	<b>19,65</b>
Mobilità attiva extra	9.611	9.611	0,00	9.611	0,00	9.611	0,00	9.611	0,00
Mobilità passiva extra	15.462	15.462	0,00	15.462	0,00	15.462	0,00	15.462	0,00
Mobilità attiva intra	82.594	82.594	0,00	82.594	0,00	82.594	0,00	82.594	0,00
Mobilità passiva intra	206.305	206.305	0,00	206.305	0,00	206.305	0,00	206.305	0,00
<b>Margine operativo lordo</b>	<b>-14.514</b>	<b>-26.683</b>	<b>83,84</b>	<b>-30.804</b>	<b>15,44</b>	<b>-21.279</b>	<b>-30,92</b>	<b>0</b>	<b>-100,00</b>

Evoluzione dotazione personale dell'ASL 106 - Cirié							
	PIA 2006 cons.	N. medio Cessati 2007	N. medio Assunti 2007	N. medio 2007	N. medio 2008	N. medio 2009	N. medio 2010
Rilevazione unità pesate di personale							
Settore assistenza collettiva							
Ruolo sanitario/dirigenti	31,00	0,00	0,00	31,00	95,45	98,45	98,45
Ruolo sanitario/comparto	17,00	0,00	0,00	17,00	71,79	71,79	71,79
Ruolo professionale/dirigenti	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ruolo professionale/comparto	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ruolo tecnico/dirigenti	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ruolo tecnico/comparto	3,00	0,00	0,00	3,00	4,00	4,00	4,00
Ruolo amministrativo/dirigenti	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ruolo amministrativo/comparto	17,00	0,00	0,00	17,00	42,72	42,72	42,72
Altri rapporti di lavoro	0,00	0,00	0,00	0,00	6,94	2,57	2,57
Personale universitario	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>Totale settore assistenza collettiva</b>	<b>68,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>68,00</b>	<b>220,90</b>	<b>219,53</b>	<b>219,53</b>
Settore assistenza distrettuale							
Ruolo sanitario/dirigenti	83,00	1,90	1,66	82,76	183,93	183,93	183,93
Ruolo sanitario/comparto	66,00	5,14	2,83	63,69	407,65	407,65	407,65
Ruolo professionale/dirigenti	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ruolo professionale/comparto	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ruolo tecnico/dirigenti	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ruolo tecnico/comparto	84,00	0,58	4,81	88,23	138,49	137,58	137,58
Ruolo amministrativo/dirigenti	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00	1,00
Ruolo amministrativo/comparto	52,00	0,00	0,83	52,83	221,96	221,96	221,96
Altri rapporti di lavoro	11,90	1,00	2,03	12,93	43,43	43,25	43,25
Personale universitario	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>Totale settore assistenza distrettuale</b>	<b>296,90</b>	<b>8,62</b>	<b>12,16</b>	<b>300,44</b>	<b>996,46</b>	<b>995,37</b>	<b>995,37</b>
Settore assistenza ospedaliera							
Ruolo sanitario/dirigenti	186,00	7,05	9,09	188,04	611,99	611,08	611,08
Ruolo sanitario/comparto	706,00	14,60	14,07	705,47	1.724,85	1.724,85	1.724,85
Ruolo professionale/dirigenti	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ruolo professionale/comparto	1,00	0,00	0,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Ruolo tecnico/dirigenti	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ruolo tecnico/comparto	209,00	7,31	0,58	202,27	651,90	651,90	651,90
Ruolo amministrativo/dirigenti	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ruolo amministrativo/comparto	49,00	0,45	0,13	48,68	146,83	146,83	146,83
Altri rapporti di lavoro	4,21	1,00	3,39	6,60	38,67	37,91	37,91
Personale universitario	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>Totale assistenza ospedaliera</b>	<b>1.155,21</b>	<b>30,41</b>	<b>27,26</b>	<b>1.152,06</b>	<b>3.175,24</b>	<b>3.173,57</b>	<b>3.173,57</b>
Settore amministrazione e supporto							
Ruolo sanitario/dirigenti	1,00	0,00	0,00	1,00	3,00	3,00	3,00
Ruolo sanitario/comparto	4,00	0,00	0,00	4,00	15,00	15,00	15,00
Ruolo professionale/dirigenti	0,00	0,00	0,00	0,00	2,00	2,00	2,00
Ruolo professionale/comparto	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ruolo tecnico/dirigenti	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00	1,00
Ruolo tecnico/comparto	141,00	2,32	0,07	138,75	279,77	279,77	279,77
Ruolo amministrativo/dirigenti	5,00	0,41	0,00	4,59	12,67	12,67	12,67
Ruolo amministrativo/comparto	67,00	2,03	0,31	65,28	221,15	221,15	221,15
Altri rapporti di lavoro	3,13	0,00	0,33	3,46	8,28	8,28	8,28
<b>Tot. settore amministr. e supporto</b>	<b>221,13</b>	<b>4,76</b>	<b>0,71</b>	<b>217,08</b>	<b>542,87</b>	<b>542,87</b>	<b>542,87</b>
Totale aziendale							
Ruolo sanitario/dirigenti	301,00	8,95	10,75	302,80	894,37	896,46	896,46
Ruolo sanitario/comparto	793,00	19,74	16,90	790,16	2.219,29	2.219,29	2.219,29
Ruolo professionale/dirigenti	0,00	0,00	0,00	0,00	2,00	2,00	2,00
Ruolo professionale/comparto	1,00	0,00	0,00	1,00	1,00	1,00	1,00

