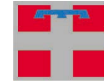




Piano di efficientamento 2016

Titolo

Piano di efficientamento economico-finanziario in attuazione alla DGR 34-2054 del 01/09/2015





**REGIONE
PIEMONTE**

PIANO DI EFFICIENTAMENTO ECONOMICO-FINANZIARIO 2016



“DGR 34-2054 DEL 01/09/2015”

Azienda ASL CN2 Alba-Bra - Edizione 1

	Piano di efficientamento 2016	 REGIONE PIEMONTE
	Titolo Piano di efficientamento economico-finanziario in attuazione alla DGR 34-2054 del 01/09/2015	

INDICE

1. Premessa.....	3
2. Azienda Sanitaria Regionale in cifre.....	5
A. Macrolivelli essenziali di assistenza aziendali 2014.....	5
B. Analisi ambientale epidemiologico-sanitaria	6
Demografia	6
Caratteristiche sociali	12
Lo stato di salute	13
Stili di vita.....	21
Cronicizzazione.....	25
Polipatologie nella popolazione anziana.....	25
Richiesta di servizi territoriali di prevenzione ed assistenza.....	25
C. Punti di forza e punti di debolezza	28
Situazione aziendale attuale.....	28
Situazione aziendale strategica.....	29
3. Manovre di efficientamento 2016.....	30
Contributi regionali extra FSR	35
4. Ciclo delle performance.....	39
5. Allegati.....	40

	Piano di efficientamento 2016	 REGIONE PIEMONTE
	Titolo Piano di efficientamento economico-finanziario in attuazione alla DGR 34-2054 del 01/09/2015	

1. PREMESSA

La Regione Piemonte ha avviato dall'esercizio 2015 un processo di pianificazione economico-sanitario finalizzato a definire un indirizzo strategico regionale e fissare gli obiettivi di breve e medio periodo degli Enti del SSR, indicandone i criteri di allocazione delle risorse e attribuendone le responsabilità aziendali specifiche.



Ai fini della predisposizione del presente documento, l'Azienda ASL CN2 Alba-Bra ha tenuto conto della normativa nazionale e regionale vigente, ed in particolare:

- Normative vigenti che disciplinano gli obiettivi di salute e assistenziali del SSN, il cui monitoraggio è effettuato nell'ambito del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Lea, come definito dalla Legge di Stabilità per l'anno 2015;
- Indirizzi regionali vigenti in materia di revisione della rete ospedaliera, territoriale ed emergenza-urgenza;
- Revisione degli atti aziendali oggetto di recente recepimento in attuazione alle indicazioni regionali formulate;
- Normative regionali vigenti in materia di tetti e tariffe che disciplinano l'acquisto delle prestazioni sanitarie, e relativi anche ai controlli di appropriatezza, alle verifiche sulle cartelle cliniche, ecc;
- Rilievi formulati da organi esterni di vigilanza.

A riguardo, coerentemente alle risorse assegnate dalla Regione per l'esercizio 2016 con la D.G.R. n. 34-2054 del 01/09/2015¹ e nelle more delle ulteriori indicazioni attuative nazionali/regionali, si precisa che il piano di efficientamento aziendale non tiene conto delle eventuali spese imputabili a:

- nuovi LEA 2016 rispetto al 2015
- rinnovi contrattuali SSR - CCNL
- nuovi vaccini introdotti nel piano nazionale prevenzione 2016-2018 rispetto al 2015 (PNPV)
- spese non sanitarie, riconosciute in allegato A della nota prot. n°17381/A1407A_004 del 17/09/2015, che di seguito sono riportate:
 - Psichiatria - Assegni terapeutici di cura;
 - Borse lavoro pazienti psichiatrici - Assegni di cura;
 - Altri - Assegni di cura (quota non a carico SSR);
 - Quota sociale (assistito/comune) per ricoveri in strutture residenziali socio-sanitarie per continuità assistenziale da dimissione ospedaliera; Quota sociale relativa ai primi 60 gg per ricoveri in dimissione ospedaliera;

¹ L'importo assegnato per l'esercizio 2016 è pari all'importo regionale assegnato per l'esercizio 2015 ridotto dall'obiettivo di efficientamento ulteriore assegnato per l'esercizio 2016, pari al 15% (20% del 2016 ridotto del 5% assegnato per il 2015), ed integrato di un contributo per farmaci innovativi pari alla spesa stimata per le terapie di cura dell'epatite.

	Piano di efficientamento 2016	 REGIONE PIEMONTE
	Titolo Piano di efficientamento economico-finanziario in attuazione alla DGR 34-2054 del 01/09/2015	

- Inserimento in strutture residenziali e semi- residenziali per soggetti con Alzheimer e altre demenze in Nuclei Alzheimer Temporanei e Centri Diurni Alzheimer - Maggiore quota sanitaria rispetto a dpcm 2001;
- Inserimento in strutture residenziali e semi - residenziali per Disabili - Maggiore quota sanitaria rispetto a dpcm 2001;
- Prestazioni DCR357/1997, gruppi appartamento psichiatrici - Maggiore quota sanitaria rispetto a dpcm 2001;
- Prestazioni DCR357/1997, comunità alloggio psichiatriche - Maggiore quota sanitaria rispetto a dpcm 2001;
- Altre prestazioni - Maggiore quota sanitaria rispetto a dpcm 2001;
- Inserimenti in nuclei NSIV e NAC-maggiore quota sanitaria rispetto al DPCM 2001 sui LEA.

Mentre, con riferimento alle restanti spese vincolate coperte da contributi regionali Extra FSR, si precisa che il Piano di efficientamento riporta la stima sia della spesa e sia dei relativi ricavi. In particolare, rientrano in detta fattispecie gli oneri da sostenere per la Legge 210/92 e le rate relative al disavanzo sanità anno 2000.



In ultimo, si specifica che il presente piano di efficientamento sarà oggetto di integrazioni/rettifiche che potranno rendersi necessarie a seguito dei decreti nazionali attuativi dell'articolo del disegno di legge di stabilità 2016 inerente ai "Piani di rientro e riqualificazione degli Enti del Servizio sanitario nazionale e monitoraggio budget ospedalieri"²

² Per le Aziende del SSR rientranti nell'articolo del disegno di legge di stabilità 2016, a titolo indicativo e non esaustivo, si precisa che il piano di efficientamento dovrà essere integrato/rettificato, entro i novanta giorni successivi all'emanazione del provvedimento nazionale di individuazione dei criteri di applicazione, al fine di recepire gli obiettivi programmatici triennali.

2. AZIENDA SANITARIA REGIONALE IN CIFRE

A. MACROLIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA AZIENDALI 2014

Macrolivello	Importo (mil. di €)
Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	12.032,53
Igiene e sanità pubblica	3.552,72
Igiene degli alimenti e della nutrizione	1.145,22
Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro	1.076,54
Sanità pubblica veterinaria	3.675,16
Attività di prevenzione rivolte alle persone	846,38
Servizio medico legale	1.736,51
Assistenza distrettuale	146.516,01
Guardia medica	1.646,09
Medicina generale	16.672,88
Emergenza sanitaria territoriale	1.784,35
Assistenza farmaceutica	41.831,42
• Ass. farmaceutica erogata tramite le farmacie convenzionate	25.959,07
• Ass. farmaceutica erogata per File F e Primo ciclo (incluso farmaci H)	4.342,00
• Ass. farmaceutica erogata per DPC	3.296,00
• Ass. farmaceutica erogata per Doppio canale	4.198,00
• Altre forme di erogazione dell'assistenza farmaceutica	4.036,35
Assistenza Integrativa	4.072,83
Assistenza Specialistica	45.527,16
Assistenza Protesica	4.484,86
Assistenza Idrotermale	218,31
Altra assistenza territoriale	30.278,11
• Assistenza programmata a domicilio (ADI)	4.446,46
• Assistenza alle donne, famiglia, coppie (consultori)	1.160,55
• Assistenza psichiatrica	5.123,40
• Assistenza riabilitativa ai disabili	6.237,43
• Assistenza ai tossicodipendenti	2.682,58
• Assistenza agli anziani	10.337,42
• Assistenza ai malati terminali	-
• Assistenza a persone affette da HIV	290,27
Assistenza ospedaliera	141.978,65
Attività di pronto soccorso	12.845,57
Ass. ospedaliera per acuti	111.503,29
• in Day Hospital e Day Surgery	17.434,25
• in degenza ordinaria	94.069,04
Interventi ospedalieri a domicilio	-
Ass. ospedaliera per lungodegenti	3.946,24
Ass. ospedaliera per riabilitazione	13.683,55
Emocomponenti e servizi trasfusionali	-
Trapianto organi e tessuti	-
Centri regionali di servizio a supporto delle attività sanitarie	300.527,19

	Piano di efficientamento 2016	
	Titolo Piano di efficientamento economico-finanziario in attuazione alla DGR 34-2054 del 01/09/2015	

B. ANALISI AMBIENTALE EPIDEMIOLOGICO-SANITARIA

Il profilo di salute della popolazione ASL CN2 accompagna il Piano di efficientamento 2016 redatto secondo le linee di indirizzo regionali.

Questa parte introduttiva si propone di tracciare il profilo di salute “generale” della popolazione attraverso il ricorso alle principali fonti informative disponibili. Il profilo di salute è articolato in quattro paragrafi: demografia, caratteristiche sociali, stato di salute e stili di vita.

DEMOGRAFIA

La popolazione residente nel territorio dell'ASL CN2 risulta essere al 31 dicembre 2014 di 171.865 abitanti, pari al 3,9% della popolazione residente nella Regione Piemonte.

Il territorio dell'ASL CN2 comprende 76 Comuni ed è ripartito funzionalmente in due distretti:



- il Distretto di Alba costituito da 65 Comuni e con una popolazione, al 31.12.2014, di 105.852 abitanti;
- il Distretto di Bra, costituito da 11 Comuni e con una popolazione, al 31.12.2014, di 66.013 abitanti.

I Comuni di Alba e Bra sono i centri con il maggior numero di abitanti, rispettivamente 31.353 e 29.744, cui seguono Cherasco (9.052), Sommariva del Bosco (6.388), Canale (5.636) (Tab. 1).

Tabella 1- Popolazione residente e densità della popolazione nei Comuni dell'ASL CN2 - Anno 2014 (l'asterisco segnala i Comuni appartenenti al Distretto di Bra).

Comune	Maschi	Femmine	Totale	Area (kmq)	Densità della popolazione
Alba	14759	16594	31353	54,9	570,7
Albaretto della Torre	122	121	243	5,3	45,8
Arguello	104	96	200	4,7	42,4
Baldissero d'Alba	553	535	1088	14,7	74,2
Barbaresco	333	337	670	7,5	89,2
Barolo	347	396	743	5,8	128,5
Benevello	251	224	475	5,2	91,2
Bergolo	32	36	68	3,3	20,7
Borgomale	193	202	395	8,9	44,6
Bosia	93	89	182	5,4	33,5
Bossolasco	343	359	702	14,3	49,0
Bra*	14350	15394	29744	59,5	500,0
Camo	107	98	205	3,7	55,3
Canale	2785	2851	5636	18,3	308,7
Castagnito	1080	1088	2168	6,7	324,1
Castelletto Uzzone	175	159	334	14,6	22,8
Castellinaldo	474	471	945	8,0	118,4
Castiglione Falletto	363	356	719	4,6	155,0
Castiglione Tinella	439	454	893	11,9	75,2
Castino	254	237	491	15,8	31,0
Ceresole Alba*	1094	1021	2115	36,9	57,4

Comune	Maschi	Femmine	Totale	Area (kmq)	Densità della popolazione
Cerretto Langhe	223	218	441	9,8	44,8
Cherasco*	4464	4588	9052	80,7	112,2
Cissone	46	37	83	5,9	14,1
Corneliano d'Alba	1043	1106	2149	10,0	214,0
Cortemilia	1160	1203	2363	24,2	97,6
Cossano Belbo	487	495	982	21,1	46,5
Cravanzana	197	216	413	7,9	52,6
Diano d'Alba	1810	1748	3558	17,7	201,0
Feisoglio	159	164	323	7,6	42,6
Gorzegno	153	159	312	13,8	22,5
Govone	1073	1152	2225	19,1	116,6
Grinzane Cavour	973	1037	2010	4,0	503,8
Guarene	1742	1787	3529	13,1	268,8
La Morra*	1384	1370	2754	24,0	114,7
Lequio Berria	265	232	497	11,8	42,3
Levice	122	110	232	16,5	14,0
Magliano Alfieri	1046	1086	2132	9,3	229,2
Mango	650	666	1316	20,3	64,8
Monchiero	310	284	594	5,1	116,0
Monforte d'Alba	1027	1067	2094	25,5	82,2
Montà	2285	2452	4737	26,4	179,8
Montaldo Roero	431	437	868	12,2	71,2
Montelupo Albese	262	272	534	6,5	82,0
Monteu Roero	831	811	1642	24,1	68,1
Monticello d'Alba	1134	1180	2314	10,7	216,9
Narzole*	1688	1737	3425	26,0	131,7
Neive	1665	1766	3431	21,2	161,8
Neviglie	195	195	390	8,0	48,6
Niella Belbo	188	190	378	18,0	21,0
Novello	496	502	998	11,5	87,0
Perletto	154	141	295	10,2	28,8
Pezzolo Valle Uzzone	172	173	345	26,9	12,8
Piobesi d'Alba	643	641	1284	4,1	316,3
Pocapaglia*	1663	1704	3367	16,7	201,3
Priocca	962	1025	1987	8,8	225,8
Rocchetta Belbo	89	84	173	4,4	39,1
Roddi	782	812	1594	9,6	166,9
Roddino	208	181	389	10,5	37,0
Rodello	483	491	974	8,7	111,7
San Benedetto Belbo	92	90	182	4,7	38,5
San Giorgio Scarampi	63	62	125	5,6	22,5
Sanfrè*	1481	1533	3014	15,8	191,4
Santa Vittoria d'Alba*	1361	1406	2767	9,9	279,8
Santo Stefano Belbo	1966	2048	4014	23,7	169,4
Santo Stefano Roero	671	726	1397	13,2	105,8
Serralunga d'Alba	297	272	569	8,5	66,9
Serravalle Langhe	171	151	322	8,7	37,1

