

20 LUGLIO 2012

Regione Piemonte
Azienda Sanitaria Locale V.C.O.
Sede Legale - Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)



CONSUNTIVO 2010
RELAZIONE
DEL DIRETTORE GENERALE

16 LUGLIO 2012

A handwritten signature and a set of initials are located in the bottom right corner of the page. The signature is a stylized, cursive name, and the initials are a simple 'S'.

INDICE

		Pag.
1.	Premessa	3
2.	Obiettivi e risultati di riqualificazione anno 2010	3
3.	Prospetto riepilogativo	8
4.	Aggregati di costi e di ricavi: commenti	9
5.	Conclusioni	32

1. Premessa

In conformità a quanto stabilito dalla Regione con circolare prot.15968/DB2015 del 05/06/2012 avente per oggetto "Adozione bilancio consuntivo 2010" si è provveduto a predisporre il conto consuntivo anno 2010.

Con deliberazione n. 30-43 del 30 aprile 2010 la Giunta Regionale formulò le disposizioni alle Aziende regionali del Piemonte per la gestione 2010 prevedendo, per le aziende che avevano presentato il conto economico del 1° trimestre 2010 in disequilibrio, l'adozione di un Piano di Rientro idoneo a garantire il perseguimento dell'equilibrio della gestione. L'Azienda, in applicazione della DGR n. 3 - 360 del 20/07/2010, ha provveduto a predisporre il Piano di Rientro per l'anno 2010 quindi, in data 26 luglio, sono state individuate, in modo più dettagliato, le azioni da realizzare al fine di perseguire i risultati attesi nonché i soggetti responsabili del raggiungimento di tali azioni, concordando il contenuto di tale elaborato nell'ambito del Collegio di Direzione e consegnandolo a tutti i Responsabili delle Strutture complesse aziendali. Si è quindi proceduto ad effettuare uno stretto e costante monitoraggio per quanto attiene l'andamento della spesa e l'effettiva realizzazione delle economie previste nel piano di rientro.

Con il presente elaborato si intende presentare la relazione per l'anno 2010 che, dopo aver illustrato, seppur brevemente, alcuni obiettivi e risultati distintamente per le diverse aree di attività (con riguardo all'ambito della prevenzione, dell'assistenza territoriale e dell'assistenza ospedaliera) riporta un prospetto che mette a confronto, per macroclasse di ricavo e di costo, i valori risultanti dal conto consuntivo 2009 e dal Piano di Rientro 2010 con le risultanze del conto consuntivo 2010 ed un commento in merito a tale confronto.

2. Obiettivi e risultati anno 2010

Si illustrano, seppur molto sinteticamente, i principali risultati di riqualificazione ottenuti dall'Azienda nell'anno 2010 distintamente per le diverse aree di attività ovvero con riguardo all'ambito della prevenzione, dell'assistenza territoriale e dell'assistenza ospedaliera evidenziando che, sostanzialmente, si sono portate avanti le azioni già intraprese negli anni precedenti mirando alla ricerca di una maggior appropriatezza delle prestazioni erogate.

Prevenzione

La Direzione Generale per quanto attiene l'ambito della prevenzione ha ritenuto di perseguire i seguenti obiettivi volti:

- 1) alla realizzazione di azioni coordinate dei diversi soggetti interessati per la redazione dei Piani e Profili di Salute e del Piano di Zona e per il perseguimento dei relativi obiettivi;
- 2) allo sviluppo delle iniziative di prevenzione e di tutela della salute negli ambienti di vita e di lavoro da realizzare attraverso l'attività svolta:

- | |
|--|
| - dal Dipartimento di Prevenzione (in collaborazione con tutte le Strutture Aziendali coinvolte), nonché dalla Sos Educazione Sanitaria; |
| - da un Gruppo di lavoro istituito in azienda che, garantendo la presenza delle diverse Aree di |

intervento aziendali (prevenzione, territoriale, ospedaliera), ha reso possibile, già per l'anno 2009, realizzare una miglior sinergia tra tutte le attività di prevenzione.

Nel 2010 la Sos Epidemiologia ha predisposto n. 3 Profili di Salute relativi alla popolazione dei 3 distretti sanitari di Domodossola, Omegna e Verbania.

Per quanto attiene le diverse Strutture afferenti il Dipartimento di Prevenzione le stesse hanno proseguito, nel corso del 2010, le loro attività in taluni casi rivedendone gli aspetti organizzativi. In particolare:

- la Soc Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro oltre alla attività di routine ha introdotto modalità riorganizzative ovvero: una nuova modalità di programmazione degli interventi basata sui rischi prioritari nei settori più rappresentativi presenti sul territorio. E' stato per la prima volta elaborato, su indicazione della Direzione di Sanità Regionale, un documento programmatico di attività per l'anno 2010 basato su un'analisi critica di dati epidemiologici del territorio e sulla distribuzione sul territorio delle unità produttive.

- la Soc Igiene Alimenti e Nutrizione: nel 2010, ha effettuato Audit congiunti con la SOC Veterinario Area B su imprese alimentari di competenza mista, ha rispettato i programmi regionali di campionamento, ed ha svolto l'attività autorizzativa istituzionale in vari settori: industrie alimentari, acque destinate al consumo umano, fitofarmaci, settore micologico. E' proseguita la collaborazione con il Servizio Veterinario per la gestione integrata del Sistema di Allerta.

- la Soc Igiene e Sanità Pubblica, nel corso del 2010, ha effettuato gli interventi relativi ai compiti di istituto previsti da norme nazionali e regionali (è stato completato il programma di attività SISP concordato e accettato dalla Direzione Sanità della Regione Piemonte) nonché quelli legati a progetti obiettivo aziendali. E' stato completato il programma di attività SISP, anno 2010, concordato e accettato dalla Direzione Sanità della Regione Piemonte.

Attività di Prevenzione Veterinaria:

Servizio Veterinario Area A: "Sanità Animale": la struttura ha proseguito nello svolgimento dei principali compiti rilevando una contrazione numerica su taluni controlli che è legata alle disposizioni normative comunitarie e nazionali che prevedono una diminuzione della frequenza delle profilassi in caso di esiti costantemente favorevoli: infatti anche per il 2010 tutti gli allevamenti sono risultati essere ufficialmente indenni dalle malattie soggette a profilassi obbligatoria.

Soc "Igiene della produzione, trasformazione, conservazione, commercializzazione, degli alimenti di origine animale": anche per l'anno 2010 l'obiettivo primario è stato quello della tutela della salute del consumatore, da realizzarsi attraverso un accurato controllo sulla produzione, trasformazione, conservazione, trasporto, commercializzazione e distribuzione di tutti gli alimenti di origine animale e loro derivati. La continua tendenza alla riduzione del numero di episodi di tossinfezioni alimentari registrate nel corso degli ultimi anni (compreso il 2010) e la contrazione dei provvedimenti sanzionatori di natura amministrativa o penale adottati, consente di valutare in termini favorevoli l'efficacia delle azioni di prevenzione svolte.

*

Con riguardo al tema dell'educazione sanitaria e della promozione alla salute va osservato che la Sos Educazione Sanitaria, in sinergia con altre Strutture Aziendali, anche nel 2010 ha gestito una serie di progetti specifici riferiti a tematiche di diverso tipo ma accomunate dal fatto di affrontare problematiche avvertite nel territorio del VCO rilevando, in alcune attività, miglioramenti quali/quantitativi delle iniziative in atto. L'obiettivo che questa azienda si è posta anche per l'anno 2010 è di far sì che un numero sempre maggiore di progetti in essere in Azienda, che hanno

prodotto risultati positivi, possano consolidarsi in un intervento con caratteristiche che comportino: continuità e riproposizione; il realizzarsi di economie di scala; la standardizzazione degli interventi; la riproducibilità; la presenza di èquipe formate e flessibili; la previsione di un setting di piccolo gruppo riproducibile su più contesti; la possibilità di valutare l'efficacia.

Con riguardo al campo della prevenzione anche nel 2010: si è assegnato importanza alle campagne di prevenzione su patologie specialistiche (tumori, diabete, ipertensione per citarne alcune); è proseguito il costante monitoraggio delle infezioni ospedaliere attività che rientra in un contesto più ampio che riguarda la prevenzione del rischio infettivo; è proseguita l'attività volta a sostenere i programmi di screening dei tumori: mammografico, citologico, colonretto.

Assistenza Territoriale

Prendendo in esame la popolazione del VCO al 31.12.2010 (n. 174.204 abitanti di cui 40.842 con età ≥ 65 anni e 20.225 con età ≥ 75 anni) si rileva un processo di invecchiamento della popolazione del VCO da cui derivano bisogni specifici. Inoltre, tenuto conto del contesto morfologico prevalentemente montano del VCO, al fine di offrire risposte adeguate ai bisogni, si è dovuto organizzare un sistema sanitario locale prevedendo una diffusione capillare dei servizi per garantirli, in modo omogeneo e con pari opportunità di accesso, all'intera popolazione, con un conseguente impegno, anche in termini economici, rilevante. Anche nel 2010 ci si è posti l'obiettivo, nell'ambito dei servizi territoriali, di portare avanti una serie di attività già intraprese negli anni pregressi. Si segnala, seppur a titolo non esaustivo:

- la prosecuzione della gestione dei rapporti con i MMG e PLS, condividendo strategie di assistenza e linee di azione per il raggiungimento di obiettivi di salute riguardanti il sistema delle cure primarie responsabilizzando MMG e PLS nel controllare ed orientare la domanda di consumi sanitari, oltre che nella programmazione aziendale.

Nel dicembre 2010, con deliberazione n. 814, si è stipulato con le OO.SS. dei Medici di Medicina Generale un accordo per l'anno 2011 con l'obiettivo di salvaguardare la continuità dell'esperienza dei Gruppi di cure primarie già costituiti, quello ubicato a Cannobio, Omegna e Verbania, e rafforzare la presa in carico dei pazienti con patologie croniche. Altro punto qualificante dell'accordo ha riguardato il governo clinico con misure atte al contenimento della spesa nell'ottica di un uso appropriato delle risorse e, in particolare per quanto concerne le prescrizioni farmaceutiche, attraverso il monitoraggio delle molecole appartenenti alle classi terapeutiche più diffuse: inibitori di pompa; statine; spartani; farmaci del sistema respiratorio

- la promozione della domiciliarità: è proseguito il servizio di Telemedicina pensato per il territorio del VCO con contenuti prevalenti di teleassistenza e telemonitoraggio ad accesso programmato rivolto a pazienti con patologie complesse ma compatibili con forme assistenziali erogate a distanza. Alla data del dicembre 2010 i pazienti afferenti al territorio del Verbano, Cusio ed Ossola arruolati sono stati 169.

- la messa a punto del sistema di accesso unico socio sanitario, realizzato grazie alla sinergia tra l'ASL VCO ed i Consorzi dei Servizi Sociali del VCO, articolato in più sportelli, "Punti S", con funzioni di informazione, accoglienza e presa in carico dei cittadini che manifestano un bisogno sanitario, sociale, socio assistenziale e socio sanitario. Sono stati attivati sportelli unici a Stresa, Domodossola, Gravellona e Verbania. Nel corso del 2010 si è proseguito con la realizzazione delle azioni per la messa a punto del sistema informatico per consentire

l'operatività dei Punti S attraverso anche l'integrazione dei sistemi informativi dei CISS con la rete dell'ASL.	
la prosecuzione, nel 2010, dell'erogazione di prestazioni di diversa natura:	
infermieristiche	(17.781 prelievi ambulatoriali; 10.921 prelievi domiciliari; 4.950 medicazioni ambulatoriali)
assistenza domiciliare integrata	(n. 10.361 giornate di assistenza);
assistenza erogata dall'Unità Operativa di Cure Palliative	(n. 1.130 giornate di assistenza)
prestazioni erogate dall'Hospice	(n. 2.786 giornate di degenza)
- il mantenimento, per le degenze extraospedaliere, del numero dei posti letto 2009 ovvero: 80 pl di ricovero temporaneo; n. 520 pl convenzionati di RSA; n. 38 pl per malati di alzheimer.	

Per quanto attiene l'ambito del disagio Psico-Sociale si osserva, per quanto attiene la salute mentale e le tossicodipendenze, che i settori hanno monitorato costantemente la spesa lavorando sull'appropriatezza delle prestazioni.