Evoluzione dotazione personale dell'ASL 107 - Chivasso							
	PIA 2006 cons.	N. medio Cessati 2007	N. medio Assunti 2007	N. medio 2007	N. medio 2008	N. medio 2009	N. medio 2010
Rilevazione unità pesate di personale							
<b>Settore assistenza collettiva</b>							
Ruolo sanitario/dirigenti	29,30	2,75	0,08	26,63	95,45	98,45	98,45
Ruolo sanitario/comparto	31,30	1,29	0,00	30,01	71,79	71,79	71,79
Ruolo professionale/dirigenti	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ruolo professionale/comparto	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ruolo tecnico/dirigenti	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ruolo tecnico/comparto	1,00	0,00	0,00	1,00	4,00	4,00	4,00
Ruolo amministrativo/dirigenti	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ruolo amministrativo/comparto	13,00	0,58	0,84	13,26	42,72	42,72	42,72
Altri rapporti di lavoro	4,32	0,00	0,90	5,22	6,94	2,57	2,57
Personale universitario	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>Totale settore assistenza collettiva</b>	<b>78,92</b>	<b>4,62</b>	<b>1,82</b>	<b>76,12</b>	<b>220,90</b>	<b>219,53</b>	<b>219,53</b>
<b>Settore assistenza distrettuale</b>							
Ruolo sanitario/dirigenti	49,40	0,00	1,00	50,40	183,93	183,93	183,93
Ruolo sanitario/comparto	131,98	1,91	0,84	130,91	407,65	407,65	407,65
Ruolo professionale/dirigenti	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ruolo professionale/comparto	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ruolo tecnico/dirigenti	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ruolo tecnico/comparto	17,40	1,41	1,00	16,99	138,49	137,58	137,58
Ruolo amministrativo/dirigenti	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00	1,00
Ruolo amministrativo/comparto	79,90	0,16	0,17	79,91	221,96	221,96	221,96
Altri rapporti di lavoro	29,51	3,96	0,00	25,55	43,43	43,25	43,25
Personale universitario	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>Totale settore assistenza distrettuale</b>	<b>308,19</b>	<b>7,44</b>	<b>3,01</b>	<b>303,76</b>	<b>996,46</b>	<b>995,37</b>	<b>995,37</b>
<b>Settore assistenza ospedaliera</b>							
Ruolo sanitario/dirigenti	128,38	3,33	5,68	130,73	611,99	611,08	611,08
Ruolo sanitario/comparto	317,47	4,94	20,74	333,27	1.724,85	1.724,85	1.724,85
Ruolo professionale/dirigenti	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ruolo professionale/comparto	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00	1,00
Ruolo tecnico/dirigenti	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ruolo tecnico/comparto	144,02	16,47	24,61	152,16	651,90	651,90	651,90
Ruolo amministrativo/dirigenti	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ruolo amministrativo/comparto	27,05	0,66	0,00	26,39	146,83	146,83	146,83
Altri rapporti di lavoro	25,74	0,00	5,94	31,68	38,67	37,91	37,91
Personale universitario	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>Totale assistenza ospedaliera</b>	<b>642,66</b>	<b>25,40</b>	<b>56,97</b>	<b>674,23</b>	<b>3.175,24</b>	<b>3.173,57</b>	<b>3.173,57</b>
<b>Settore amministrazione e supporto</b>							
Ruolo sanitario/dirigenti	1,00	0,00	0,00	1,00	3,00	3,00	3,00
Ruolo sanitario/comparto	3,00	0,00	0,00	3,00	15,00	15,00	15,00
Ruolo professionale/dirigenti	0,00	0,00	0,00	0,00	2,00	2,00	2,00
Ruolo professionale/comparto	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ruolo tecnico/dirigenti	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00	1,00
Ruolo tecnico/comparto	27,33	1,84	0,17	25,66	279,77	279,77	279,77
Ruolo amministrativo/dirigenti	3,67	0,00	0,00	3,67	12,67	12,67	12,67
Ruolo amministrativo/comparto	60,80	0,83	0,00	59,97	221,15	221,15	221,15
Altri rapporti di lavoro	1,78	0,23	0,00	1,55	8,28	8,28	8,28
<b>Tot. settore amministr. e supporto</b>	<b>97,58</b>	<b>2,90</b>	<b>0,17</b>	<b>94,85</b>	<b>542,87</b>	<b>542,87</b>	<b>542,87</b>
<b>Totale aziendale</b>							
Ruolo sanitario/dirigenti	208,08	6,08	6,76	208,76	894,37	896,46	896,46
Ruolo sanitario/comparto	483,75	8,14	21,58	497,19	2.219,29	2.219,29	2.219,29
Ruolo professionale/dirigenti	0,00	0,00	0,00	0,00	2,00	2,00	2,00
Ruolo professionale/comparto	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00	1,00

Evoluzione dotazione personale dell'ASL 109 - Ivrea							
	PIA 2006 cons.	N. medio Cessati 2007	N. medio Assunti 2007	N. medio 2007	N. medio 2008	N. medio 2009	N. medio 2010
Rilevazione unità pesate di personale							
Settore assistenza collettiva							
Ruolo sanitario/dirigenti	35,90	0,83	0,33	35,40	95,45	98,45	98,45
Ruolo sanitario/comparto	22,66	1,55	0,36	21,47	71,79	71,79	71,79
Ruolo professionale/dirigenti	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ruolo professionale/comparto	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ruolo tecnico/dirigenti	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ruolo tecnico/comparto	0,00	0,00	0,00	0,00	4,00	4,00	4,00
Ruolo amministrativo/dirigenti	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ruolo amministrativo/comparto	12,30	0,00	0,00	12,30	42,72	42,72	42,72
Altri rapporti di lavoro	4,63	0,00	0,09	4,72	6,94	2,57	2,57
Personale universitario	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>Totale settore assistenza collettiva</b>	<b>75,49</b>	<b>2,38</b>	<b>0,78</b>	<b>73,89</b>	<b>220,90</b>	<b>219,53</b>	<b>219,53</b>
Settore assistenza distrettuale							
Ruolo sanitario/dirigenti	46,20	3,80	0,88	43,28	183,93	183,93	183,93
Ruolo sanitario/comparto	197,55	3,89	7,37	201,03	407,65	407,65	407,65
Ruolo professionale/dirigenti	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ruolo professionale/comparto	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ruolo tecnico/dirigenti	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ruolo tecnico/comparto	30,20	1,78	0,17	28,59	138,49	137,58	137,58
Ruolo amministrativo/dirigenti	1,00	0,00	0,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Ruolo amministrativo/comparto	89,10	0,94	1,20	89,36	221,96	221,96	221,96
Altri rapporti di lavoro	8,48	0,00	6,46	14,94	43,43	43,25	43,25
Personale universitario	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>Totale settore assistenza distrettuale</b>	<b>372,53</b>	<b>10,41</b>	<b>16,08</b>	<b>378,20</b>	<b>996,46</b>	<b>995,37</b>	<b>995,37</b>
Settore assistenza ospedaliera							
Ruolo sanitario/dirigenti	262,35	16,54	15,46	261,27	611,99	611,08	611,08
Ruolo sanitario/comparto	657,26	17,50	22,11	661,87	1.724,85	1.724,85	1.724,85
Ruolo professionale/dirigenti	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ruolo professionale/comparto	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00	1,00
Ruolo tecnico/dirigenti	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ruolo tecnico/comparto	275,70	2,51	6,49	279,68	651,90	651,90	651,90
Ruolo amministrativo/dirigenti	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ruolo amministrativo/comparto	71,50	0,63	1,46	72,33	146,83	146,83	146,83
Altri rapporti di lavoro	13,60	0,00	2,27	15,87	38,67	37,91	37,91
Personale universitario	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>Totale assistenza ospedaliera</b>	<b>1.280,41</b>	<b>37,18</b>	<b>47,79</b>	<b>1.291,02</b>	<b>3.175,24</b>	<b>3.173,57</b>	<b>3.173,57</b>
Settore amministrazione e supporto							
Ruolo sanitario/dirigenti	1,00	0,00	0,00	1,00	3,00	3,00	3,00
Ruolo sanitario/comparto	8,00	0,00	0,00	8,00	15,00	15,00	15,00
Ruolo professionale/dirigenti	2,00	0,00	0,00	2,00	2,00	2,00	2,00
Ruolo professionale/comparto	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ruolo tecnico/dirigenti	1,00	0,00	0,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Ruolo tecnico/comparto	114,90	2,33	0,40	112,97	279,77	279,77	279,77
Ruolo amministrativo/dirigenti	5,00	0,00	0,00	5,00	12,67	12,67	12,67
Ruolo amministrativo/comparto	97,30	0,45	0,00	96,85	221,15	221,15	221,15
Altri rapporti di lavoro	3,29	0,02	0,00	3,27	8,28	8,28	8,28
<b>Tot. settore amministr. e supporto</b>	<b>232,49</b>	<b>2,80</b>	<b>0,40</b>	<b>230,09</b>	<b>542,87</b>	<b>542,87</b>	<b>542,87</b>
Totale aziendale							
Ruolo sanitario/dirigenti	345,45	21,17	16,67	340,95	894,37	896,46	896,46
Ruolo sanitario/comparto	885,47	22,94	29,84	892,37	2.219,29	2.219,29	2.219,29
Ruolo professionale/dirigenti	2,00	0,00	0,00	2,00	2,00	2,00	2,00
Ruolo professionale/comparto	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00	1,00

