

PIANO DELLA PERFORMANCE, SISTEMA DI BUDGET ED OBIETTIVI 2013

LINEE GUIDA AZIENDALI

**Dipartimento di Staff e Pianificazione
S.C. Centro di Controllo Direzionale e Comunicazione**



INDICE

1. DA DOVE PARTIAMO	6
2. LE SFIDE PER IL 2013	7
3. IL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE E IL CICLO DI BUDGET	10
3.1 Gli obiettivi delle Linee Guida di Budget e il processo di Budget	10
3.1.1 <i>Il Budget: definizione</i>	11
3.1.2 <i>Le Criticità del Processo di Budget</i>	11
3.1.3 <i>Il Processo di Budget e la Scheda di Budget 2013</i>	11
3.1.4 <i>La Scheda di Budget</i>	14
3.1.5 <i>Il sistema premiante</i>	14
3.1.6 <i>Riferimenti normativi</i>	15
3.1.7 <i>Obiettivi del Direttore Generale</i>	17
4. ANALISI DEL CONTESTO ED ELEMENTI SOCIO-DEMOGRAFICI	18
5. IL RUOLO DELL'OSPEDALE.....	20
5.1 L'offerta ospedaliera	20
5.1.1 <i>Il sistema dell'emergenza</i>	23
5.2 L'offerta ambulatoriale.....	25
5.3 Efficienza organizzativa	25
5.3.1 <i>Ruolo Ricoveri Diurni</i>	26
5.3.2 <i>Day Service Ambulatoriale</i>	30
5.3.3 <i>Nuove Procedure Ambulatoriali</i>	31
5.3.4 <i>DRG potenzialmente inappropriati in regime ordinario</i>	31
5.3.5 <i>Controllo Degenza in Astanteria</i>	33
5.4 Efficienza in Sala Operatoria.....	33
5.5 Gli Indicatori AGENAS e SANT'ANNA	41
5.6 Verso l'ospedale per intensità di cure.....	50
5.7 La mobilità sanitaria	52

5.8 Come gestire le scelte con scarsità di risorse.....	56
6. IL RUOLO DEL TERRITORIO	62
6.1 L'evoluzione del Distretto	67
6.1.2 I protocolli Diagnostico Terapeutici Assistenziali	69
6.1.3 Il Ruolo del MMG e del PLS: dagli Obiettivi alla Scheda di Budget	71
6.1.4 Obiettivi per macro Aree Territoriali	72
6.2 Piano attuativo dei tempi di attesa	74
6.3 Integrazione Ospedale Territorio	76
6.3 La Residenzialità	78
6.4 La rete Cure palliative	82
6.5 I progetti di screening	85
6.6 Il Dipartimento di Prevenzione.....	87
6.6.1 I Prodotti Finiti.....	89
7. L'ASSISTENZA FARMACEUTICA	90
8. L'INNOVAZIONE TECNOLOGICA	91
8.1 Ingegneria clinica e sviluppo del Sistema HTCA.....	91
8.2 Lo sviluppo dell'informatizzazione	91
9. L'AREA AMMINISTRATIVA	92
9.1 I progetti di riorganizzazione.....	92
9.2 Il debito informativo.....	93
9.3 Le autorizzazioni di spesa.....	96
10. PIANO STRATEGICO 2013-2015.....	98
TABELLE	101
1. DIVISIONE RICOVERI ORDINARI RESIDENTI ASL1 2011/2010	101
2. DIVISIONE RICOVERI DIURNI RESIDENTI ASL1 2011/2010	102
3. FUGHE FUORI REGIONE RICOVERI ORDINARI PER DISCIPLINA.....	103
4. FUGHE FUORI REGIONE RICOVERI DIURNI PER DISCIPLINA	104
5. FUGHE REGIONE RICOVERI ORDINARI PER DISCIPLINA	105
6. FUGHE REGIONE RICOVERI DIURNI PER DISCIPLINA	106

7. FUGHE FUORI REGIONE: DRG PIU' RILEVANTI.....	107
8. FUGHE SPECIALISTICA AMBULATORIALE E DSA	108
9. STATISTICA ATTIVITA' CONSULTORIO	109
10. STATISTICA ATTIVITA' SALUTE MENTALE	110
11. CALENDARIO DISCUSSIONI SCHEDA DI BUDGET 2013	111
ALLEGATI	112
Allegato 1: Organigramma Aziendale.....	112
Allegato 2: La reportistica on line	1134
Allegato 3: La negoziazione ON LINE	117
Allegato 3: Il sistema di valutazione ON LINE della DIRIGENZA	119

1. DA DOVE PARTIAMO

Gli ultimi anni sono stati caratterizzati, da una parte, dalla grave situazione economica italiana con la conseguente diminuzione delle risorse assegnate al servizio sanitario nazionale, alla Regione Liguria e alla nostra ASL (anche se in misura minore rispetto a quanto ridotto alle altre Asl liguri), dall'altra, da novità normative in campo nazionale (in particolare la spending review e il cosiddetto decreto Balduzzi) e a livello regionale (in particolare la legge 29/2012 che ha assegnato, tra l'altro, poteri straordinari ai Direttori Generali sino al 31/10/2012) e, in ultimo, la proposta di potenziamento dell'offerta territoriale e ospedaliera approvata dalla Giunta Regionale in data 12/10/2012 e attualmente in discussione al Consiglio Regionale.

Queste contingenze hanno impresso una accelerazione ai processi di trasformazione del sistema sanitario nazionale e regionale e di conseguenza hanno determinato significativi interventi di riorganizzazione e razionalizzazione anche ai servizi di questa ASL.

Su queste basi l'ASL 1 Imperiese ha assunto i provvedimenti di seguito sintetizzati.

Contenimento dei costi per quanto riguarda, principalmente, le seguenti voci di spesa:

- Personale (- 3% rispetto al 2010)
- Farmaceutica territoriale convenzionata (- 13% rispetto al 2011)
- Assistenza riabilitativa (residenzialità) – riduzione del 5% del budget a parità di posti letto e giornate
- Servizi (-5% ai sensi dell'art. 15 comma 2 della L. 135/2012)
- Trasporti ordinari – revisione del regolamento per l'autorizzazione al trasporto che limita il diritto ai soli pazienti con deambulabilità assoluta
- Accordo con le PPAA per una riduzione del 15% del costo dei trasporti per pazienti dializzati che utilizzano mezzi diversi dall'ambulanza (auto medica);
- Accorpamento del polo di guardia medica di Badalucco con quello di Arma di Taggia

Riorganizzazione della rete ospedaliera attraverso le seguenti azioni:

- Assegnazione allo stabilimento di Bordighera di una prevalente funzione riabilitativa/post acuzie e di chirurgia di giorno
- Cessazione della sperimentazione gestionale di "ortopedia protesica"
- Potenziamento delle funzioni di emergenza/urgenza presso l'Ospedale di Sanremo (+ 4 letti di sub intensiva)
- Attivazione del modello di assistenza di Day Service e conseguente contrazione dei ricoveri in Day Hospital diagnostico

Altri interventi di riorganizzazione:

- Trasferimento della gestione dei posti letto di RSA a strutture del privato accreditato
- Prossimo trasferimento dell'Hospice (mantenendo la gestione diretta del servizio) dal padiglione Barellai di Costarainera alla struttura Borea di Sanremo

Razionalizzazione delle strutture complesse cliniche con l'accorpamento della S.C. di Anestesia e Rianimazione di Bordighera con quella di Sanremo e la ridefinizione delle SS.CC. di diagnostica per immagini da 4 a 2. Si è poi provveduto alla revisione dell'organizzazione dipartimentale con la successiva nomina dei direttori di Dipartimento. La legge regionale 29/2012 ha modificato la precedente norma che prevedeva l'elezione del Direttore del Dipartimento da parte dei componenti del dipartimento stesso, rassegnando l'incarico di nomina al Direttore Generale dell'azienda sanitaria. Con delibera n° 605 del 4/10/2012 è stato approvato il nuovo organigramma dell'area sanitaria e con delibera n° 662 del 25/10/2012 sono stati nominati i direttori dei dipartimenti (con esclusione del Dipartimento di Prevenzione per il quale è ancora in vigore l'art. 44 della L.R. 41/2006 che prevede l'elezione del direttore da parte dei componenti del Dipartimento).

Razionalizzazione delle strutture complesse amministrative con l'accorpamento di alcune strutture e trasformazione di una S.C. in struttura semplice dipartimentale. Complessivamente l'intervento ha comportato la soppressione di 4 strutture complesse e di tre dipartimenti.

Il nuovo Organigramma Aziendale complessivo e il dettaglio di quello sanitario sono riportati negli allegati ma si ricorda che sono presenti sia sulla intranet aziendale che sul sito www.asl1.liguria.it.

2. LE SFIDE PER IL 2013

La difficile situazione economico-finanziaria

Anche il 2013, sulla base delle decisioni assunte dal precedente governo e da quello in carica, si presenterà come un anno con risorse decrescenti. Ad oggi il Fondo Sanitario Nazionale per 2012 non è ancora stato ripartito alle Regioni e di conseguenza la Regione Liguria non ha ancora definito le risorse da assegnare alle ASL liguri (non è stato ancora possibile, infatti, approvare il Bilancio di esercizio 2012).

Certamente, anche nel 2013 vi saranno ulteriori riduzioni delle risorse assegnate a questa ASL, che è difficile in oggi ipotizzare, e obiettivo sarà quello di non fare tagli lineari ai servizi ma una razionalizzazione della spesa e un miglior utilizzo delle risorse a invarianza di servizi resi ai cittadini, sulla base delle loro reali necessità. Sarà indispensabile monitorare costantemente la spesa per i servizi (pasti, pulizie etc.) quella per i farmaci, materiale sanitario e dispositivi medici, per evitare sprechi e inappropriately, intervenire sulle procedure di acquisto e sui prezzi di riferimento a livello nazionale, anche alla luce delle nuove disposizioni regionali per il pieno funzionamento della centrale unica di acquisto. Altri margini di efficienza e minor costo dovranno essere individuati in altri servizi quali ad esempio i trasporti ordinari (in particolare ospedalieri e per i reperti).

Il potenziamento dell'offerta territoriale

La Regione Liguria ha evidenziato, nel documento "Potenziamento dell'offerta territoriale. Adeguamento dell'offerta ospedaliera agli standard nazionali. Dimensionamento della rete e delle componenti del sistema di emergenza" (approvato dalla Giunta il 12/10/2012 e proposto al Consiglio Regionale) la necessità, alla luce dell'attuale contingenza, di un riequilibrio dell'offerta ospedaliera verso l'assistenza territoriale richiedendo alle aziende un interventi più incisivo per

assegnare un ruolo preminente ai Distretti per il governo della domanda, l'individuazione delle criticità e di una offerta di prestazioni "alternative" ai ricoveri ospedalieri non appropriati e non rispondenti ai bisogni assistenziali, e per una maggiore gestione delle "cronicità".