In particolare, nell'ambito della salute mentale, si è posta particolare attenzione al fine di:

- ❖ monitorare l'appropriatezza dell'attività di ricovero nella struttura SPDC, riducendo anche i ricoveri presso Strutture convenzionate o comunità terapeutiche di pazienti affetti da patologie psichiatriche gravi;
- ❖ incrementare, nel contempo, l'attività di tipo ambulatoriale e di day hospital e potenziare complesse strategie terapeutico-riabilitative sull'intero territorio del VCO.

Il DSM ha poi proseguito nel potenziamento dei 'Gruppi Appartamento': al dicembre 2010 sono attivi 7 gruppi (di cui 2 a Domodossola, 2 ad Omegna e 3 a Verbania) e, complessivamente, sono stati inseriti n. 24 pazienti. Sono in aumento i pazienti coinvolti in esperienze lavorative che lasciano il circuito del ciclo diurno verso il territorio, indice di efficacia dei percorsi riabilitativi risocializzanti (+ 6,25%).

Relativamente all'attività svolta dal Sert sono aumentati i pazienti assistiti (al 31 dicembre 2010 erano n. 439) e si è proseguito nella gestione di una serie di progetti sia riferiti ad attività di prevenzione sia ad attività di reinserimento sociale e di riduzione del danno. Nel 2010 ha trovato piena attuazione la costituzione del Dipartimento delle Dipendenze che ha consentito di operare realizzando una maggior sinergia tra tutte le strutture afferenti al dipartimento (sia interne che esterne all'azienda).

Assistenza Ospedaliera

L'Azienda, anche nel 2010, ha portato avanti le azioni che si inquadrano nella strategia "Rete integrata dei Presidi Ospedalieri" che prevede, sostanzialmente, il riordino degli ospedali di Verbania e di Domodossola e la realizzazione dell'Ospedale Integrato Plurisede del VCO funzionante secondo la logica dei percorsi diagnostici terapeutici normati, dotato di équipes professionali (mediche e chirurgiche) uniche, che agiscono nei diversi presidi presso i quali sono collocate, in modo stabile, le unità di degenza e le équipes di assistenza infermieristica ed alla persona.

Detto ciò vediamo ora di esaminare come si è sviluppato, nel corso dell'anno 2010, distintamente per i due Presidi, tale processo riorganizzativo.

Presidio Ospedaliero di Verbania: nel corso dell'anno 2010 si è provveduto:

➤ al proseguimento dei lavori di ampliamento di spazi dell'unità chirurgica dipartimentale di degenza ordinaria, ubicata al 5° piano, con la ristrutturazione quasi completata della prima ala, attivazione creazione di spazi di servizio, con l'umanizzazione della struttura; rimane da ristrutturare la seconda ala: tale ristrutturazione è legata all'attivazione delle sale operatorie del P.O. di Domodossola al fine di poter garantire il trasferimento dell'attività di day surgery .

Presidio Ospedaliero di Domodossola: nel corso dell'anno 2010 si è provveduto:

- all'aggregazione della degenza di urologia ad una delle N. 2 unità chirurgiche dipartimentali di media/alta intensità assistenziale nell'agosto 2010;
- al trasferimento della dialisi presso la nuova sede, piano terra, della nuova ala di degenza nel settembre 2010;
- allo spostamento degli ambulatori pericovero presso i locali ex dialisi primo piano palazzina ex cardiologia nel settembre 2010;
- allo spostamento della sala gessi e del laboratorio anatomia patologica nell'ottobre 2010 rispettivamente al piano terra della nuova ala di degenza e secondo piano della piastra dei servizi;
- alla prosecuzione dei lavori di week e day surgery. nuove sale operatorie e laboratorio analisi;
- all'allestimento delle sale operatorie con arredi e apparecchiature nel dicembre 2010.

*

In ambito ospedaliero particolare attenzione è stata attribuita all'area dell'emergenza urgenza nonché all'area oncologica. Va osservato che la problematica oncologica nel VCO è rilevante in considerazione dell'elevata incidenza e mortalità per neoplasie, attestate su valori simili a quelli dei territori vicini come il novarese, ma ben al di sopra della media regionale. Il Dipartimento delle patologie oncologiche, anche nel corso dell'anno 2010, ha operato in diversi settori: la SOC Oncologia Medica dell'ASL VCO ha proseguito la sua attività di diagnosi e cura delle neoplasie solide ed ematologiche nelle tre sedi Ospedaliere di Verbania Domodossola e Omegna avendo come bacino di utenza l'intera provincia del VCO e le aree limitrofe, e ha operato in stretta collaborazione con le altre Oncologie Piemontesi all'interno della Rete Oncologica Regionale.

L'Azienda ha ritenuto, anche per il 2010, di attribuire importanza al Sistema Qualità. Va osservato che seppure, anche per il 2010, la ricerca dell'equilibrio di bilancio ha rappresentato un punto su cui l'Azienda ha prestato particolare attenzione mettendo in atto una serie di misure utili al contenimento/razionalizzazione della spesa, tuttavia non si è trascurato l'obiettivo legato ad un miglioramento continuo della qualità (anche al fine di migliorare l'appropriatezza e ridurre gli sprechi). L'obiettivo di un miglioramento continuo della qualità è stato perseguito attraverso l'applicazione del governo clinico, responsabilizzando i professionisti sanitari attraverso un approccio di sistema che prevede, tra gli altri: la revisione continua dei processi organizzativi e dei percorsi clinici (per eliminare sprechi derivanti da attività inutili); la verifica dell'appropriatezza delle prestazioni (non solo di ricovero); la formazione continua; la gestione del rischio clinico.

*

Ospedale di Omegna: come è noto il Presidio è oggetto di sperimentazione gestionale ai sensi art. 9 bis D.Lgs. 502/1992 e smi che ha portato, nel luglio 2002, alla costituzione della Società denominata "Centro Ortopedico di Quadrante Ospedale Madonna del Popolo di Omegna SPA". La sperimentazione gestionale venne approvata nel gennaio 2003 dalla Regione che fissò la durata in 5 anni, tacitamente rinnovati per un analogo periodo. La sperimentazione venne prorogata più volte, in modo concorde

dalle parti pubblica e privata. Allo stato attuale la Regione ha disposto la proroga della gestione sperimentale del COQ sino al 31 dicembre 2012.

3. Prospetto riepilogativo

La relazione è corredata da un prospetto, di seguito riportato, che evidenzia, per macroclassi di ricavo e costo:

- il conto consuntivo 2009 (Colonna A);
- il Piano di rientro 2010 (Colonna B);
- il conto consuntivo 2010 (Colonna C);
- le differenze registrate rispetto al consuntivo 2009 (Colonna C-A);
- le differenze registrate rispetto al Piano di rientro (Colonna C-B)

Voce di CE nuova aggregazione	Conto Cons. 2009 A	Piano di Rientro 2010 B	Conto Cons. 2010 C	diff. C-A	diff. C-B
<i>Quota FSN</i>	313.072	317.582	314.692	1.620	- 2.890
<i>STP</i>	222	-	278	56	278
<i>Altri Contributi da Regione</i>	1.424	699	1.398	- 26	699
	314.718	318.281	316.368	1.650	- 1.913
<i>Altri Contributi da altri enti pubblici</i>	12	-	75	63	75
<i>Contributi da privati</i>	71	77	201	130	124
	314.801	318.358	316.644	1.843	- 1.714
Ricavi per prestazioni	922	848	884	- 38	36
Recuperi e rimborsi	1.921	1.650	2.790	869	1.140
Ticket	3.899	4.000	3.998	99	- 2
Ricavi vari	4.764	4.978	4.706	- 58	- 272
	11.506	11.476	12.378	872	902
Ricavi intramoenia	3.854	3.600	3.310	- 544	- 290
Totale ricavi gestione ordinaria	330.161	333.434	332.332	2.171	- 1.102
Acquisti e manutenzioni	40.620	40.496	41.801	1.181	1.305
Assistenza sanitaria di base	20.317	20.409	20.561	244	152
Farmaceutica	29.810	27.910	29.311	- 499	1.401
Specialistica	6.609	7.305	7.737	1.128	432
Riabilitativa	5.438	5.438	5.550	112	112
Integrativa	8.381	8.459	8.440	59	- 19
Ospedaliera da privato (case di cura)	13.120	13.291	13.290	170	- 1
Ospedaliera da privato (presidi)	48.918	49.446	49.847	929	401
Altra assistenza	18.528	19.542	21.284	2.756	1.742
Altri servizi	5.344	5.192	5.967	623	775
Godimento di beni e servizi	1.466	1.570	1.586	120	16
Personale dipendente	99.716	100.240	100.678	962	438
Spese amministrative e generali	6.804	6.579	6.257	- 547	- 322
Servizi appaltati	9.578	9.905	10.152	574	247
Accantonamenti	4.190	161	629	- 3.561	468
Imposte e tasse	7.596	7.124	7.805	209	681
Oneri finanziari	555	603	505	- 50	- 98

Variazione delle rimanenze	-248	- 348	- 127	121	221
Compartecipazioni personale intramoenia	2.461	2.298	2.276	- 185	- 22
Totale costi gestione ordinaria	329.203	325.620	333.549	4.346	7.929
Risultato gestione ordinaria	958	7.814	- 1.217	- 2.175	- 9.031
Ricavi straordinari	923	-	973	50	973
Costi straordinari	-298	-	253	45	- 253
Mobilità attiva extra	28.962	29.711	30.892	1.930	1.181
Mobilità passiva extra	-21.614	- 21.614	- 20.218	1.396	1.396
Mobilità attiva INTRA	12.990	12.990	13.022	32	32
Mobilità passiva intra	-28.901	- 28.901	- 28.537	364	364
Costi capitalizzati E Rivalutazioni	5.704	5.026	4.807	- 897	- 219
Ammortamenti	-7.311	- 7.234	- 7.369	- 58	- 135
Svalutazioni	-30	-	-	30	-
Risultato di gestione	-8.617	- 2.208	- 7.900	717	- 5.692
saldo ferie e straordinari maturati ma non goduti	21	-	51	30	51
Poste non monetarie come da MEF	-1.637	- 2.208	- 2.562	- 925	- 354
Risultato differenziale	-6.959	-	- 5.287	1.672	- 5.287

Dal conto consuntivo si evidenzia un risultato di gestione di - € 7.900, le poste non monetarie ed il saldo ferie straordinari maturati e non goduti sono pari a - € 2.613. Pertanto il risultato finanziario è pari a - € 5.287.

4. Aggregati di costi e di ricavi: commenti

Analizzando il prospetto sopra riportato si segnalano alcuni scostamenti, rispetto alle previsioni del Piano di Rientro, distintamente per le seguenti macroclassi di ricavo e di costo e per le motivazioni di seguito riportate.