Evoluzione dotazione personale dell'ASL 204 - Cirié/Chivasso/Ivrea							
	PIA 2006 cons.	N. medio Cessati 2007	N. medio Assunti 2007	N. medio 2007	N. medio 2008	N. medio 2009	N. medio 2010
Rilevazione unità pesate di personale							
<b>Settore assistenza collettiva</b>							
Ruolo sanitario/dirigenti	96,20	3,58	0,41	93,03	95,45	98,45	98,45
Ruolo sanitario/comparto	70,96	2,84	0,36	68,48	71,79	71,79	71,79
Ruolo professionale/dirigenti	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ruolo professionale/comparto	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ruolo tecnico/dirigenti	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ruolo tecnico/comparto	4,00	0,00	0,00	4,00	4,00	4,00	4,00
Ruolo amministrativo/dirigenti	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ruolo amministrativo/comparto	42,30	0,58	0,84	42,56	42,72	42,72	42,72
Altri rapporti di lavoro	8,95	0,00	0,99	9,94	6,94	2,57	2,57
Personale universitario	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>Totale settore assistenza collettiva</b>	<b>222,41</b>	<b>7,00</b>	<b>2,60</b>	<b>218,01</b>	<b>220,90</b>	<b>219,53</b>	<b>219,53</b>
<b>Settore assistenza distrettuale</b>							
Ruolo sanitario/dirigenti	178,60	5,70	3,54	176,44	183,93	183,93	183,93
Ruolo sanitario/comparto	395,53	10,94	11,04	395,63	407,65	407,65	407,65
Ruolo professionale/dirigenti	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ruolo professionale/comparto	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ruolo tecnico/dirigenti	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ruolo tecnico/comparto	131,60	3,77	5,98	133,81	138,49	137,58	137,58
Ruolo amministrativo/dirigenti	1,00	0,00	0,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Ruolo amministrativo/comparto	221,00	1,10	2,20	222,10	221,96	221,96	221,96
Altri rapporti di lavoro	49,89	4,96	8,49	53,42	43,43	43,25	43,25
Personale universitario	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>Totale settore assistenza distrettuale</b>	<b>977,62</b>	<b>26,47</b>	<b>31,25</b>	<b>982,40</b>	<b>996,46</b>	<b>995,37</b>	<b>995,37</b>
<b>Settore assistenza ospedaliera</b>							
Ruolo sanitario/dirigenti	576,73	26,92	30,23	580,04	611,99	611,08	611,08
Ruolo sanitario/comparto	1.680,73	37,04	56,92	1.700,61	1.724,85	1.724,85	1.724,85
Ruolo professionale/dirigenti	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ruolo professionale/comparto	1,00	0,00	0,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Ruolo tecnico/dirigenti	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ruolo tecnico/comparto	628,72	26,29	31,68	634,11	651,90	651,90	651,90
Ruolo amministrativo/dirigenti	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ruolo amministrativo/comparto	147,55	1,74	1,59	147,40	146,83	146,83	146,83
Altri rapporti di lavoro	43,55	1,00	11,60	54,15	38,67	37,91	37,91
Personale universitario	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>Totale assistenza ospedaliera</b>	<b>3.078,28</b>	<b>92,99</b>	<b>132,02</b>	<b>3.117,31</b>	<b>3.175,24</b>	<b>3.173,57</b>	<b>3.173,57</b>
<b>Settore amministrazione e supporto</b>							
Ruolo sanitario/dirigenti	3,00	0,00	0,00	3,00	3,00	3,00	3,00
Ruolo sanitario/comparto	15,00	0,00	0,00	15,00	15,00	15,00	15,00
Ruolo professionale/dirigenti	2,00	0,00	0,00	2,00	2,00	2,00	2,00
Ruolo professionale/comparto	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ruolo tecnico/dirigenti	1,00	0,00	0,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Ruolo tecnico/comparto	283,23	6,49	0,64	277,38	279,77	279,77	279,77
Ruolo amministrativo/dirigenti	13,67	0,41	0,00	13,26	12,67	12,67	12,67
Ruolo amministrativo/comparto	225,10	3,31	0,31	222,10	221,15	221,15	221,15
Altri rapporti di lavoro	8,20	0,25	0,33	8,28	8,28	8,28	8,28
<b>Tot. settore amministr. e supporto</b>	<b>551,20</b>	<b>10,46</b>	<b>1,28</b>	<b>542,02</b>	<b>542,87</b>	<b>542,87</b>	<b>542,87</b>
<b>Totale aziendale</b>							
Ruolo sanitario/dirigenti	854,53	36,20	34,18	852,51	894,37	896,46	896,46
Ruolo sanitario/comparto	2.162,22	50,82	68,32	2.179,72	2.219,29	2.219,29	2.219,29
Ruolo professionale/dirigenti	2,00	0,00	0,00	2,00	2,00	2,00	2,00
Ruolo professionale/comparto	1,00	0,00	0,00	1,00	1,00	1,00	1,00