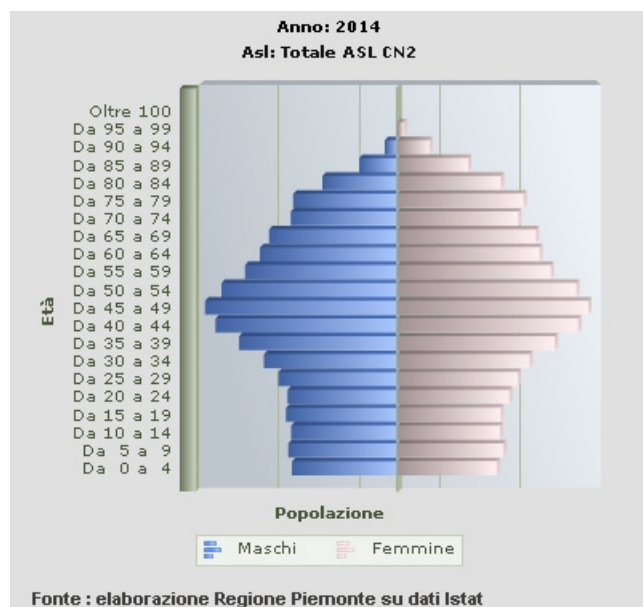
	Piano di efficientamento 2016	 REGIONE PIEMONTE
	Titolo Piano di efficientamento economico-finanziario in attuazione alla DGR 34-2054 del 01/09/2015	

Comune	Maschi	Femmine	Totale	Area (kmq)	Densità della popolazione
Cissole	46	37	83	5,9	14,1
Sommariva del Bosco*	3147	3241	6388	35,0	182,4
Sommariva Perno*	1368	1453	2821	17,2	164,2
Torre Bormida	105	98	203	7,6	26,6
Treiso	420	389	809	9,3	86,9
Trezzo Tinella	177	164	341	10,8	31,7
Verduno*	282	284	566	7,3	77,3
Veza d'Alba	1137	1121	2258	14,1	160,7
TOTALE ASL	83.931	87.934	171.865	1122,1	153,2

La densità della popolazione residente nell'ASL CN2 nell'anno 2014 è di 153,2 abitanti per chilometro quadrato (Distretto di Alba: 133,5; Distretto di Bra: 200,6); quella del 2005 era di 145,9. Quella del Piemonte nel 2014 è di 174,3, mentre nella Provincia di Cuneo il valore è di 85,9).

La popolazione di sesso femminile è complessivamente più numerosa di quella maschile (51,2% contro il 48,8%). In particolare, con l'aumentare dell'età, il numero di uomini decresce; a novanta anni ed oltre le donne rappresentano il 72,7% della popolazione. La struttura della popolazione residente, per sesso e classi quinquennali di età, è rappresentata graficamente dalla "piramide dell'età" (Grafico 1).

Grafico 1 - Popolazione per età e sesso nell'ASL CN2 – Anno 2014

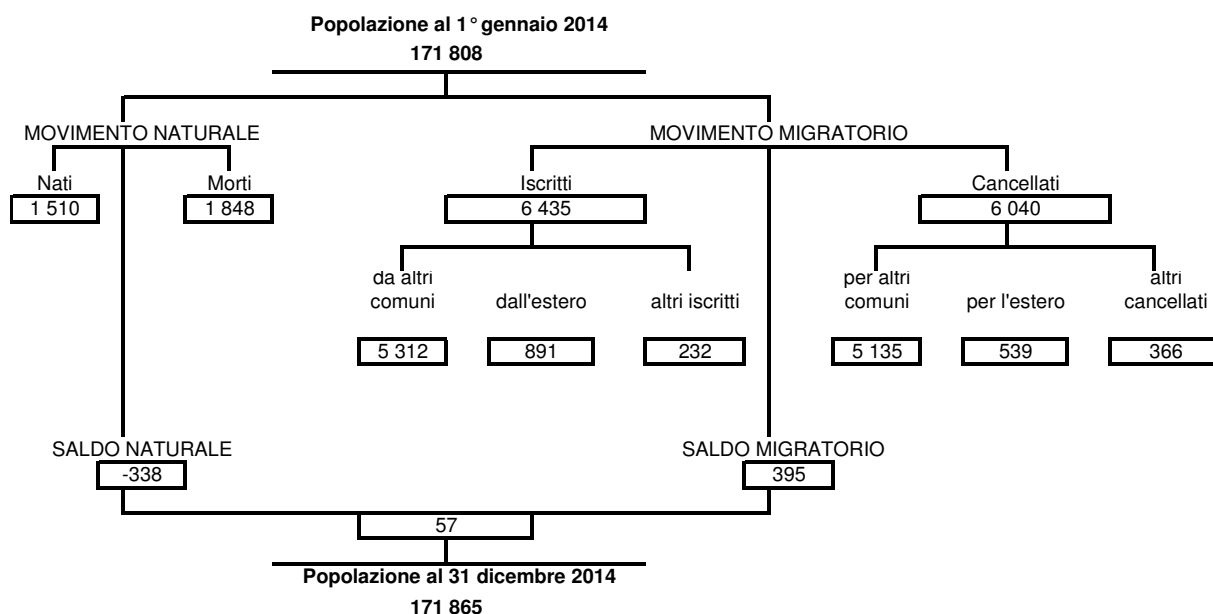


L'età media della popolazione nell'anno 2014 è di 44,7 anni, nel 2005 di 43,5; in Piemonte nel 2014 l'età media si attesta a 45,7 anni.

Gli stranieri residenti al 31.12.2014 nell'ASL CN2 sono 19.821, pari all' 11,5% del totale dei residenti. In Piemonte gli stranieri residenti a fine anno 2014 sono 425.448, pari al 9,6% del totale dei residenti.

Nel 2014 nell'ASL CN2, il saldo naturale è negativo con i decessi che superano le nascite di 338 unità, confermando una tendenza ormai da tempo stabile, mentre il saldo migratorio (iscritti – cancellati) è positivo (395) (Figura 1).

Figura 1 – Dinamica demografica nell'ASL CN2 nel 2014 (Fonte ISTAT)



L'andamento della struttura della popolazione dell'ASL CN2 nell'ultimo decennio è caratterizzato da una serie di elementi:

- il totale della popolazione è aumentato complessivamente nel decennio 2005–2014 di 8.170 unità, con una diminuzione registrata nel 2011, conforme al dato regionale, conseguente alle operazioni censuarie;
- dal 2005 al 2014 il numero assoluto dei nati ha subito poche variazioni attestandosi ad un valore di circa 1.500; mentre il tasso di natalità si è stabilizzato nel triennio 2012–2014 (Tab. 2, 3);
- il numero dei morti è caratterizzato da ripetute oscillazioni, nel 2014 il numero assoluto dei decessi (1.848) è diminuito di 28 unità rispetto al 2013 (Tabella 2);



	Piano di efficientamento 2016	
	Titolo Piano di efficientamento economico-finanziario in attuazione alla DGR 34-2054 del 01/09/2015	

Tabella 2 – Saldo della popolazione, movimento naturale e migratorio della popolazione ASL CN2 - Anni 2005-2014.

Anni	Popolazione	Nati	Morti	Saldo naturale	Iscritti	Cancellati	Saldo migratorio
2005	163.695	1.500	1.761	-261	6.060	4.998	1.062
2006	164.400	1.428	1.803	-375	6.424	5.344	1.080
2007	167.079	1.563	1.782	-219	8.352	5.454	2.898
2008	169.039	1.566	1.879	-313	7.606	5.333	2.273
2009	170.448	1.563	1.820	-257	6.802	5.136	1.666
2010	171.457	1.535	1.825	-290	6.809	5.510	1.299
2011	169.172	1.515	1.807	-292	6.801	5.917	884
2012	170.520	1.502	1.870	-368	8.316	6.600	1.716
2013	171.808	1.515	1.876	-361	8.115	6.466	1.649
2014	171.865	1.510	1.848	-338	6.435	6.040	395

- nel 2014 i tassi strutturali della popolazione relativamente alla mortalità e ai flussi migratori hanno subito un decremento rispetto al 2013; in particolar modo il tasso di iscrizione (37,4) si attesta agli stessi livelli del 2005 (Tabella 3).



Tabella 3 - Tassi strutturali della popolazione per 1.000 dell'ASL CN2 - Anni 2005-2014.

Anni	Tasso di natalità	Tasso di mortalità	Tasso di iscrizione	Tasso di cancellazione
2005	9,2	10,8	37,1	30,6
2006	8,7	11,0	39,2	32,6
2007	9,4	10,8	50,4	32,9
2008	9,3	11,2	45,3	31,7
2009	9,2	10,7	39,9	30,1
2010	9,0	10,6	39,7	32,1
2011	8,9	10,6	40,2	35,0
2012	8,8	11,0	48,2	38,7
2013	8,8	10,9	47,2	37,6
2014	8,8	10,8	37,4	35,1

Nel 2014, l'indice di natalità dell'ASL CN2, inteso come rapporto tra il numero di nati vivi e la popolazione totale per 1000, è di 8,8, superiore al dato Regionale (7,8) e provinciale (8,7). Dalla valutazione degli indici di natalità calcolati per entrambi i Distretti dell'ASL, si conferma che il Distretto di Bra ha una natalità più elevata (9,1) rispetto al Distretto di Alba (8,6).

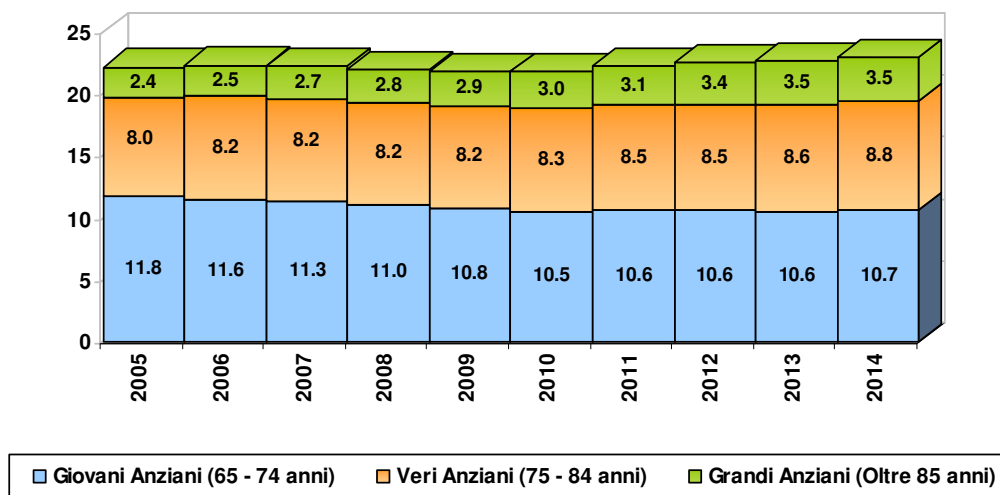
Per quanto riguarda gli anziani nell'ASL CN2 al 31 dicembre 2014, si stimano 39.479 ultrasessantacinquenni ossia il 23% della popolazione totale (indice di invecchiamento – nel 2005: 22,2%), mentre i minori di 15 anni rappresentano il 13,5%.

Dall'analisi della distribuzione della popolazione anziana nell'ASL CN2, facendo riferimento ad una classificazione per classi di età che distingue tre sottocategorie e cioè i cosiddetti "giovani-vecchi" di età compresa tra 65 e 74 anni, i "veri vecchi" da 75 a 84 anni, e i "grandi vecchi" di 85 anni e

	Piano di efficientamento 2016	 REGIONE PIEMONTE
	Titolo Piano di efficientamento economico-finanziario in attuazione alla DGR 34-2054 del 01/09/2015	

oltre, emerge che i “giovani-vecchi” sono 10,7%, quelli di età compresa tra i 75–84 anni 8,8% e gli ultraottantacinquenni 3,5% (Grafico 2).

Grafico 2 - Popolazione ASL CN2 di 65 anni e oltre per fasce di età Anni 2005-2014 (valori percentuali).



Ulteriori indicazioni relative alle tendenze di sviluppo demografico della popolazione sono desunte dallo studio di taluni indicatori demografici cosiddetti “strutturali” quali



- “l’indice di vecchiaia” = popolazione in età 65 anni e più x 100 abitanti in età 0 – 14 anni,
- “l’indice di dipendenza o carico sociale” = popolazione in età 0 – 14 anni + popolazione in età 65 anni e più x 100 abitanti in età 15 – 64 anni,
- “l’indice di struttura” = popolazione in età 40 – 64 anni x 100 abitanti in età 15 – 39 anni.

Nel 2014 nell’ASL CN2 l’indice di vecchiaia risulta di 169,6, mentre quello piemontese è di 189,6. Nel 2005 l’indice di vecchiaia per l’ASL CN2 è di 164,7.