QUOTA FSR

Si richiamano le istruzioni impartite dalla Regione Piemonte con nota prot. 14694/DB/2009 del 23 maggio 2011 che prevede che: " *i conti economici del consuntivo 2010, per la quota del FSR, devono far riferimento alla D.G.R. n. 3-360 del 20 luglio 2010, così come modificata dalla DGR n. 47-529 del 4 agosto 2010, e alle DGR n.1-635 del 23.09.2010, n. 33-1106 del 30.11.2010 e n. 34-1107 del 30.11.2010, con le quali la Giunta Regionale ha preso atto dei piani di rientro delle aziende e indicato il fabbisogno di finanziamento regionale comprensivo della produzione per i soggetti STP a carico della Regione e dei contributi di quota corrente*". In particolare le ASR dovranno iscrivere il finanziamento come di seguito specificato, seguendo i passaggi sotto indicati:

- | | |
|----|---|
| 1. | <i>le aziende sanitarie dovranno inserire la quota di assegnazione regionale di cui alla DGR 47-529 del 4 agosto e s.m.i. sopra menzionata, nei limiti del pareggio finanziario (risultato di esercizio al netto delle poste non monetarie) tenendo conto dei valori di mobilità usati nel quarto trimestre, da valorizzare nel sottoconto 4500131, al netto del riconoscimento della produzione 2010 a favore degli Stranieri Temporaneamente Presenti, che sarà proposta dal CSI negli specifici conti. Tale produzione concorre a definire l'assegnazione deliberata insieme all'iscrizione dei contributi di quota corrente indistinta.</i> |
|----|---|

2.	<i>Gli eventuali scostamenti dei saldi di mobilità tra il pre-consuntivo e il consuntivo al netto della variazione dei saldi di riaddebito attivo per prestazioni acquistate da privati, origineranno variazioni compensative di segno opposto nelle assegnazioni regionali (il maggior saldo negativo o un minor saldo positivo un pari incremento dei contributi, un minor saldo negativo o un maggior saldo positivo un pari decremento dei contributi). L'assegnazione regionale definitiva, terrà conto della copertura della IVC".</i>
----	--

Nella tabella di seguito riportata si evidenzia come è avvenuta la determinazione della quota FSN nella versione di maggio 2011 in conformità alle istruzioni sopra riportate:

Definizione quota FSR anno 2010 circolare prot. 14694/DB2009 del 23.05.2011	€
Assegnazione DGR 3-360 del 20 luglio 2010 e s.m.i	317.582.000
STP	- 280.664
Scostamento saldi mobilità IV Trim.2010/Cons.2010 al netto variazione dei saldi di riaddebito attivo prestazioni acquistate da privati	- 1.417.233
Importo iscritto al conto 4.50.01.31	315.884.103

Con circolare prot. 15968/DB2015 del 5 giugno 2012 la Regione ha impartito le nuove istruzioni per la determinazione della quota FSN che di seguito si riportano: *"Le Aziende, per la quota FSR devono far riferimento alla D.G.R. n. 3-360 del 20 luglio 2010, così come modificata dalla DGR n. 47-529 del 4 agosto 2010, e alle DGR n.1-635 del 23.09.2010, n. 33-1106 del 30.11.2010 e n. 34-1107 del 30.11.2010, con le quali la Giunta Regionale ha preso atto dei piani di rientro delle aziende e indicato il fabbisogno di finanziamento regionale comprensivo della produzione per i soggetti STP a carico della Regione e dei contributi di quota corrente. Le aziende sanitarie dovranno inserire la quota di assegnazione regionale di cui alle DGR sopra menzionate, nei limiti del pareggio finanziario (risultato d'esercizio al netto delle poste non monetarie) tenendo conto dei valori di mobilità usati nel quarto trimestre, al netto del riconoscimento della produzione 2010 a favore degli Stranieri Temporaneamente Presenti, che sarà proposta dal CSI negli specifici conti, tale produzione concorre a definire l'assegnazione deliberata insieme all'iscrizione dei contributi di quota corrente indistinta. Gli eventuali scostamenti dei saldi di mobilità tra il pre-consuntivo e il consuntivo al netto origineranno variazioni compensative di segno opposto nelle assegnazioni regionali (il maggior saldo negativo o un minor saldo positivo un pari incremento dei contributi, un minor saldo negativo o un maggior saldo positivo un pari decremento dei contributi). La quota di finanziamento dovrà essere integrata di un importo pari alla quota di accantonamento per ACM medicina generale " che per l'Asl Vco è stata definita in € 115.000".*

Nella tabella sotto riportata si evidenzia come è avvenuta la determinazione definitiva della quota FSN secondo le nuove istruzioni sopra riportate:

Definizione quota FSR anno 2010 circolare prot. 15968/DB2015 del 05.06.2012	€
Assegnazione DGR n.3-360 del 2 luglio 2010 e s.m.i.	317.582.000
STP	- 278.204
Quota accantonamento ACN medicina generale	115.000

5

Scostamento saldi mobilità IV Trim.2010/Consuntivo 2010	- 2.983.107
Importo iscritto al conto 4.50.01.31	314.435.689

RICAVI DELLA GESTIONE ORDINARIA

Si segnalano di seguito le variazioni più rilevanti rispetto alle previsioni del Piano di Rientro:

- recuperi e rimborsi + €. 1.140: tale incremento è sostanzialmente dovuto all'iscrizione al conto 4500306 "Altri concorsi, recuperi. Per attività tipiche" di €. 1.037 utilizzato, secondo istruzioni regionali, per parificare la produzione 2010 del Centro Ortopedico di Quadrante iscritta dal C.S.I. Piemonte ai valori di produzione anno 2009, definiti come tetto per l'anno 2010 all'interno del Piano di rientro.
- ricavi intramoenia - € 290: tale riduzione è da attribuirsi alla mancata fatturazione diretta della cessione di emoderivati per il Piano Sardegna, in applicazione della circolare prot. n. 3006/DB 2000 del 27/1/2010.

COSTI DELLA GESTIONE ORDINARIA

ACQUISTI E MANUTENZIONI

Il confronto con il consuntivo 2009 ed il Piano di rientro, nonostante si siano messe in atto le azioni previste nel Piano di seguito illustrate, evidenzia uno scostamento, in aumento, pari ad € 1.181 e 1.305 determinato, sostanzialmente, dall'incremento della spesa per prodotti farmaceutici come evidenziato nella tabella di dettaglio. Va peraltro osservato che il Dipartimento del farmaco (come si evince da quanto di seguito esposto) ha messo in atto tutte le azioni di contenimento previste nel Piano di Rientro, mirando ad uno stretto controllo dell'appropriatezza, anche perseguendo risultati che si possono definire soddisfacenti:

DETTAGLIO ACQUISTI DI BENI

	consuntivo 2009 A	Piano rientro B	consuntivo 2010 C	diff. C-A	diff. C-B
Prodotti farmaceutici di cui:	16.853	17.506	18.785	1.932	1.279
farmaci uso ospedaliero	4.155	3.997	3.420	-735	-577
farmaci in distribuzione diretta	12.095	12.984	13.878	1.783	894
farmaci PHT	0	0	914	914	914
Emoderivati e prodotti dietetici	671	676	693	22	17
Materiali per la profilassi	864	881	1.126	262	245
Materiali diagnostici prodotti chimici	3.990	4.019	3.947	-43	-72
Materiali diagnostici, lastre Rx...	351	297	306	-45	9
Presidi chirurgici e materiali sanitari	6.111	6.232	6.019	-92	-213
Materiali protesici e materiali per emodialisi	3.457	3.455	3.325	-132	-130
Materiali chirurgici, sanitari e diagnostici uso veterinario	9	9	9	0	0
Prodotti alimentari	13	14	14	1	0
Materiali di guardaroba di pulizia e di convivenza	381	389	403	22	14

9

Combustibili, carburanti e lubrificanti	144	147	159	15	12
Supporti informatici e cancelleria	446	455	446	0	-9
Altro	33.290	34.080	35.232	1.942	1.152

DETTAGLIO MANUTENZIONI

Manutenzione immobili mobili e macchine	2.448	2.135	2.350	-98	215
attrezzature tecnico-scientifico sanitarie	517	528	569	52	41
automezzi	4.333	3.720	3.558	-775	-162
materiali per manutenzioni	5	5	3	-2	-2
	27	28	89	62	61
	7.330	6.416	6.569	-761	153

**

L'incremento di spesa per l'acquisto di beni è dovuto principalmente:

➤ al maggior impiego di farmaci H biotecnologici utilizzati in oncologia, onco-ematologia, reumatologia, malattie rare e oculistica (vedi tabella 1);
➤ alle richieste da parte di assistiti afferenti in precedenza ad altre aziende sanitarie ai quali non vengono più erogati medicinali di classe H e PHT in quanto nostri assistiti (vedi tabella 1);
➤ all'aumento delle richieste da parte delle strutture convenzionate derivante dall'aumento dei posti letto e dall'istituzione del centro "stati vegetativi" presso l'Eremo di Miazzina;
➤ all'aumento delle richieste di emoderivati utilizzati dagli assistiti dell'Asl VCO affetti da emofilia;
➤ all'aumento della richiesta di vaccini necessari a garantire le campagne vaccinali e richiesta di rimborso da parte dell'ASL TO1 per il vaccino anti HPV anticipato per le vaccinazioni dello scorso anno.

SOC FARMACIA - Tabella 1

	N° PZ ANNO 2009	ACQUISTATO (€) ANNO 2009	N° PZ ANNO 2010	ACQUISTATO (€) ANNO 2010
REUMATOLOGIA				
HUMIRA (prescrizioni extra-aziendali)	6	48.000	19	89.200
HUMIRA (prescrizioni aziendali)	20	308.500	26	335.000
ENBREL (prescrizioni extra-aziendali)	9	81.100	19	108.000
ENBREL (prescrizioni aziendali)	12	142.200	11	112.700
REMICADE (prescrizioni aziendali)	13	138.500	13	161.600
ORENCIA (prescrizioni aziendali)	3	25.500	3	40.000
ROACTEMRA	zero	***	1	4.500

(prescrizioni aziendali)				
FORSTEO	13	23.600	28	70.400
		767.400		921.400
EPATOLOGIA				
PEGINTRON	12	15.000	26	97.000
PEGASYS	25	66.000	70	196.200
REBETOL	13	5.200	22	18.000
COPEGUS	21	5.900	64	34.000
VIREAD	1 (HEPSERA) + 12	5.300	17	33.300
BARACLUDE	8	10.000	12	40.600
SEBIVO	3	4.000	7	25.400
ALFAFERONE	9	22.100	12	47.200
EPREX 10.000 UI	10	4.500	18	16.800
	N° PZ ANNO 2009	ACQUISTATO (€) ANNO 2009	N° PZ ANNO 2010	ACQUISTATO (€) ANNO 2010
BINOCRIT 10.000 UI	zero	***	3	1.200
		138.000		509.500
EMODERIVATI				
KOGENATE	3	418.000	3	430.000
REFACTO	3	118.000	3	225.000
HAEMOCTIN + ADVATE	1	224.000 + 376.400	1 (HAEMOCTI N)	395.000
		1.136.400		1.050.000
U.V.A.				
EXELON CER	70	35.600	151	69.700
EXELON CPS	40	23.900	44	20.800
ARICEPT 5	65	24.700	88	27.000
ARICEPT 10	70	32.000	82	39.800
EBIXA	47	12.000	113	41.300
REMINYL	14	8.800	14	7.500
N05A (ANTIPSIKOTICI)	610	109.600	761	128.000
		246.600		334.100
V03AC (TALASSEMIE)	8	11.300	9	22.500

H01AC (SOMATROPINA)	31	198.700	30	182.600
N04B (PARKINSON)	33	29.400	63	54.700
DUODOPA	2	83.000	2	85.300
		112.400		140.000
	N° PZ ANNO 2009	ACQUISTATO (€) ANNO 2009	N° PZ ANNO 2010	ACQUISTATO (€) ANNO 2010
L04A (ANTIRIGETTO)	31	43.100	72	52.100
ONCOLOGIA				
L02BG (INIBITORI ENZIMATICI)	80	56.700	174	106.800
FASLODEX	1	840	3	5.800
GLIVEC	zero	***	2	4.400
XAGRID	zero	***	2	2.000
		57.540		119.000
M.RARE				
TRACLEER	4	47.500	6	88.000
THELIN	zero	***	2	7.000
REVATIO	1	6.800	3	5.400
FERRIPROX	3	11.300	2	7.900
		65.600		108.300

Occorre osservare che nel corso del 2010 il Dipartimento del farmaco, dopo aver individuato azioni di contenimento della spesa, ha operato un costante monitoraggio soprattutto per verificare l'appropriatezza nell'utilizzo di farmaci in patologie i cui costi risultano molto pesanti. In particolare, nell'ultimo trimestre 2010, si è provveduto al contenimento della spesa per la malattia HIV grazie alla revisione dei protocolli terapeutici; invece, per quanto attiene la spesa per anticorpi monoclonali utilizzati in oncologia, la stessa è aumentata soprattutto a causa dell'ampliamento delle indicazioni terapeutiche e dei successi terapeutici di cetuximab, trastuzumab, pemetrexed.

Si segnala, inoltre, che per i medicinali antipsicotici e per la terapia dell'Alzheimer è proseguita la distribuzione diretta da parte del c.s.m. e/o del farmacista di distretto in quanto viene ritenuto importante da parte dei medici specialisti che queste tipologie di pazienti e care-givers abbiano dei riferimenti certi, facenti parte del loro percorso assistenziale e che si assicurino della corretta compliance. Questo ha determinato un minor consumo rispetto a quanto inizialmente preventivato a carico dell'ASL di Asti ed un maggior onere a carico del ns. bilancio di circa 500.000 €, ma anche il risparmio dell'onorario previsto per la dispensazione da parte delle farmacie convenzionate. (Previsto DPC 1.440.000, valore del distribuito in DPC a fine anno 913.999 €, costo del servizio stimato 330.000 €, costo a fine anno 210.177 €).