Evoluzione stabilizzazione lavoro precario per l'ASL 106 - Cirié						
	Conto Annuale 2006	Variaz. Pers. Precario 2007	Variaz. Pers. Precario 2008	Variaz. Pers. Precario 2009	Variaz. Pers. Precario 2010	
<b>PERSONALE DIPENDENTE DI RUOLO</b>						
MEDICI	0	0	0	0	0	0
Personale dipendente medico/veterinario	0	0	0	0	0	0
<b>DIRIGENTI</b>						
Pers. dip. odontoiatrici ed altro Pers. dip. sanitario	0	0	0	0	0	0
Personale dipendente professionale dirigenti	0	0	0	0	0	0
Personale dipendente tecnico dirigenti	0	0	0	0	0	0
Personale dipendente amministrativo dirigenti	0	0	0	0	0	0
<b>COMPARTO</b>						
Personale dipendente infermieristico	0	3	0	0	0	0
Personale dipendente riabilitativo	0	0	0	0	0	0
Pers. dip. sanitario dirigente non medici/veterinari	0	0	0	0	0	0
Altro personale dipendente sanitario	0	0	0	0	0	0
Personale dipendente professionale comparto	0	0	0	0	0	0
Personale dipendente tecnico comparto	0	31	0	0	0	0
Personale dipendente amministrativo comparto	0	0	0	0	0	0
<b>Totale</b>	<b>0</b>	<b>34</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>PERSONALE PRECARIO</b>						
Personale medico/veterinario	23	0	0	0	0	0
Pers. odontoiatrici ed altro pers. sanitario laureato	1	0	0	0	0	0
Altro personale sanitario	26	-3	0	0	0	0
Personale professionale dirigenti	0	0	0	0	0	0
Personale professionale comparto	0	0	0	0	0	0
Personale tecnico dirigenti	0	0	0	0	0	0
Personale tecnico comparto	44	-31	0	0	0	0
Personale amministrativo dirigenti	0	0	0	0	0	0
Personale amministrativo comparto	0	0	0	0	0	0
n° uomo/anno co.co.co.	19	4	0	0	0	0
n° uomo/anno incarichi studio/ricerca	0	0	0	0	0	0
<b>Totale</b>	<b>113</b>	<b>-30</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Evoluzione stabilizzazione lavoro precario per l'ASL 107 - Chivasso						
	Conto Annuale 2006	Variaz. Pers. Precario 2007	Variaz. Pers. Precario 2008	Variaz. Pers. Precario 2009	Variaz. Pers. Precario 2010	
<b>PERSONALE DIPENDENTE DI RUOLO</b>						
MEDICI	0	0	0	0	0	0
Personale dipendente medico/veterinario	0	0	0	0	0	0
<b>DIRIGENTI</b>						
Pers. dip. odontoiatrici ed altro Pers. dip. sanitario	0	0	0	0	0	0
Personale dipendente professionale dirigenti	0	0	0	0	0	0
Personale dipendente tecnico dirigenti	0	0	0	0	0	0
Personale dipendente amministrativo dirigenti	0	0	0	0	0	0
<b>COMPARTO</b>						
Personale dipendente infermieristico	0	0	0	0	0	0
Personale dipendente riabilitativo	0	0	0	0	0	0
Pers. dip. sanitario dirigente non medici/veterinari	0	0	0	0	0	0
Altro personale dipendente sanitario	0	0	0	0	0	0
Personale dipendente professionale comparto	0	0	0	0	0	0
Personale dipendente tecnico comparto	0	0	0	0	0	0
Personale dipendente amministrativo comparto	0	0	0	0	0	0
<b>Totale</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>PERSONALE PRECARIO</b>						
Personale medico/veterinario	2	0	0	0	0	0
Pers. odontoiatrici ed altro pers. sanitario laureato	0	0	0	0	0	0
Altro personale sanitario	7	0	0	0	0	0
Personale professionale dirigenti	0	0	0	0	0	0
Personale professionale comparto	0	0	0	0	0	0
Personale tecnico dirigenti	0	0	0	0	0	0
Personale tecnico comparto	31	7	0	0	0	0
Personale amministrativo dirigenti	0	0	0	0	0	0
Personale amministrativo comparto	1	0	0	0	0	0
n° uomo/anno co.co.co.	61	3	0	0	0	0
n° uomo/anno incarichi studio/ricerca	0	0	0	0	0	0
<b>Totale</b>	<b>102</b>	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Evoluzione stabilizzazione lavoro precario per l'ASL 109 - Ivrea					
	Conto Annuale 2006	Variaz. Pers. Precario 2007	Variaz. Pers. Precario 2008	Variaz. Pers. Precario 2009	Variaz. Pers. Precario 2010
<b>PERSONALE DIPENDENTE DI RUOLO</b>					
<b>MEDICI</b>	0	3	0	0	0
Personale dipendente medico/veterinario	0	3	0	0	0
<b>DIRIGENTI</b>	0	0	0	0	0
Pers. dip. odontoiatrici ed altro Pers. dip. sanitario	0	0	0	0	0
Personale dipendente professionale dirigenti	0	0	0	0	0
Personale dipendente tecnico dirigenti	0	0	0	0	0
Personale dipendente amministrativo dirigenti	0	0	0	0	0
<b>COMPARTO</b>	0	11	0	0	0
Personale dipendente infermieristico	0	7	0	0	0
Personale dipendente riabilitativo	0	1	0	0	0
Pers. dip. sanitario dirigente non medici/veterinari	0	0	0	0	0
Altro personale dipendente sanitario	0	3	0	0	0
Personale dipendente professionale comparto	0	0	0	0	0
Personale dipendente tecnico comparto	0	0	0	0	0
Personale dipendente amministrativo comparto	0	0	0	0	0
<b>Totale</b>	<b>0</b>	<b>14</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>PERSONALE PRECARIO</b>	0	0	0	0	0
Personale medico/veterinario	22	-9	0	0	0
Pers. odontoiatrici ed altro pers. sanitario laureato	0	0	0	0	0
Altro personale sanitario	4	6	0	0	0
Personale professionale dirigenti	0	0	0	0	0
Personale professionale comparto	0	0	0	0	0
Personale tecnico dirigenti	0	0	0	0	0
Personale tecnico comparto	6	-1	0	0	0
Personale amministrativo dirigenti	0	0	0	0	0
Personale amministrativo comparto	4	0	0	0	0
n° uomo/anno co.co.co.	30	9	0	0	0
n° uomo/anno incarichi studio/ricerca	0	0	0	0	0
<b>Totale</b>	<b>66</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>



Evoluzione stabilizzazione lavoro precario per l'ASL 204 - Cirié/Chivasso/Ivrea					
	Conto Annuale 2006	Variaz. Pers. Precario 2007	Variaz. Pers. Precario 2008	Variaz. Pers. Precario 2009	Variaz. Pers. Precario 2010
<b>PERSONALE DIPENDENTE DI RUOLO</b>					
<b>MEDICI</b>	0	3	46	14	0
Personale dipendente medico/veterinario	0	3	46	14	0
<b>DIRIGENTI</b>	0	0	2	1	0
Pers. dip. odontoiatrici ed altro Pers. dip. sanitario	0	0	2	1	0
Personale dipendente professionale dirigenti	0	0	0	0	0
Personale dipendente tecnico dirigenti	0	0	0	0	0
Personale dipendente amministrativo dirigenti	0	0	0	0	0
<b>COMPARTO</b>	0	45	72	5	0
Personale dipendente infermieristico	0	10	16	0	0
Personale dipendente riabilitativo	0	1	6	0	0
Pers. dip. sanitario dirigente non medici/veterinari	0	0	0	0	0
Altro personale dipendente sanitario	0	3	9	2	0
Personale dipendente professionale comparto	0	0	0	0	0
Personale dipendente tecnico comparto	0	31	38	2	0
Personale dipendente amministrativo comparto	0	0	3	1	0
<b>Totale</b>	<b>0</b>	<b>48</b>	<b>120</b>	<b>20</b>	<b>0</b>
<b>PERSONALE PRECARIO</b>	0	0	0	0	0
Personale medico/veterinario	47	-9	-26	-11	0
Pers. odontoiatrici ed altro pers. sanitario laureato	1	0	1	-1	0
Altro personale sanitario	37	3	-20	-2	0
Personale professionale dirigenti	0	0	0	0	0
Personale professionale comparto	0	0	0	0	0
Personale tecnico dirigenti	0	0	0	0	0
Personale tecnico comparto	81	-25	-31	-2	0
Personale amministrativo dirigenti	0	0	0	0	0
Personale amministrativo comparto	5	0	-3	-2	0
n° uomo/anno co.co.co.	110	16	-28	-5	0
n° uomo/anno incarichi studio/ricerca	0	0	0	0	0
<b>Totale</b>	<b>281</b>	<b>-15</b>	<b>-107</b>	<b>-23</b>	<b>0</b>