La proposta prevede di fatto:

- la ridefinizione dell'organizzazione distrettuale e delle cure primarie, principalmente con il potenziamento del ruolo dei distretti sanitari e la promozione di programmi assistenziali tesi a valorizzare le azioni del governo clinico attraverso:
- una forte integrazione ospedale/territorio anche attraverso l'individuazione di Percorsi diagnostico terapeutici;
- l'implementazione dell'assistenza domiciliare integrata per la presa in carico dei soggetti anziani non autosufficienti, dei pazienti fragili e dei pazienti affetti da patologie croniche progressive invalidanti;
- forme organizzative complesse che, coinvolgendo tutti gli attori dell'assistenza primaria, diano attuazione a tipologie di associazionismo da parte dei medici di Medicina Generale, fortemente integrate nel contesto distrettuale;
- l'individuazione di nuove offerte assistenziali con l'attivazione di Strutture di Cure intermedie (SCI).

Su tali problematiche si dovranno pertanto definire per il 2013 obiettivi specifici, progetti di intervento, piani operativi con cronoprogrammi puntuali.

La recente legge approvata dal parlamento su proposta del Ministro Balduzzi prevede un nuovo ruolo per la medicina generale e dell'assistenza territoriale in generale finalizzata all'assistenza h24 e sarà compito della Regione definire tempi e modalità per l'attuazione delle nuove norme e poi di questa Azienda attuarle nel nostro territorio. In questo senso sarà fondamentale la collaborazione con i Medici di Famiglia e i Pediatri di libera scelta e i processi di collaborazione e integrazione con gli specialisti ospedalieri e ambulatoriali.

Certamente su questa tematica si giocherà la principale sfida riorganizzativa del 2013.

L'Ospedale per intensità di cure e i gli ulteriori processi di riorganizzazione della rete ospedaliera

Come sopra evidenziato, sono stati avviati nel corso dell'ultimo anno azioni di riorganizzazione della rete ospedaliera e dell'emergenza che hanno interessato soprattutto gli stabilimenti ospedalieri di Sanremo e Bordighera. Considerando la rete ospedaliera di questa Azienda come un vero e proprio Presidio Unico, sono ancora evidenti alcune criticità rappresentate soprattutto dalla presenza di alcuni reparti "doppioni" che potrebbero operare più efficacemente differenziando le attività e privilegiando le specializzazioni.

Ma la vera novità, o se vogliamo usare un termine forte, la vera "rivoluzione" potrebbe essere rappresentata dal superamento del concetto di ospedale tradizionale per andare verso un ospedale per "intensità di cura". Su questo tema sta già lavorando da alcuni mesi un gruppo di lavoro, nominato dalla direzione, che ha già prodotto alcuni documenti di studio, ha visitato ospedali italiani dove sono operative soluzioni organizzative per intensità di cura, ha raccolto dati statistici ed epidemiologici per una migliore conoscenza delle casistiche trattate nei nostri reparti, in particolare nell'area medica.

Una volta verificati i dati raccolti, valutate le proposte operative, analizzate le soluzioni logistiche, si deciderà, con il coinvolgimento del Collegio di Direzione, se sperimentare o meno le nuove soluzioni organizzative.

Questa ipotesi di lavoro si inquadra nel progetto più generale di riorganizzazione della rete ospedaliera in prospettiva della realizzazione del nuovo ospedale del ponente, per la cui costruzione si sono riaperte le possibilità come preannunciato dal Presidente della Regione. Il nuovo ospedale, come previsto nello studio di fattibilità approvato nel corso del 2011, sarà improntato alla logica dell'intensità di cura sia per l'area medica che per quella chirurgica e, a maggior ragione, è necessario iniziare a delineare modalità operative che vadano in questa direzione.

Per fare questo è necessario il contributo di tutti i professionisti di questa Azienda, per una riflessione serena, approfondita e , soprattutto, propositiva.

Stiamo ridefinendo il “puzzle” del sistema sanitario nella nostra realtà, ma lo possiamo fare solo con la partecipazione attiva di ogni singolo operatore di questa ASL.

3. IL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE E IL CICLO DI BUDGET

L'Azienda ASL1 ha adottato, già dagli anni 90, un percorso di budget con cui si assegnano gli obiettivi operativi annuali ai responsabili delle strutture.

Il processo di budget ha come punto di partenza la pianificazione strategica, in coerenza alla quale deve essere steso; rappresenta lo strumento necessario per mettere a confronto obiettivi e risultati, compito fondamentale del controllo di gestione. In particolare, il budget rappresenta la specificazione quantitativa a breve termine delle linee strategiche e pertanto consente, in funzione dei risultati ottenuti per le diverse linee di attività, di assumere decisioni in merito a:

- 1. svolgere/non svolgere,**
- 2. potenziare/mantenere/depotenziare,**
- 3. modificare/ non modificare le modalità di svolgimento.**

Il budget è un programma globale, nel senso che tende a considerare l'equilibrio economico e finanziario complessivo dell'azienda come il risultato di un'azione coordinata delle diverse componenti dell'organizzazione; intesa come attività di miglioramento e "sfidante".

Il processo si sviluppa attraverso una negoziazione organizzata per Dipartimenti che porta alla definizione della Scheda di Budget come strumento operativo di supporto, nel quale sono esplicitati gli obiettivi che si intendono perseguire.

Attraverso la sua utilizzazione dovrebbe essere possibile evidenziare, per singolo Centro di Responsabilità (CdR), i seguenti punti:

- livelli assistenziali e/o prestazionali attesi;
- modalità generali di carattere organizzativo-gestionale con le quali si intendono ottenere i risultati assistenziali e prestazionali;
- tipologia e quantità di risorse necessarie;
- livelli di soddisfazione degli utenti e degli operatori

Con le discussioni di budget vengono assegnati gli obiettivi operativi ai responsabili delle strutture. Su questi le stesse saranno valutate per l'assegnazione degli incentivi legati ai risultati.

3.1 Gli obiettivi delle Linee Guida di Budget e il processo di Budget

Le Linee guida di Budget rappresentano un momento dell'insieme di interventi messi a punto dall'Amministrazione per supportare le strutture dell'Azienda nella realizzazione del proprio sistema di pianificazione programmazione, e controllo.

Le Linee guida oggetto del presente documento nascono con il duplice obiettivo di:

- chiarire il percorso di lavoro da seguire nella formulazione del Budget, fornendo elementi di dettaglio in merito alla tempistica ed integrazione dei soggetti coinvolti. Le Linee guida sono orientate alla descrizione delle modalità con le quali avviene il processo di Budgeting e danno quindi particolare rilievo alla definizione di tempi ed attività da svolgere al fine di rendere "efficace" il processo stesso;
- supportare gli organi di indirizzo e programmazione in modo che possano contare sulla capacità di effettuare analisi di maggior dettaglio in merito alle effettive dinamiche economiche, organizzative e produttive che riguardano le singole strutture.

Il percorso di programmazione delineato nel documento sintetizza le attività da svolgere in processi tra di loro necessariamente coordinati (controllo di gestione, contabilità generale, Budgeting) chiarendo altresì il ruolo che di volta in volta sono chiamati a svolgere i Titolari dei Budget.

3.1.1 Il Budget: definizione

Il Budget è l'insieme delle risorse finanziarie, umane e strumentali attribuite a ciascun Centro di Responsabilità per il conseguimento degli obiettivi istituzionali.

Il Budget articolato per Centri di Responsabilità ha l'obiettivo di:

- fornire una guida e un orientamento ai responsabili
- responsabilizzare il ruolo degli operatori
- consentire la crescita professionale e metodologica di tutto il personale

Il Budget è uno strumento per:

- il governo dell'Azienda
- la verifica preventiva della fattibilità delle ipotesi di gestione
- la misurazione della performance
- la motivazione e incentivazione del personale
- l'attribuzione di obiettivi
- la responsabilizzazione.

3.1.2 Le Criticità del Processo di Budget

Affinché il processo di Budget sia efficace, è necessario che vengano rispettate una serie di regole. Gli elementi di cui viene posta nel seguito una sintetica analisi sono i seguenti:

- Rispetto del Budget. Per imparare a prevedere e calibrare le spese è necessario un po' di tempo. Fondamentale è imparare a rispettare il Budget fin dall'inizio.
- Dinamica del Budget. Essere consapevoli che le proiezioni di spesa sono solo una supposizione.
- Controllo periodico del Budget. Controllare il Budget ed esaminarne il flusso per essere sicuri di avere fondi sufficienti per compensare le uscite.
- Uso del Budget come mezzo di contenimento e di programmazione, non come una limitazione. La deviazione dal Budget è possibile se sorgono spese non preventivate ma necessarie e concordate.

3.1.3 Il Processo di Budget e la Scheda di Budget 2013

La negoziazione di Budget è organizzata per Dipartimenti ed è condotta dalla Struttura Controllo di Gestione e dalla Struttura Pianificazione, Programmazione e Organizzazione.

Vi partecipano:

- il Direttore del Dipartimento;
- i Direttori e i Coordinatori Infermieristici/Tecnici delle Strutture interessate;
- il Direttore della Struttura Professioni Sanitarie.

A seconda delle esigenze, possono essere presenti anche il Direttore Generale, il Direttore Sanitario/Amministrativo, il Dirigente Medico di Presidio, i Direttori delle Strutture Farmaceutica Ospedaliera e Farmaceutica Territoriale, il Direttore della Struttura Sistemi Informatici e il Direttore della Struttura Ingegneria Clinica.

Il budget viene assegnato a tutte le Strutture Complesse e Strutture Semplici Dipartimentali e in tal senso i Direttori e Responsabili partecipano a tutti gli effetti al processo di budgeting.

Per quanto concerne, invece, le strutture semplici aggregate si adotta il seguente comportamento:

1. viene assegnato un budget specifico a quelle S.S. per le quali sono individuabili in modo certo sia le risorse impiegate sia la produzione in termini di prestazioni e attività (a titolo di esempio: S.S. Assistenza Domiciliare Integrata – S.S. Pronto Soccorso). In tal caso partecipano al processo di budgeting.
2. Nel caso non ricorrano le situazioni di cui al punto 1 la S.S. rispetta il budget (un termini di costi, risorse e obiettivi) assegnato alla S.C. alla quale è aggregata.

Si evidenzia che in ogni caso nel processo di budget è previsto l'obbligo di **condivisione, cioè di presa conoscenza**, da parte di tutto il personale della struttura attraverso la firma di un verbale prestampato a disposizione nella intranet aziendale nella sezione Modulistica / Modelli di documenti Aziendali.

Allo stesso modo si ricorda che è necessario predisporre un verbale anche per la condivisione del monitoraggio semestrale che, normalmente, è pubblicato sul sistema nel mese di settembre.

La Scheda di budget è un documento contenente un bilancio previsionale con obiettivi realizzabili da conseguire attraverso:

1. risorse disponibili chiaramente identificate;
2. pre-definizione di un intervallo di tempo in cui raggiungerli;
3. presenza di centri di responsabilità;
4. misurabilità e condivisione degli stessi.