Nel corso dell'anno sono stati analizzati e costantemente monitorati i consumi di farmaci (*come peraltro richiesto nelle linee guida emanate dalla Regione per la predisposizione del piano di rientro*) in relazione ai livelli assistenziali attraverso l'attività svolta dalla Commissione Farmaceutica interna (CFI) e dalle Commissioni distrettuali per l'appropriatezza.

Nell'ambito di tali Commissioni sono state affrontate le seguenti tematiche:

1.	appropriatezza prescrittiva
2.	utilizzi 'off-label'
3.	protocolli e linee guida
4.	continuità terapeutica ospedale-territorio

1. Appropriatezza prescrittiva

In conformità a quanto previsto nel Piano di rientro il Comitato del Dipartimento del Farmaco e la Commissione Farmaceutica Interna hanno individuato alcune azioni volte a razionalizzare i consumi e ad aumentare l'appropriatezza delle prescrizioni per quanto attiene:

- **Ipolipemizzanti:** per quanto attiene le statine (farmaci molto utilizzati con un notevole impegno di risorse, per i quali, peraltro, esistono importanti evidenze di significativa riduzione del rischio cardiovascolare in alcune fasce di popolazione) si è proceduto a rispettare la nota AIFA n. 13 e privilegiare le molecole a brevetto scaduto, laddove possibile, al fine di contenere i costi. E' stato steso un protocollo aziendale con l'individuazione delle molecole di scelta a seconda della riduzione di colesterolo richiesta; lo stesso è stato diffuso a MMG e specialisti ospedalieri, anche tramite corsi di aggiornamento ECM nell'ambito di un progetto "Appropriatezza statine" (egida ARESS), durante i quali è stato ampiamente dibattuto il corretto utilizzo di questi farmaci. La diffusione del protocollo ha determinato un maggior utilizzo di statine e quindi una maggior prevenzione cardiovascolare. E' cresciuto l'utilizzo di simvastatina, ma l'applicazione del protocollo si può al momento definire a macchia di leopardo.
- **Eparine a basso peso molecolare nella prevenzione del tromboembolismo venoso:** si è riscontrato un utilizzo molto allargato in ospedale con induzione sul territorio e variabilità prescrittiva. Si è ritenuto di predisporre un protocollo aziendale sulla base delle linee guida internazionali con l'individuazione delle situazioni in cui la profilassi sia sicuramente utile e delimitando le situazioni di incertezza al fine di limitare il ricorso alla cosiddetta medicina difensiva (es. in traumatologia e chirurgia ortopedica minore); è stato costituito il gruppo di lavoro formato da medici specialisti in: oncologia, neurologia, chirurgia, ortopedia, ostetricia, medicina interna, farmacista, MMG che sta portando a conclusione il lavoro. Nel contempo è stata fatta una valutazione del rapporto costo/efficacia delle diverse molecole disponibili.
- **Inibitori della pompa protonica:** è stato rilevato un consumo molto elevato, sia in ambito territoriale che ospedaliero, ed il ricorso a molecole coperte da brevetto (soprattutto esomeprazolo) superiore alla media regionale. Si è ravvisata la necessità di redigere delle linee di indirizzo aziendali sulla base delle evidenze da diffondere sia in ospedale che ai MMG. Tali indicazioni sull'utilizzo appropriato sono state predisposte da un gruppo di lavoro formato dal responsabile aziendale per la qualità, dal medico specialista in otorinolaringoiatria, dal medico specialista in gastroenterologia, dal medico responsabile D.E.A., dal farmacista, dal MMG. Tali indicazioni sono state anche diffuse alle strutture ospedaliere ed ai medici di medicina generale. E' stata inoltre inviata a tutti i responsabili

una raccomandazione per limitare l'utilizzo della forma endovenosa alle situazioni in cui sia indispensabile. L'incidenza di molecole a brevetto scaduto sul territorio è aumentata, mentre in ospedale è del 100%.

- **Nutrizione parenterale totale:** esaminati i dati di consumo di sacche per nutrizione parenterale totale si è riscontrato un ricorso eccessivo a questa forma di nutrizione artificiale a scapito della nutrizione enterale e della semplice idratazione. Sono state predisposte linee guida aziendali per l'utilizzo della nutrizione artificiale e si è svolto il 4/12/2010 un corso di aggiornamento sull'argomento per medici e personale infermieristico. Inoltre è stata introdotta la richiesta motivata per le sacche nutrizionali al fine di promuovere un utilizzo più consapevole di tale presidio terapeutico.

- **Antibiotici:** il consumo di antibiotici, sia in ospedale che sul territorio, è in media con il dato regionale ed il panorama delle resistenze batteriche non mostra attualmente particolari motivi di preoccupazione, tuttavia si può prevedere qualche margine di miglioramento. Si è raccomandato l'utilizzo di ciprofloxacina (molecola a brevetto scaduto) rispetto a levofloxacina e di favorire il ricorso alle forme orali rispetto alle endovenose non appena possibile.

- **Farmaci di fascia C:** la razionalizzazione del prontuario terapeutico aziendale, già messa in atto in previsione della gara farmaci per area sovra zonale e finalizzata alla stesura di un prontuario di "quadrante" (in fase avanzata di realizzazione), ha già portato all'eliminazione di una serie di prodotti riclassificati in fascia C e ritenuti non insostituibili.

- **Albumina:** il Comitato per il Buon Uso del Sangue ha evidenziato un utilizzo più elevato rispetto alla media regionale. Si è pertanto disposto la modifica della richiesta motivata e la rivisitazione delle linee guida.

2. Utilizzi OFF-LABEL

Nell'Asl VCO l'utilizzo off-label dei medicinali è stato normato: esiste una procedura per le richieste off-label da parte dei medici ospedalieri per singolo paziente e per uso sistematico e una procedura per le richieste da parte dei MMG. La C.F.I., nel periodo gennaio 2010 - dicembre 2010, ha esaminato n. 27 richieste presentate da specialisti ospedalieri e n. 19 richieste presentate da MMG/PLS. Di tali richieste n. 43 erano riferite a singolo paziente e n. 3 per usi diffusi e sistematici. La maggior parte delle richieste riguardavano l'oncologia, l'ematologia e la neuropsichiatria infantile. Si ritiene che il percorso intrapreso abbia dato risultati positivi in quanto i medici sono stati sensibilizzati sull'argomento e sono di norma aderenti alle procedure aziendali. Si procederà nell'individuazione di eventuali situazioni non codificate.

3. Protocolli e linee guida

La commissione ha esaminato le varie situazioni, sia per possibile inappropriata sia per esigenze terapeutiche e di sicurezza, in cui si evidenziasse la necessità di stendere protocolli o linee guida ovvero: Statine (protocollo predisposto ed applicato); IPP (protocollo predisposto ed applicato); Bifosfonati per via endovenosa (protocollo predisposto ed applicato); Prevenzione del tromboembolismo venoso; Trattamento del paziente demente (protocollo che, al dicembre 2010, era in fase di definizione); Sartani (revisione del PDTA sull'ipertensione). La criticità sta nel verificare, in funzione degli indicatori di applicazione individuati, la reale aderenza dei medici dipendenti e convenzionati ai documenti sopra citati ed aumentarne la compliance.

4. Continuità terapeutica ospedale territorio

La Commissione Farmaceutica interna ha posto attenzione a verificare la congruità delle prescrizioni in dimissione da visita ambulatoriale e da ricovero ospedaliero rispetto agli obiettivi posti alla medicina generale tramite l'analisi di un report di monitoraggio predisposto dalla SOC Farmacia, comprendente sia le prescrizioni in dimissione che hanno comportato erogazione diretta di farmaci (tutte) sia le prescrizioni che sono state indirizzate direttamente al medico di famiglia (a campione). Sono state evidenziate situazioni in linea con i protocolli e le linee di indirizzo approvate e le situazioni da rivedere.

Complessivamente i pazienti ai quali è stato erogato il primo ciclo di terapia sono aumentati di oltre il 30% nel confronto tra gli anni 2009 e 2010.

anno 2009		anno 2010 *		Δ%
REPARTO	n° schede	REPARTO	n° schede	
CARDIOLOGIA	399	CARDIOLOGIA	465	16,54
CHIRURGIA	620	CHIRURGIA	889	43,39
COQ	947	COQ	836	-11,72
DEA	0	DEA	1	
DIABETOLOGIA	1003	DIABETOLOGIA	1937	93,12
ENDOSCOPIA DIGESTIVA	88	ENDOSCOPIA DIGESTIVA	44	-50,00
MALATTIE INFETTIVE	68	MALATTIE INFETTIVE	112	64,71
MEDICINA GENERALE	518	MEDICINA GENERALE	652	25,87
NEFROLOGIA	967	NEFROLOGIA	1897	96,17
NEUROLOGIA	218	NEUROLOGIA	255	16,97
O.R.L.	297	O.R.L.	364	22,56
OCULISTICA	2	OCULISTICA	0	100,00
ONCOLOGIA	1725	ONCOLOGIA	2255	30,72
ORTOPEDIA	725	ORTOPEDIA	852	17,52
OSTETRICIA	735	OSTETRICIA	628	-14,56
PEDIATRIA	152	PEDIATRIA	156	2,63
PROGETTO APPROPRIATEZZA	178	PROGETTO APPROPRIATEZZA	153	-14,04
R.R.F	31	R.R.F	28	-9,68
SALUTE MENTALE	12	SALUTE MENTALE	23	0,00
UROLOGIA	602	UROLOGIA	461	-23,42
TOTALE SCHEDE	9287	TOTALE SCHEDE	12008	29,30

* dati a settembre e proiettati su anno 2010

Nel periodo gennaio-dicembre 2009 le dispensazioni di medicinali in dimissione sono state 11.321, nello stesso periodo del 2010 sono state 15.056.

*

Nell'ambito del Piano di rientro è stato inoltre previsto un Piano aziendale per perseguire l'efficienza economica della spesa farmaceutica ospedaliera (tenuto conto di quanto richiesto dalla circolare regionale in tema di piano di rientro) in relazione al quale si è proceduto:

- alla sensibilizzazione dei medici prescrittori:

gli obiettivi inerenti l'appropriatezza prescrittiva sono stati illustrati dal Direttore del Dipartimento del Farmaco al Comitato di Dipartimento (composto dal Direttore sanitario presidi ospedalieri, presidente del Comitato di Committenza, direttore SOC Nefrologia, direttore SOC Medicina, direttore SOC Cardiologia, direttore SOC Oncologia, rappresentante dei MMG) allargato ai Direttori dei Dipartimenti delle aree sanitarie. Dopo ampia discussione sono state condivise le azioni proposte per la razionalizzazione della spesa farmaceutica ed i direttori di struttura presenti si sono impegnati a diffonderle a tutti i dirigenti medici operanti nell'ASL. Anche il rappresentante dei medici di medicina generale si è impegnato a comunicarle ai referenti delle équipes territoriali. Successivamente alle strutture sanitarie aziendali sono stati attribuiti obiettivi specifici comprendenti anche l'adesione ai protocolli e l'incremento della distribuzione in dimissione.

Per quanto riguarda:

- i medici dipendenti sono state comunicate le azioni da intraprendere per contenere la spesa farmaceutica e, nel contempo, sono stati richiesti suggerimenti per eventuali ulteriori ambiti di intervento, ribadendo la necessità di contenimento della spesa derivante da un uso razionale del farmaco e del dispositivo medico;
- per i MMG sono stati individuati obiettivi di appropriatezza.

L'attenzione dei medici prescrittori sulle problematiche inerenti l'appropriatezza e la razionalizzazione della spesa è stata stimolata anche tramite l'invio trimestrale di apposita reportistica predisposta in modo che ogni responsabile di struttura o ogni medico di famiglia possa conoscere il consumo quali-quantitativo di farmaci e dispositivi medici determinato anche in riferimento a medie aziendali e regionali e/o livelli attesi. Sono stati previsti eventi formativi accreditati per le diverse professioni e specializzazioni sanitarie su argomenti correlati alle azioni predisposte per favorire l'approfondimento dei problemi e l'approccio multidisciplinare.