Previsione Costo Acquisto Beni dell'ASL 106 - Cirié (€/1000)									
	2006	2007 Tend.	2007 Progr.	2008 Tend.	2008 Progr.	2009 Tend.	2009 Progr.	2010 Tend.	2010 Progr.
Acquisti e manutenzioni	28.819	34.070	34.070	109.584	109.584	112.871	112.871	115.138	115.138
di cui Acq. Farmaci	7.482	8.700	8.700	25.148	25.148	26.405	26.405	27.725	27.725
Variazione delle rimanenze	-235	0	0	0	0	0	0	0	0
Servizi appaltati	4.322	4.900	4.900	20.321	20.321	20.930	20.930	21.453	21.453
Godimento di beni e servizi	1.093	1.240	1.240	5.663	5.663	5.833	5.833	5.979	5.979
<b>Totale</b>	<b>34.000</b>	<b>40.210</b>	<b>40.210</b>	<b>135.568</b>	<b>135.568</b>	<b>139.634</b>	<b>139.634</b>	<b>142.570</b>	<b>142.570</b>
Economie attese per:									
Controllo consumi (quantità)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Controllo prezzi acquisto	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Totale</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Previsione Costo Acquisto Beni dell'ASL 107 - Chivasso (€/1000)									
	2006	2007 Tend.	2007 Progr.	2008 Tend.	2008 Progr.	2009 Tend.	2009 Progr.	2010 Tend.	2010 Progr.
Acquisti e manutenzioni	17.992	20.215	20.215	109.584	109.584	112.871	112.871	115.138	115.138
di cui Acq. Farmaci	5.937	6.750	6.750	25.148	25.148	26.405	26.405	27.725	27.725
Variazione delle rimanenze	-530	0	0	0	0	0	0	0	0
Servizi appaltati	3.554	3.863	3.863	20.321	20.321	20.930	20.930	21.453	21.453
Godimento di beni e servizi	976	1.660	1.660	5.663	5.663	5.833	5.833	5.979	5.979
<b>Totale</b>	<b>21.991</b>	<b>25.738</b>	<b>25.738</b>	<b>135.568</b>	<b>135.568</b>	<b>139.634</b>	<b>139.634</b>	<b>142.570</b>	<b>142.570</b>
Economie attese per:									
Controllo consumi (quantità)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Controllo prezzi acquisto	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Totale</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Previsione Costo Acquisto Beni dell'ASL 109 - Ivrea (€/1000)									
	2006	2007 Tend.	2007 Progr.	2008 Tend.	2008 Progr.	2009 Tend.	2009 Progr.	2010 Tend.	2010 Progr.
Acquisti e manutenzioni	47.817	51.084	51.084	109.584	109.584	112.871	112.871	115.138	115.138
di cui Acq. Farmaci	7.192	8.500	8.500	25.148	25.148	26.405	26.405	27.725	27.725
Variazione delle rimanenze	-47	0	0	0	0	0	0	0	0
Servizi appaltati	9.188	10.140	10.140	20.321	20.321	20.930	20.930	21.453	21.453
Godimento di beni e servizi	2.487	2.545	2.545	5.663	5.663	5.833	5.833	5.979	5.979
<b>Totale</b>	<b>59.444</b>	<b>63.769</b>	<b>63.769</b>	<b>135.568</b>	<b>135.568</b>	<b>139.634</b>	<b>139.634</b>	<b>142.570</b>	<b>142.570</b>
Economie attese per:									
Controllo consumi (quantità)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Controllo prezzi acquisto	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Totale</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Previsione Costo Acquisto Beni dell'ASL 204 - Cirié/Chivasso/Ivrea (€/1000)									
	2006	2007 Tend.	2007 Progr.	2008 Tend.	2008 Progr.	2009 Tend.	2009 Progr.	2010 Tend.	2010 Progr.
Acquisti e manutenzioni	94.628	105.369	105.369	109.584	109.584	112.871	112.871	115.138	115.138
di cui Acq. Farmaci	20.611	23.950	23.950	25.148	25.148	26.405	26.405	27.725	27.725
Variazione delle rimanenze	-812	0	0	0	0	0	0	0	0
Servizi appaltati	17.064	18.903	18.903	20.321	20.321	20.930	20.930	21.453	21.453
Godimento di beni e servizi	4.556	5.445	5.445	5.663	5.663	5.833	5.833	5.979	5.979
<b>Totale</b>	<b>115.436</b>	<b>129.717</b>	<b>129.717</b>	<b>135.568</b>	<b>135.568</b>	<b>139.634</b>	<b>139.634</b>	<b>142.570</b>	<b>142.570</b>
Economie attese per:									
Controllo consumi (quantità)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Controllo prezzi acquisto	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Totale</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

<b>Farmaci per l'ASL 106 - Cirié (€/1000)</b>					
	2006	2007	2008	2009	2010
Assist. farmac. territoriale (convenzionata)					
Assistenza farmaceutica erogata tramite le farmacie	30.524	30.600	102.209	103.742	105.298
- Mobilità attiva	1.454	1.454	4.093	4.093	4.093
+ Mobilità passiva	2.172	2.172	5.052	5.052	5.052
<b>Totale assis. farmac. convenzionata per residenti</b>	<b>31.242</b>	<b>31.318</b>	<b>103.168</b>	<b>104.701</b>	<b>106.257</b>
Distribuzione diretta di farmaci acquistati dall'Azienda sanitaria (esclusi H)					
Primo ciclo di terapia e farmaci inseriti PHT	2.558	2.700	11.461	12.034	12.635
Altri farmaci oggetto di distribuzione diretta	2.206	2.480	5.182	5.441	5.713
Farmaci distribuiti alle strutture socio-sanitarie	19	20	893	937	984
Distribuzione farmaci per conto	0	0	0	0	0
<b>Totale distribuzione diretta</b>	<b>4.783</b>	<b>5.200</b>	<b>17.536</b>	<b>18.412</b>	<b>19.332</b>
- Mobilità attiva	96	96	781	781	781
+ Mobilità passiva	2.566	2.566	6.726	6.726	6.726
<b>Totale distribuzione diretta per residenti</b>	<b>7.253</b>	<b>7.670</b>	<b>23.481</b>	<b>24.357</b>	<b>25.277</b>
Farmaci H					
Farmaci H distribuiti	2.699	3.500	7.613	7.993	8.393
- Mobilità attiva	0	0	156	156	156
+ Mobilità passiva	154	154	1.941	1.941	1.941
<b>Totale farmaci H distribuiti per residente</b>	<b>2.853</b>	<b>3.654</b>	<b>9.398</b>	<b>9.778</b>	<b>10.178</b>
Farmaci H utilizzati internamente	1.250	1.400	5.963	6.106	6.173
Farmaci per la produzione					
Farmaci utilizzati internamente	866	950	3.573	3.659	3.698
<b>Totale acquisto farmaci</b>	<b>9.598</b>	<b>11.050</b>	<b>34.685</b>	<b>36.170</b>	<b>37.596</b>
<b>Totale spesa farmaci</b>	<b>40.122</b>	<b>41.650</b>	<b>136.894</b>	<b>139.912</b>	<b>142.894</b>
Assist. farmac. erogata tramite le farmacie	30.524	30.600	102.209	103.742	105.298
di cui farmaci equivalenti (% o importo)	16	18	18	18	18
Farmaci utilizzati internamente	866	950	3.573	3.659	3.698
di cui farmaci equivalenti (% o importo)	5	5	6	6	6

Farmaci per l'ASL 107 - Chivasso (€/1000)					
	2006	2007	2008	2009	2010
Assist. farmac. territoriale (convenzionata)					
Assistenza farmaceutica erogata tramite le farmacie	35.267	35.000	102.209	103.742	105.298
- Mobilità attiva	1.617	1.617	4.093	4.093	4.093
+ Mobilità passiva	1.910	1.910	5.052	5.052	5.052
Totale assis. farmac. convenzionata per residenti	35.560	35.293	103.168	104.701	106.257
Distribuzione diretta di farmaci acquistati dall'Azienda sanitaria (esclusi H)					
Primo ciclo di terapia e farmaci inseriti PHT	2.655	2.915	11.461	12.034	12.635
Altri farmaci oggetto di distribuzione diretta	1.113	1.235	5.182	5.441	5.713
Farmaci distribuiti alle strutture socio-sanitarie	424	450	893	937	984
Distribuzione farmaci per conto	0	0	0	0	0
Totale distribuzione diretta	4.192	4.600	17.536	18.412	19.332
- Mobilità attiva	251	251	781	781	781
+ Mobilità passiva	2.444	2.444	6.726	6.726	6.726
Totale distribuzione diretta per residenti	6.385	6.793	23.481	24.357	25.277
Farmaci H					
Farmaci H distribuiti	1.744	2.150	7.613	7.993	8.393
- Mobilità attiva	156	156	156	156	156
+ Mobilità passiva	1.495	1.495	1.941	1.941	1.941
Totale farmaci H distribuiti per residente	3.083	3.489	9.398	9.778	10.178
Farmaci H utilizzati internamente	1.500	1.850	5.963	6.106	6.173
Farmaci per la produzione					
Farmaci utilizzati internamente	555	685	3.573	3.659	3.698
Totale acquisto farmaci	7.991	9.285	34.685	36.170	37.596
Totale spesa farmaci	43.258	44.285	136.894	139.912	142.894
Assist. farmac. erogata tramite le farmacie	35.267	35.000	102.209	103.742	105.298
di cui farmaci equivalenti (% o importo)	17	19	18	18	18
Farmaci utilizzati internamente	555	685	3.573	3.659	3.698
di cui farmaci equivalenti (% o importo)	6	6	6	6	6