Gli obiettivi di budget devono inoltre essere:

- espressi in termini quantitativi, sintetici;
- misurabili, in modo da poter essere confrontati con dati effettivi e quindi fornire un utile parametro di riferimento per il controllo e la valutazione;
- controllabili dal CdR cui sono assegnati;
- condivisi dai CdR e dai livelli superiori

Il sistema è basato su una **Scheda di budget** che comprende obiettivi gestionali considerati vincolanti per la struttura. Il risultato è espresso in riferimento al 100%. **Sotto la soglia dell' 85% l'operato della struttura è considerato insufficiente e non si ha diritto alla retribuzione di risultato. Dall' 86% al 100% si accede alla retribuzione di risultato che verrà liquidato in percentuale al risultato ottenuto con arrotondamento per eccesso.**

All'interno della scheda è presente una **sezione denominata "SFIDANTI" in cui andranno inseriti obiettivi (preferibilmente uno solo) considerati rilevanti per la struttura e l'Azienda** e che si riferiscono sia a miglioramenti di obiettivi rispetto a standard condivisi sia a rilevanti cambiamenti organizzativi e può essere unico per la Dirigenza e il Comparto o riguardare aspetti diversi per le due categorie. All'obiettivo inserito in questa sezione sarà assegnato **un peso di 20 punti**. Considerata la natura dell'obiettivo non saranno prese in considerazioni note a giustificazione del mancato raggiungimento, quindi è opportuno inserire obiettivi raggiungibili e governabili dalla struttura, evitando obiettivi condivisi con altre strutture. Considerato che sulle restanti sezioni della scheda rimarranno 80 punti si concorderanno, indicativamente, 2/3 obiettivi per sezione in modo da non avere obiettivi con pesi molto bassi.

Le possibili fasi di sviluppo del processo di budgeting sono:

- **FASE 1 (OTTOBRE 2012):** acquisizione delle informazioni relative ai vincoli di sistema (vincoli economico-finanziari, Piano Sanitario Nazionale e

Piano Sanitario Regionale) e formulazione di un documento di base nel quale sono inquadrare le linee di indirizzo aziendali.

- **FASE 2 (NOVEMBRE 2012 – FEBBRAIO 2013):** coinvolgimento di tutti i CdR presenti all'interno delle macro-articolazioni erogatrici dei livelli assistenziali allo scopo di formulare la proposta di obiettivi mediante la compilazione della scheda di proposta di budget e svolgimento degli incontri di budget degli staff tecnici preposti con i CdR.:
 - entro e non oltre sette giorni dalla data fissata per l'incontro, la Struttura Controllo di Gestione raccoglie eventuali obiettivi inviati dalle Strutture ed elabora e trasmette loro di una proposta di Scheda di budget;
 - la settimana seguente l'invio della proposta si svolge l'incontro di Budget.
- **FASE 3 (MARZO 2013):**
 - Verifica che la somma degli stanziamenti assegnati alla sezione Costi delle singole Strutture sia coerente con il finanziamento regionale;
 - Pubblicazione delle prime Schede di Monitoraggio nell'Area riservata della Intranet aziendale (a cura della Struttura Controllo di Gestione);
 - Delibera aziendale schede di budget firmate.
- **FASE 4 (SETTEMBRE 2013):** Verifica dell'andamento gestionale sul monitoraggio semestrale ed eventuale adeguamento del budget, ove necessario;
- **FASE 5 (MARZO 2014):**
 - Chiusura e pubblicazione sulla Intranet aziendale delle Schede di Monitoraggio 2012;
 - Raccolta osservazioni dei Direttori/Responsabili di Struttura sui dati pubblicati.
- **FASE 6 (MAGGIO 2014- GIUGNO 2014):**
 - Analisi monitoraggi e osservazioni da parte dell'Organo Indipendente Valutazione;
 - Pubblicazione delle Schede 2013 definitive nell'Area riservata della Intranet aziendale;
 - Invio dei risultati alla struttura Gestione del Personale per la liquidazione della retribuzione di risultato

3.1.4 La Scheda di Budget

La Scheda di budget è suddivisa in cinque sezioni

COSTI: basata sull'analisi dell'andamento della spesa degli anni precedenti e sulla stima dei costi delle nuove attività (es. costo di farmaci, materiale sanitario, economale, prestazioni da altri reparti, ecc.). Questa sezione potrà raggiungere al massimo un peso di 20 punti.

PRODUZIONE: utilizza standard e indicatori tipici della produzione sanitaria (es. peso medio DRG, degenza media, peso prestazioni, ecc.). Questa sezione potrà raggiungere al massimo un peso di 20 punti.

RIORGANIZZAZIONE: contiene progetti di evoluzione organizzativa (per recepimento nuove normative in tema di erogazione dei servizi, riorganizzazioni interne in atto, ecc.)

QUALITA': progetti che migliorano la capacità di rispondere alle esigenze espresse dai portatori di interessi (popolazione, lavoratori, Enti).

SFIDANTI: miglioramento significativo di indicatori sia economici sia sanitari rispetto a standard oggettivi o rilevanti processi organizzativi. Questa sezione avrà come standard un peso di 20 punti.

RISORSE UMANE: Sulla scheda saranno segnalati il numero di dirigenti e personale del comparto necessari per il funzionamento della struttura. In particolare per la determinazione del numero di personale infermieristico/oss/ota si partirà, in attesa di indicazioni regionali sui parametri da utilizzare, sull'analisi della turnistica prendendo in considerazione anche le variazioni nei giorni festivi e la presenza di personale che usufruisce della L.104, delle 150 ore e di permessi per cariche pubbliche.

3.1.5 Il sistema premiante

Personale Dirigente

La valutazione del dirigente si articola nella verifica delle attività professionali espresse in relazione all'incarico dirigenziale attribuito e nella valutazione dei risultati annuale raggiunti.

La valutazione avviene oltre che al termine dell'incarico, anche per le altre finalità previste dall'art. 26 dei CC.CC.NN.LL 03/11/2005 (dirigenti di nuova assunzione al termine del primo quinquennio di servizio, dirigenti che raggiungono l'esperienza professionale ultra quinquennale in relazione all'indennità di esclusività) . La svolgimento della valutazione ha luogo su due istanze distinte e separate prima e seconda istanza, la prima è di competenza del Direttore sovraordinato la seconda è di competenza del Collegio Tecnico ex art. 26 c.2 CCNL 03/11/2005.L'esito positivo costituisce conditio sine qua non per la conferma dell'incarico in capo al dirigente.

La valutazione finalizzata alla retribuzione annuale di risultato è determinata sia dal risultato della schede di budget, risultato certificato dall'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), nominato con delibera n° 714 del 10/11/2011, relativamente al raggiungimento degli obiettivi di budget della Struttura, attribuiti nella loro totalità alla Dirigenza, sia dalla valutazione espressa dal Dirigente responsabile relativamente all'apporto collaborativo individuale.

La valutazione annuale altresì, assieme agli altri elementi anche alla valutazione da attuarsi alla scadenza degli incarichi dirigenziali e per le predette finalità.

Per i Direttore di Dipartimento verranno definiti dalla Direzione specifici obiettivi per una valutazione annuale dei risultati ottenuti.

Personale non Dirigente

Tutto il personale dei livelli è inserito nel sistema aziendale di valutazione individuale permanente, caratterizzato da tre tipologie di schede:

- 1) una riguarda il personale della categorie A\B\C\D (senza incarico di coordinamento);
- 2) la seconda riguarda il personale delle categorie C\D con incarico di coordinamento (esclusi i titolari di P.O.);
- 3) la terza riguarda i titolari di posizione organizzativa.

Il Direttore della Struttura e, dove previsto il coordinatore del comparto (es.: capo sala), contestualmente alla discussione del budget con la Direzione, individua quali obiettivi richiedano la collaborazione e quindi il coinvolgimento dei collaboratori, con facoltà di integrare la scheda con obiettivi di risultato specifici, non presenti sulla scheda di budget della struttura, purché individuati in coerenza con le politiche aziendali.

Gli elementi che misurano il grado di apporto del singolo al raggiungimento degli obiettivi di budget della Struttura concorrono a formulare il risultato finale che costituisce la base per il calcolo della quota individuale di produttività.

Per quanto riguarda la scheda dei titolari di Posizione Organizzativa, la medesima è costituita da obiettivi concordati con il Responsabile della Struttura di appartenenza e il cui risultato finale costituisce sia la base per il calcolo dell'incentivazione spettante che la base su cui elaborare la proposta di revoca dell'incarico di posizione organizzativa.

3.1.6 Riferimenti normativi

Si riportano di seguito i più rilevanti riferimenti normativi e gli atti regionali che hanno apportato significative modifiche all'organizzazione del Sistema Sanitario Regionale.

Leggi Nazionali e Regionali

- | | |
|--------------------|---|
| D. M.Sal. 135/2010 | Regolamento recante integrazione delle informazioni relative alla scheda di dimissione ospedaliera. |
| L. 135/2012 | “Disposizioni urgenti per il riequilibrio del settore sanitario e misure di governo della spesa farmaceutica” |
| L.R. 29/2012 | “Adeguamento di disposizioni di carattere finanziario e modifiche di altre norme regionali” |

Delibere di Consiglio Regionale

- | | |
|-------------|---|
| DCR 19/2010 | Razionalizzazione della rete ospedaliera e incremento dell'appropriatezza nel ricorso ai ricoveri ospedalieri. |
| DCR 23/2011 | Ulteriore adeguamento della rete e dell'offerta ospedaliera agli standard definiti dalle linee di indirizzo per la razionalizzazione della rete di cura e assistenza. |

Delibere di Giunta Regionale

- | | |
|--------------|---------------------------|
| DGR 754/2010 | Day Service Ambulatoriale |
|--------------|---------------------------|

DGR 545/2011	Piano per il governo dei tempi di attesa
DGR 615/2011	Progetto per la rilevazione della complessità assistenziale nelle Aziende Sanitarie e Ospedaliere della Regione Liguria.
DGR 717/2011	Definizione valore percentuale/soglia di ammissibilità dei DRG ad alto rischio di inappropriately se erogati in regime di degenza ordinaria
DGR 719-1221/11	Assegnazione delle risorse finanziarie alle Aziende Sanitarie ed Enti equiparati per l'anno 2011.
DGR 720/2011	Risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario a rilievo nazionale.
DGR 759/2011	Approvazione del piano di qualificazione dell'assistenza farmaceutica territoriale e ospedaliera 2011-2012.
DGR 809/2011	Razionalizzazione delle strutture non cliniche delle Aziende Sanitarie
DGR 862/2011	Riordino del sistema della residenzialità e della semiresidenzialità extraospedaliera e del sistema tariffario.
DGR 1040/2011	Assegnazione obiettivi ai Direttori Generali.
DGR 1222/2011	Prime indicazioni per il trasferimento al regime ambulatoriale di prestazioni ad alto rischio di inappropriately se eseguite in Day Surgery.
DGR 518/2012	Approvazione "Protocollo per la gestione integrata delle patologie croniche epidemiologicamente più rilevanti (diabete, scompenso cardiocircolatorio, broncopneumopatia cronica ostruttiva)"
DGR 583/2012	Nuove modalità attuative per l'erogazione dei servizi di trasporto sanitario a carico del Servizio sanitario regionale
DGR 873/2012	Anno 2012. Indirizzi e direttive erogatori pubblici o equiparati. Obiettivi Direttori Generali Aziende Sanitarie.
DGR 714/2012	Trasferimento dei codici di intervento 14.75 e 14.79 afferenti alla DRG 42 "Interventi strutturali intraoculari no ret/irid/cristallino" in regime ambulatoriale". Aggiornamento del nomenclatore tariffario della specialistica ambulatoriale
DGR 809/2011	Direttiva vincolante ex art. 8 comma 1 della L.R. 41/2006 in materia di razionalizzazione delle strutture cliniche delle Aziende Sanitarie – l'art. 3 prevede l'accorpamento, la razionalizzazione e la rimodulazione degli attuali assetti organizzativi delle Strutture Complesse territoriali, escluse quelle in capo al Dipartimento di Salute Mentale e SERT e Dipartimento di Prevenzione
DGR 1048/2012	Indirizzi operativi per l'attuazione delle disposizioni in materia sanitaria di cui alla l.r. approvata il 6.8.2012 "Adeguamento di disposizioni di carattere finanziario e modifiche di altre norme regionali".
DGR 1528/211	Integrazione del nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale
Determina del Commissario straordinario dell'Agenzia Regionale Sanitaria n. 57 del 26.07.2012 "Competenze distrettuali in tema di patologie croniche. Strumenti di valutazione e monitoraggio"	

3.1.7 Obiettivi del Direttore Generale

La Regione Liguria con DGR 873 del 13 Luglio 2012 ha stabilito gli obiettivi dei Direttori Generali delle ASL precisando che il rispetto degli indirizzi e degli indicatori fissati costituisce parametro per la valutazione del Direttore Generale.