➤ **registri AIFA:**

tali registri sono stati introdotti per il monitoraggio dei farmaci innovativi ad alto costo molte volte registrati con procedura abbreviata. Le azioni intraprese in questo settore sono consistite:

1) nel proseguire nell'utilizzo dei registri AIFA secondo le disposizioni di legge; 2) nel valutare la quota di farmaci impiegati al di fuori del registro: è stata effettuata puntuale ricognizione di tutte le molecole sottoposte a monitoraggio AIFA e sono state regolarizzate le poche situazioni non congrue, addebitabili peraltro a medici dipendenti di altre strutture; 3) nell'ottenere, laddove attivati, i rimborsi previsti dagli accordi di risk sarin.

➤ **registri regionali**

anche per quanto riguarda i registri regionali è stata effettuata una ricognizione per valutarne la completa applicazione ed è stato richiesto ai medici che non avevano ottemperato agli obblighi di regolarizzare la situazione: ad oggi tutti i pazienti sono inseriti nei registri regionali con l'eccezione di due assistiti che fanno riferimento a centri extra regionali. In dettaglio sono stati registrati n. 71 pazienti nel registro delle malattie rare, n. 30 nel registro dell'ormone della crescita, n. 16 nel registro teriparatide/ormone paratiroideo, n. 35 nel registro dei farmaci biologici anti tnf alfa in reumatologia e dermatologia.

➤ **biosimilari:**

alcuni medicinali biotecnologici introdotti nel mercato negli anni 80 e non più coperti da copertura brevettuale sono commercializzati con principio attivo analogo, ma non identico, al medicinale di riferimento e sono definiti biosimilari. I biosimilari non possono ritenersi automaticamente intercambiabili con i prodotti originatori. Si è proposta l'adozione del filgrastim biosimilare quale fattore di stimolo delle colonie linfocitarie ed il trattamento dei pazienti nefropatici naive con

l'eritropoietina biosimilare. Entrambi i prodotti sono disponibili presso le farmacie. Dopo un iniziale cautela nell'utilizzo sia la epoietina in nefrologia ed in epatologia che il filgrastim in oncologia e in medicina sono stati utilizzati con un risparmio di circa € 10.000 che sicuramente sarà incrementato nel corso del 2011, in quanto vi è un trend di aumento dei pazienti trattati. Si è ottenuto anche un risparmio passando all'impiego di una sola epoietina short acting invece di 2 quantificabile ad oggi in circa € 50.000.

Come si evince dal disposto della DGR n. 1-10802/2009 il fattore produttivo acquisto di beni e servizi è quello maggiormente coinvolto dagli obiettivi di contenimento dei costi della produzione: l'incremento stimato a livello regionale, pari all'1%, è strettamente legato a 3 fenomeni: - 1. l'andamento dei prezzi dei beni per effetto della situazione economica; 2. il controllo del livello quali/quantitativo dei consumi per effetto del controllo della loro appropriatezza; 3. il contenimento dei prezzi di acquisto dei beni per effetto dello sviluppo delle politiche di acquisto regionali e sovraziendali. Relativamente ai questi aspetti si segnala quanto segue:

<u>1.</u>	l'andamento dei prezzi, nel corso del 2010, ha potuto dare risultati positivi in alcuni settori in cui le gare a livello aggregato sono giunte a conclusione (es. lenti intraoculari, materiale protesico per cardiologia); di contro in altri settori l'andamento dei prezzi non ha risentito di una diminuzione in quanto la grande maggioranza dei contratti è stata stipulata in tempi antecedenti alla crisi e, per di più, le categorie merceologiche dei beni di diretta competenza anche come acquisti della S.O.C. 'Gestione delle Forniture e della Logistica' non paiono aver risentito in modo significativo della situazione economica generale (vedesi, per tutti, il prezzo del carburante per autotrazione i cui aumenti di prezzo non dipendono affatto da una eventuale contrazione dei consumi). Si può confermare che l'andamento dei prezzi non ha tendenze univoche e, certamente, quasi mai deriva da politiche dei prezzi aziendali, peraltro molto limitate in quanto i prezzi derivano dalle procedure di aggiudicazione previste dal Codice degli Appalti (quindi con molte limitazioni alle possibilità di "contrattare" i prezzi, per di più in un mercato caratterizzato da forti settori di oligopolio).
<u>2.</u>	l'Azienda ha lavorato molto sull'appropriatezza dei consumi (non solo in ambito farmaceutico). Nell'ambito del settore economale l'anno 2010 ha registrato un modesto aumento della spesa legato non tanto ai consumi quanto alla particolare tipologia dei prodotti acquistati (es. maggior utilizzo di dispositivi di protezione individuale) ma anche dalla necessità di mantenere operativo l'elevato livello di informatizzazione aziendale (es. acquisto di nuovi supporti meccanografici).

3. le gare di area sovrazonale, pur scontando tempi e procedure lunghissime, tendenzialmente hanno portato a miglorie dei prezzi d'acquisto. L'Azienda ha posto particolare attenzione a questa tematica anche tenendo conto che con DGR n. 30-43 del 30/4/2010 è stato assegnato l'obiettivo di perseguire la progettualità triennale di area sovra zonale già approvata dalle singole aziende sanitarie (come previsto dalla DGR n. 9-9007 del 20/6/2008) e di affidamento alla Società di Committenza Regione Piemonte spa, come stabilito dalla DGR n. 6-11703 del 6/7/2009, con l'obbligo di realizzare la massima standardizzazione dei prodotti per conseguire reali economie di scala e di verificare puntualmente i risultati sulla riduzione dei costi ottenuti dalla procedura unitaria. Con riferimento al piano triennale va osservato che, nel 2009, sono state individuate diverse categorie merceologiche per ciascuna delle quali è stata individuata l'Asl capofila per gestire la gara con un corrispondente crono programma. Le gare previste per l'anno 2009 sono state tutte indette entro il 2010 e, in buona parte, aggiudicate: per alcune non è stata possibile l'aggiudicazione per problematiche insorte a procedura quasi conclusa (es. acquisto ausili), ovvero, più semplicemente, per il protrarsi dei lavori dei vari nuclei tecnici incaricati (es. deflussori).

La DGR n. 30-43 del 30/4/2010 ha disposto che i Piani triennali di acquisti sovra zonali debbano essere rivisti entro il 30/6/2010 al fine di inglobare la maggior parte degli acquisti aziendali motivando i casi di non aggregazione. A tal fine il Nucleo di programmazione dell'Area di Coordinamento Sovrazonale NO ha ridefinito il piano triennale delle gare di acquisizione di beni in comune tra le aziende sanitarie appartenenti all'Area per il periodo 2010, 2011 e 2012, corredato di tutti gli elementi previsti dalla citata DGR n. 9-2007, individuando per ciascuna procedura aggregata l'azienda che svolgerà le funzioni di stazione appaltante, come si desume dall'atto deliberativo n. 418 del 16/7/2010. All'Asl VCO è stata attribuita la funzione di stazione appaltante per le procedure di gara aventi ad oggetto le seguenti forniture:

OGGETTO	AZIENDA CAPOFILA	ANNO DI INDIZIONE	IMPORTO ANNUO TOTALE
AGHI PER BIOPSIA	ASL VCO	2011	€ 186.000,00
DRENAGGI	ASL VCO	2011	€ 207.000,00
CATETERI VENOSI	ASL VCO	2011	€ 184.000,00
LENTI INTRAOCULARI	ASL VCO	2012	€ 673.727,60
DEFLUSSORI	ASL VCO	2010	€ 888.481,00

FARMACEUTICA CONVENZIONATA

Rispetto alle previsioni del Piano di Rientro si segnala, al 31.12.2010, uno scostamento, in aumento, pari ad € 1.401 dovuto, sostanzialmente:

- ↓ alla differenza (rispetto all'importo di economia previsto nel piano di rientro) derivante dall'applicazione del DL n. 78/2010, pari ad € 580 (va rilevato che, nel corso dell'incontro svoltosi tra la Direzione Generale dell'Asl e l'Assessorato alla Salute del 18 giugno 2010, la valutazione effettuata dalla Regione dell'impatto del DI n. 78/2010 aveva portato a quantificare un risparmio pari ad € 800.000,00. Tuttavia, a seguito della modificazione

dell'aliquota - da 3,65% a 1,82% applicata solo con riguardo alle farmacie urbane e sui farmaci non a brevetto scaduto - l'importo effettivamente realizzato nel 4° trimestre 2010 è stato pari ad € 200.000.

- ✦ ad un incremento rilevante del numero di prescrizioni nonostante si sia rilevato una diminuzione del costo medio per ricetta che ha vanificato il risparmio derivante dal maggiore impiego di farmaci a brevetto scaduto.

Occorre anche osservare che, al momento della stesura del Piano di Rientro, si riteneva, fondatamente, che all'aumento della distribuzione diretta di farmaci (+ € 800.000 esclusi i farmaci H), corrispondesse un equivalente decremento della spesa afferente la farmaceutica convenzionata: di fatto tutto ciò non si è realizzato e, quindi, complessivamente, il consumo di farmaci non impiegato nel processo produttivo ospedaliero è in aumento.

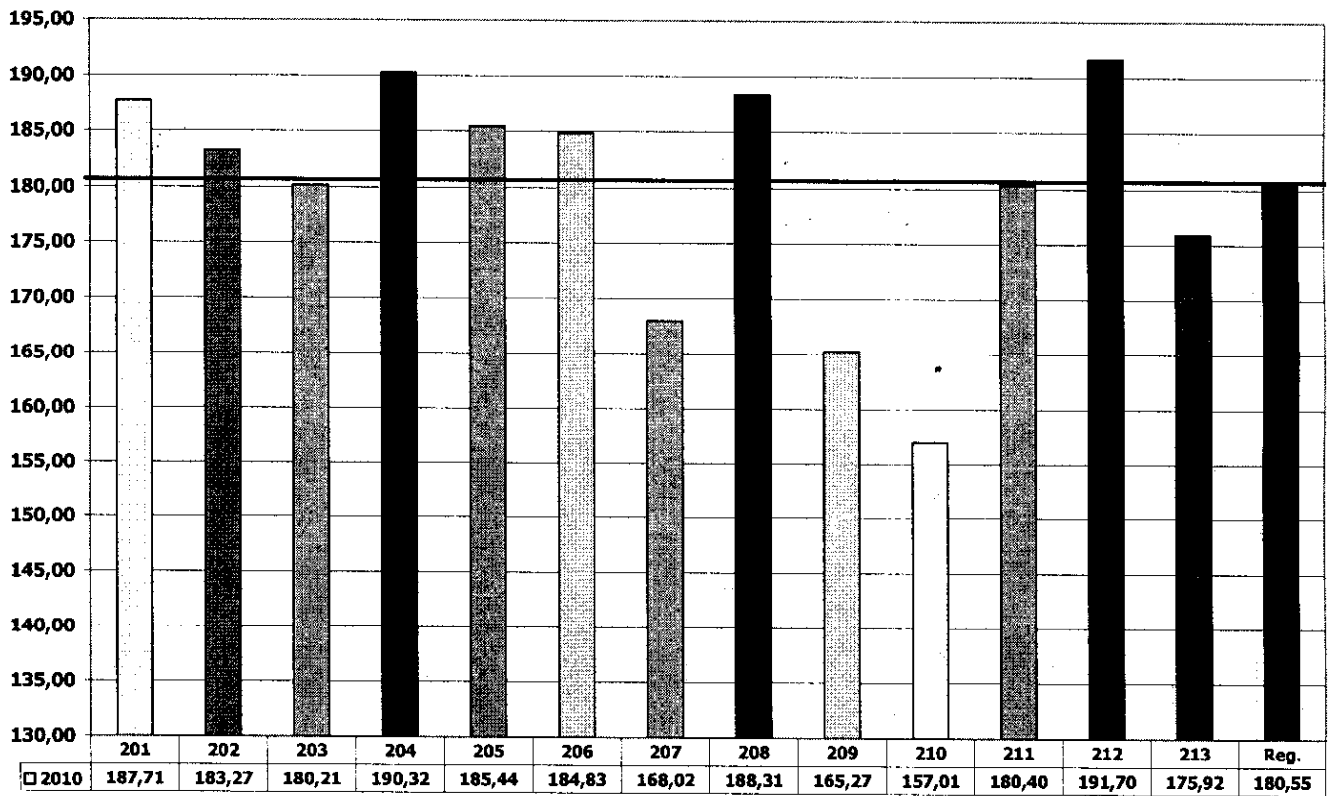
E' però importante rilevare che il livello della spesa media procapite nel VCO è significativamente ancora inferiore alla media regionale.