Gli indicatori a seguire forniscono informazioni rispetto alla struttura economica, produttiva e sociale della popolazione.

L’**indice di dipendenza o carico sociale** nell’ASL CN2 è di 57,5 nel 2014, nel 2005 è pari a 55,4. Quello del Piemonte nel 2014 è di 59,7. Esso mette a confronto le fasce di età non attive con quelle produttive.

L’**indice di struttura** nell’anno 2014 è di 134,1, nel 2005 107,1; quello del Piemonte nel 2014 è di 143,7. Questo indicatore stima il grado di invecchiamento della popolazione attiva. Un indicatore inferiore a 100 indica una popolazione in cui la fascia in età lavorativa è giovane; ciò è un vantaggio in termini di dinamismo e capacità di adattamento e sviluppo della popolazione, ma può essere anche considerato in modo negativo per la mancanza di esperienza lavorativa e per il pericolo rappresentato dalla ridotta disponibilità di posti di lavoro lasciati liberi dagli anziani che divengono pensionati.

	Piano di efficientamento 2016	 REGIONE PIEMONTE
	Titolo Piano di efficientamento economico-finanziario in attuazione alla DGR 34-2054 del 01/09/2015	

CARATTERISTICHE SOCIALI

Le condizioni socio-economiche degli individui costituiscono un importante predittore di salute, ad esempio persone maggiormente istruite, con un lavoro ed un reddito stabile e in buone condizioni economiche hanno indicatori di salute più favorevoli di chi non possiede queste caratteristiche.

Il numero delle famiglie è pari a 73.634 nel 2014 (nel 2005: 67.816), con un numero medio di componenti per famiglia di 2,3 (Regione Piemonte: 2,2).

La quota di famiglie unipersonali nel 2011, calcolata in occasione del 15° Censimento generale, ultimo dato ad oggi disponibile, della popolazione e delle abitazioni, è pari a 31,4%. Quella della Regione Piemonte è del 34,4%.

Il sistema di sorveglianza PASSI consente di analizzare nella popolazione 18-69 anni ASL CN2 alcune caratteristiche socio-demografiche tra cui il livello di istruzione, le difficoltà economiche percepite e il lavoro continuativo. Nell'ASL CN2 nel periodo 2011-2014, su un campione casuale di 1.100 persone intervistate, il 57% ha complessivamente un **livello di istruzione** alto (licenza media superiore o laurea); il 71% degli intervistati compresi nella fascia di età 18-65 anni ha un lavoro regolare e il 6% dichiara che ha molte difficoltà economiche.

I dati Passi 2011-2014 evidenziano per le ASL del quadrante cuneese un quadro socio-economico migliore rispetto alle altre ASL piemontesi: le percentuali delle persone tra 18 e 65 anni con **lavoro continuativo** e delle persone 18 ed i 69 anni che dichiarano di "arrivare a fine mese" senza **difficoltà economiche** sono significativamente maggiori rispetto al valore regionale (Grafici 3 e 4).

Grafico 3 - Lavoro continuativo. Prevalenze per ASL – Passi 2011-14. Regione Piemonte:61,1% (IC95%: 60,1%-62%). Righe orizzontali: limiti IC95% della prevalenza regionale.

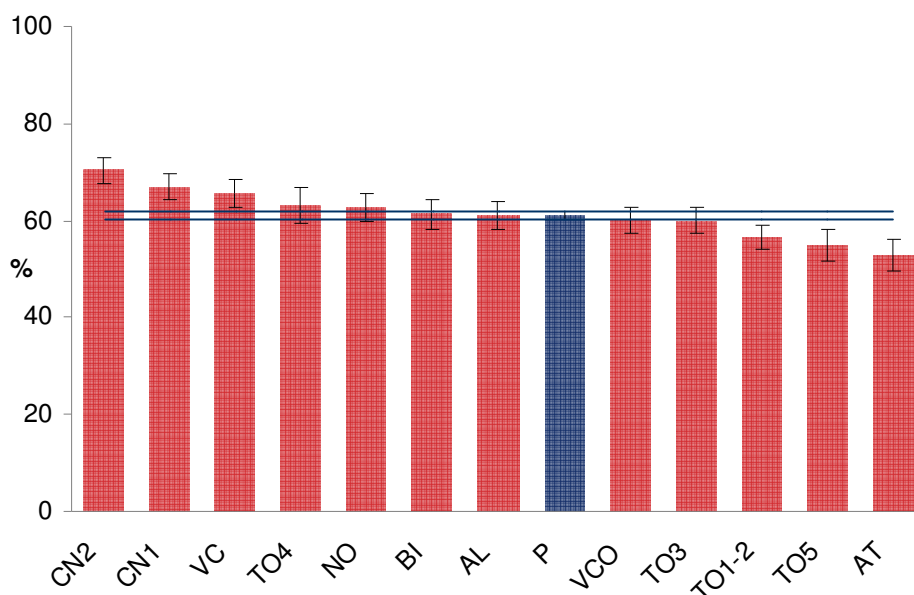
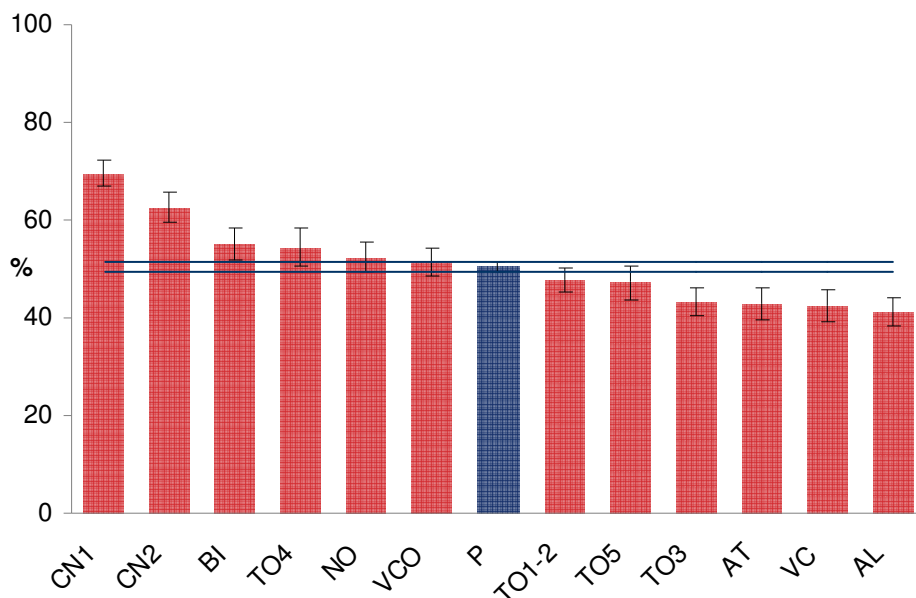


Grafico 4 - "Arriva a fine mese" senza difficoltà economica. Prevalenze per ASL – Passi 2011-14. Regione Piemonte: 50,5% (IC95%: 49,5% -51,5%). Righe orizzontali: limiti IC95% della prevalenza regionale.



LO STATO DI SALUTE



La speranza di vita alla nascita, cioè il numero di anni che un nuovo nato può "sperare" di vivere essendo nato in un dato anno e in un dato contesto, è internazionalmente riconosciuto come uno dei più importanti indicatori dello stato di salute di una popolazione dal momento che, a determinarne il valore, concorrono i diversi determinanti sociali, ambientali e sanitari che definiscono la salute di una popolazione.

La speranza di vita alla nascita (0 anni), a 35 e a 65 anni, si attesta nel 2012 a 79,8, 45,6 e 18,4 anni per gli uomini e a 84,5, 50 e 21,8 anni per le donne (Tabella 4).

Tabella 4 –Speranza di vita a zero, 35 e 65 anni (2004-2012).

Anno	Speranza di vita a 0 anni		Speranza di vita a 35 anni		Speranza di vita a 65 anni	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
2004	78,4	83,9	44,4	49,5	17,6	21,6
2005	78,2	84,2	45,2	49,5	18,0	21,3
2006	78,2	84,5	44,4	49,8	17,4	21,8
2007	79,6	84,6	45,4	49,9	17,8	21,6
2008	79,4	84,0	45,3	49,5	18,0	21,0
2009	79,4	84,6	45,4	50,0	18,1	21,6
2010	79,6	84,7	45,5	50,5	18,3	22,0
2011	80,1	84,7	46,1	50,5	18,3	22,2
2012	79,8	84,5	45,6	50,0	18,4	21,8

Per quanto riguarda la **mortalità generale**, nel 2012 (ultimo dato disponibile desunto dalla codifica ed elaborazione delle informazioni presenti nelle schede di morte ISTAT), nel territorio dell'ASL

	Piano di efficientamento 2016	
	Titolo Piano di efficientamento economico-finanziario in attuazione alla DGR 34-2054 del 01/09/2015	

CN2 il numero di decessi osservati è di 1.846, di cui 906 maschi, con un Tasso standardizzato di mortalità di 575,04 per 100.000 abitanti, e 940 donne, con un Tasso standardizzato di mortalità di 360,38 per 100.000 abitanti (Tabella 5).

La mortalità generale si rivela in difetto in entrambi i sessi rispetto al dato regionale, difetto che non risulta statisticamente significativo.

Tabella 5 –Mortalità generale ASL CN2 – Anno 2012 (Fonte: schede ISTAT).

Causa di morte	N. osservati	Tasso Grezzo	TS	SMR	Ici SMR	IcS SMR
Mortalità generale - M	906	1.088,34	575,04	95,42	89,3	101,86
Mortalità generale - F	940	1.077,07	360,38	97,36	91,22	103,8

La mortalità generale, dal 1993 al 2012, si è ridotta sia in Piemonte che nell'ASL CN2 per la popolazione maschile e femminile (Tab. 6).

Tabella 6 – Mortalità generale. Tassi standardizzati per 100.000 abitanti, anni 1993-2012, maschi e femmine.

Anno	Maschi		Femmine	
	ASL CN2	Regione Piemonte	ASL CN2	Regione Piemonte
1993	930,72	932,86	495,12	526,01
1994	881,48	914,84	553,17	527,86
1995	857,7	910,1	526,21	513,71
1996	821,5	855,24	465,59	483,98
1997	824,14	843,67	495,76	483,19
1998	816,59	839,38	536,56	483,79
1999	794,74	825,61	499,12	482,05
2000	771,59	770,75	435,94	452,55
2001	754,12	762,27	450,26	450,77
2002	717,54	752,41	423,23	448,49
2003	732,04	776,09	460,51	470,49
2004	696,69	700,71	408,41	411,33
2005	670,15	701,26	413,75	426,6
2006	701,51	670,78	385,9	406,66
2007	620,94	652,17	385,53	392,59
2008	622,8	640,18	410,95	400,3
2009	617,38	634,42	378,37	396,09
2010	603,45	607,37	365,01	375,25
2011	585,59	611,34	364,96	375,68
2012	575,04	600,36	360,38	380,65

Per quanto riguarda la mortalità per cause, nel 2012, le malattie dell'apparato cardiocircolatorio e neoplastiche si confermano le principali cause di morte, cui seguono le malattie dell'apparato respiratorio.

I decessi per malattie cardiovascolari e tumorali rappresentano complessivamente il 62,69% delle morti tra i maschi ed il 62,87% tra le femmine (Graf. 5-6, Tab. 7, 8).

Grafico 5 – Mortalità percentuale per cause ASL CN2 – Maschi Anno 2012.

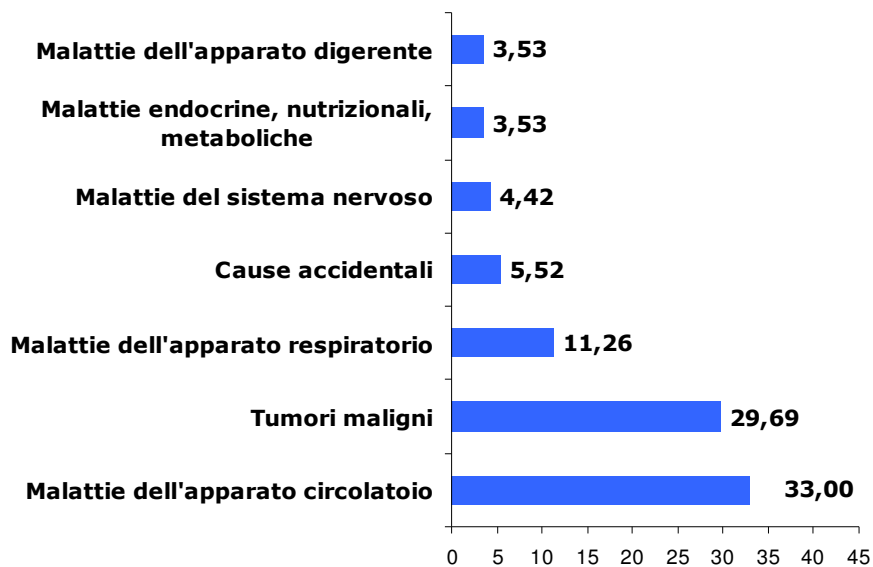
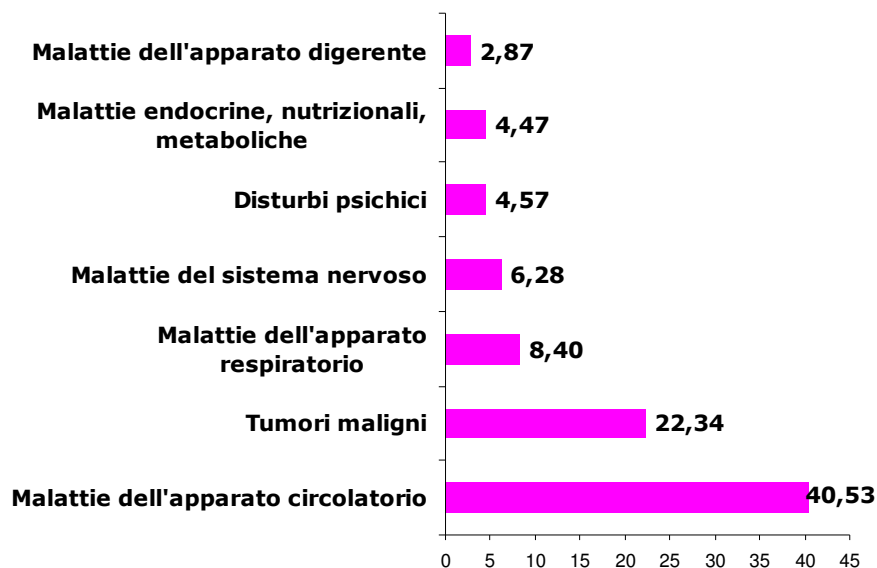


Grafico 6 – Mortalità percentuale per cause ASL CN2 – Femmine Anno 2012.