Nella tabella sottostante sono esplicitati gli obiettivi previsti per l'ASL1:

<i>Tetti di Spesa</i>		<i>Mln euro</i>	<i>Peso</i>
Risorse Umana (CE BA0570, BA2080, BA1380, BA1770, BA1780)		139,39	
Farmaceutica territoriale (DPC, Convenzioni nette, distribuzione diretta art.8 DL 347/2001, conv. 405/2001)		46,09	
Trasporti Sanitari Ordinari (DGR 1040/2012)		2,68	
			20
	<i>Valore Iniziale</i>	<i>Valore Atteso</i>	<i>Peso</i>
Gestione Integrata delle patologie croniche rilevanti: riduzione del tasso di ospedalizzazione per:			
Scompenso cardiocircolatori	236,92	-10%	3,33
Diabete	27,93	-5%	3,33
BPCO	62,1	-10%	3,33
Monitoraggio Ricoveri Ospedalieri (corretta compilazione SDO per almeno il 90%)			
Interventi chirurgici tumore alla mammella (cat. 85,4 - diagnosi 174)	90%	95%	3,33
Interventi Chirurgici tumore colon retto (cat. 45,7 - 45,8 -48,6 - diagnosi 153-154)	90%	95%	3,33
Intervento Protesi D'anca (cat. 81,51 - 81,52 - 81,53)	90%	95%	3,33
Tempi di degenza (metodo stilizzato calcolo dell'ICP - Indice comparativo di performance)			
Riduzione tempi di degenza	97%	96%	10
Parti Cesarei			
Riduzione parti cesarei (SDO)	Anno 2011	-2%	10
Prevenzione e sicurezza sul lavoro e carceri			
Potenziamento attività di screening cervico-vaginale (PAP test); mammografico; colon-rettale (Proporzione di persone che hanno effettuato test screening in un programma)	Anno 2011	Anno 2011 + 1	3,75
Mantenimento del sistema di sorveglianza infortuni sul lavoro e malattie professionali	Anno 2011	>=2011	3,75
Implementazione delle attività di controllo e vigilanza nei luoghi di lavoro (aziende/PAT), secondo standard nazionale, orientando 1/3 della vigilanza nei settori individuati dal piano regionale prevenzione (aziende con elevato incidente infortunistico e n° significativo di addetti; eDILIZIA, aTTIVITÀ PORTUALI; aGRICOLTURA)	5%	5,40%	3,75
Riorganizzazione della salute in carcere e delle persone inserite nel circuito penale sulla base delle indicazioni di modello organizzativo approvato con DGR 364/2012	0%	100%	3,75
Sicurezza alimentare			
Realizzazione delle attività previste dal Piano Regionale Integrato della sicurezza alimentare (DGR)	0%	95%	4
Categorizzazione del rischio delle imprese alimentari registrate al fine dell'esecuzione dei risultati (DGR 1391/2011)	0%	33%	6
Informatica			
Puntualità, correttezza e qualità del flusso dati informativi (record scartati da Regione o Ministero)		<10%	3,75
Ricetta elettronica (completamento procedure atte all'invio da parte dei prescrittori aziendali)		80% 2012	3,75
FSE (completamento items atti all'apertura FSE per i nuovi presi in carico per BPCO; scompenso diabete)		Entro 01/11/2012	3,75
FSE (Completamento items atti all'apertura FSE per i nuovi nati)		Entro 01/11/2012	3,75

4. ANALISI DEL CONTESTO ED ELEMENTI SOCIO-DEMOGRAFICI

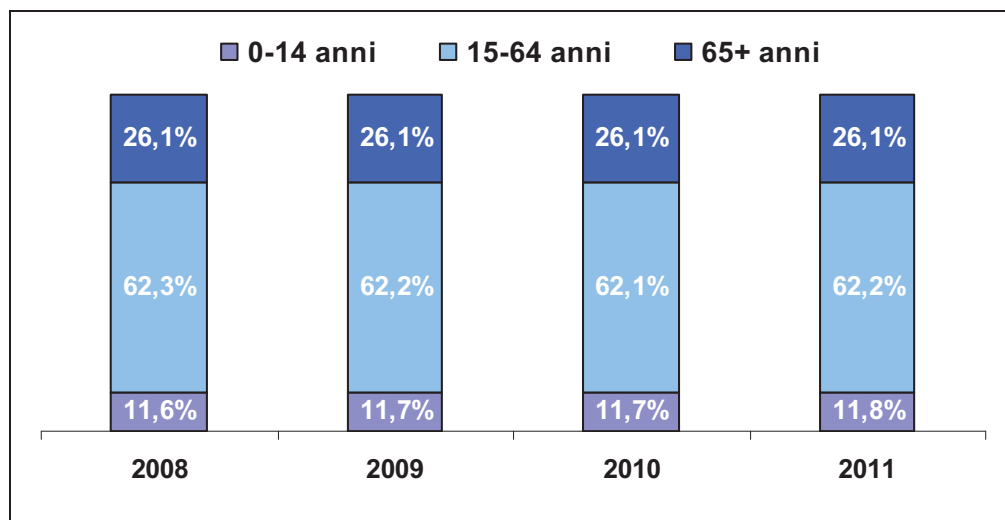
La Liguria è la terza regione più piccola d'Italia per quanto riguarda la sua superficie territoriale, ma ha una densità di popolazione molto al di sopra della media nazionale posizionandosi al quarto posto dopo Campania, Lombardia e Lazio.

La popolazione residente al 2011 nella provincia di Imperia è di 222.669. Il comune più popoloso risulta essere quella di Sanremo con i suoi 57.125 abitanti, mentre quello di Arma di Taggia è quello con minore abitanti (121 ab.)

Anno 2011	popolazione residente	popolazione residente - maschi	popolazione residente - femmine	numero di famiglie
ASL1	222.669	106.723	115.946	100.593
Liguria	1.614.841	767.348	847.493	758.284

L'analisi della struttura per età di una popolazione considera tre fasce di età: **giovani** 0-14 anni, **adulti** 15-64 anni e **anziani** 65 anni ed oltre. In base alle diverse proporzioni fra tali fasce di età, la struttura di una popolazione viene definita di tipo *progressiva*, *stazionaria* o *regressiva* a seconda che la popolazione giovane sia maggiore, equivalente o minore di quella anziana.

Fascia di età	2008		2009		2010		2011	
	ASL1	Liguria	ASL1	Liguria	ASL1	Liguria	ASL1	Liguria
0-14 anni	25.389	180.577	25.742	183.215	26.038	184.719	26.169	186.100
15-64 anni	136.673	997.916	137.358	999.267	137.825	997.859	138.443	998.993
65 anni e più	57.321	431.329	57.612	432.582	58.022	433.408	58.036	431.695



L'età media di 47,2 anni è la più alta di tutto il Paese (valore medio in Italia di 42 anni); nella nostra provincia l'età media è in linea rispetto a quella regionale (47 anni), ed è rimasta invariata nel corso dei 4 anni presi in esame.

Per osservare meglio il contesto socio-demografico della nostra provincia e confrontarla a livello regionale, sono riportati di seguito i principali indicatori negli ultimi 4 anni.

- **INDICE DI NATALITA'**
rapporto tra il numero dei nati vivi dell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente, moltiplicato per 1.000.

		ASL1	Liguria
Natalità	2008	7,8	7,7
	2009	7,6	7,6
	2010	7,3	7,4
	2011*	7,0	7,3

Il Liguria si registra la più bassa natalità in Italia dopo quella del Molise: 7,3 nuovi nati per 1000 abitanti, con un numero medio di figli per donna di 1,33. Per quanto riguarda

il contesto ASL1, nel 2011 la natalità risulta essere del 7.0 per 1000 abitanti con un numero medio di figli per donna pari al 1.34.

Nella nostra provincia tra il 2008 e il 2011, questo tasso ha subito una diminuzione passando dal 7.8 al 7.0.

- **INDICE DI MORTALITA'**

rapporto tra il numero dei decessi nell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente, moltiplicato per 1.000.

		ASL1	Liguria
Mortalità	2008	13,4	13,4
	2009	12,8	13,5
	2010	12,7	13,3
	2011*	12,5	13,3

La mortalità grezza nella regione Liguria è pari a 13,3 decessi per mille abitanti registrati al 2011, più elevata rispetto al contesto nazionale, di conseguenza il saldo naturale assume valori fortemente negativi

(-9,491). Nella provincia di Imperia al 2011 è stato registrato un tasso di mortalità pari a 12.5 , e dalla tabella si può osservare una diminuzione nel corso dei 4 anni presi in considerazione.

- **INDICE DI VECCHIAIA**

Rappresenta il grado di invecchiamento di una popolazione. È il rapporto percentuale tra il numero degli ultrasessantacinquenni ed il numero dei giovani fino ai 14 anni.

	2008		2009		2010		2011	
	ASL1	Liguria	ASL1	Liguria	ASL1	Liguria	ASL1	Liguria
indice di vecchiaia (valori percentuali)	226	239	224	236	223	235	222	232

La Liguria risulta essere la regione in cui complessivamente risulta maggiore l'incidenza delle persone anziane (232). Nel 2011 l'indice di vecchiaia per la provincia di Imperia dice che ci sono 221,8 anziani ogni 100 giovani. L'invecchiamento della popolazione è un fenomeno in diminuzione nella nostra realtà; tra il 2008 e il 2011 l'indice ha fatto registrare una variazione 1,8.

Valori alti dell' indice di vecchiaia (n° anziani ogni 100 residenti) si registrano in alcuni comuni dell'entroterra imperiese e sanremese, mentre valori più bassi sono evidenti in comuni del ventimigliese, quali Camporosso o S.Biagio della Cima.

5. IL RUOLO DELL'OSPEDALE

5.1 L'offerta ospedaliera

Come è noto, il decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, ha disposto che le regioni, tenendo conto della mobilità interregionale, devono adottare, entro il 31/12/2012, provvedimenti di riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri ad un livello non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, adeguando coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici ed assumendo come riferimento un tasso di ospedalizzazione pari a 160 per mille abitanti di cui il 25 per cento riferito a ricoveri diurni.

Sulla base di tale norma la Regione Liguria ha predisposto un piano, previo confronto con le aziende, che, considerando la mobilità passiva ed attiva delle ASL, ha previsto la riduzione di 45 posti letto per il presidio unico ospedaliero della nostra ASL. I letti effettivamente attivi nei nostri ospedali sono certamente già sotto la media del 3,7 per mille, e molto sotto lo standard del 0,7 per la riabilitazione, ma, nel conteggio regionale, tenuto conto di quanto disposto dalla norma sopra citata, sono stati calcolati anche i letti utilizzati dai nostri cittadini in altri ospedali liguri e extraregionali.