La diminuzione della spesa è stata percentualmente inferiore alla media regionale in quanto l'ASL VCO, effettuando in maniera rilevante la distribuzione diretta, disponeva di un quantitativo di farmaci PHT in convenzione relativamente limitato. Si era già evidenziato che la distribuzione per conto complessivamente non avrebbe portato a sostanziali vantaggi, proprio in virtù della distribuzione diretta storicamente effettuata e del numero rilevante di farmacie rurali sussidiate (onorario 11 € + IVA al pezzo) presenti sul territorio, che fanno alzare la spesa per il servizio DPC.

L'andamento della spesa ha mostrato un andamento altalenante durante l'anno, evidenziando comunque la diminuzione del costo medio netto per ricetta, ma un incremento rilevante del numero di prescrizioni che ha vanificato il potenziale risparmio atteso derivante dall'incremento delle prescrizioni di generici.

Indicatori confronto anno 2009/anno 2010
Ricette : + 2,21
Costo medio per ricetta : - 5% (da 21,99 a 19,77)
Ticket :+ 8,65%

SPESA PRO-CAPITE NETTA 2010



Analizzando il grafico emerge che l'Azienda, a tutt'oggi, ha mantenuto una spesa procapite inferiore alla media regionale. Pertanto diventa molto difficile realizzare ulteriori contenimenti seppure l'attenzione al monitoraggio della spesa sia un obiettivo che si persegue in modo costante anche al fine di recuperare eventuali margini di inappropriatezza.

Dall'esame dell'andamento della spesa lorda suddivisa per gruppo terapeutico (vedi tabella) si può rilevare che la spesa per i medicinali per l'apparato cardiovascolare è rimasta sostanzialmente invariata, mentre sono aumentati il respiratorio e il muscolo scheletrico, tutti gli altri gruppi sono in diminuzione.

ANNO 2009			ANNO 2010			Δ%
ATCI	Descrizione ATC	Spesa	ATCI	Descrizione ATC	Spesa	
A	Apparato gastrointestinale e metabolismo	€ 5.179.834,76	A	Apparato gastrointestinale e metabolismo	€ 4.911.827,47	-5,17
B	Sangue ed organi emopoietici	€ 1.314.573,90	B	Sangue ed organi emopoietici	€ 1.144.085,45	-12,97
C	Sistema cardiovascolare	€ 13.225.245,97	C	Sistema cardiovascolare	€ 13.269.356,54	0,33
D	Dermatologici	€ 164.218,26	D	Dermatologici	€ 165.360,49	0,70
G	Sistema genito-urinario ed ormoni sessuali	€ 1.151.212,94	G	Sistema genito-urinario ed ormoni sessuali	€ 1.106.798,35	-3,86
H	Preparati ormonali sistemici, esclusi gli ormoni sessuali	€ 347.468,39	H	Preparati ormonali sistemici, esclusi gli ormoni sessuali	€ 311.613,02	-10,32
J	Antinfettivi generali per uso sistemico	€ 2.456.257,13	J	Antinfettivi generali per uso sistemico	€ 2.097.950,50	-14,59
L	Farmaci antineoplastici ed immunomodulatori	€ 1.355.441,11	L	Farmaci antineoplastici ed immunomodulatori	€ 1.119.918,55	-17,38
M	Sistema muscolo-scheletrico	€ 1.113.559,83	M	Sistema muscolo-scheletrico	€ 1.181.167,18	6,07
N	Sistema nervoso	€ 4.313.723,05	N	Sistema nervoso	€ 4.271.099,94	-0,99
P	Farmaci antiparassitari, insetticidi e repellenti	€ 27.498,68	P	Farmaci antiparassitari, insetticidi e repellenti	€ 24.504,02	-10,89
R	Sistema respiratorio	€ 2.426.349,87	R	Sistema respiratorio	€ 2.564.645,18	5,70
S	Organi di senso	€ 722.704,71	S	Organi di senso	€ 762.294,24	5,48
V	Vari	€ 15.534,56	V	Vari	€ 16.687,74	7,42
		€ 33.813.623,16			€ 32.947.308,68	

L'analisi delle prime 20 molecole evidenzia un notevole e non giustificabile aumento di olmesartan (+17%) e olmesartan + diuretici (+40%), di duloxetina (+13,6%) e di farmaci per le malattie ostruttive respiratorie.

Obiettivi regionali: valutazione alla data del 31/12/2010	
Molecole a brevetto scaduto:	50,9% (standard 50%)
Brevetto scaduto sistema renina-angiotensina:	52,6% (standard 55%)
Brevetto scaduto inibitori della pompa protonica	72,9% (standard 73%)
I valori soglia indicati come obiettivi 2010 non sono stati totalmente raggiunti. Tuttavia, grazie alla continua azione di sensibilizzazione, si è rilevato un netto miglioramento rispetto allo scorso anno e ai primi mesi del 2010.	

Seppure si rileva l'indicato sfioramento della spesa farmaceutica rispetto alle previsioni del piano di rientro occorre però osservare che le azioni di contenimento della spesa indicate anche in un documento predisposto successivamente al piano di rientro (condiviso con il Collegio di Direzione, e consegnato a tutti i Direttori di Dipartimento e a tutte le Strutture complesse/semplici afferenti), sono state attuate. Ci si riferisce, in particolare:

1. Alla distribuzione diretta in dimissione

La distribuzione in dimissione è stata incrementata: nell'anno 2010 si è avuto un aumento delle richieste evase superiore al 30%. Inoltre si è provveduto ad effettuare un monitoraggio delle prescrizioni in dimissioni per valutare il grado di adesione ai protocolli ed ai PDTA adottati.

2. Al monitoraggio delle prescrizioni

E' stata inviata, trimestralmente, ad ogni MMG e PLS ed ai referenti delle équipes territoriali, una nuova reportistica implementata di alcuni dati quali-quantitativi (prescrizione di molecole a brevetto scaduto, antiipertensivi, ipolipemizzanti, IPP, broncodilatatori etc.) utili al prescrittore ed al referente di équipe per verificare la propria attività in relazione agli obiettivi aziendali ed alle medie di azienda e distretto. Inoltre un report per ciascun medico, corredato delle consuete analisi sull'appropriatezza delle prescrizioni (es. prescrizioni potenzialmente effettuate al di fuori delle indicazioni terapeutiche o delle note AIFA), è stato inviato alle Commissioni Distrettuali per l'appropriatezza prescrittiva per effettuare le necessarie valutazioni sulle criticità emerse e procedere alla richiesta di controdeduzione e/o alla convocazione dei medici inadempienti o iperprescrittori. Le 3 Commissioni si sono riunite per i relativi adempimenti.

3. All'incentivazione all'uso dei farmaci generici

Si sono implementati gli accordi aziendali con la medicina generale in funzione dei nuovi obiettivi con un progetto volto a stimolare la prescrizione di molecole a brevetto scaduto e prevedendo di investire una quota del risparmio derivante dall'eventuale superamento degli obiettivi regionali nel fondo delle attività distrettuali. Inoltre si è proceduto alla modifica dell'anagrafica dei medicinali gestiti dalle farmacie interne, passando dalla gestione per nome commerciale alla gestione per principio attivo, allo scopo di favorire l'abitudine ad utilizzare la denominazione comune internazionale e facilitare la prescrizione della molecola invece del principio attivo. Ciò sia all'interno degli ospedali sia in fase di dimissione; si procederà anche all'invio periodico delle liste di trasparenza contenenti l'elenco dei farmaci generici.

4. All'utilizzo di protocolli/PDTA per patologie ad elevata prevalenza attraverso il coinvolgimento dei Direttori di Dipartimento e dei Responsabili di struttura complessa. L'azienda si è dotata di alcuni PDTA (malattia peptica, infezioni vie urinarie e vie aeree, dolore) e di protocolli e linee-guida (farmaci ipolipemizzanti, IPP, bifosfonati ev), altri sono stati recentemente definiti (nutrizione



artificiale, demenze senili), e sono da approvare le linee-guida per la prevenzione del tromboembolismo venoso. Considerate le criticità emerse si stanno analizzando anche altre situazioni assistenziali, rilevanti dal punto di vista epidemiologico ed economico (BPCO, antipsicotici), al fine di ridurre la variabilità prescrittiva e garantire l'appropriatezza prescrittiva.

ASSISTENZA SANITARIA DI BASE

Rispetto alle previsioni del Piano di Rientro si segnala, al 31.12.2010, uno scostamento, in aumento, pari ad € 152, dovuto, sostanzialmente, all'aumento dei costi per il progetto 'gestione integrata del diabete' e ad un minor risparmio con riguardo ai medici 118. L'incremento registrato rispetto al consuntivo 2009 pari ad euro 244 è sostanzialmente dovuto all'applicazione delle CNU (biennio 2008/2009).

SPECIALISTICA

Rispetto al consuntivo 2009 si è registrato un incremento pari ad euro 1.128 così determinato:

- € 205 per medici specialisti Sumai dovuto all'inserimento di nuovi medici e all'aumenti derivati dall'applicazione della convenzione nazionale (biennio 2008/2009);
- € 276 per l'applicazione del contratto anno 2010 stipulato con la casa di cura Eremo di Miazzina
- € 647 per specialistica Presidi ex art.41-42-43 L.833/1978. Si precisa che tale importo comprende la produzione effettuata dal Centro Ortopedico di Quadrante, in eccesso rispetto al tetto fissato nel Piano di rientro (=produzione anno 2009 euro 1.995) di euro 657. Non essendo previsto nel piano dei conti un conto specifico per l'adeguamento della produzione dei presidi agli importi dei contratti, secondo indicazioni regionali, si è iscritto detto importo al conto 4500306.

Rispetto al Piano di rientro si registra un'incremento pari ad euro 432 così determinato:

- 80 rispetto al costo previsto per medici Sumai
- 284 minor produzione casa di Cura Eremo di Miazzina rispetto contratto
- + 657 maggior produzione Centro ortopedico di Quadrante rispetto al tetto fissato dal Piano di rientro.
- + 139 per errata valorizzazione da parte del CSI Piemonte dei valori contrattuali dell'Istituto Auxologico Italiano nel Piano di Rientro.

RIABILITATIVA

Rispetto alle previsioni del Piano di Rientro, che confermava il costo iscritto a consuntivo 2009, si segnala uno scostamento, in aumento, pari ad € 112, dovuto, sostanzialmente, alla gestione del gruppo appartamento a Domodossola (€ 85) e ad un aumento di spesa per quanto attiene le prestazioni erogate dal Centro Aias e dall'Istituto Sacra Famiglia, tenuto conto dell'aumento, nel corso dell'anno 2010, del numero di pazienti assistiti.

INTEGRATIVA

Si registra un risultato sostanzialmente in linea con le previsioni del Piano di rientro (-19) legato al perseguimento delle economie indicate nel Piano di Rientro. L'Azienda ha dato applicazione a quanto previsto con la DGR 1-10802/2009 che, con riguardo all'assistenza integrativa e protesica, richiedeva l'adozione di iniziative tese a:

1. controllare l'appropriatezza del ricorso a tali prestazioni (in particolare rispetto alla quantità di prodotti di consumo consegnati agli utenti);

2. sviluppare forme di riuso del materiale durevole; attivare accordi con i fornitori di beni di consumo e durevoli e/o sviluppare la distribuzione diretta.