	Piano di efficientamento 2016		
	Titolo Piano di efficientamento economico-finanziario in attuazione alla DGR 34-2054 del 01/09/2015		

Tabella 7 – Mortalità per tutte le cause ASL CN2 - Anno 2012. Maschi.

Causa di morte	Osservati	Tasso grezzo	TS	SMR	IcI SMR	IcS SMR
Malattie dell'apparato circolatorio	299	359,18	176,05	94,73	84,28	106,13
Tumori maligni	269	323,14	183,76	87,37	77,22	98,48
Malattie dell'apparato respiratorio	102	122,53	54,15	121,27	98,84	147,27
Cause accidentali	50	60,06	40,07	121,02	89,76	159,63
Malattie del sistema nervoso	40	48,05	25,59	113,62	81,1	154,81
Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche	32	38,44	21,37	103,83	70,95	146,68
Malattie dell'apparato digerente	32	38,44	20,21	86,61	59,18	122,35
Malattie infettive	22	26,43	14,2	97,44	60,99	147,65
Disturbi psichici	21	25,23	12,44	91,61	56,63	140,15
Tumori benigni, in situ, incerti	13	15,62	9,05	99,52	52,87	170,36
Malattie dell'apparato genito-urinario	11	13,21	6,92	68,43	34,06	122,57
Stati morbosi e maldefiniti	6	7,21	3,22	53,96	19,66	117,61
Malattie della pelle e del sottocutaneo	3	3,6	1,45	216,76	43,39	634,32
Malattie del sangue, degli organi emopoietici e disordini immunitari	2	2,4	2,36	56,29	6,28	203,58
Malattie osteomuscolari e del connettivo	2	2,4	1,49	56,82	6,34	205,5
Malformazioni congenite e cause perinatali	2	2,4	2,68	59,83	6,68	216,4

Tabella 8 – Mortalità per tutte le cause ASL CN2 - Anno 2012. Femmine.

Causa di morte	Osservati	Tasso grezzo	TS	SMR	IcI SMR	IcS SMR
Malattie dell'apparato circolatorio	381	436,56	118,4	98,83	89,14	109,29
Tumori maligni	210	240,62	107,51	92,2	80,13	105,58
Malattie dell'apparato respiratorio	79	90,52	24,26	114,24	90,39	142,43
Malattie del sistema nervoso	59	67,6	26,33	135,13	102,8	174,39
Disturbi psichici	43	49,27	13,32	97	70,14	130,73
Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche	42	48,12	15,55	110,41	79,51	149,33
Malattie dell'apparato digerente	27	30,94	10,2	74,44	49	108,39
Cause accidentali	25	28,65	14,87	97,08	62,75	143,41
Malattie infettive	19	21,77	7,22	73,78	44,35	115,32
Malattie dell'apparato genito-urinario	19	21,77	9,36	125,28	75,31	195,81

	Piano di efficientamento 2016	 REGIONE PIEMONTE
	Titolo Piano di efficientamento economico-finanziario in attuazione alla DGR 34-2054 del 01/09/2015	

Causa di morte	Osservati	Tasso grezzo	TS	SMR	IcI SMR	IcS SMR
Stati morbosi e maldefiniti	18	20,62	6,07	65,83	38,95	104,12
Tumori benigni, in situ, incerti	6	6,87	1,95	62,87	22,91	137,02
Malattie del sangue, degli organi emopoietici e disordini immunitari	5	5,73	1,34	99,56	32	232,64
Malattie osteomuscolari e del connettivo	4	4,58	1,26	58,13	15,59	149,04
Malattie della pelle e del sottocutaneo	2	2,29	0,53	77,11	8,61	278,89
Malformazioni congenite e cause perinatali	1	1,15	2,22	37,04	0,48	206,48

Le **malattie dell'apparato cardiocircolatorio** rappresentano nella ASL CN2 la prima causa di morte sia per le femmine (40,53%) che per la popolazione maschile (33%) (Graf. 5-6). Nel 2012, la mortalità per malattie dell'apparato cardiocircolatorio nell'ASL CN2 è per entrambi i sessi in difetto rispetto alla mortalità regionale, difetto che non raggiunge la significatività statistica (Tabelle 7 e 8).

Nell'ASL CN2, nel 2012, per la popolazione maschile, nell'ambito delle malattie dell'apparato cardiocircolatorio, le cause di morte più frequenti risultano le "malattie ischemiche del cuore" (40,48%), seguite dalle "malattie cerebrovascolari" (26,99%), "altre malattie dell'apparato circolatorio" (22,49%) e "ipertensione arteriosa" (10,03%). Nelle femmine invece la mortalità per "malattie cerebrovascolari" (35,7%) prevale di gran lunga sulle "malattie ischemiche del cuore" (19,16%) (Grafici 7 e 8).

Grafico 7 – Mortalità percentuale malattie dell'apparato cardiocircolatorio ASL CN2, anno 2012, maschi.

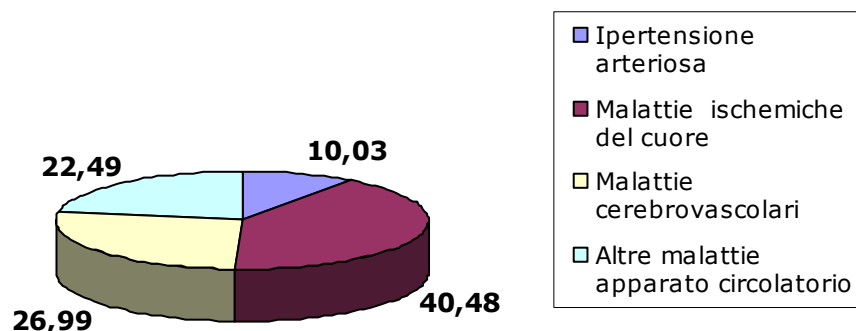
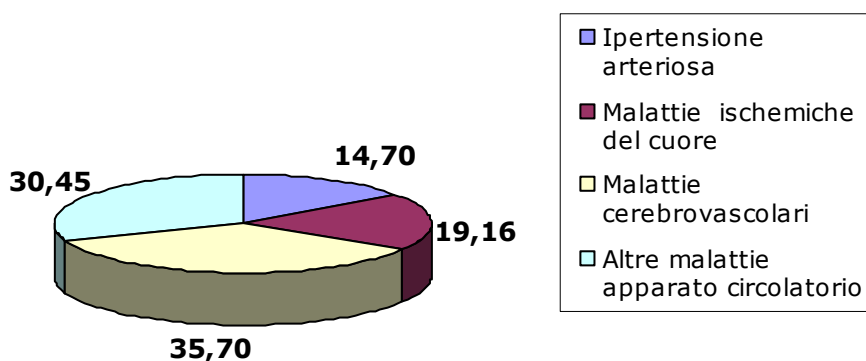


Grafico 8 – Mortalità percentuale per malattie dell'apparato cardiocircolatorio ASL CN2, anno 2012, femmine.



I **tumori maligni** rappresentano nell'ASL CN2 la seconda causa di morte sia per i maschi (29,69%) che per la popolazione femminile (22,34%) (Grafici 5 e 6). Nel 2012, la mortalità per tumori maligni nell'ASL CN2 risulta per la popolazione maschile (SMR 87,37 con ICI 77,22 ICS 98,48) in difetto rispetto alla mortalità regionale, difetto statisticamente significativo. Anche per quanto riguarda la popolazione femminile si registra un difetto di mortalità per malattie tumorali nell'ASL CN2 che non raggiunge la significatività statistica (Tabelle 7 e 8).

Nei maschi il tumore più frequente interessa le sedi "Trachea-bronchi-polmone" (28,62%), seguito dal tumore "Prostata" (7,81%) (Grafico 9). Nelle femmine è la "Mammella" la sede maggiormente colpita da tumore (16,67%), seguita da "Trachea-bronchi-polmoni" (11,43%) (Grafico 10).

Grafico 9 – Mortalità percentuale per tumori maligni ASL CN2, anno 2012, maschi.





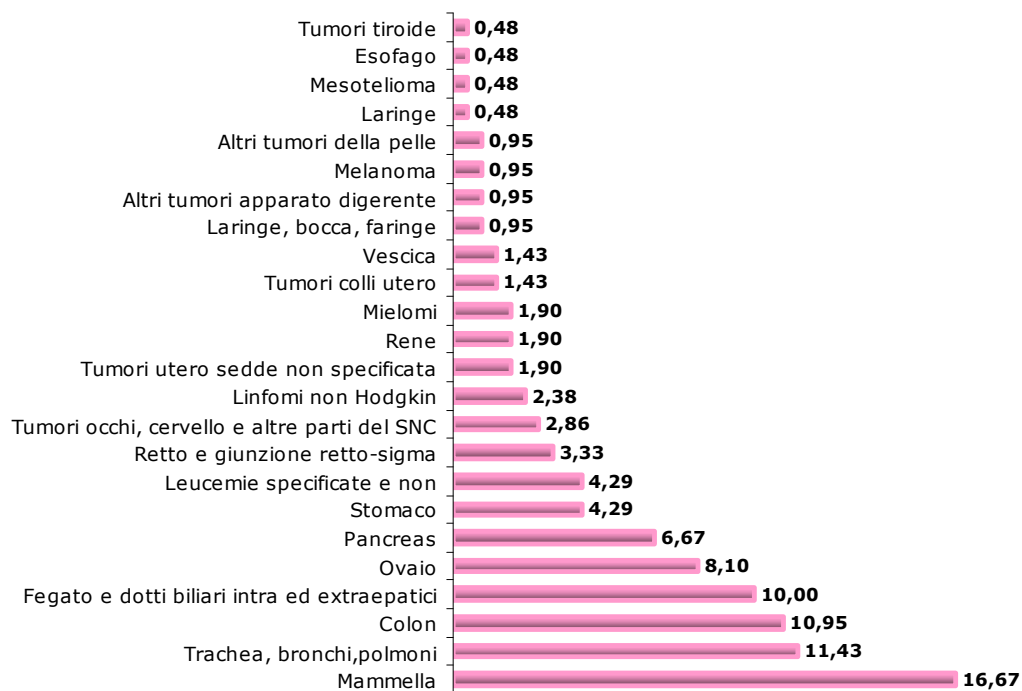
	Piano di efficientamento 2016	 REGIONE PIEMONTE
	Titolo Piano di efficientamento economico-finanziario in attuazione alla DGR 34-2054 del 01/09/2015	

Grafico 10 – Mortalità percentuale per tumori maligni ASL CN2, anno 2012, femmine.



Le **malattie dell'apparato respiratorio** rappresentano nell'ASL CN2 la terza causa di morte in entrambi i sessi (maschi 11,26%; femmine 8,4%) (Grafici 5 e 6).



Nel 2012, la mortalità per malattie dell'apparato respiratorio nell'ASL CN2 risulta, per entrambi i sessi, in eccesso rispetto alla mortalità regionale, eccesso però non statisticamente significativo.

Le **malattie del sistema nervoso** sono causa nel 2012 del 4,42% dei decessi tra gli uomini e del 6,28% tra le femmine. Nella nostra ASL si evidenzia un eccesso di mortalità, rispetto al dato regionale, in entrambi i sessi che raggiunge la significatività statistica relativamente alla popolazione femminile.

Nel territorio dell'ASL CN2 le **malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche** sono causa nel 2012 del 4,47% tra le femmine e del 3,53% dei decessi tra gli uomini, con un eccesso di mortalità rispetto al dato regionale per entrambi i sessi non statisticamente significativo.

Le **malattie dell'apparato digerente** sono causa nel 2012 del 3,53% dei decessi tra gli uomini e del 2,87% tra le femmine. Nella nostra ASL si evidenzia un difetto di mortalità, rispetto al dato regionale, statisticamente non significativo, per entrambi i sessi.

Nel territorio dell'ASL CN2 le **cause accidentali** sono responsabili nel 2012 del 5,52% dei decessi tra gli uomini e del 2,66% tra le femmine. Nella nostra ASL per la popolazione maschile si evidenzia un eccesso di mortalità non significativo rispetto al dato regionale.