Farmaci per l'ASL 109 - Ivrea (€/1000)					
	2006	2007	2008	2009	2010
Assist. farmac. territoriale (convenzionata)					
Assistenza farmaceutica erogata tramite le farmacie	34.877	34.900	102.209	103.742	105.298
- Mobilità attiva	1.022	1.022	4.093	4.093	4.093
+ Mobilità passiva	970	970	5.052	5.052	5.052
Totale assis. farmac. convenzionata per residenti	34.825	34.848	103.168	104.701	106.257
Distribuzione diretta di farmaci acquistati dall'Azienda sanitaria (esclusi H)					
Primo ciclo di terapia e farmaci inseriti PHT	4.700	5.300	11.461	12.034	12.635
Altri farmaci oggetto di distribuzione diretta	1.080	1.220	5.182	5.441	5.713
Farmaci distribuiti alle strutture socio-sanitarie	310	380	893	937	984
Distribuzione farmaci per conto	0	0	0	0	0
Totale distribuzione diretta	6.090	6.900	17.536	18.412	19.332
- Mobilità attiva	434	434	781	781	781
+ Mobilità passiva	1.716	1.716	6.726	6.726	6.726
Totale distribuzione diretta per residenti	7.372	8.182	23.481	24.357	25.277
Farmaci H					
Farmaci H distribuiti	1.102	1.600	7.613	7.993	8.393
- Mobilità attiva	0	0	156	156	156
+ Mobilità passiva	292	292	1.941	1.941	1.941
Totale farmaci H distribuiti per residente	1.394	1.892	9.398	9.778	10.178
Farmaci H utilizzati internamente	2.400	2.500	5.963	6.106	6.173
Farmaci per la produzione					
Farmaci utilizzati internamente	1.717	1.810	3.573	3.659	3.698
Totale acquisto farmaci	11.309	12.810	34.685	36.170	37.596
Totale spesa farmaci	46.186	47.710	136.894	139.912	142.894
Assist. farmac. erogata tramite le farmacie	34.877	34.900	102.209	103.742	105.298
di cui farmaci equivalenti (% o importo)	16	18	18	18	18
Farmaci utilizzati internamente	1.717	1.810	3.573	3.659	3.698
di cui farmaci equivalenti (% o importo)	5	5	6	6	6

Farmaci per l'ASL 204 - Cirié/Chivasso/Ivrea (€/1000)					
	2006	2007	2008	2009	2010
Assist. farmac. territoriale (convenzionata)					
Assistenza farmaceutica erogata tramite le farmacie	100.668	100.500	102.209	103.742	105.298
- Mobilità attiva	4.093	4.093	4.093	4.093	4.093
+ Mobilità passiva	5.052	5.052	5.052	5.052	5.052
Totale assis. farmac. convenzionata per residenti	101.627	101.459	103.168	104.701	106.257
Distribuzione diretta di farmaci acquistati dall'Azienda sanitaria (esclusi H)					
Primo ciclo di terapia e farmaci inseriti PHT	9.913	10.915	11.461	12.034	12.635
Altri farmaci oggetto di distribuzione diretta	4.399	4.935	5.182	5.441	5.713
Farmaci distribuiti alle strutture socio-sanitarie	753	850	893	937	984
Distribuzione farmaci per conto	0	0	0	0	0
Totale distribuzione diretta	15.065	16.700	17.536	18.412	19.332
- Mobilità attiva	781	781	781	781	781
+ Mobilità passiva	6.726	6.726	6.726	6.726	6.726
Totale distribuzione diretta per residenti	21.010	22.645	23.481	24.357	25.277
Farmaci H					
Farmaci H distribuiti	5.545	7.250	7.613	7.993	8.393
- Mobilità attiva	156	156	156	156	156
+ Mobilità passiva	1.941	1.941	1.941	1.941	1.941
Totale farmaci H distribuiti per residente	7.330	9.035	9.398	9.778	10.178
Farmaci H utilizzati internamente	5.150	5.750	5.963	6.106	6.173
Farmaci per la produzione					
Farmaci utilizzati internamente	3.138	3.445	3.573	3.659	3.698
Totale acquisto farmaci	28.898	33.145	34.685	36.170	37.596
Totale spesa farmaci	129.566	133.645	136.894	139.912	142.894
Assist. farmac. erogata tramite le farmacie	100.668	100.500	102.209	103.742	105.298
di cui farmaci equivalenti (% o importo)	49	55	18	18	18
Farmaci utilizzati internamente	3.138	3.445	3.573	3.659	3.698
di cui farmaci equivalenti (% o importo)	16	16	6	6	6

PIA Preventivo dell'ASL 106 - Cirié (€/1000) anno 2007									
	Fabbisogno lordo	Entrate dirette	Fabbisogno netto	Mob. Pass. Interreg.	Mob. Pass. Infrareg.	Mob. Att. Interreg.	Mob. Att. Infrareg.	Acquisto	Produzione
Assistenza collettiva									
SIAN + SISP +SPRESAL	3.026	158	2.868	0	0	0	0	0	3.026
Assistenza veterinaria	3.846	196	3.650	0	0	0	0	0	3.846
PMPV	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SEPI	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Prevenzione individuale	627	7	620	0	293	0	1	0	335
Medicina legale	1.682	92	1.590	0	0	0	0	0	1.682
<b>Totale assistenza collettiva</b>	<b>9.181</b>	<b>453</b>	<b>8.728</b>	<b>0</b>	<b>293</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>8.889</b>
Assistenza distrettuale									
Medicina di base	18.067	40	18.027	0	97	0	83	16.325	1.728
Assistenza farmaceutica	40.069	69	40.000	0	4.891	0	1.550	30.524	6.204
Assistenza specialistica	52.066	4.671	47.395	274	12.776	0	6.327	5.737	39.606
Assistenza anziani	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Assistenza psichiatrica	7.710	156	7.554	0	4	0	2	3.166	4.542
Assistenza dipendenze (+ HIV)	3.112	263	2.849	0	40	0	0	442	2.630
Assistenza disabili	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Assistenza materno infantile	0	0	0	0	20	0	3	0	-17
Altra assistenza	24.285	639	23.646	0	279	0	0	12.887	11.119
Emergenza sanitaria territoriale	1.637	0	1.637	0	0	0	0	0	1.637
<b>Totale assistenza distrettuale</b>	<b>146.946</b>	<b>5.838</b>	<b>141.108</b>	<b>274</b>	<b>18.107</b>	<b>0</b>	<b>7.965</b>	<b>69.081</b>	<b>67.449</b>
Assistenza ospedaliera									
Ricoveri ordinari e diurni	111.657	492	111.165	2.498	46.513	0	55.688	54.301	64.033
Costi strutturali DEA/PS	6.400	0	6.400	0	0	0	0	0	6.400
Osped. domicil. +serv. trasf. + trapianti	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Totale assistenza ospedaliera</b>	<b>118.057</b>	<b>492</b>	<b>117.565</b>	<b>2.498</b>	<b>46.513</b>	<b>0</b>	<b>55.688</b>	<b>54.301</b>	<b>70.433</b>
<b>Totale fabbisogno</b>	<b>274.184</b>	<b>6.783</b>	<b>267.401</b>	<b>2.772</b>	<b>64.913</b>	<b>0</b>	<b>63.654</b>	<b>123.382</b>	<b>146.771</b>