Rispetto alle iniziative sollecitate a livello regionale si può affermare che l'Azienda si è già mossa in questo senso seppur vi sia ancora uno spazio di ampliamento e miglioramento delle azioni intraprese. In particolare, a tutt'oggi, l'Azienda:

- ✚ rispetto al punto 1. l'azienda ha aderito, in considerazione delle condizioni economiche particolarmente favorevoli, alla gara di quadrante a suo tempo esperita dall'Asl 12 di Biella (capofila) avente per oggetto *l'affidamento del servizio di manutenzione, consegna e ritiro di ausili protesici*. Il servizio, attivato su richiesta dei singoli Distretti, comprende le seguenti fasi:

•	il ritiro dell'ausilio al domicilio del paziente
•	la pulizia e la disinfezione dello stesso
•	l'inventariazione, la presa in carico, il posizionamento di un'etichetta
•	la revisione/manutenzione/riparazione, ove necessario, dell'ausilio, anche al domicilio del paziente, ovvero, nei casi di impossibilità alla riparazione, messa a disposizione, dalla Ditta, di un ausilio di riserva con le medesime caratteristiche del presidio da riparare.
•	La consegna al domicilio del paziente.

Per quanto riguarda la prescrizione di ausili e protesi la Soc RRF ha predisposto, nel 2009, un protocollo (utilizzato nel corso del 2010) per la realizzazione di un percorso semplificato per la fornitura di ausili non personalizzati; un modulo per la richiesta di ausili; un questionario da consegnare all'utente per valutare il grado di soddisfazione rispetto all'ausilio.

- ✚ rispetto al punto 2. nel corso dell'anno 2010 l'Azienda si è posta l'obiettivo di un recupero di appropriatezza nella fornitura di ossigeno e ventilo terapia domiciliare. Ciò è avvenuto attraverso un costante monitoraggio dello specialista pneumologo. In particolare, a partire da agosto 2010, lo specialista pneumologo ha provveduto a rivalutare trattamenti di ossigenoterapia a lungo termine e ventilo terapia al fine di verificare l'appropriatezza prescrittiva. Dall'1/8/2010 al dicembre sono stati valutati a domicilio n. 208 pazienti rispetto agli oltre 500 che utilizzano tali presidi, sospendendo l'erogazione o modificando, in senso riduttivo, la somministrazione a taluni utenti.

OSPEDALIERA DA PRIVATO (CASE DI CURA)

L'incremento registrato rispetto al consuntivo 2009 è dovuto alla maggior produzione della Casa di Cura Eremo di Miazzina rispetto alla quale, con atto n. 190 del 31/3/2009, si era stipulato un accordo contrattuale per il biennio 2009/10 In conformità a quanto disposto con la DGR n. 7-10807 del 18/2/09.

In sede di predisposizione del bilancio consuntivo l'Azienda ha provveduto a richiedere alla Direzione sanità - Risorse Finanziarie della Regione Piemonte - l'autorizzazione ad utilizzare il conto di parificazione 3100486 "*Costi per prestazioni ospedaliere da strutture accreditate dalle Asl per propri residenti - parificazione ai contratti siglati*" per adeguare i dati di produzione

7

inseriti dal CSI Piemonte al valore complessivo del contratto per l'anno 2010. Occorre ricordare che con la Casa di Cura Eremo di Miazzina si era già instaurato un contenzioso riguardante il riconoscimento della produzione dell'anno 2009 che risultava essere eccedente i valori contrattuali. Al fine di prevenire il contenzioso giudiziario minacciato dalla casa di Cura, in data 10 maggio 2011, l'Asl Vco ha ottenuto un incontro con i Funzionari dell'Assessorato alla Sanità nel corso del quale si è prospettata un'ipotesi di accordo che si è poi tramutato in un accordo transattivo perfezionatosi in data 5 agosto 2011.

Preso atto che le prestazioni ospedaliere prodotte dalla casa di Cura nell'anno 2010, per quanto riguarda la produzione per residenti Asl, superavano il valore contrattuale l'accordo transattivo ha previsto il riconoscimento di detta produzione sino al valore totale definito dal contratto per ospedaliera e specialistica.

OSPEDALIERA DA PRIVATO (PRESIDI)

L'incremento rispetto al consuntivo 2009 pari ad €. 929 è così determinato:

- + 378 maggior produzione Centro Ortopedico di Quadrante (Non essendo previsto nel piano dei conti un conto specifico per l'adeguamento della produzione dei presidi agli importi dei contratti, secondo indicazioni regionali, si è iscritto detto importo al conto 4500306.)
 - +552 maggior produzione Istituto Auxologico di Piancavallo pur nel rispetto del contratto 2010.
- La differenza registrata rispetto alle previsioni del piano di rientro (+401) è dovuta per euro 378 alla maggior produzione riferita al Centro Ortopedico di Quadrante (C.O.Q.).

In sede di predisposizione del Piano di Rientro sono state previste azioni volte a perseguire l'appropriatezza del percorso riabilitativo riguardante sia la Casa di Cura Eremo di Miazzina che l'Istituto Auxologico Piancavallo e si portato avanti, con impegno, la gestione del Percorso Riabilitativo Ospedale - Territorio provvedendo:

- all'approvazione, nel Comitato di Dipartimento post-acuzie del 9/9/2010, del percorso proposto per pazienti per i quali il MMG o altro Specialista ospedaliero o territoriale ritiene possano ricorrere le indicazioni per un trattamento riabilitativo in regime di ricovero ospedaliero. E' stata anche predisposta ed approvata una "legenda" per meglio orientare la scelta del MMG verso il suddetto setting di cura al fine di migliorare l'appropriatezza della richiesta di visita fisiatrica: quest'ultima ha lo scopo di valutare le necessità del paziente e di individuare eventuali alternative in caso di non appropriatezza del setting riabilitativo ospedaliero;
- alla realizzazione di incontri con le equipe assistenziali e le UCAD per l'illustrazione del suddetto percorso e la condivisione delle modalità organizzative;
- alla predisposizione ed attivazione di una modalità di accesso facilitata per pazienti di cui al punto primo: le richieste di visita per i suddetti vengono prenotate al CUP nell'agenda della priorità B (implementando in tal modo le fattispecie previste dalla Regione per la corretta attribuzione a tale classe di priorità). La SOC RRF assicura, di norma, la visita ambulatoriale entro i 7 gg, mentre quella domiciliare entro 15 gg lavorativi.
- all'avvio, dal dicembre 2010, dell'attività di valutazione dei pazienti per i quali il MMG propone il ricovero ospedaliero riabilitativo.

ALTRA ASSISTENZA

Rispetto alle previsioni del Piano di Rientro si segnala, al 31.12.2010, uno scostamento, in aumento, pari ad € 1.742, dovuto, sostanzialmente, alle seguenti tipologie di spesa:

1. spese afferenti ad attività distrettuali
2. spese afferenti il Sert (inserimenti in comunità)

Spese afferenti ad attività distrettuali:

Assistenza anziani
Il confronto tra la spesa 2009 e la previsione di spesa 2010 deve tenere conto dei seguenti fattori: 1) incremento del numero posti letto nel 2009 da n. 429 a n. 520 i cui effetti economici, a regime, sono avvenuti nel corso del 2010 in quanto l'occupazione dei nuovi posti letto non è stata immediata ma è avvenuta nell'arco di alcuni mesi. 2) Incremento delle tariffe 2009 per applicazione del tasso di inflazione programmato pari all'1,5% (Deliberazione n. 947 del 31.12.2009). 3) Applicazione, a partire dal 1° giugno 2010, delle tariffe stabilite dalla DGR n. 64 recepita con Deliberazione n. 393 del 30 Giugno 2010.
Assistenza pazienti Alzheimer
Il confronto fra la spesa 2009 e la previsione di spesa 2010 deve tenere conto dei seguenti fattori: 1) Applicazione delle nuove tariffe a decorrere dall' 1.01.2010; 2) Incremento di posti letto, da n. 30 a n. 38, a partire dal 1° Settembre 2010 (deliberazione n.475 del 05.08.2010).

Spese afferenti la Soc Sert

Come rilevato dalla Responsabile della Soc Sert l'aumento complessivo della spesa per gli inserimenti in strutture residenziali per tossicodipendenti, seppure si sia proceduto, a tutt'oggi, ad una attenta rivalutazione del bisogno e ad una verifica costante dell'appropriatezza delle cure erogate, è da ascrivere a vari fattori:

1. Applicazione della DGR 8 marzo 2010, n. 4-13454. Tale deliberazione ha stabilito nuove rette per i Servizi residenziali per tossicodipendenti della Regione Piemonte (comunità) a decorrere dal 1° gennaio 2010 e decretato, inoltre, che i SerT utilizzino, prioritariamente, i Servizi della Regione, fatta salva la possibilità dei Direttori SerT di stabilire diversamente motivando al direttivo del PLD la necessità di inserire il soggetto in strutture fuori regione. Questa azienda, all'inizio del 2010, utilizzava i Servizi regionali nel 74% dei casi, effettuando la scelta sulla base del rapporto qualità/prezzo, delle caratteristiche del paziente e della struttura. L'applicazione della nuova normativa ha prodotto un incremento della spesa per le comunità terapeutiche che, alla fine del I semestre, è stato calcolato pari al 21,4%. 2. Inserimenti in case alloggio per malati di AIDS: analizzando le voci di spesa si rileva che l'aumento di costi più consistente riguarda le case alloggio per malati di AIDS, in cui sono inseriti 8 soggetti, portatori di grave patologia fisica e disturbo di comportamento. Tale aumento è imputabile in piccola parte all'aumento di retta, e in gran parte alle peggiorate condizioni dei pazienti che richiedono per l'anno in corso periodi di permanenza prolungata. 3. Contesto sociale: l'impoverimento graduale e costante della

popolazione che ha colpito soprattutto le fasce già più deboli del territorio del Verbano, Cusio ed Ossola ha portato come conseguenza la riduzione della capacità del contesto familiare e sociale di sostenere i soggetti più fragili. Conseguentemente si è anche ristretta drasticamente la possibilità da parte del Servizio Sert di programmare/effettuare programmi di reinserimento sociale. 4. Aumentata attenzione del Servizio Psichiatrico ai problemi di abuso di sostanze: tale fenomeno ha portato alla segnalazione al Sert di un numero crescente di soggetti comorbidi che se, da un lato, si traduce in una presa in carico più efficace, dall'altro comporta dei costi aggiuntivi legati al maggiore ricorso a strutture specialistiche da parte del SerT. 5. Costante incremento annuo del numero di utenti: ogni anno cresce il numero di soggetti con dipendenza patologica che si rivolge al Sert: nel 2009 l'aumento è stato del 13,4% e si stima che, nel 2010, il trend sarà pari o superiore.

Occorre osservare che l'esigenza di contenimento della spesa, peraltro attentamente monitorata, ha portato, a decorrere dal mese di agosto, alla sospensione al ricorso a programmi residenziali, eccetto che in pochi casi (prescrizione del tribunale o casi gravi). Si è, inoltre, data la precedenza a trattamenti sul territorio, anche se meno indicati, e si è attivata l'accoglienza in strutture gratuite o in posti messi gratuitamente a disposizione dalle strutture riconosciute dalla Regione particolarmente sensibili alla difficoltà del periodo.

ALTRI SERVIZI

Si è registrato un incremento rispetto al consuntivo 2009 (+ 623) che si può così rappresentare:
+ 291 per spese di trasporti sanitari (incremento utenza anche alla luce della ripresa del servizio di trasposti oncologici sospeso nell'anno 2009)

+ 143 prestazioni sanitarie da erogatori (personale di ASL e ASO per anestesia, cardiologia, ostetricia e ginecologia) necessarie per garantire l'assistenza e le sedute di sala operatoria.

+ 189 per spese di educazione sanitaria (coperte da fondi vincolati) e formazione.