	Piano di efficientamento 2016	 REGIONE PIEMONTE
	Titolo Piano di efficientamento economico-finanziario in attuazione alla DGR 34-2054 del 01/09/2015	

La mortalità per cause accidentali più frequente nell'ASL CN2 è conseguente alle “cadute ed altri infortuni” rispettivamente per il 52% nei maschi e per il 64% nelle femmine (Grafici 11 e 12).

Grafico 11 - Mortalità percentuale per le principali cause accidentali ASL CN2, anno 2012, maschi.

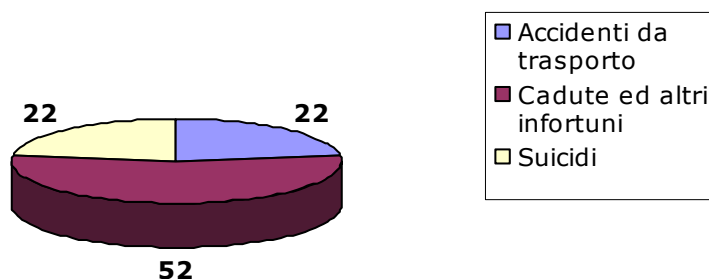
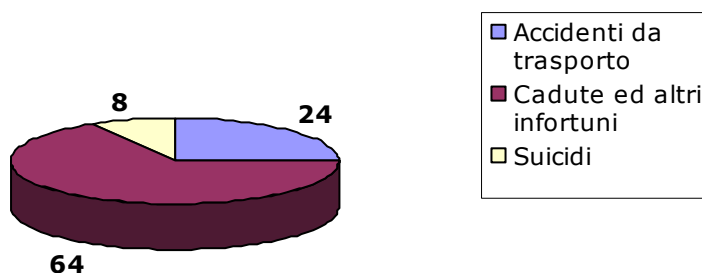




Grafico 12 – Mortalità percentuale per le principali cause accidentali ASL CN2, anno 2012, femmine.



Nell'ambito della mortalità conseguente a traumatismi, gli incidenti stradali sono responsabili del 22% dei decessi negli uomini e del 24% nelle donne (Grafici 11 e 12).

Nel territorio dell'ASL CN2 le malattie fumo correlate sono responsabili nel 2012 di 166 decessi tra gli uomini e 71 tra le femmine. Per i maschi, nella nostra ASL, si evidenzia un eccesso di mortalità, rispetto al dato regionale, per **malattie fumo correlate** eccesso che non è statisticamente significativo.

Le **malattie alcol correlate** sono responsabili nel 2012 di 33 decessi tra gli uomini e 12 tra le femmine. In entrambi i sessi nella nostra ASL si evidenzia un difetto di mortalità, rispetto al dato regionale, per malattie alcol correlate non statisticamente significativo.

	Piano di efficientamento 2016	 REGIONE PIEMONTE
	Titolo Piano di efficientamento economico-finanziario in attuazione alla DGR 34-2054 del 01/09/2015	

STILI DI VITA

Il **fumo di sigaretta** è il fattore di rischio evitabile con il maggiore impatto sulla salute tra gli uomini, ma le azioni di contrasto hanno già prodotto una diminuzione in particolare della mortalità per cause fumo correlate in questo sesso; nella popolazione adulta (18-69 anni), nell'ASL CN2, nel quadriennio 2011-2014 (Sorveglianza PASSI) la prevalenza di fumatori è del 28%, mentre quella degli ex fumatori del 21%.

A dimostrazione dell'efficacia delle azioni di prevenzione primaria, la maggior parte della popolazione adulta non ha mai fumato nel corso della sua vita e questa proporzione di popolazione risulta maggiore nelle generazioni più giovani.

L'abitudine al fumo è più diffusa negli uomini che nelle donne (rispettivamente 31% e 26%), nei 25-34enni (35%), nelle persone con una scolarità media-inferiore (35%) e in quelle con molte difficoltà economiche riferite (48%). Gli ex fumatori aumentano con l'età, sono più numerosi tra gli uomini e tra i laureati e meno presenti tra coloro che hanno difficoltà economiche. Il numero di sigarette fumate in media al giorno è pari a 12. Tra i fumatori, il 2% è un fumatore occasionale (meno di una sigaretta al giorno).



Tabella 9 - Prevalenza di fumatori ed ex fumatori, ASL CN2 Alba-Bra, Passi 2011-2014.

Settore	Ambito	Fumatori (%)	Ex fumatori (%)	Abitudine tabagica
Nei due sessi	Uomini	31,1	27,3	58,4
	Donne	25,9	15,5	41,4
Nelle classi di età	18-24 anni	32,8	1,0	33,8
	25-34 anni	35,2	18,2	53,4
	35-49 anni	28,5	21,3	49,8
	50-69 anni	24,2	28,3	52,5
Nei diversi livelli di istruzione	Nessuna/elementare	16,5	25,1	41,6
	Media inferiore	34,7	21,3	56,0
	Media superiore	29,1	19,1	48,1
	Laurea	17	27,7	44,7
Nelle diverse situazioni economiche	Molte difficoltà	48,2	19,9	68,1
	Qualche difficoltà	34,2	17,8	52,0
	Nessuna difficoltà	23,7	23,3	47,0
Cittadinanza	Straniera	28	17	45
	Italiana	28,5	21,6	50,1

La tutela delle persone dal fumo passivo, attraverso l'applicazione della Legge 3/2003, continua ad essere efficace: il 96% degli intervistati dell'ASL CN2 ha riferito che il divieto di fumo nei luoghi pubblici è sempre/quasi sempre rispettato (conformemente alla legge); tra i lavoratori intervistati il 95% ha dichiarato che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre/quasi sempre.

Il 19% dichiara che nella propria abitazione è permesso fumare (nel 14% limitatamente ad alcune stanze o situazioni e nel 5% ovunque).

Nell'ASL CN2, tra chi fumava nei 12 mesi precedenti l'intervista, il 51% ha tentato di smettere. Di questi: l'83% ha fallito (fumava al momento dell'intervista); l'8% stava ancora tentando di smettere

	Piano di efficientamento 2016	 REGIONE PIEMONTE
	Titolo Piano di efficientamento economico-finanziario in attuazione alla DGR 34-2054 del 01/09/2015	

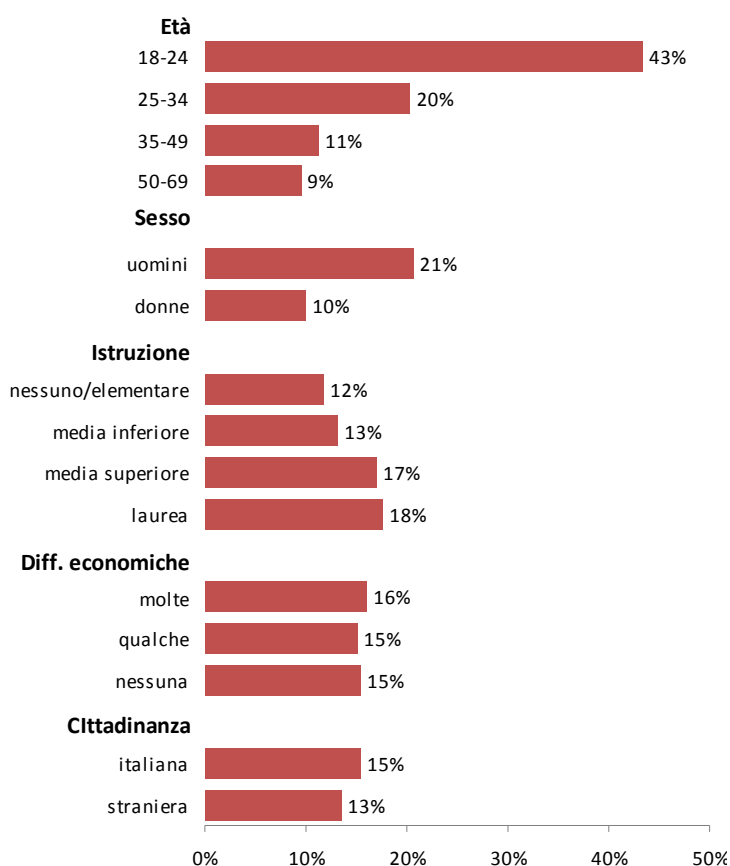
(non fumava al momento dell'intervista, ma aveva smesso da meno di 6 mesi); il 9% è riuscito a smettere (non fumava al momento dell'intervista e aveva smesso da oltre 6 mesi e meno di un anno).

L'**assunzione di bevande alcoliche** è un elemento storico della cultura piemontese ed in particolare di questo territorio caratterizzato da importanti aree di viticoltura. Nel 2011-2014 (Sorveglianza PASSI) il 64% della popolazione dell'ASL CN2 tra i 18-69 anni consuma bevande alcoliche (inteso come una unità di bevanda alcolica equivalente ad una lattina di birra o ad un bicchiere di vino o ad un bicchierino di liquore nell'ultimo mese).

Il 15% ha abitudini di consumo considerate a maggior rischio³ (complessivamente il 7% beve fuori pasto, il 3% ha un consumo abituale elevato, il 7% è bevitore binge).

La modalità di consumo a maggior rischio risulta più diffusa tra i giovani 18-24 anni, tra gli uomini e tra le persone con un livello di istruzione alto.

Grafico 13 – Consumo a maggior rischio, ASL CN2, PASSI 2011-2014., Totale: 15,3% (IC 95%: 13,33% - 17,56%).

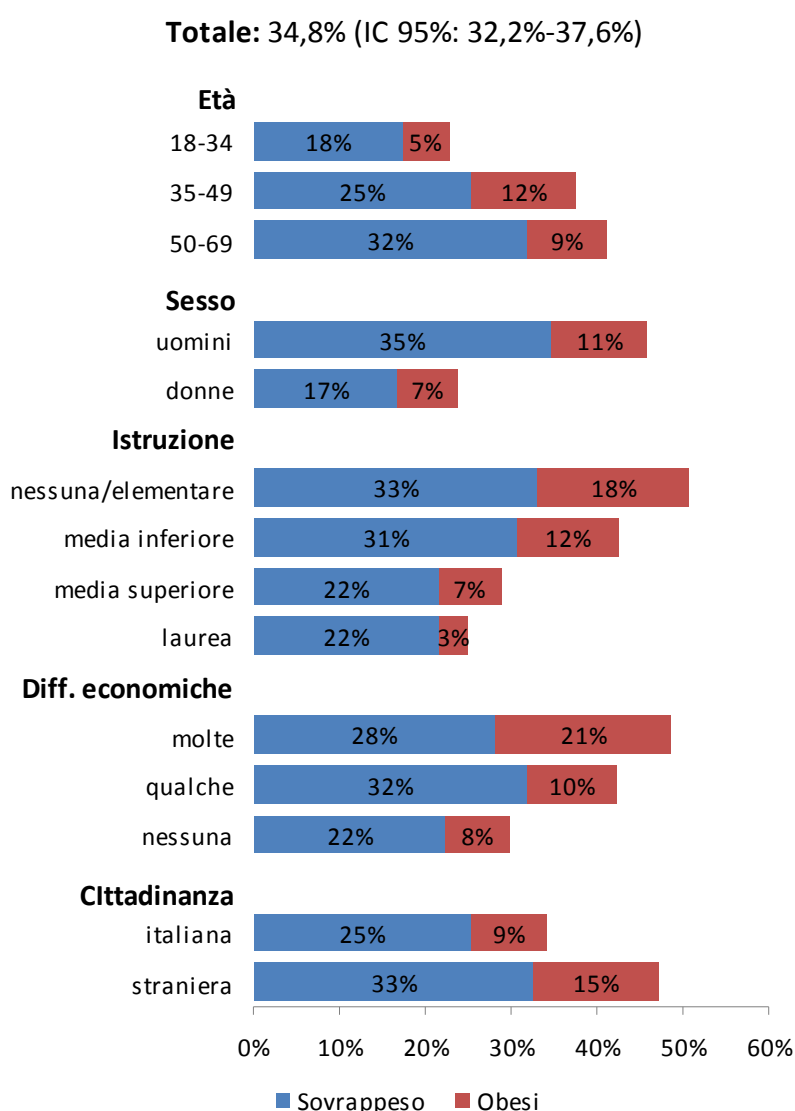


³ Consumo fuori pasto e/o consumo binge e/o consumo abituale elevato; poiché una persona può appartenere a più di una categoria, la percentuale di consumo a maggior rischio non corrisponde alla somma dei singoli comportamenti.



È nota da tempo la relazione tra l'**eccesso ponderale** (sovrappeso e obesità) e numerose situazioni di rischio e malattie croniche (es: ipertensione, diabete e malattie cardiovascolari).

Il 26% del campione intervistato di età 18-69 anni, nel periodo 2011-2014 (Sorveglianza PASSI), è in sovrappeso, gli obesi sono il 9%; gli uomini sono maggiormente in sovrappeso (35%) e obesi (11%) rispetto alle donne (17%, 7%). L'eccesso ponderale aumenta con l'età ed è più frequente nelle persone con basso livello d'istruzione e nelle persone con difficoltà economiche.

Grafico 14 – Eccesso ponderale nella popolazione 18-69 anni. Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche, ASL CN2 Alba-Bra, Passi 2011-2014.