Nelle analisi effettuate a livello aziendale è stato verificato che il tasso di ospedalizzazione della nostra ASL rientra nei parametri del 160 per mille ma con una percentuale molto più alta del 25% riferito ai ricoveri diurni. Pertanto, la Direzione ha disposto dal 1° novembre la nuova dotazione di posti letto per DH con una riduzione di 17 letti. Per quanto concerne gli altri letti da ridurre, si è già provveduto a trasformare 11 letti di Ortopedia dell'Ospedale di Bordighera in cure intermedie (classificati come riabilitativi) mentre per i restanti letti si resta in attesa di determinazioni regionali sulla riorganizzazione dei letti della Psichiatria.

Alla luce di quanto sopra i letti definiti a livello regionale per questa ASL, come da proposta della Giunta Regionale del 12/10/2012, risultano in numero di **570 per acuti**.

Dal confronto per i ricoveri ordinari nel primo semestre si conferma la tendenza alla diminuzione del numero di degenze e lo spostamento, anche se minimo, dai ricoveri chirurgici a quelli medici.

Per quanto riguarda i dati derivanti dall'analisi della dinamica ospedaliera non ci sono variazioni di rilievo tra 2012 e 2011, se non un forte incremento dei ricoveri "In-Out 1 g".

Nonostante, a livello aziendale, ci sia stata una leggera contrazione della degenza media, rimangono ancora molti i DRG, segnalati in una apposita tabella, in cui la degenza media ASL1 è superiore di 1 giorno o più rispetto a quella media ligure: su questi saranno inseriti obiettivi specifici all'interno delle schede di budget 2013.

RICOVERI ORDINARI I SEMESTRE	2009	2010	2011	2012
TOTALE	11.563	10.813	10.706	10.386
OSTETRICIA E GINECOLOGIA - IM [3701]	731	697	757	742
MEDICINA GENERALE - IM [2601]	713	651	663	650
MEDICINA GENERALE - SR [2602]	839	769	727	643
MEDICINA GENERALE - BO [2603]	727	673	671	588
OSTETRICIA E GINECOLOGIA - SR [3702]	672	635	563	545
UROLOGIA - SR [4301]	468	471	493	521
CARDIOLOGIA - U.T.I.C. - IM [5001]	443	438	429	406
ASTANTERIA - BO [5105]			-	395
CHIRURGIA GENERALE - SR [0902]	437	365	260	393
CHIRURGIA GENERALE - IM [0901]	443	400	320	341
NEUROLOGIA - SR [3202]	421	328	359	334
CARDIOLOGIA - U.T.I.C. - SR [5002]	354	334	321	324
S.P.D.C. - IM [4001]	282	253	220	299
NIDO - IM [3101]	215	200	270	296
PNEUMOLOGIA - IM [6801]	322	316	327	283
NIDO - SR [3102]	339	315	253	281
MALATTIE INFETTIVE - SR [2401]	267	229	282	275
GASTROENTEROLOGIA - SR [5801]	222	209	262	256
ASTANTERIA - SR [5102]	78	199	249	254
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - SR [3602]	252	272	228	252
ASTANTERIA - IM [5101]	-	74	209	244
S.P.D.C. - BO [4002]	275	266	269	244
NEUROLOGIA - IM [3201]	372	305	267	238
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - IM [3601]	322	285	266	230
PEDIATRIA - SR [3902]	207	140	175	191
CHIRURGIA VASCOLARE - IM [1401]	218	186	125	184
PEDIATRIA - IM [3901]	347	208	199	173
NEFROLOGIA - IM [2901]	185	198	146	170
PATOLOGIA NEONATALE - IM [7301]	201	191	172	159
FISIATRIA - SR [5601]	254	292	295	143
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - BO [3603]	317	220	211	126
OTORINOLARINGOIATRIA - SR [3801]	110	130	114	90
OCULISTICA - IM [3401]	62	47	87	37
TERAPIA INTENSIVA - IM [4901]	35	34	39	37
TERAPIA INTENSIVA - SR [4902]	40	39	34	34
TERAPIA SUBINTENSIVA - BO [4903]	10	6	16	6
CHIRURGIA GENERALE - BO [0903]	320	257	287	1
ORTOPEDIA ARTROSCOPICA E PROTESICA - BO [3604]		140	141	1
CURE INTERMEDIE - IM [5605]	63	41		

Gennaio - Giugno	2011					2012				
	Deg. media	Occ. media	Rotazione	Tourn Over	In-Out 1 g	Deg. media	Occ. media	Rotazione	Tourn Over	In-Out 1 g
ASL	7,41	84,53%	20,66	1,35	122	7,29	85,80%	21,43	1,21	160
ASTANTERIA - BO [5105]	-	-	-	-	-	2,64	0,91	62,60	0,27	16
ASTANTERIA - IM [5101]	4,20	1,24	53,66	-0,82	3	3,87	1,06	49,88	-0,22	6
ASTANTERIA - SR [5102]	3,75	1,13	54,46	-0,43	1	3,98	0,68	31,18	1,86	4
CARDIOLOGIA - U.T.I.C. - IM [5001]	5,55	0,72	23,55	2,13	1	6,33	0,79	22,60	1,73	4
CARDIOLOGIA - U.T.I.C. - SR [5002]	4,63	0,74	28,85	1,65	6	4,64	0,74	29,23	1,59	6
CHIRURGIA GENERALE - BO [0903]	6,50	0,85	23,64	1,15	4	1,00	N/A	N/A	-1,00	-
CHIRURGIA GENERALE - IM [0901]	6,37	0,76	21,70	1,97	2	6,06	0,85	25,54	1,07	2
CHIRURGIA GENERALE - SR [0902]	5,24	0,71	24,44	2,16	4	6,72	1,14	30,86	-0,83	3
CHIRURGIA VASCOLARE - IM [1401]	9,53	0,69	13,15	4,23	1	6,75	0,62	16,79	4,09	3
FISIATRIA - SR [5601]	15,28	0,78	9,25	4,29	-	20,61	0,86	7,63	3,23	-
GASTROENTEROLOGIA - SR [5801]	2,61	0,98	68,25	0,04	3	2,39	0,86	65,25	0,40	2
MALATTIE INFETTIVE - SR [2401]	11,30	0,91	14,52	1,16	1	11,42	0,93	14,76	0,91	3
MEDICINA GENERALE - BO [2603]	9,25	0,96	18,71	0,42	5	10,39	0,94	16,55	0,61	3
MEDICINA GENERALE - IM [2601]	11,78	0,94	14,51	0,69	10	11,55	0,91	14,37	1,12	13
MEDICINA GENERALE - SR [2602]	11,39	0,99	15,80	0,06	3	13,10	1,02	14,16	-0,24	10
NEFROLOGIA - IM [2901]	9,99	0,75	13,67	3,26	4	10,17	0,89	16,00	1,20	2
NEUROLOGIA - IM [3201]	9,21	0,76	14,95	2,90	4	7,89	0,79	18,29	2,06	3
NEUROLOGIA - SR [3202]	7,74	0,84	19,63	1,48	2	8,20	0,85	18,84	1,46	6
NIDO - IM [3101]	2,84	0,48	30,30	3,14	-	2,89	0,52	32,60	2,69	-
NIDO - SR [3102]	3,76	0,49	23,55	3,93	1	3,67	0,52	25,64	3,43	-
OCULISTICA - IM [3401]	2,24	0,28	22,54	5,78	4	2,34	0,12	9,50	16,82	17
ORTOPEDIA ARTROSCOPICA E PROTESICA - BO [3604]	6,06	0,64	19,00	3,47	1	1,00	N/A	N/A	-1,00	-
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - BO [3603]	8,42	1,11	23,83	-0,83	3	9,02	0,77	15,45	2,75	3
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - IM [3601]	10,76	0,84	14,20	1,98	10	12,87	0,93	13,20	0,92	4
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - SR [3602]	9,59	1,00	18,94	-0,03	4	10,38	1,03	18,12	-0,33	4
OSTETRICIA E GINECOLOGIA - IM [3701]	4,00	0,74	33,30	1,43	7	4,22	0,77	33,07	1,28	8
OSTETRICIA E GINECOLOGIA - SR [3702]	4,14	0,79	34,35	1,13	7	3,91	0,71	32,82	1,63	7
OTORINOLARINGOIATRIA - SR [3801]	5,14	1,10	38,71	-0,47	2	4,63	0,65	25,50	2,51	3
PATOLOGIA NEONATALE - IM [7301]	4,02	0,94	42,50	0,24	3	4,49	0,97	39,50	0,12	1
PEDIATRIA - IM [3901]	3,90	0,61	28,43	2,46	5	4,04	0,53	23,86	3,59	4
PEDIATRIA - SR [3902]	3,51	0,67	34,80	1,70	-	3,43	0,71	37,80	1,38	2
PNEUMOLOGIA - IM [6801]	8,52	0,92	19,61	0,71	2	9,59	0,91	17,33	0,91	2
S.P.D.C. - BO [4002]	10,26	0,78	13,85	2,81	4	10,93	0,81	13,46	2,58	2
S.P.D.C. - IM [4001]	11,89	0,87	13,19	1,84	3	9,07	0,85	17,06	1,60	3
TERAPIA INTENSIVA - IM [4901]	8,65	0,86	18,00	1,41	5	7,27	0,84	21,13	1,34	2
TERAPIA INTENSIVA - SR [4902]	10,44	0,89	15,38	1,33	2	8,76	0,85	17,76	1,49	5
TERAPIA SUBINTENSIVA - BO [4903]	6,28	0,71	20,33	2,62	-	8,96	0,84	11,30	1,77	-
UROLOGIA - SR [4301]	5,89	0,93	28,56	0,45	5	5,92	0,98	30,11	0,12	7

TIPOLOGIA DRG								
	DAY				ORD			
Tipo Drg	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012
Chirurgico	4.864	5.075	4.749	3.040	6.380	6.349	5.878	3.660
Medico	8.565	7.158	6.295	2.573	17.061	15.726	15.521	10.389
	DAY				ORD			
Tipo Drg	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012
Chirurgico	36,22%	41,49%	43,00%	54,16%	27,22%	28,76%	27,47%	26,05%
Medico	63,78%	58,51%	57,00%	45,84%	72,78%	71,24%	72,53%	73,95%

DRG Con Degenza media > 1 gg rispetto a media Ligure e almeno 30 ricoveri gennaio - agosto		Deg ASL 1	Deg Liguria	Diff.
544	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	18,67	9,48	9,19
565	Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita ≥ 96 ore	28,25	19,9	8,35
210	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni con CC	21,91	14,26	7,65
211	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	20,48	13,97	6,51
219	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC	12,25	6,98	5,27
403	Linfoma e leucemia non acuta con CC	16,53	11,79	4,74
256	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	16,13	12,1	4,03
224	Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC	8,22	4,4	3,82
429	Disturbi organici e ritardo mentale	11,24	7,83	3,41
249	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	20,72	17,47	3,25
423	Altre diagnosi relative a malattie infettive e parassitarie	11,80	8,8	3,00
554	Altri interventi vascolari con CC senza diagnosi cardiovascolare maggiore	11,66	9,01	2,65
404	Linfoma e leucemia non acuta senza CC	10,09	7,58	2,51
569	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore	19,85	17,39	2,46
382	Falso travaglio	4,57	2,53	2,04
353	Eviscerazione pelvica, isterectomia radicale e vulvectomia radicale	9,25	7,31	1,94
552	Altro impianto di pacemaker cardiaco permanente senza diagnosi cardiovascolare maggiore	6,28	4,42	1,86
202	Cirrosi e epatite alcolica	12,42	10,63	1,79
243	Affezioni mediche del dorso	8,68	7,08	1,60
082	Neoplasie dell'apparato respiratorio	13,06	11,46	1,60
125	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	4,58	3,08	1,50
088	Malattia polmonare cronica ostruttiva	9,88	8,6	1,28
122	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto senza complicanze maggiori, dimessi vivi	7,15	5,89	1,26
538	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	4,23	2,99	1,24
089	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	12,30	11,06	1,24
316	Insufficienza renale	10,64	9,46	1,18
203	Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	11,81	10,65	1,16
371	Parto cesareo senza CC	5,17	4,02	1,15
390	Neonati con altre affezioni significative	4,30	3,18	1,12
335	Interventi maggiori sulla pelvi maschile senza CC	9,98	8,88	1,10

Per quanto riguarda l'analisi sui ricoveri diurni si rimanda al capitolo sull'efficienza organizzativa.