Analogo scostamento si registra rispetto al piano di rientro (+775): le motivazioni sono, sostanzialmente, da attribuirsi al fatto che, nell'ambito del piano di rientro, si era previsto una riduzione del ricorso a prestazioni sanitarie da erogatori. Tuttavia, nel corso dell'anno, si è verificato l'assoluta impossibilità del realizzarsi di tale condizione dovendo provvedere, al fine di garantire:

- Il ricorso a consulenti in anestesia e rianimazione per assicurare le sedute operatorie anche in conseguenza dello slittamento, dall'1/10/2010 al 15/12/2010, dell'assunzione già prevista di n. 1 unità di medico anestesista;
- Il ricorso a consulenze in ambito cardiologico (le ore rispetto al 2009 sono aumentate) anche al fine di intervenire sui tempi di attesa in carenza di personale del reparto;
- la prosecuzione della convenzione in atto con alcune aziende ospedaliere regionali al fine di assicurare la valutazione di esami di laboratorio per esterni non effettuabili nell'ambito dell'Asl VCO. Si registra, per l'anno 2010, un aumento di richieste di esami (non gestibili dall'Asl) da parte dei medici di MMG, a questo proposito è stata realizzata, nel corso dell'anno, in collaborazione con la direzione sanitaria ed i distretti, un'analisi in merito all'appropriatezza prescrittiva, sia con riguardo all'operato dei MMG che degli specialisti ambulatoriali;
- la prosecuzione della convenzione in atto con aziende sanitarie regionali per l'effettuazione di screening prenatale: si segnala un aumento del numero di donne che

effettua esami prenatali nonché la necessità di aggiornare il nomenclatore tariffario regionale di cui alla DGR n. 49-12479/2009. Si rileva, inoltre, la prosecuzione della consulenza con personale medico di ostetricia e ginecologia afferente ad ASR regionali (Biella, Collegno, Chivasso), necessario per sostituire le ore lavorative di n. 4 ginecologi (di cui. N. 1 in maternità, 1 in aspettativa, 1 in pensione, 1 trasferito in altra azienda) in aggiunta alla mancata assunzione di n. 2 ginecologi.

- si rileva anche un aumento di spesa per quanto attiene l'assistenza per trasporti sanitari per l'urgenza a seguito dell'adeguamento all'ISTAT e per l'introduzione, a decorrere dal mese di maggio 2010, di un costo diversificato per l'utilizzo del centro mobile.

GODIMENTO DI BENI E SERVIZI

La categoria registra un incremento rispetto al consuntivo 2009 pari ad euro 120 di cui € 37 per nuove locazioni (es. immobile Villadossola da adibire a magazzino e deposito archivio) ed € 83 per aumento canoni per beni sanitari e non sanitari, mentre si dimostra sostanzialmente in linea con le previsioni del piano di rientro (+16).

PERSONALE

L'incremento rispetto al consuntivo 2009 pari ad €. 962 deriva da:

€. 1.190 per applicazione contratto dirigenza (biennio 2008-2009) non applicato nel 2009; €. 100 incremento costo personale interinale (sanitario e tecnico) in servizio da gennaio 2010 mentre nel 2009 iniziato a luglio; €.338 per vacanza contrattuale personale dirigente e comparto (non rilevata nei costi 2009). Alla luce di quanto esposto si rileva in realtà una diminuzione del costo del personale pari ad €. 666.

Lo scostamento rispetto alle previsioni del Piano di rientro pari ad euro 438 deriva da:

€. 37 per corretta definizione fondi a seguito applicazione contrattuale (RIA); €. 122 prestazioni agg.ve art.55; €. 36 straordinari 118 e screening colon retto; €. 178 per costi vari riferito personale COQ; €. 65 turni superiori 6 comparto.

SPESE AMMINISTRATIVE GENERALI

Rispetto al consuntivo 2009 si è registrato un decremento pari ad euro 547 derivante da risparmi: per costi su organi collegiali, assicurazioni €. 186; utenze: telefono -126; energia elettrica -165; altri servizi generali - 70 (per attività piano comunicazione aziendale e attività di supporto direzionale).

Il decremento registrato rispetto al Piano di rientro (- 322) è dovuto a minori costi per utenze in particolare telefono ed energia elettrica.

SERVIZI APPALTATI

Il confronto con il consuntivo 2009 evidenzia un 'incremento pari ad €. 574 determinato in gran parte dai costi per il servizio di riscaldamento (+454) e dai costi degli altri servizi economici e tecnici +160 (gestione autovetture + 68, segnaletica e cartellonistica +37, attivazione servizi per servizio prevenzione e protezione per la sicurezza sul lavoro + 55).

Rispetto alle previsioni del Piano di Rientro si segnala, al 31.12.2010, uno scostamento, in aumento, pari ad € 247. Occorre osservare che i risparmi derivanti dai nuovi servizi appaltati ex Global Service (in buona parte derivanti dalla nuova aggiudicazione del servizio di smaltimento rifiuti e, in minor misura, dagli sconti praticati dalle ditte subentrate, temporaneamente, nella

gestione degli altri servizi in attesa delle nuove gare) sono stati compensati dai conguagli emessi dalla Ditta VCO Global Service e dai conguagli afferenti il servizio di riscaldamento.

Come precisato nella relazione del Responsabile della Soc Provveditorato Economato con riguardo ai piani triennali di acquisti sovrazionali ed ai servizi appaltati si osserva che, con deliberazione n. 418 del 16.7.2010, si è proceduto all'aggiornamento del piano triennale dell'Area di Coordinamento Sovrazionale per il triennio 2010 - 2012: oltre alle gare già oggetto del precedente piano triennale si sono aggiunte numerose altre procedure in comune. Elemento critico è il fatto che tali procedure potranno esplicitare i loro effetti solo successivamente all'anno 2010, dati anche i tempi notevolmente lunghi che tali procedure implicano.

ACCANTONAMENTI

A consuntivo 2010 si è provveduto ad accantonare: €. 95 per Incentivi Direttori e Collegio Sindacale anno 2010; €. 280 riconoscimento produzione da contratto prestazioni specialistiche casa di Cura Eremo di Miazzina; €. 104 accantonamento medici Sumai; €. 115 accantonamento ACN medici di medicina generale anno 2010; €. 30 per interessi di mora; €. 4 fondo sperimentazioni cliniche.

IMPOSTE E TASSE

Il confronto con l'anno 2009 evidenzia un 'incremento pari ad euro 209 derivante da: +76 irap su personale dipendente e assimilato; + 33 per icipi comune di Baceno; + 100 per accantonamento Ici San Rocco.

Rispetto alle previsioni del Piano di Rientro si segnala, al 31.12.2010, uno scostamento, in aumento, pari ad € 681, dovuto, per euro 548 ad irap su personale dipendente e assimilato, per euro 100 all'accantonamento per Ici san Rocco e per euro 33 all'icipi Comune di Baceno.

ONERI FINANZIARI

Il decremento registrato sia nei confronti dell'anno 2009 che rispetto al piano di rientro è dovuto a minori interessi su anticipazione ordinaria e straordinaria di tesoreria.

COMPARTICIPAZIONI PERSONALE INTRAMOENIA

Il decremento registrato sia nei confronti dell'anno 2009 che rispetto al piano di rientro è correlato ai minor ricavi intramoenia anno 2010.

RICAVI STRAORDINARI

La voce ricavi straordinari presenta a consuntivo 2010 l'importo di euro 973 così costituito nelle voci più significative: €. 455 riduzione fondi accantonati (€. 328 fondo arretrati contrattuali personale dipendente, €. 18 fondo incentivi direttori e Collegio, €. 40 fondo medici convezioni uniche, €.69 fondo cause pendenti); €.134 per note credito Global service servizio telefonia, Wind, e Coq; €. 16 saldo prestazioni termali anno 2008 DD 645 del 21 settembre 2010; €. 24 spese legali corte d'appello causa Regione Piemonte/CIE; €. 25 Ciss Verbania rimborso degenza minore anno 2009; €. 27 Regione Piemonte riduzione sconto farmacie basso fatturato; €.17 Regione Piemonte progetto lotta alla droga; €.10 rimborsi depositi cauzionali anno 2009; €.18 rimborsi protezione civile anni 2005/2009 più incassi codici bianchi anno 2009, più somme riscosse da Sestri anni 1997/2000; €. 121 rimborsi personale comandato COQ arretrati contrattuali anni 2008/2009 più incarichi posizione aziendale.

COSTI STRAORDINARI

La voce costi straordinari presenta a consuntivo 2010 l'importo di euro 253 così costituito nelle voci più significative: € 29 rimborsi ticket e pagamenti non dovuti; € 18 note di credito su fatture attive più abbuoni su spese bonifici bancari; € 14 conciliazione veterinari anni 2004/2005; € 8 esami laboratorio Aso Novara anno 2008; € 3 benefici contrattuali; € 24 spese legali corte d'appello causa Regione Piemonte/CIE; € 54 atto di precetto decreto Ingiuntivo Casa di Cura Eremo di Miazzina; € 12 premio operosità medici Sumai (oltre fondo); € 34 Ciss Verbania assistenza disabili anno 2008; € 5 conguagli enel energia anni 2007/2008 e Acqua Novara nov./dic.2009.

5. Conclusioni

Dall'analisi delle risultanze del conto consuntivo 2010 (vedi paragrafo 3 del presente elaborato) si evidenzia un risultato di gestione di - € 7.900, le poste non monetarie ed il saldo ferie straordinari maturati e non goduti sono pari a - € 2.613. Pertanto il risultato finanziario è pari a - € 5.287.

I principali fattori produttivi che hanno inciso, in misura più significativa, nel determinare il disavanzo, come precisato nel paragrafo 4, riguardano:

1.	gli acquisti e le manutenzioni (in particolare la spesa farmaceutica ospedaliera);
2.	la farmaceutica convenzionata esterna
3.	l'altra assistenza.

L'Azienda, nel predisporre il Piano di Rientro in conformità a quanto richiesto con circolare regionale, ha anche elaborato un documento in cui ha evidenziato tutte le azioni possibili per realizzare le economie previste nel Piano. Questo documento, nel corso dell'anno 2010, è stato oggetto di costante monitoraggio al fine di individuare le criticità che potevano impedire il realizzarsi di azioni utili a contenere la spesa (e poter mettere in atto i necessari correttivi), puntando l'attenzione sul controllo dell'appropriatezza delle prestazioni erogate.

Va osservato che proprio i fattori sopra indicati che hanno determinato il disavanzo sono stati oggetto di particolare attenzione nel senso che nel Piano di Rientro e nel documento di accompagnamento sono state individuate azioni specifiche di contenimento. Tuttavia, come emerge da quanto precisato al paragrafo 4 del presente elaborato, per le motivazioni ivi riportate, le azioni realizzate, seppur abbiano prodotto dei risultati che si possono definire soddisfacenti, non hanno consentito il perseguimento del pareggio del bilancio. In particolare le principali criticità riscontrate nell'applicazione delle azioni previste nel piano di rientro per quanto attiene il contenimento della spesa farmaceutica sono state:

- diffidenza nei confronti dei farmaci biosimilari e, seppur da parte di un numero sempre minore di medici, dei farmaci generici;
- resistenza al cambiamento;
- abitudini organizzative che, pur con l'introduzione di protocolli e linee guida, faticano a modificarsi;

-pazienti affetti da malattie rare che necessitano di terapie molto costose in numero considerevole ed incidenti, in percentuale più rilevante, sul bilancio di questa azienda rispetto ad altre aziende sanitarie.

Va anche rilevato che seppure l'attivazione di procedure di acquisti centralizzati non abbia ancora portato a realizzare le economie sperate tuttavia si ritiene abbia innescato un processo positivo che ha portato al perseguimento dei seguenti obiettivi:

- un elevato livello di specializzazione delle diverse unità coinvolte nel processo di acquisizione di beni e di servizi valorizzando le competenze, le professionalità, le conoscenze presenti nelle diverse aziende aderenti;
- la creazione di una sorta di organizzazione a rete in cui sono stati previsti processi di elaborazione, trasmissione e distribuzione di informazioni tra le aziende coinvolte;
- l'attuazione di politiche di acquisto diversificate in relazione ai prodotti e servizi da acquisire.

Conclusivamente si può affermare che l'Azienda, attraverso il coinvolgimento del Collegio di Direzione, dei Direttori di Dipartimenti e dei Responsabili delle Strutture ad essi afferenti ha posto il massimo impegno per realizzare le economie previste nel Piano di Rientro e seppure i risultati non abbiano portato ad un pareggio di bilancio tuttavia hanno consentito:

- di contenere il disavanzo;
- hanno innescato, attraverso un costante monitoraggio, una maggior attenzione agli aspetti di razionalizzazione della spesa da intendere non in senso riduttivo ma soprattutto come necessità di eliminare aree di inappropriata spesa o sprechi.

Tale modalità di agire è proseguita nell'anno 2011 e rappresenta uno degli obiettivi prioritari dell'attuale Direzione Generale per l'anno 2012.

**