Un **regime alimentare ricco di frutta e verdura** rappresenta un fattore di protezione verso la comparsa di alcune malattie tumorali e cardiovascolari. Complessivamente PASSI stima che tra i 18 e i 69 anni solo 1 persona su 10 assuma le 5 porzioni di frutta e/o verdura consigliate dagli standard internazionali. Questa prevalenza, cambia soprattutto in relazione al genere (è minore tra gli uomini), all'età (è minore nella fascia 18-34 anni), al peso (è minore nei soggetti in

	Piano di efficientamento 2016	 REGIONE PIEMONTE
	Titolo Piano di efficientamento economico-finanziario in attuazione alla DGR 34-2054 del 01/09/2015	

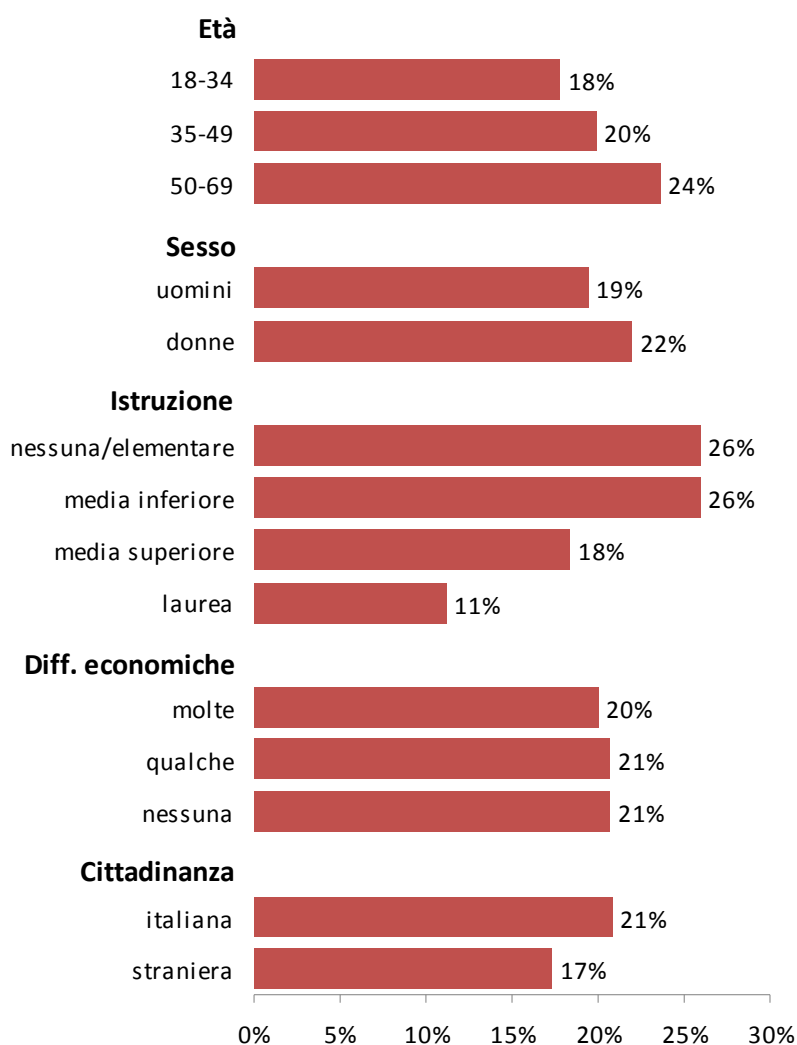
sovrappeso/obeso) e alle condizioni economiche (è minore in coloro che hanno difficoltà economiche).



Tra la popolazione adulta per quanto riguarda l'**attività fisica**, il 37% ha uno stile di vita attivo e pratica attività fisica moderata o intensa raccomandata, il 42% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato, mentre il 21% è completamente sedentario.

La sedentarietà è più diffusa nelle persone della fascia di età 50-69 anni, nelle donne e nelle persone con bassa scolarità.

Il 24% delle persone sedentarie percepisce il proprio livello di attività fisica come sufficiente.

Grafico 15 – Sedentari, ASL CN2. Passi 2011-2014: 20,7%.



	Piano di efficientamento 2016	 REGIONE PIEMONTE
	Titolo Piano di efficientamento economico-finanziario in attuazione alla DGR 34-2054 del 01/09/2015	

CRONICIZZAZIONE

Anche nella ASL CN2 il peso della popolazione anziana è rilevante, pur se inferiore rispetto alla media regionale.

Questo fenomeno demografico ha un risvolto sanitario problematico: la cosiddetta “cronicità”.

Detto in termini più tecnici, emerge, con sempre maggior forza, il problema delle “malattie croniche non trasmissibili”, con complessi fenomeni di ricaduta sul sistema di organizzazione delle cure.

Quindi, anche a livello locale, occorre trovare soluzioni che possano abbinare il bisogno crescente di cure, in particolare in pazienti anziani, con la sostenibilità economica del sistema.

POLIPATOLOGIE NELLA POPOLAZIONE ANZIANA

L'invecchiamento progressivo della popolazione è connesso inevitabilmente all'incremento del numero di persone cosiddette “fragili”, affette da molte patologie che si sono sviluppate nel corso del tempo.

Su questo tema appare rilevante il compito del Medico di Medicina Generale (MMG) e i distretti dell'ASL CN2 si sono attivati per lavorare su questo versante.

In particolare si è ritenuta prioritaria la necessità di lavorare sulla sostenibilità del sistema, di fronte alla polipatologia e alla “fragilità”.

RICHIESTA DI SERVIZI TERRITORIALI DI PREVENZIONE ED ASSISTENZA



La medicina negli ultimi decenni si è sempre connotata per un arricchimento di nuovi strumenti, a volte molto costosi, di diagnosi e cura. Alcuni di questi strumenti hanno determinato un netto miglioramento della qualità della vita. Altri hanno aggiunto poco e a volte hanno, paradossalmente, impoverito la medicina, riducendone gli aspetti umani e relazionali.

Il problema dell'eccessivo ed a volte improprio uso dei Servizi ospedalieri è un fenomeno rilevante. In alcune strutture operative, specialmente nei reparti di medicina, in particolari periodi dell'anno, si determina un sovraccarico di ricoveri anche per casi clinici, che, probabilmente, potrebbero trovare soluzioni alternative al ricovero ospedaliero.

Si ritiene che questo fenomeno possa avvenire anche per una serie di fattori che impediscono al Medico di Medicina Generale (MMG) di trattare adeguatamente il paziente a domicilio quali:

- mancanza di un care-giver,
- necessità di un'assistenza sanitaria non erogabile a domicilio tramite l'ADI (es. terapia infusione continua),
- necessità di garantire un'assistenza sanitaria con caratteristiche di intensità superiore rispetto a quelle erogabili in ADI,
- altri aspetti di carattere sociale.

Casi del genere potrebbero essere adeguatamente curati nell'ambito di una struttura residenziale che garantisca l'opportuna assistenza infermieristica e tutelare della persona.

	Piano di efficientamento 2016	
	Titolo Piano di efficientamento economico-finanziario in attuazione alla DGR 34-2054 del 01/09/2015	

Le cure a domicilio rappresentano ormai una risposta consolidata per la presa in carico e la cura del “malato cronico”. Nella Regione Piemonte sono da tempo operativi e ben strutturati i servizi di cure domiciliari.

Tuttavia può accadere spesso che i malati cronici, soprattutto anziani, in fase di scompenso o riacutizzazione non trovino adeguata risposta nelle cure a domicilio, data la complessità assistenziale richiesta dal loro quadro clinico e/o per l’assenza di un familiare di riferimento valido. Al tempo stesso, per situazioni di questo tipo, il ricovero ospedaliero risulta essere eccessivo, se non addirittura inappropriato.

La risposta in questi casi dovrebbe essere di intensità assistenziale a metà strada tra quella ospedaliera e quella domiciliare.

Ne discende la necessità di un servizio in grado di garantire un livello di assistenza (sia medica, che infermieristica, riabilitativa e di assistenza), intermedia tra quello domiciliare e quello ospedaliero.

In altri termini, allorquando non sia possibile, per la complessità del quadro clinico o per gravi motivi sociali, mantenere la persona assistita al domicilio, si può ricorrere ad altre risposte assistenziali.



La realizzazione di questo livello assistenziale è stata possibile nell’ASL CN 2 grazie alla presenza sul territorio dell’ASL di tre condizioni ritenute essenziali:

- una rilevante disponibilità di posti letto in strutture residenziali per anziani accreditate (R.S.A. Residenze Sanitarie Assistenziali e ex-R.A.F. Residenze Assistenziali Flessibili) con una distribuzione piuttosto omogenea sul territorio rispetto ai centri maggiormente abitati, al fine di non allontanarlo, nel breve periodo di ricovero, dalla rete di relazioni parentali e sociali che lo hanno accompagnato fino a poco prima della malattia;
- una ragionevole motivazione assistenziale ed un interesse professionale dei Medici di Medicina Generale nel voler continuare a curare ed assistere i propri pazienti senza ricorrere ad una ospedalizzazione laddove ritenuta non necessaria;
- una buona “governance” distrettuale.

L’idea di coinvolgere le strutture residenziali per anziani del territorio e, in parallelo, i Medici di medicina Generale ha portato al disegno e alla messa in opera del progetto denominato “Letti di Prossimità” da parte dei Distretti Sanitari, supportati nella fase di ideazione strategica e di definizione dei protocolli dalla Direzione Generale di Azienda.



Con alcune strutture residenziali per anziani è stata stipulata una convenzione in cui sono stati definiti:

- il numero di posti letto (p.l.) convenzionati, omogeneamente distribuiti sul territorio il cui fabbisogno, dopo una serie di aggiustamenti, è stato individuato in circa 1 p.l. ogni 3000 abitanti
- il minutaggio minimo di assistenza infermieristica richiesta pro/die individuato in 30 minuti primi per giorni di ricovero,

	Piano di efficientamento 2016	
	Titolo Piano di efficientamento economico-finanziario in attuazione alla DGR 34-2054 del 01/09/2015	

- i requisiti minimi di assistenza tutelare alla persona, di riabilitazione e mantenimento psicofisico o laddove necessario di supporto psicologico professionale, che sono stati computati in un mix di prestazioni in relazione ai bisogni di un soggetto parzialmente o non autosufficiente.
- la fornitura diretta dei farmaci da parte dell'Azienda Sanitaria.



Con i Medici di Medicina Generale nell'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali (UCAD) verrà periodicamente negoziata la remunerazione delle visite, lasciando alla loro discrezionalità il numero degli accessi ritenuti necessari in relazione alla patologia da trattare.

	Piano di efficientamento 2016	 REGIONE PIEMONTE
	Titolo Piano di efficientamento economico-finanziario in attuazione alla DGR 34-2054 del 01/09/2015	

C. PUNTI DI FORZA E PUNTI DI DEBOLEZZA

SITUAZIONE AZIENDALE ATTUALE

Punti di debolezza	<p>L'attuale modello organizzativo, per quanto attiene l'organizzazione ospedaliera, denota gravi criticità rappresentate da:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Problemi strutturali rilevanti, relativi all'esistenza di due nosocomi (Alba e Bra) risalenti al 1700 e che, nonostante i numerosi interventi attuati nel corso del tempo, non rispondono a criteri di confort, privacy, sicurezza e rispetto delle innumerevoli normative che devono connotare e qualificare un ospedale moderno; • Problemi gestionali correlati a dotazioni organiche insufficienti per gestire le due realtà ospedaliere nel rispetto, anche in questo caso, di normative sempre più pressanti e di difficile attuazione se non implementando a dismisura gli organici medici e del personale del comparto. La gestione del personale, aggravata dall'esistenza di due presidi ospedalieri e della duplicazione di molte discipline mediche e chirurgiche, è carente e quindi si è impossibilitati a garantire alcuni requisiti oggi divenuti irrinunciabili quali quello dei riposi compensativi. Ciò vale in particolar modo per il ruolo medico, anche se vi sono settori del comparto che soffrono della stessa criticità, pur se in misura minore. Una delle situazioni in grande sofferenza è quello dell'anestesia-rianimazione dove, a partire dal mese di febbraio, si manifesterà una carenza di 9.561 ore pari a 6,59 unità mediche con prevedibile riduzione dell'attività dei blocchi operatori. Critica appare altresì la situazione inerente la carenza di personale per l'urgenza DEA/PS, senza contare la insoddisfacente copertura dei ruoli apicali di diverse SC ospedaliere. • Problemi organizzativi: nessun vantaggio economico, se non un minimo risparmio sui farmaci, deriverà dalla chiusura delle lungodegenze data la necessità di utilizzare strutture territoriali private con costo superiore. Si prevede, comunque, un incremento della durata delle degenze in acuzie e quindi una minor efficienza del regime assistenziale. Sicuramente peggiorerà la mobilità passiva. • Situazione economico-gestionale, che è positiva quanto a pareggio di bilancio e dati di attività ma è assai negativa in relazione ad una Quota-Capitaria estremamente bassa che vede la nostra ASL penalizzata in grande misura rispetto a realtà analoghe per popolazione e attività. A titolo esemplificativo si ricorda che l'ASL di Vercelli (identica popolazione, due ospedali, ecc.) ha un budget superiore al nostro di oltre 43.000.000 di €.
---------------------------	---

	Piano di efficientamento 2016	 REGIONE PIEMONTE
	Titolo Piano di efficientamento economico-finanziario in attuazione alla DGR 34-2054 del 01/09/2015	

Punti di forza	<ul style="list-style-type: none"> • Il Bilancio aziendale, nonostante il chiaro sottofinanziamento della nostra ASL, chiude anche per l'anno in corso in pareggio, senza alcun artificio contabile pur con il permanere di modeste criticità (screening e tempi di attesa) mantenute tali grazie all'abnegazione di un personale che fa registrare tassi di assenteismo irrisori rispetto a quelli di altre aziende di questa regione. Questa peculiarità, tuttavia, sinora è stata penalizzante per chi ha offerto ottimi servizi a costi estremamente contenuti per cui riteniamo difficilmente sostenibile ancora per lungo tempo tale situazione per noi gravemente antietica: sarebbe auspicabile che la nostra quota-capitaria fosse il gold standard di riferimento per tutta la regione, anche se prevediamo che ciò potrà avvenire solo in tempi lunghi e quindi la criticità attuale non si potrà risolvere. • Altro punto di forza è la gestione dei ricoveri ospedalieri che in questo momento, grazie sia alla presenza di propri posti letto in lungodegenza, sia all'utilizzo dei letti di prossimità presso strutture territoriali, vede praticamente quasi annullata l'inappropriatezza e lo scorretto utilizzo, a fini sociali, dei letti dedicati alle acuzie. • E' sperabile che il ricorso ai letti di prossimità, più economici dei CAVS, venga mantenuto.
-----------------------	--



SITUAZIONE AZIENDALE STRATEGICA

Punti di forza

Ospedale unico di Verduno. La lungimiranza di chi, anni fa, ha ritenuto di unire, oltre che due Aziende Sanitarie (Alba e Bra), anche due ospedali, consentirà di ottenere numerosi benefici per la popolazione e per le casse pubbliche. Infatti, l'unione degli organici, oggi in molti casi insufficienti dei due nosocomi, farà sì che l'ospedale di Verduno potrà giovare di dotazioni adeguate alle attività cliniche previste, ad oggi, dalla Regione in questa sede. Ricordiamo inoltre che l'ospedale di Verduno sarà una delle poche strutture del Piemonte a norma, rispondente a criteri alberghieri di eccellenza (es.: tutte camere a 1 posto-letto con arredamenti di livello superiore) e con dotazioni tecnologiche d'avanguardia. Tutto ciò grazie anche al ruolo determinante della Fondazione Nuovo Ospedali di Alba e Bra che ha raccolto ingenti fondi per implementare in modo significativo arredi e attrezzature.