PIA Preventivo dell'ASL 107 - Chivasso (€/1000) anno 2007									
	Fabbisogno lordo	Entrate dirette	Fabbisogno netto	Mob. Pass. Interreg.	Mob. Pass. Infrareg.	Mob. Att. Interreg.	Mob. Att. Infrareg.	Acquisto	Produzione
Assistenza collettiva									
SIAN + SISP +SPRESAL	3.797	656	3.141	0	0	0	0	0	3.797
Assistenza veterinaria	3.691	377	3.314	0	0	0	0	0	3.691
PMPV	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SEPI	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Prevenzione individuale	870	1	869	0	274	0	2	0	598
Medicina legale	1.590	506	1.084	0	0	0	0	0	1.590
<b>Totale assistenza collettiva</b>	<b>9.948</b>	<b>1.540</b>	<b>8.408</b>	<b>0</b>	<b>274</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>9.676</b>
Assistenza distrettuale									
Medicina di base	19.051	3	19.048	0	118	0	83	17.474	1.542
Assistenza farmaceutica	42.014	14	42.000	0	5.849	0	2.024	35.267	2.922
Assistenza specialistica	49.489	2.922	46.567	338	18.421	0	1.454	2.845	29.339
Assistenza anziani	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Assistenza psichiatrica	11.474	80	11.394	0	5	0	1	6.015	5.455
Assistenza dipendenze (+ HIV)	5.004	291	4.713	0	11	0	221	1.290	3.924
Assistenza disabili	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Assistenza materno infantile	0	0	0	0	16	0	26	0	10
Altra assistenza	29.816	1.510	28.306	0	338	0	0	21.017	8.461
Emergenza sanitaria territoriale	2.456	0	2.456	0	0	0	0	0	2.456
<b>Totale assistenza distrettuale</b>	<b>159.304</b>	<b>4.820</b>	<b>154.484</b>	<b>338</b>	<b>24.758</b>	<b>0</b>	<b>3.809</b>	<b>83.908</b>	<b>54.109</b>
Assistenza ospedaliera									
Ricoveri ordinari e diurni	105.212	0	105.212	4.213	69.533	0	4.948	0	36.414
Costi strutturali DEA/PS	5.095	0	5.095	0	0	0	0	0	5.095
Osped. domicil. +serv. trasf. + trapianti	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Totale assistenza ospedaliera</b>	<b>110.307</b>	<b>0</b>	<b>110.307</b>	<b>4.213</b>	<b>69.533</b>	<b>0</b>	<b>4.948</b>	<b>0</b>	<b>41.509</b>
<b>Totale fabbisogno</b>	<b>279.559</b>	<b>6.360</b>	<b>273.199</b>	<b>4.551</b>	<b>94.565</b>	<b>0</b>	<b>8.759</b>	<b>83.908</b>	<b>105.294</b>

PIA Preventivo dell'ASL 109 - Ivrea (€/1000) anno 2007									
	Fabbisogno lordo	Entrate dirette	Fabbisogno netto	Mob. Pass. Interreg.	Mob. Pass. Infrareg.	Mob. Att. Interreg.	Mob. Att. Infrareg.	Acquisto	Produzione
Assistenza collettiva									
SIAN + SISP +SPRESAL	3.673	652	3.021	0	0	0	0	0	3.673
Assistenza veterinaria	5.169	371	4.798	0	0	0	0	0	5.169
PMPV	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SEPI	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Prevenzione individuale	2.444	106	2.338	0	2	0	568	0	3.010
Medicina legale	1.580	544	1.036	0	0	0	0	0	1.580
<b>Totale assistenza collettiva</b>	<b>12.866</b>	<b>1.673</b>	<b>11.193</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>568</b>	<b>0</b>	<b>13.432</b>
Assistenza distrettuale									
Medicina di base	19.959	35	19.924	0	106	0	219	17.256	2.816
Assistenza farmaceutica	43.400	31	43.369	0	2.979	0	1.456	34.877	7.000
Assistenza specialistica	70.324	6.500	63.824	650	5.338	0	3.793	3.393	64.736
Assistenza anziani	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Assistenza psichiatrica	6.565	400	6.165	0	2	0	2	3.118	3.447
Assistenza dipendenze (+ HIV)	3.248	618	2.630	0	9	0	0	808	2.431
Assistenza disabili	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Assistenza materno infantile	0	0	0	0	11	0	1	0	-10
Altra assistenza	38.254	1.216	37.038	0	314	0	0	26.087	11.853
Emergenza sanitaria territoriale	3.562	0	3.562	0	0	0	0	0	3.562
<b>Totale assistenza distrettuale</b>	<b>185.312</b>	<b>8.800</b>	<b>176.512</b>	<b>650</b>	<b>8.759</b>	<b>0</b>	<b>5.471</b>	<b>85.539</b>	<b>95.835</b>
Assistenza ospedaliera									
Ricoveri ordinari e diurni	108.269	0	108.269	5.449	40.102	0	13.544	11.933	64.329
Costi strutturali DEA/PS	4.937	0	4.937	0	0	0	0	0	4.937
Osped. domicil. +serv. trasf. + trapianti	18.000	18.000	0	0	0	0	0	0	18.000
<b>Totale assistenza ospedaliera</b>	<b>131.206</b>	<b>18.000</b>	<b>113.206</b>	<b>5.449</b>	<b>40.102</b>	<b>0</b>	<b>13.544</b>	<b>11.933</b>	<b>87.266</b>
<b>Totale fabbisogno</b>	<b>329.384</b>	<b>28.473</b>	<b>300.911</b>	<b>6.099</b>	<b>48.863</b>	<b>0</b>	<b>19.583</b>	<b>97.472</b>	<b>196.533</b>