5.1.1 Il sistema dell'emergenza

Come è noto il sistema dell'emergenza in questa Azienda ha subito recentemente una importante modifica con la trasformazione del Pronto Soccorso di Bordighera in Punto di Primo Intervento dal 10/9/2012 ai sensi della delibera n° 545 del 25/8/2010 assunta dal Direttore Generale in forza dei poteri straordinari attribuitagli dall'art. 19 della L.R. 29/2012.

Si ricorda che le caratteristiche di un presidio di primo intervento (P.P.I), ai sensi della DGR n. 23 del 4/8/2011, sono le seguenti: "risorse umane e tecnologiche capaci di garantire una risposta agli accessi di persone autopresentatesi o inviate dal sistema 118, perché valutate urgenze trattabili nel presidio. Il P.P.I. deve garantire anche la prima stabilizzazione del paziente ad alta complessità, al fine di consentire il trasporto nel Pronto Soccorso/DEA più appropriato."

Nella tabella che segue si evidenzia l'andamento degli accessi al Punto di Primo Intervento di Bordighera e al Pronto soccorso di Sanremo e Imperia.

Sett-Ottobre	Bordighera			Sanremo		
	2011	2012	Var.%	2011	2012	Var.%
Colore Tri	accessi	accessi	Var.%	accessi	accessi	Var.%
Bianco	145	118	-19%	1.095	912	-17%
Verde	3.126	2.341	-25%	3.927	4.038	3%
Giallo	979	932	-5%	1.006	1.159	15%
Rosso	25	12	-52%	93	69	-26%
totale	4.275	3.403	-20%	6.121	6.178	1%

Come si può notare le maggiori variazioni sugli accessi a Bordighera si sono registrate per i pazienti codificati con codice triage “bianco e verde”. Non si registrano, peraltro, incrementi di accessi per questa tipologia di codici presso il PS di Sanremo. Sono, invece, leggermente diminuiti gli accessi con codice “giallo” e si sono dimezzati quelli con codice “rosso” e questo a seguito dell’attivazione dei protocolli definiti dalla centrale operativa del 118.

Per quanto riguarda l’analisi degli accessi delle tre strutture per l’anno 2012 rispetto allo stesso periodo del 2011, si evidenzia una lieve diminuzione degli accessi in tutti e tre presidi.

Periodo Gennaio-Ottobre		Bordighera	Imperia	Sanremo	Grand Total
Anno	Colore Tri	accessi	accessi	accessi	accessi
2011	Bianco	898	1.696	5.412	8.006
	Verde	17.502	22.423	22.455	62.380
	Giallo	4.828	6.730	5.788	17.346
	Rosso	113	421	455	989
	n/d	-	2	-	2
Totale 2011		23.341	31.272	34.110	88.723
2012	Bianco	806	1.535	5.469	7.810
	Verde	15.679	21.940	21.965	59.584
	Giallo	4.906	6.830	5.819	17.555
	Rosso	109	401	372	882
	n/d	2	2	2	6
Totale 2012		21.502	30.708	33.627	85.837
Var 2012/2011		-8%	-2%	-1%	-3%

Nelle tabelle che seguono si riportano i dati relativi ai tempi di attesa medi nelle tre sedi e il tempo di permanenza complessivo; dati che evidenziano, comunque, una risposta adeguata ai bisogni e alla tipologia di richiesta secondo il codice di gravità assegnato.

Si evidenzia che dati positivi sui “tempi di accesso in emergenza del sistema 118” risultano anche dalla reportistica regionale, considerando anche l’orografia e la rete stradale del nostro territorio.

ANNO 2012	Bordighera	Imperia	Sanremo
Colore Tri	attesa media	attesa media	attesa media
Bianco	57	73	77
Verde	35	56	80
Giallo	16	16	21
Rosso	8	7	7

ANNO 2012	Bordighera	Imperia	Sanremo
Colore Tri	permanenza media	permanenza media	permanenza media
Bianco	84	132	148
Verde	110	156	190
Giallo	198	230	252
Rosso	307	483	390

5.2 L'offerta ambulatoriale

Come si vede dalla tabella c'è una costante diminuzione del numero di prestazioni erogate agli esterni.

Questo dato va letto anche con l'incremento sulle fughe evidenziato nelle tabelle in allegato. Inoltre nella divisione percentuale dell'offerta va rilevato l'incremento nel 2012 delle strutture del privato accreditato per le prestazioni di "Medicina fisica e riabilitazione - Recupero e riab. Funzionale".

PRESTAZIONI AMBULATORIALI PER ESTERNI	2012 (Proiezione dati settembre)				2011				2010			
	Totali	Ospedalieri	Privati	Territoriali	Totali	Ospedalieri	Privati	Territoriali	Totali	Ospedalieri	Privati	Territoriali
TOTALE	3.169.540	2.833.988	195.033	140.519	3.429.254	3.056.643	202.264	170.347	3.602.418	3.153.371	217.202	231.845
Altre prestazioni	588.060	576.933		11.127	623.116	610.564		12.552	602.059	589.765		12.294
Anestesia	3.887	3.887			4.235	4.235			4.552	4.552		
Cardiologia	34.381	23.601		10.780	39.164	23.959		15.205	39.934	25.370		14.564
Chirurgia generale	21.759	21.759			23.067	23.067			23.123	23.123		
Chirurgia vascolare - Angiologia	11.327	11.327			8.657	8.657			7.020	7.020		
Dermosifilopatia	24.183	8.360		15.823	20.647	5.844		14.803	18.201	5.299		12.902
Diagnostica per immagini - Radiologia diagnostica	117.989	97.712	18.744	1.533	121.083	93.283	25.879	1.921	122.833	92.895	28.166	1.772
Endocrinologia	17.371	17.371			18.474	18.474			19.658	19.658		
Gastroenterologia - Chirurgia ed endoscopia digestiva	6.208	6.208			8.279	8.279			8.889	8.889		
Lab. analisi chimico cliniche e microbiologiche	1.798.119	1.798.119			1.978.856	1.978.856			2.065.541	2.065.541		
Medicina fisica e riabilitazione - Recupero e riab. funzionale	294.633	95.555	176.289	22.789	290.771	93.228	176.385	21.158	295.617	89.369	189.036	17.212
Nefrologia	56.115	22.920		33.195	90.839	36.908		53.931	202.044	73.803		128.241
Neurologia	28.493	26.783		1.711	32.665	31.359		1.306	30.079	29.225		854
Oculistica	31.745	13.644		18.101	34.552	13.604		20.948	32.704	15.177		17.527
Odontostomatologia - Chirurgia maxillo facciale	10.425			10.425	11.975			11.975	12.267			12.267
Oncologia	5.948	5.948			6.004	6.004			6.839	6.839		
Ortopedia e traumatologia	26.331	25.855		476	31.783	30.250		1.533	31.129	29.558		1.571
Ostetricia e ginecologia	16.953	16.615		339	16.275	15.895		380	14.090	13.689		401
Otorinolaringoiatria	17.765	10.625		7.140	18.986	11.602		7.384	18.374	10.975		7.399
Pneumologia	7.400	7.400			7.055	7.055			6.828	6.828		
Psichiatria	8.159	1.079		7.080	8.866	1.615		7.251	6.874	2.033		4.841
Radioterapia	32.119	32.119			23.363	23.363			23.096	23.096		
Urologia	10.171	10.171			10.542	10.542			10.667	10.667		
Divisione percentuale offerta	2012	2011	2010									
Ambulatori Ospedalieri	89,41%	89,13%	87,53%									
Ambulatori Territoriali	4,43%	4,97%	6,44%									
Privati Accreditati	6,15%	5,90%	6,03%									

5.3 Efficienza organizzativa

Strettamente collegato al discorso della miglior risposta al bisogno in un contesto caratterizzato da scarsità di risorse è il sempre maggior interesse anche alla ricerca dell'efficienza organizzativa, intesa come individuare il percorso più appropriato per il paziente.

A tale proposito la Regione Liguria ha emanato, negli ultimi anni, numerose disposizioni che di seguito si richiamano:

- ❑ D.G.R. 1795/ 2005 "Pacchetti Ambulatoriali Complessi: riconversione al livello ambulatoriale di alcuni DRG ad elevato rischio di inappropriatazza";
- ❑ D.G.R. 85/2007 "Day Surgery e Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC): revisione delle modalità di inserimento delle procedure in Day Surgery, dei protocolli di accesso ai PAC e individuazione di ulteriori procedure da trasferire in PAC;

- D.G.R. 754/2010 “Direttiva vincolante ai sensi dell’art.8 della L.R. 41/2006 “Regolamentazione dei ricoveri in day hospital di tipo medico e istituzione del modello organizzativo di Day Service Ambulatoriale (DSA)”;
- D.G.R. 1473/2010 “Aggiornamento manuale regionale per compilazione e codifica ICD-9-CM della S.D.O. Recepimento Decreto Ministero Salute 10/12/2009 d’intesa con Ministro Economia e Finanze e Decreto Ministero Salute 135/2010”;
- D.G.R. 717/2011 “Intesa Stato Regioni del 03/12/2009 (Patto per la salute) : definizione del valore percentuale/soglia di ammissibilità dei DRG ad alto rischio di inappropriata se erogati in regime di degenza ordinaria”;
- D.G.R.1528/2011 “Integrazione del nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale”;
- D.G.R. 714/2012 “Trasferimento dei codici di intervento 14.75 e 14.79 afferente al DRG 042 (Interventi strutturali intraoculari no ret/irid/cristallino). Aggiornamento del nomenclatore tariffario della specialistica ambulatoriale”.

5.3.1 Ruolo Ricoveri Diurni

Nel valutare le attività di ricovero in regime diurno deve essere sottolineata la differenza tra casi chirurgici e medici. Per i primi, in relazione alla complessità dell’intervento, al prevedibile decorso immediatamente successivo all’intervento ed ai possibili rischi di complicazioni, è abbastanza agevole definire le necessità di assistenza che rendono indispensabile il ricorso al ricovero ospedaliero ordinario o di day surgery. Per i ricoveri di tipo medico, specie quelli effettuati in regime diurno, è più difficile tracciare il confine tra quelli che realmente necessitano del livello assistenziale ospedaliero e quelli che potrebbero prevedere l’esecuzione di prestazioni diagnostiche-terapeutiche in regime ambulatoriale, in quanto la complessità del percorso assistenziale non è condizionata da singole procedure, bensì dall’insieme delle prestazioni plurispecialistiche coordinate e dall’integrazione tra le competenze.