Da tutto ciò si deduce che dovrebbero scaturire risparmi significativi o comunque non incrementi di spesa, grazie ad economie di scala nell'ambito del personale, ad una gestione energetica rispettosa dell'ambiente ed ecologicamente evoluta e ad un sistema che concentrerà l'offerta di servizi non solo ospedalieri ma anche sanitari per tutto il territorio. A tal riguardo si ricorda che verranno dismesse numerose strutture periferiche sanitarie e amministrative con risparmi di gestione importante e ciò avverrà mantenendo un'offerta capillare di servizi per il territorio.

Da ultimo, nel nuovo ospedale saranno realizzate le più nuove forme gestionali di assistenza (intensità di cure, week surgery, telemedicina per varie specialità, ecc.) che consentiranno, insieme alle metodiche più evolute di movimentazione di pazienti, ma anche di materiali e strumenti, di rendere efficiente un servizio sempre più vicino ai bisogni dei pazienti.

	Piano di efficientamento 2016	 REGIONE PIEMONTE
	Titolo Piano di efficientamento economico-finanziario in attuazione alla DGR 34-2054 del 01/09/2015	

3. MANOVRE DI EFFICIENTAMENTO 2016

Le manovre di efficientamento 2016 scaturiscono dall'analisi dei risultati aziendali raggiunti e di quelli ancora da sviluppare e rendere concreti, che hanno caratterizzato gli anni 2010-2015, tra i quali:

- obiettivi di governo regionale/aziendali
- normativa vigente, e indicazioni pervenute dalla Regione e/o dai Ministeri competenti (PO 2013-2015)
- sostenibilità economico-finanziario del sistema aziendale.

sono state rivolte secondo due principali direttrici di intervento:

- Interventi di razionalizzazione dei fattori produttivi;
- Interventi di sistema.

A riguardo, di seguito si riportano le azioni aziendali identificate secondo due principali direttrici di intervento:

- Interventi di razionalizzazione dei fattori produttivi: intesi come l'insieme delle azioni da mettere in atto per riorganizzare i processi produttivi aziendali che sottostanno all'erogazione delle singole tipologie di prestazioni sanitarie di tipo diagnostico, terapeutico medico – chirurgico, riabilitativo;
- Interventi di sistema: intesi come l'insieme delle manovre strutturali che mirano a consolidare il cambiamento del sistema promuovendone lo sviluppo in termini di riqualificazione dell'offerta sanitaria. Tali interventi devono essere ideati e attuati in coerenza con quanto definito dalla programmazione regionale sanitaria.



	Piano di efficientamento 2016	 REGIONE PIEMONTE
	Titolo Piano di efficientamento economico-finanziario in attuazione alla DGR 34-2054 del 01/09/2015	

Tabella 10 - Manovre di efficientamento 2016 (importo €/mln) [R = attività in essere da rafforzare/sviluppare, A = attività da avviare, D = attività in essere da depotenziare].

	Tipo Manovra	A	B	C
		Impatto sui Ricavi	Tipo Manovra	Impatto sui Ricavi
A. Obiettivo di efficientamento 2016				0
B. Interventi di razionalizzazione dei fattori produttivi				0,05
Dettaglio delle azioni individuate				
• Azione 1: DD farmaci primo ciclo	R	0	0,16	-0,16
• Azione 2: riduzione spesa farmaceutica convenzionata	D	0	-0,60	0,60
• Azione 6: locazioni immobili	D	0	-0,30	0,30
• Azione 7: costi appaltati	R	0	0,50	-0,50
• Azione 8: assistenza in RSA	R	0	0,19	-0,19
C. Interventi di sistema				-0,05
Dettaglio delle azioni individuate				
• Azione 3: incremento spese organico	A	0,00	0,36	-0,36
• Azione 4: riduzione costi grazie all'applicazione del nuovo atto aziendale	D	0,00	-0,10	0,10
• Azione 5: recupero crediti	R	0,22	0,00	0,22
D. Check (A+B+C)				0



Per ciascuna azione sono di seguito riportati la valorizzazione economica e il relativo cronoprogramma trimestrale con indicazione dei responsabili aziendali attuativi.

Azione 1: DD farmaci primo ciclo

Descrizione: incremento costi per distribuzione diretta farmaci con conseguente prevedibile risparmio in convenzionata. Rispetto al 2015 la spesa aumenterà di 350 mila euro mentre rispetto al 2014 di soli 162mila euro. L'andamento anomalo è dovuto al fatto che nel corso del 2014, causa la carenza di farmacisti (in tutte le relazioni sottolineato), l'Azienda ha dovuto sospendere la DD.

IMPATTO RISPETTO CONSUNTIVO 2014	I TRIM 2016	II TRIM 2016	III TRIM 2016	IV TRIM 2016	TOTALE CUMULATO 2016
(A) RICAVI	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
(B) COSTI	0,00	0,05	0,05	0,05	0,16
(C= A-B) SALDO	0,00	0,05	0,05	0,05	0,16

Responsabile aziendale attuativo: Direttore f.f. S.O.C. Farmacia ospedaliera.

	Piano di efficientamento 2016	 REGIONE PIEMONTE
	Titolo Piano di efficientamento economico-finanziario in attuazione alla DGR 34-2054 del 01/09/2015	

Azione 2: risparmio spesa farmaceutica convenzionata territoriale

Descrizione: grazie alla DD dei farmaci per primo ciclo di terapia, si stima un risparmio di 600 mila euro circa di farmaceutica convenzionata.

IMPATTO RISPETTO CONSUNTIVO 2014	I TRIM 2016	II TRIM 2016	III TRIM 2016	IV TRIM 2016	TOTALE CUMULATO 2016
(A) RICAVI	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
(B) COSTI	-0,15	-0,15	-0,15	-0,15	-0,60
(C= A-B) SALDO	-0,15	-0,15	-0,15	-0,15	-0,60

Responsabile aziendale attuativo: Responsabile S.O.S. Farmacia territoriale.

Azione 3: incremento spese organico

Descrizione: incremento costi organico (compresa IRAP) di 700 mila euro, rispetto al 2015, per copertura primariati. Maggior spesa, rispetto al 2014, di 363mila euro.

IMPATTO RISPETTO CONSUNTIVO 2014	I TRIM 2016	II TRIM 2016	III TRIM 2016	IV TRIM 2016	TOTALE CUMULATO 2016
(A) RICAVI	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
(B) COSTI	0,00	0,16	0,10	0,10	0,36
(C= A-B) SALDO	0,00	0,16	0,10	0,10	0,36

Responsabile aziendale attuativo: Direttore S.O.C. Servizio amministrazione del personale e sviluppo risorse umane.

Azione 4: riduzione costi grazie all'applicazione del nuovo atto aziendale

Descrizione: soppressione dipartimento amministrativo e riduzione strutture complesse e semplici



IMPATTO RISPETTO CONSUNTIVO 2014	I TRIM 2016	II TRIM 2016	III TRIM 2016	IV TRIM 2016	TOTALE CUMULATO 2016
(A) RICAVI	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
(B) COSTI	-0,02	-0,02	-0,03	-0,03	-0,10
(C= A-B) SALDO	-0,02	-0,02	-0,03	-0,03	-0,10

Responsabile aziendale attuativo: Direttore S.O.C. Servizio amministrazione del personale e sviluppo risorse umane.

Azione 5: recupero crediti

Descrizione: si stima un recupero, rispetto al 2015, di 118 mila euro, e di 216 mila euro rispetto al 2014.

IMPATTO RISPETTO CONSUNTIVO 2014	I TRIM 2016	II TRIM 2016	III TRIM 2016	IV TRIM 2016	TOTALE CUMULATO 2016
(A) RICAVI	0,05	0,05	0,05	0,05	0,22
(B) COSTI	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
(C= A-B) SALDO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,22

	Piano di efficientamento 2016	 REGIONE PIEMONTE
	Titolo Piano di efficientamento economico-finanziario in attuazione alla DGR 34-2054 del 01/09/2015	

Responsabile aziendale attuativo: Responsabile S.O.S. Gestione amministrativa ospedaliera e territoriale.

Azione 6: locazioni immobili

Descrizione: nel 2015, in applicazione della normativa nazionale, si è provveduto ad un taglio del 15% sugli affitti di immobili, e a sostituire un immobile adibito a magazzino generale con altro immobile di costo inferiore. Rispetto al 2014 cessa l'affitto di un poliambulatorio territoriale.

IMPATTO RISPETTO CONSUNTIVO 2014	I TRIM 2016	II TRIM 2016	III TRIM 2016	IV TRIM 2016	TOTALE CUMULATO 2016
(A) RICAVI	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
(B) COSTI	0,00	-0,15	0,00	-0,15	-0,30
(C= A-B) SALDO	0,00	-0,15	0,00	-0,15	-0,30



Responsabile aziendale attuativo: Direttore S.O.C. Servizi tecnici.

Azione 7: costi appaltati

Descrizione: incremento costi per servizi AMOS

IMPATTO RISPETTO CONSUNTIVO 2014	I TRIM 2016	II TRIM 2016	III TRIM 2016	IV TRIM 2016	TOTALE CUMULATO 2016
(A) RICAVI	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
(B) COSTI	0,12	0,12	0,12	0,13	0,50
(C= A-B) SALDO	0,12	0,12	0,12	0,13	0,50

Responsabile aziendale attuativo: Responsabile S.O.S. Logistica-servizi generali-esecuzione contratti-acquisti in ambito AIC.

	Piano di efficientamento 2016	 REGIONE PIEMONTE
	Titolo Piano di efficientamento economico-finanziario in attuazione alla DGR 34-2054 del 01/09/2015	

Azione 8: assistenza in RSA



Descrizione: aumento inserimenti anziani

IMPATTO RISPETTO CONSUNTIVO 2014	I TRIM 2016	II TRIM 2016	III TRIM 2016	IV TRIM 2016	TOTALE CUMULATO 2016
(A) RICAVI	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
(B) COSTI	0,05	0,05	0,05	0,05	0,19
(C= A-B) SALDO	0,05	0,05	0,05	0,05	0,19

Responsabili aziendali attuativi: Direttori SOC Distretto 1 e Socio Sanitario 2.

Dettaglio analitico delle singole manovre di efficientamento 2016



Descrizione Intervento	COD CE NSIS	DESC. CE NSIS	COD LA	DESC. LA	IMPORTO €/mln
Azione 1	BA0040	B.1.A.1.1) Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale	20402	Altre forme di erogazione dell'assistenza farmaceutica	0,162
Azione 2	BA0500	B.2.A.2.1) - Acquisti servizi sanitari per farmaceutica da convenzione	20401	Assistenza farmaceutica erogata attraverso le farmacie convenzionate	-0,600
Azione 3	BA2090	B.5) Personale del ruolo sanitario	30202	Attività in degenza ordinaria	0,363
Azione 4	BA2090	B.5) Personale del ruolo sanitario	30202	Attività in degenza ordinaria	-0,100
Azione 5	AA0880	A.5.E) Concorsi, recuperi e rimborsi da privati			-0,216
Azione 6	BA2000	B.4.A) Fitti passivi	20601	Attività clinica	-0,300
Azione 7	BA1730	B.2.B.1.12.B) Altri servizi non sanitari da altri soggetti pubblici	30202	Attività in degenza ordinaria	0,497
Azione 8	BA1180	B.2.A.12.4) -Acquisto prestazioni Socio-Sanitarie a rilevanza sanitaria da privato (intra regionale)	21004	Assistenza residenziale agli anziani	0,194

	Piano di efficientamento 2016	 REGIONE PIEMONTE
	Titolo Piano di efficientamento economico-finanziario in attuazione alla DGR 34-2054 del 01/09/2015	

CONTRIBUTI REGIONALI EXTRA FSR

Coerentemente agli obiettivi programmatici regionali 2016, ai fini della predisposizione del Preventivo economico annuale l'Azienda, oltre a considerare le assegnazioni provvisorie 2015 (DGR 34-2054 del 01/09/2015), ha tenuto conto degli ulteriori contributi regionali extra FSR finalizzati a finanziare le spese vincolate previste dall'azienda per l'esercizio 2016, dettagliati nel seguente prospetto.