PIA Preventivo dell'ASL 204 - TO4 (€/1000) anno 2008									
	Fabbisogno lordo	Entrate dirette	Fabbisogno netto	Mob. Pass. Interreg.	Mob. Pass. Infrareg.	Mob. Att. Interreg.	Mob. Att. Infrareg.	Acquisto	Produzione
Assistenza collettiva									
SIAN + SISP +SPRESAL	10.904	1.504	9.400	0	0	0	0	0	10.904
Assistenza veterinaria	13.150	968	12.182	0	0	0	0	0	13.150
PMPV	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SEPI	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Prevenzione individuale	4.120	117	4.003	0	569	0	571	0	4.122
Medicina legale	5.060	1.171	3.889	0	0	0	0	0	5.060
<b>Totale assistenza collettiva</b>	<b>33.234</b>	<b>3.760</b>	<b>29.474</b>	<b>0</b>	<b>569</b>	<b>0</b>	<b>571</b>	<b>0</b>	<b>33.236</b>
Assistenza distrettuale									
Medicina di base	58.100	80	58.020	0	321	0	385	56.265	1.899
Assistenza farmaceutica	127.357	117	127.240	0	13.719	0	5.030	102.209	16.459
Assistenza specialistica	180.473	14.869	165.604	1.262	36.535	0	11.574	12.459	141.791
Assistenza anziani	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Assistenza psichiatrica	27.021	652	26.369	0	11	0	5	14.200	12.815
Assistenza dipendenze (+ HIV)	11.767	1.202	10.565	0	60	0	221	2.665	9.263
Assistenza disabili	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Assistenza materno infantile	0	0	0	0	47	0	30	0	-17
Altra assistenza	110.918	3.452	107.466	0	931	0	0	75.000	34.987
Emergenza sanitaria territoriale	7.885	0	7.885	0	0	0	0	3.200	4.685
<b>Totale assistenza distrettuale</b>	<b>523.521</b>	<b>20.372</b>	<b>503.149</b>	<b>1.262</b>	<b>51.624</b>	<b>0</b>	<b>17.245</b>	<b>265.998</b>	<b>221.882</b>
Assistenza ospedaliera									
Ricoveri ordinari e diurni	334.000	504	333.496	12.160	156.148	0	74.180	67.360	172.512
Costi strutturali DEA/PS	16.925	0	16.925	0	0	0	0	0	16.925
Osped. domicil. +serv. trasf. + trapianti	18.000	18.000	0	0	0	0	0	0	18.000
<b>Totale assistenza ospedaliera</b>	<b>368.925</b>	<b>18.504</b>	<b>350.421</b>	<b>12.160</b>	<b>156.148</b>	<b>0</b>	<b>74.180</b>	<b>67.360</b>	<b>207.437</b>
<b>Totale fabbisogno</b>	<b>925.680</b>	<b>42.636</b>	<b>883.044</b>	<b>13.422</b>	<b>208.341</b>	<b>0</b>	<b>91.996</b>	<b>333.358</b>	<b>462.555</b>



PIA Preventivo dell'ASL 204 - TO4 (€/1000) anno 2009									
	Fabbisogno lordo	Entrate dirette	Fabbisogno netto	Mob. Pass. Interreg.	Mob. Pass. Infrareg.	Mob. Att. Interreg.	Mob. Att. Infrareg.	Acquisto	Produzione
Assistenza collettiva									
SIAN + SISP +SPRESAL	11.273	1.521	9.752	0	0	0	0	0	11.273
Assistenza veterinaria	13.783	979	12.804	0	0	0	0	0	13.783
PMPV	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SEPI	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Prevenzione individuale	4.370	118	4.252	0	569	0	571	0	4.372
Medicina legale	5.223	1.185	4.038	0	0	0	0	0	5.223
<b>Totale assistenza collettiva</b>	<b>34.649</b>	<b>3.803</b>	<b>30.846</b>	<b>0</b>	<b>569</b>	<b>0</b>	<b>571</b>	<b>0</b>	<b>34.651</b>
Assistenza distrettuale									
Medicina di base	59.118	81	59.037	0	321	0	385	57.110	2.072
Assistenza farmaceutica	130.147	118	130.029	0	13.719	0	5.030	103.742	17.716
Assistenza specialistica	187.692	15.106	172.586	1.262	36.535	0	11.574	12.708	148.761
Assistenza anziani	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Assistenza psichiatrica	28.036	660	27.376	0	11	0	5	14.490	13.540
Assistenza dipendenze (+ HIV)	11.944	1.215	10.729	0	60	0	221	2.710	9.395
Assistenza disabili	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Assistenza materno infantile	0	0	0	0	47	0	30	0	-17
Altra assistenza	113.136	3.491	109.645	0	931	0	0	76.050	36.155
Emergenza sanitaria territoriale	8.003	0	8.003	0	0	0	0	3.290	4.713
<b>Totale assistenza distrettuale</b>	<b>538.076</b>	<b>20.671</b>	<b>517.405</b>	<b>1.262</b>	<b>51.624</b>	<b>0</b>	<b>17.245</b>	<b>270.100</b>	<b>232.335</b>
Assistenza ospedaliera									
Ricoveri ordinari e diurni	337.516	510	337.006	12.160	156.148	0	74.180	68.370	175.018
Costi strutturali DEA/PS	17.000	0	17.000	0	0	0	0	0	17.000
Osped. domicil. +serv. trasf. + trapianti	18.000	18.000	0	0	0	0	0	0	18.000
<b>Totale assistenza ospedaliera</b>	<b>372.516</b>	<b>18.510</b>	<b>354.006</b>	<b>12.160</b>	<b>156.148</b>	<b>0</b>	<b>74.180</b>	<b>68.370</b>	<b>210.018</b>
<b>Totale fabbisogno</b>	<b>945.241</b>	<b>42.984</b>	<b>902.257</b>	<b>13.422</b>	<b>208.341</b>	<b>0</b>	<b>91.996</b>	<b>338.470</b>	<b>477.004</b>

PIA Preventivo dell'ASL 204 - TO4 (€/1000) anno 2010									
	Fabbisogno lordo	Entrate dirette	Fabbisogno netto	Mob. Pass. Interreg.	Mob. Pass. Infrareg.	Mob. Att. Interreg.	Mob. Att. Infrareg.	Acquisto	Produzione
Assistenza collettiva									
SIAN + SISP +SPRESAL	11.557	1.540	10.017	0	0	0	0	0	11.557
Assistenza veterinaria	14.060	991	13.069	0	0	0	0	0	14.060
PMPV	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SEPI	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Prevenzione individuale	4.457	119	4.338	0	569	0	571	0	4.459
Medicina legale	5.353	1.200	4.153	0	0	0	0	0	5.353
<b>Totale assistenza collettiva</b>	<b>35.427</b>	<b>3.850</b>	<b>31.577</b>	<b>0</b>	<b>569</b>	<b>0</b>	<b>571</b>	<b>0</b>	<b>35.429</b>
Assistenza distrettuale									
Medicina di base	60.005	82	59.923	0	321	0	385	57.965	2.104
Assistenza farmaceutica	132.900	119	132.781	0	13.719	0	5.030	105.298	18.913
Assistenza specialistica	193.322	15.293	178.029	1.262	36.535	0	11.574	12.962	154.137
Assistenza anziani	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Assistenza psichiatrica	28.439	668	27.771	0	11	0	5	14.710	13.723
Assistenza dipendenze (+ HIV)	12.063	1.231	10.832	0	60	0	221	2.750	9.474
Assistenza disabili	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Assistenza materno infantile	0	0	0	0	47	0	30	0	-17
Altra assistenza	115.535	3.535	112.000	0	931	0	0	77.560	37.044
Emergenza sanitaria territoriale	8.083	0	8.083	0	0	0	0	3.390	4.693
<b>Totale assistenza distrettuale</b>	<b>550.347</b>	<b>20.928</b>	<b>529.419</b>	<b>1.262</b>	<b>51.624</b>	<b>0</b>	<b>17.245</b>	<b>274.635</b>	<b>240.071</b>
Assistenza ospedaliera									
Ricoveri ordinari e diurni	340.459	516	339.943	12.160	156.148	0	74.180	69.395	176.936
Costi strutturali DEA/PS	17.170	0	17.170	0	0	0	0	0	17.170
Osped. domicil. +serv. trasf. + trapianti	18.000	18.000	0	0	0	0	0	0	18.000
<b>Totale assistenza ospedaliera</b>	<b>375.629</b>	<b>18.516</b>	<b>357.113</b>	<b>12.160</b>	<b>156.148</b>	<b>0</b>	<b>74.180</b>	<b>69.395</b>	<b>212.106</b>
<b>Totale fabbisogno</b>	<b>961.403</b>	<b>43.294</b>	<b>918.109</b>	<b>13.422</b>	<b>208.341</b>	<b>0</b>	<b>91.996</b>	<b>344.030</b>	<b>487.606</b>