Un aspetto che si può prendere in considerazione è la durata della degenza misurata in termini di accessi, indicatore del tempo impiegato per completare l’iter diagnostico: i ricoveri in DH medico di tipo diagnostico si concludono in oltre 70% dei casi con due accessi (di cui addirittura il 50% con uno solo).

Quindi, nell’ottica di un ricorso appropriato alle prestazioni di assistenza ospedaliera ed al trasferimento di alcune di queste prestazioni verso il livello di assistenza territoriale, anche per soddisfare gli obiettivi di riduzione dei tassi di ospedalizzazione, si può partire dalla constatazione che i ricoveri di tipo medico in DH, effettuati prevalentemente per motivi diagnostici e di durata breve, contengano, sicuramente, una larga quota di inappropriata sulla quale è possibile intervenire senza mettere a rischio la sicurezza del paziente ed a condizione che le prestazioni necessarie siano rese accessibili con modalità alternative all’erogazione in regime di ricovero ospedaliero.

Partendo dall’analisi di protocolli effettuati in altre regioni possiamo sintetizzare i criteri di appropriatezza del ricovero in day hospital in :

1. procedure invasive, con lesione intenzionale e preventivata dei tessuti, per le quali sia necessario sistematicamente un monitoraggio di poche ore;
2. terapie endovenose con potenziali effetti collaterali a breve e/o a lungo termine, anche in somministrazione unica, ma protratta;

3. procedure diagnostiche strumentali con stimolazione farmacologia potenzialmente disturbante e lesiva

Per quanto riguarda, più specificatamente, i ricoveri di tipo medico possiamo considerare appropriati (come stabilito dalla DGR 717/2010)

Diagnostici :

- ricoveri per esecuzione di accertamenti diagnostici che comportano problemi di sicurezza per il paziente ovvero: esami strumentali in pazienti a rischio che richiedono l'osservazione per più di un ora dopo l'esecuzione dell'esame (lo stato di rischio del paziente e l'osservazione successiva all'esame devono essere esplicitate nella cartella clinica) oppure esami che prevedono la somministrazione di farmaci (escluso i mezzi di contrasto per esami radiologici) che necessitano di monitoraggio dopo l'esecuzione di oltre un'ora (il monitoraggio deve essere registrato nella cartella clinica);
- ricoveri per specifiche condizioni del paziente ovvero : pazienti non collaboranti che richiedono un'assistenza dedicata e l'accompagnamento da parte di personale della struttura negli spostamenti all'interno della struttura stessa (pazienti pediatrici, geriatrici, soggetti affetti da demenza o deficit delle funzioni cognitive).

Terapeutici :

- effettuazione di chemioterapia , in particolare quando si utilizzano antiproliferativi per via endovenosa, terapia di supporto associata (antiemetica, idratante, ecc.) per via endovenosa;
- terapia per via endovenosa che comporti uno dei seguenti problemi: tempo di somministrazione maggiore di 1 ora, necessità di sorveglianza, monitoraggio clinico e strumentale per più di 1 ora dopo la somministrazione;
- necessità di eseguire esami ematochimici e/o ulteriori accertamenti diagnostici nelle ore immediatamente successive alla somministrazione della terapia;
- procedure terapeutiche invasive che comportano problemi di sicurezza per il paziente.

Quindi le singole prestazioni che non presentano carattere di multidisciplinarietà, non richiedono elevati livelli di coordinamento clinico ed organizzativo vanno trasferite a livello ambulatoriale mentre per la gestione di casi clinici la cui soluzione richiede l'erogazione di indagini cliniche e strumentali plurime e multidisciplinari anche complesse sono stati introdotti i Day Service, in particolare in Liguria a partire dal 2010 (DGR 754/2010 e delibera ASL n. 894/2010).

Se passiamo ad analizzare le tipologie di ricoveri medici all'interno dell'ASL1 a partire dal 2009 si può notare come sicuramente ci sia stata una diminuzione costante con un'ulteriore accelerazione nel corso del 2012. Rimangono, comunque, alcuni aspetti da migliorare:

1. rimane sempre alto il numero di SDO con il campo di intervento vuoto;
2. non risulta attendibile la distinzione tra dh terapeutico e diagnostico effettuata in sede di accettazione del paziente se si considera che a parità di intervento alcune volte abbiamo la classificazione in una categoria e altre nell'altra. Inoltre non sembra credibile l'etichetta di dh terapeutico quando il codice intervento riguarda procedure di radiologia, elettrocardiogramma o visite;
3. sono ancora alte le percentuali di ricoveri medici con durata di 1 -2 gg.

Con queste premesse l'analisi sull'appropriatezza del ricovero diurno va spostata sulla tipologia dell'intervento e sul numero di accessi e su questi indicatori si discuterà con le strutture interessate gli obiettivi da inserire nelle schede di budget tenendo conto che su questi criteri sono già stati rimodulati i posti letto di day hospital e di day surgery nel corso nel 2012 all'interno della revisione dei posti letto chiesta dalla Regione Liguria.

Codice	RICOVERI DAY MEDICI DIAGN/TER A PARITA' DI CODICE INTERVENTO	Diagnostico	Terapeutico
3728	ECOCARDIOGRAFIA INTRACARDIACA	1	5
3899	ALTRA PUNTURA DI VENA	18	3
4131	BIOPSIA DEL MIDOLLO OSSEO	24	5
4413	ALTRA GASTROSCOPIA	2	1
4516	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA	53	1
4524	SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	2	1
5498	DIALISI PERITONEALE	4	33
863	ALTRA ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO	1	1
864	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE	1	1
8703	TOMOGRAFIA ASSIALE COMPUTERIZZATA (TAC) DEL CAPO	1	1
8741	TOMOGRAFIA ASSIALE COMPUTERIZZATA (TAC) DEL TORACE	7	3
8744	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, SAI	8	1
8801	TOMOGRAFIA ASSIALE COMPUTERIZZATA (TAC) DELL'ADDOME	8	2
8871	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO	19	3
8872	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CUORE	5	1
8874	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DELL'APPARATO DIGERENTE	13	12
8876	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA ADDOMINALE E RETROPERITONEALE	24	1
8879	ALTRA DIAGNOSTICA A ULTRASUONI	3	1
8891	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RMN) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO	20	2
8893	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RMN) DEL CANALE VERTEBRALE	3	3
8903	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE COMPLESSIVE	13	2
8907	CONSULTO DEFINITO COMPLESSIVO	4	1
8914	ELETTROENCEFALOGRAMMA	9	1
8952	ELETTROCARDIOGRAMMA	117	15
8954	MONITORAGGIO ELETTROCARDIOGRAFICO	1	1
897	VISITA GENERALE	2	6
9059	ESAME MICROSCOPICO DI CAMPIONE DI SANGUE - ALTRI ESAMI MICROSCOPICI	3	56
9308	ELETTROMIOGRAFIA	1	1
9357	APPLICAZIONE DI ALTRA MEDICAZIONE SU FERITA	1	101
9901	EXSANGUINO TRASFUSIONE	1	26
9904	TRASFUSIONE DI CONCENTRATO CELLULARE	1	40
9917	INIEZIONE DI INSULINA	9	10
9918	INIEZIONE O INFUSIONE DI ELETTROLITI	1	1
9923	INIEZIONE DI STEROIDI	3	14
9925	INIEZIONE O INFUSIONE DI SOSTANZE CHEMIOTERICHE PER TUMORE	1	285
9928	INIEZIONE O INFUSIONE DI AGENTI MODIFICATORI DELLA RISPOSTA BIOLOGICA (BRM) COME AGENTI ANTINE	1	9
9929	INIEZIONE O INFUSIONE DI ALTRE SOSTANZE TERAPEUTICHE O PROFILATTICHE	12	271
9957	SOMMINISTRAZIONE DI ANTITOSSINE ANTIBOTULINICHE	9	35
9999	ALTRE	1	52
n/d	VUOTO	130	128

Divisione Ricoveri Day Medici	Procedure				% su totale			
	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012
Descrizione intervento								
TOTALE	6.727	5.648	4.911	2.890				
Iniezione sostanze chemioterapiche	633	647	707	429	9,41%	11,46%	14,40%	14,84%
Iniezione altre sostanze terapeutiche	186	211	439	422	2,76%	3,74%	8,94%	14,60%
Interventi sull'apparato digerente	599	435	560	392	8,90%	7,70%	11,40%	13,56%
Vuoto	2.312	1.840	638	374	34,37%	32,58%	12,99%	12,94%
Elettrocardiogramma	79	85	418	192	1,17%	1,50%	8,51%	6,64%
Medicazione ferita	175	168	149	156	2,60%	2,97%	3,03%	5,40%
Trasfusione	66	40	279	122	0,98%	0,71%	5,68%	4,22%
Procedure radiologia	605	517	310	101	8,99%	9,15%	6,31%	3,49%
Esame sangue	396	324	209	92	5,89%	5,74%	4,26%	3,18%
Altre	39	147	279	86	0,58%	2,60%	5,68%	2,98%
Visite	217	188	233	78	3,23%	3,33%	4,74%	2,70%
Iniezione antibiotici steroidi ormoni	170	131	70	71	2,53%	2,32%	1,43%	2,46%
Ecografie	249	174	176	68	3,70%	3,08%	3,58%	2,35%
Somministrazione antitossine	49	57	64	66	0,73%	1,01%	1,30%	2,28%
Interventi sull'apparato muscoscheletrico	11	3	31	47	0,16%	0,05%	0,63%	1,63%
Interventi sul sistema ematico e linfatico	39	99	62	41	0,58%	1,75%	1,26%	1,42%
Interventi sul sistema cardiovascolare	2	1	18	32	0,03%	0,02%	0,37%	1,11%
Interventi Sistema Endocrino	64	55	41	24	0,95%	0,97%	0,83%	0,83%
Interventi sui tegumenti	62	67	49	17	0,92%	1,19%	1,00%	0,59%
Iniezione agenti antineoplastici	13	19	30	15	0,19%	0,34%	0,61%	0,52%
Iniezione Gamma Globuline	19	39	21	9	0,28%	0,69%	0,43%	0,31%
Valutazione Psichiatrica	9	6	5	9	0,13%	0,11%	0,10%	0,31%
Cardioversione	13	8	10	8	0,19%	0,14%	0,20%	0,28%
Infusione sostanze nutrizionali	92	64	0	6	1,37%	1,13%	0,00%	0,21%
Plasmaferesi	8	7	9	6	0,12%	0,12%	0,18%	0,21%
Diagnostica a ultrasuoni	8	6	5	5	0,12%	0,11%	0,10%	0,17%
Interventi ostetrici	54	12	6	5	0,80%	0,21%	0,12%	0,17%
Elettroencefalogramma	135	64	11	3	2,01%	1,13%	0,22%	0,10%
Iniezione elettroliti	26	15	13	3	0,39%	0,27%	0,26%	0,10%
Terapia psichiatrica	14	6	4	3	0,21%	0,11%	0,08%	0,10%
Elettromiografia	37	18	10	2	0,55%	0,32%	0,20%	0,07%
Interventi Sistema Nervoso	16	1	4	2	0,24%	0,02%	0,08%	0,07%
Interventi sul sistema respiratorio	58	86	37	2	0,86%	1,52%	0,75%	0,07%
Interventi sull'apparato urinario	1		0	2	0,01%	0,00%	0,00%	0,07%
Emogasanilisi	1	1	0		0,01%	0,02%	0,00%	0,00%
Esami manuali	2	7	0		0,03%	0,12%	0,00%	0,00%
Immunizzazione per allergia	99	55	0		1,47%	0,97%	0,00%	0,00%
Immunizzazione per malattia autoimmune	17	6	0		0,25%	0,11%	0,00%	0,00%
Interventi naso bocca faringe			2		0,00%	0,00%	0,04%	0,00%
Interventi su naso,bocca e faringe	1		0		0,01%	0,00%	0,00%	0,00%
Interventi sugli organi genitali femminili	6	1	1		0,09%	0,02%	0,02%	0,00%
Interventi sugli organi genitali maschili	88	13	1		1,31%	0,23%	0,02%	0,00%
Litotripsia	15	5	0		0,22%	0,09%	0,00%	0,00%
Misure respiratorie non invasive	14	3	0		0,21%	0,05%	0,00%	0,00%
Monitoraggio pressione	6		8		0,09%	0,00%	0,16%	0,00%
Polisonnogramma	5		0		0,07%	0,00%	0,00%	0,00%
Potenzili visivi evocati	4	2	1		0,06%	0,04%	0,02%	0,00%
Studio campo visivo	1	2	1		0,01%	0,04%	0,02%	0,00%
Test Neurologici	2		0		0,03%	0,00%	0,00%	0,00%
Test psicologici	10	13	0		0,15%	0,23%	0,00%	0,00%