Descrizione finanziamento regionale extra FSR	Atto regionale di riferimento (ove disponibile)	Esercizio di assegnazione	Importo assegnato €/000	COD DI CE NSIS	Importo contabilizzato nel CE Preventivo 2016 €/000
Contributi per acquisto di materiale d'uso portatori di impianto cocleare		2016	5	AA0100	5
Contributo per acquisto di protesi acustiche per minori 0-14 anni		2016	10	AA0100	10
Contributo per acquisto parrucche a favore di bambine, adolescenti e donne residenti in Piemonte affette da alopecia a seguito di chemioterapia		2016	5	AA0100	5
Argento Attivo: vivere bene oltre i sessanta anni	D.D. 828 del 15/12/2015	2015	253	AA0100	100
Contributo extra FSR a copertura delle rate di mutuo del disavanzo 2000		2016	469	AA0100	469
			742		589



	Piano di efficientamento 2016	 REGIONE PIEMONTE
	Titolo Piano di efficientamento economico-finanziario in attuazione alla DGR 34-2054 del 01/09/2015	

Spesa per farmaci – Azioni aziendali



Previsione da consumi di magazzino (dettaglio):

Settore	Anno 2014	Previsione 2015	Previsione 2016
Ricoveri	2.954.408	2.600.000	2.300.000
Servizi diagnostico-terapeutici	119.948	146.259	150.000
Attività territoriali	779.654	781.792	750.000
Primo ciclo + PHT O	2.464.655	2.245.000	2.550.000
Distribuzione diretta territoriale	3.922.964	4.148.000	4.190.000
Farmaci per fibrosi cistica	116.664	125.622	125.000
Ossigeno ospedaliero	157.516	151.722	170.000
Utilizzo ai sensi della L. 648/96	261.042	370.000	430.000
Farmaci per malattie rare	1.048.194	1.400.000	1.400.000
Farmaci importati dall'estero	49.930	72.365	67.000
Farmaci off-label	68.195	72.955	80.000
Farmaci x epatite (Telaprevir e Boceprevir)	117.182	0	0
Emoderivati da ASR (esclusa 648 e mal.rare)	479.458	455.553	450.000
Emoderivati (esclusa 648 e mal.rare)	160.989	180.428	180.000
Altro			
<ul style="list-style-type: none"> • med senza AIC (galenici officinali e magistrali + esteri da aziende italiane) 	59.658	57.991	56.000
<ul style="list-style-type: none"> • RSA convenzionate 	306.329	321.148	340.000
<ul style="list-style-type: none"> • ambulatori ospedalieri 	2.259.296	3.100.142	3.400.000
Totale	15.326.082	16.228.977	16.638.000

Prodotto	Azione/Effetti
Prodotti dispensati per le attività di ricovero e servizi diagnostico-terapeutici	<ul style="list-style-type: none"> • Attività di ricovero: la progressiva diminuzione della spesa è determinata da: <ul style="list-style-type: none"> ○ applicazione dei nuovi Atti Aziendali ○ incremento attività dal regime di DH a quello ambulatoriale ○ promozione all'utilizzo di fattori di crescita degli eritrociti biosimilari ○ razionalizzazione dell'utilizzo di antibiotici e antifungini sistemici, tramite i lavori del Gruppo di lavoro sugli antibiotici della CFI • Servizi diagnostico-terapeutici: nel 2015 rispetto al 2014 è aumentata l'attività del Servizio di Radiologia relativamente ad esami contrasto grafici TC, in virtù dell'elevato valore diagnostico della nuova tecnologia acquisita. Non si prevedono variazioni di spesa nel corso del 2016 rispetto al 2015.



	Piano di efficientamento 2016	 REGIONE PIEMONTE
	Titolo Piano di efficientamento economico-finanziario in attuazione alla DGR 34-2054 del 01/09/2015	

Prodotto	Azione/Effetti
Prodotti dispensati per le attività territoriali	<p>Per l'anno 2016 si prevede una spesa inferiore, sia rispetto al 2015 che al 2014, grazie alla seguente azione:</p> <ul style="list-style-type: none"> attività di incentivazione all'utilizzo di antipsicotici con brevetto scaduto e stretta selezione dei pazienti con terapie a base di antipsicotici IM long-acting.
Prodotti dispensati in Primo Ciclo + PHT Ospedaliero	<p>A partire da gennaio 2016 si prevede di:</p> <ul style="list-style-type: none"> reintrodurre presso la nostra ASL l'attività di distribuzione farmaci alla dimissione da ricovero e dopo visita ambulatoriale; pertanto si prevede un incremento di spesa su questo capitolo di circa 350.000€ a fronte di relativo presunto risparmio di 600.000€ sulla spesa farmaceutica convenzionata territoriale.
Prodotti dispensati in Doppio canale (diretta territorio e Fibrosi Cistica) e ossigeno	<ul style="list-style-type: none"> Distribuzione diretta territoriale: farmaci a distribuzione esclusiva ospedaliera per pazienti domiciliari. Su questo capitolo di spesa si prevede un leggero aumento, considerato il trend in progressione degli ultimi anni e considerato che in larga parte si tratta di spesa indotta da prescrittori appartenenti ad altre ASL. Si propone di: <ul style="list-style-type: none"> promuovere i biosimilari in campo reumatologico che verranno introdotti sul mercato nel corso del 2016, per cui si stima di poter contrastare il trend in aumento di circa 90.000€ continuare l'attento monitoraggio secondo Registro AIFA dei farmaci compresi in questo capitolo di spesa, finalizzati non solo all'appropriatezza ma anche ai rimborsi da parte delle Ditte Fibrosi cistica: su questo capitolo non si prevedono variazioni di spesa per l'anno 2016, inoltre le prescrizioni sono tutte effettuate dai Centri specialistici di riferimento regionale. Ossigeno ospedaliero: non si prevedono importanti variazioni di spesa nei consumi di ossigeno ospedaliero nel corso del 2016.
Farmaci dispensati in applicazione alla L. 648/96	<p>Sono stati conteggiati tutti i farmaci ed emoderivati dispensati dalla Farmacia Ospedaliera ai sensi della L. 648/96, sia somministrati in ospedale che distribuiti sul territorio. Si tratta di una spesa in netto aumento in quanto vi sono comprese terapie innovative spesso senza alternativa terapeutica approvata (secondo un elenco pubblicato ed aggiornato dall'AIFA che sancisce le caratteristiche cliniche di eleggibilità dei pazienti). Si prevede un aumento della spesa per il 2016, anche in relazione alla sempre maggiore disponibilità di farmaci ricompresi nell'elenco stilato da AIFA. Si propone di:</p> <ul style="list-style-type: none"> far analizzare dal gruppo di lavoro "off-label" della CFI le prescrizioni per singolo paziente provenienti dai prescrittori dell'ASL CN2
Farmaci dispensati per malattie rare	<p>Questo capitolo di spesa è prevalentemente gestito dai Centri di riferimento per la cura di ciascuna patologia. L'incremento di spesa rispetto al 2014 è determinato principalmente dall'aumento dei consumi dei Fattori della coagulazione (principalmente Eptacog alfa e marginalmente Nonacog alfa) per bambini che a causa di aumento ponderale necessitano di maggiori quantitativi di farmaco.</p>

	Piano di efficientamento 2016	 REGIONE PIEMONTE
	Titolo Piano di efficientamento economico-finanziario in attuazione alla DGR 34-2054 del 01/09/2015	

Prodotto	Azione/Effetti
Farmaci importati dall'estero non in vendita in Italia	Non si prevedono né azioni né variazioni di spesa nel corso del 2016.
Farmaci "off-label"	<p>Su questo capitolo di spesa si prevede un tendenziale aumento dei consumi nel corso del 2016. Azioni che verranno intraprese:</p> <ul style="list-style-type: none"> • aggiornamento della lista dei farmaci off-label autorizzati per uso consolidato • stesura del protocollo aziendale per la gestione dei sanguinanti nei pazienti in trattamento con NAO • monitoraggio continuo ed autorizzazione dell'utilizzo solo dopo autorizzazione del Gruppo di lavoro "farmaci off-label" della CFI.
Farmaci utilizzati per la cura dell'epatite	La nostra ASL non è un Centro autorizzato alla prescrizione dei nuovi farmaci per l'epatite C.
Emoderivati	La spesa totale per emoderivati non è cambiata nel corso del triennio (sempre 630mila euro circa) grazie al continuo monitoraggio dei consumi delle Immunoglobuline endovenose e albumina.
Altri farmaci	<ul style="list-style-type: none"> • RSA: farmaci erogati alle RSA convenzionate. Si prevede un aumento di spesa di circa 20.000€ legato all'aumento del numero di RSA che usufruiranno del servizio di fornitura diretta. A tale maggior impegno di spesa conseguirà un presunto risparmio di circa 36.000€ sulla spesa farmaceutica convenzionata territoriale. • Ambulatori ospedalieri: il trend di spesa negli ultimi anni è in netto aumento. Si prevede di contenere tale aumento con le seguenti azioni: <ul style="list-style-type: none"> ○ promozione dell'utilizzo di biosimilari in reumatologia (su pazienti naive) ○ promozione dell'utilizzo di biosimilari in oncologia, non appena disponibili sul mercato.

Il Direttore generale al fine di assicurare il conseguimento complessivo degli obiettivi economico-finanziari 2016 si impegna a trasmettere alla Direzione Regionale Sanità, tempestivamente, la pianificazione di ulteriori interventi e/o manovre correttive che ritiene necessario attivare a fronte del rilevamento aziendale di mancati adempimenti o disallineamenti rispetto agli obiettivi prestabiliti nel presente piano di efficientamento.

	Piano di efficientamento 2016	
	Titolo Piano di efficientamento economico-finanziario in attuazione alla DGR 34-2054 del 01/09/2015	



4. CICLO DELLE PERFORMANCE

Propedeutica al monitoraggio attivo degli obiettivi aziendali è la declinazione degli stessi per ciascun Centro di Responsabilità. Pertanto, in attuazione del D. Lgs n.150 del 27 ottobre 2009 e smi e delle Leggi Regionali vigenti, la Direzione strategica aziendale provvederà a negoziare obiettivi chiari, definiti e circoscritti e condividere indicatori che siano comprensibili, confrontabili e fattibili con i Centri di Responsabilità, al fine di incentivare con la qualità, anche la produttività, nell'ottica della valorizzazione del merito.

A riguardo, di seguito si riporta il cronoprogramma attuativo aziendale relativo al processo di negoziazione del budget, misurazione e valutazione, che sarà svolto secondo lo schema logico-temporale sotto riportato.

- a) Definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere (valori attesi di risultato e rispettivi indicatori) **entro febbraio 2016**;
- b) Collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- c) Monitoraggio **trimestrale** e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- d) Misurazione e valutazione della performance, organizzativa e di équipe, **semestrale**;
- e) Utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- f) Rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi, **entro aprile/maggio dell'anno successivo rispetto a quello oggetto di valutazione.**

Al termine della redazione delle schede degli obiettivi, seguirà la fase di verifica, monitoraggio ed analisi degli scostamenti che sarà effettuata con cadenza trimestrale antecedente alla predisposizione del CE NSIS, al fine di anticipare eventuali problematiche e con l'obiettivo di valutare le opportunità di introdurre una reingegnerizzazione dei processi, laddove necessaria. Alla fine della verifica aziendale verrà determinata la quota di obiettivi raggiunti dalle strutture; a tale valutazione sarà collegato il sistema premiante.

	Piano di efficientamento 2016	 REGIONE PIEMONTE
	Titolo Piano di efficientamento economico-finanziario in attuazione alla DGR 34-2054 del 01/09/2015	

5. ALLEGATI

In applicazione all'art. 25 del D.Lgs 118/2011 ed in coerenza con la programmazione sanitaria e con la programmazione economico-finanziaria della Regione, di seguito si allega la restante documentazione prevista per il Bilancio Preventivo Economico annuale:

- 01 Conto Economico Preventivo art. 26 D. Lgs. 118_2011.xls
- 02 Piano dei flussi di cassa prospettici 2016.xls
- 03 Conto economico dettaglio di cui DN 15 giugno 2012.xls
- 04 LA programmatico 2016.xlsx
- 05 PIA_Modello 18.xlsx
- 06 Piano degli investimenti 2016-2018.xls
- 07 Relazione del Direttore Generale.doc
- 08 Determina preventivo economico annuale 2016.doc
- 09 Nota illustrativa al CE_2016.doc

Con riferimento alla Relazione del Collegio Sindacale sul Bilancio Preventivo Economico 2016, prevista ai sensi del D. Lgs. 118/2011 e smi, si precisa che sarà trasmessa alla struttura regionale competente entro il 31 gennaio 2016.

La suddetta documentazione, che farà parte dell'istruttoria regionale finalizzata all'adozione del Bilancio Preventivo Economico 2016 da parte della Giunta Regionale, è stata inoltre trasmessa (ad eccezione del LA programmatico 2016 e del PIA_Modello 18) entro il 31 dicembre 2015 nel sistema informativo regionale (FEC).