RICOVERI DAY MEDICI: accessi	2009				2010				2011				2012			
	1	2	Totale	% 1-2 gg	1	2	Totale	% 1-2 gg	1	2	Totale	% 1-2 gg	1	2	Totale	% 1-2 gg
Reperto	1	2			1	2			1	2			1	2		
TOTALE	2.750	1.157	6.727	58,08%	2.112	1.022	5.648	55,49%	1.555	830	4.911	48,56%	807	477	2.884	44,52%
CARDIOLOGIA - U.T.I.C. - IM	38	6	44	100,00%	5	1	6	100,00%	8	1	9	100,00%	2	2	4	100,00%
CARDIOLOGIA - U.T.I.C. - SR	10		10	100,00%	5		5	100,00%	4		4	100,00%	12	0	12	100,00%
CHIRURGIA GENERALE - BO	23		23	100,00%	6		6	100,00%					0	0	0	
CHIRURGIA GENERALE - IM	1		1	100,00%	3		3	100,00%		1	1	100,00%	0	0	0	
CHIRURGIA GENERALE - SR			4	0,00%	1	1	8	25,00%		1	1	100,00%	0	0	0	
CHIRURGIA VASCOLARE - IM	99	7	151	70,20%	25	2	63	42,86%	43		47	91,49%	30	0	30	100,00%
DERMATOLOGIA - IM	356	13	570	64,74%	357	14	588	63,10%	245	13	441	58,50%	78	15	309	30,10%
GASTROENTEROLOGIA - SR	70	101	749	22,83%	29	105	518	25,87%	40	66	717	14,78%	23	41	383	16,71%
MALATTIE INFETTIVE - SR	27	32	73	80,82%	21	13	51	66,67%	5	8	23	56,52%	0	8	27	29,63%
MEDICINA GENERALE - BO	105	75	396	45,45%	75	50	318	39,31%	49	42	279	32,62%	42	26	222	30,63%
MEDICINA GENERALE - IM	749	251	1.181	84,67%	680	226	1.078	84,04%	700	228	1.099	84,44%	302	147	536	83,77%
MEDICINA GENERALE - SR	132	285	945	44,13%	122	241	881	41,20%	119	273	888	44,14%	87	113	486	41,15%
NEFROLOGIA - IM	452	2	454	100,00%	290	3	293	100,00%	105	10	139	82,73%	98	12	135	81,48%
NEUROLOGIA - IM	263	143	531	76,46%	218	140	410	87,32%	47	14	81	75,31%	0	0	18	0,00%
NEUROLOGIA - SR	12	97	215	50,70%	26	81	226	47,35%	23	55	126	61,90%	24	45	95	72,63%
NEURORADIOLOGIA - IM	2		2	100,00%	1	1	2	100,00%					0	0	0	
OCULISTICA - IM	1		1	100,00%	1		1	100,00%	1		1	100,00%	0	0	0	
OCULISTICA - SR									1		1	100,00%	0	0	0	
ONCOLOGIA - SR	25	27	615	8,46%	19	32	624	8,17%	25	48	644	11,34%	29	32	404	15,10%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - BO	40	9	101	48,51%	11	15	118	22,03%	47	9	156	35,90%	44	6	96	52,08%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - SR									2		2	100,00%	0	0	0	
OSTETRICIA E GINECOLOGIA - IM	121	21	151	94,04%	50	12	66	93,94%	23	15	45	84,44%	8	0	8	100,00%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA - SR	62	4	76	86,84%	33	16	73	67,12%	7	6	23	56,52%	0	0	0	
OTORINOLARINGOIATRIA - SR		1	1	100,00%					1		1	100,00%	2	0	2	100,00%
PNEUMOLOGIA - IM	90	52	233	60,94%	99	42	224	62,95%	41	24	120	54,17%	9	6	69	21,74%
S.P.D.C. - IM	30	22	82	63,41%	24	21	69	65,22%	19	15	62	54,84%	17	24	48	85,42%
UROLOGIA - SR	42	9	118	43,22%	11	6	17	100,00%		1	1	100,00%	0	0	0	

5.3.2 Day Service Ambulatoriale

A fronte di una notevole diminuzione dei day hospital medici non c'è stato un pari incremento dei DSA, in parte anche per il fatto che i ricoveri diurni potenzialmente inappropriati con 1 - 2 accessi sono stati, presumibilmente, trasferiti direttamente sull'attività ambulatoriale.

Nel 2013, in accordo con la struttura Monitoraggio Attività Territoriali, si procederà ad individuare ulteriori percorsi per l'attivazione di nuovi DSA.

PRESTAZIONI DSA		
Reperto	2011	set-12
DERMATOLOGIA - IM [5201]	2	1
MEDICINA GENERALE - IM [2601]	1	53
MEDICINA GENERALE - SR [2602]	72	184
NEFROLOGIA - IM [2901]	1	3
NEUROLOGIA - IM [3201]	174	133
NEUROLOGIA - SR [3202]	76	54
PNEUMOLOGIA - IM [6801]	67	46
TOTALE	393	474

5.3.3 Nuove Procedure Ambulatoriali

Dal 01 gennaio 2012 alcune prestazioni precedentemente erogate in regime di Ricovero diurno o PAC sono state trasferite al regime ambulatoriale:

04.43J	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE
04.44J	LIBERAZIONE DEL TUNNEL TARSALE
08.72J	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA NON A TUTTO SPESSORE
08.74J	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA A TUTTO SPESSORE
13.41J	INTERVENTI SUL CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA
38.69J	ALTRA ASPORTAZIONE DI VENE DELL ARTO INFERIORE (FEMORALE, POPLITEA, SAFENA, TIBIALE)
53.00J	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE CON O SENZA INNESTO O PROTESI DIRETTA O INDIRETTA
53.21J	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE CON O SENZA INNESTO O PROTESI
53.41J	RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE CON O SENZA PROTESI
54.98.3J	DIALISI PERITONEALE AUTOMATIZZATA, DOMICILIARE, APD
64.00J	CIRCONCISIONE ETA > 17
77.56J	RIPARAZIONE DI DITO A MARTELLO/ARTIGLIO
80.20J	ARTROSCOPIA
81.75J	ARTROPLASTICA DELLA ARTICOLAZIONE CARPOCARPALE E CARPOMETACARPALE SENZA IMPIANTO
82.00J	INTERVENTO PER DITO A SCATTO
84.11J	AMPUTAZIONE DI DITA DEL PIEDE
98.51.1J	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE CON CATETERISMO URETERALE - PRIMA SEDUTA
98.51.2J	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE CON CATETERISMO URETERALE - SEDUTA SUCCESSIVA
98.51.3J	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE E/O VESCICA

Si sono riscontrate notevoli difficoltà nella giusta rendicontazione delle procedure svolte nei primi mesi del 2012 (ad esempio nel periodo gennaio – maggio non sono state dichiarate come debito informativo regionale e ministeriale circa 500 interventi sul cristallino) pertanto nel 2013 le Direzioni di Presidio seguiranno attentamente quest’aspetto insieme ai dirigenti medici delle strutture e sarà monitorato nell’obiettivo del debito informativo.

5.3.4 DRG potenzialmente inappropriati in regime ordinario

Nelle schede di budget 2012 è stato inserito questo obiettivo, assegnato anche al Direttore Generale, con le novità introdotte da D.G.R. 717/2011. I risultati ottenuti nel primo semestre 2012 non sono stati ottimali per alcuni DRG, come si vede dalla tabella seguente.

Partendo dall’analisi dei dati presenti nella tabella si può notare come su alcuni DRG le possibili manovre correttive riguardano principalmente i reparti di dimissione in quanto lo sfioramento dalle soglie sono dovute principalmente a ricoveri programmati. (DRG 249,256 e 538).

Per quanto riguarda i ricoveri provenienti dal Pronto Soccorso i possibili miglioramenti potrebbero riguardare sia la gestione del paziente prima che durante il suo ricovero.

Pertanto per il 2013 l’obiettivo sarà di individuare aspetti migliorativi che riguarderanno i reparti per i ricoveri programmati e per quelli provenienti dal Pronto Soccorso con degenza superiore ai tre giorni (partendo dal presupposto che potrebbe esserci una codifica non congrua della SDO) mentre per i ricoveri urgenti con degenza inferiore o uguale a tre giorni si valuteranno aspetti migliorativi con i Pronto Soccorsi.

DRG Potenzialmente Inappropriati in ricovero ordinario I Semestre 2012		Soglia 012	% ASL 1	Day	Progr	Urgente	totale
013	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	29	33,33	20	5	5	30
019	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	24	38,46	16	2	8	26
036	Interventi sulla retina	48	77,78	10	31	4	45
065	Alterazioni dell'equilibrio	52	77,78	2		7	9
070	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18 anni	60	91,18	3	1	30	34
073	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni	18	25,00	6	1	1	8
088	Malattia polmonare cronica ostruttiva	66	80,77	15	1	62	78
119	Legatura e stripping di vene	3	3,85	25		1	26
131	Malattie vascolari periferiche senza CC	28	36,36	21	2	10	33
133	Aterosclerosi senza CC	67	90,91	1	1	9	11
139	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	40	56,31	45	6	52	103
142	Sincope e collasso senza CC	66	72,73	6		16	22
158	Interventi su ano e stoma senza CC	11	20,00	72	11	7	90
160	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	31	55,00	18	16	6	40
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	12	15,34	160	10	19	189
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	42	45,45	90	10	65	165
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	54	71,43	16	1	39	56
189	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	27	59,07	79	91	23	193
206	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC	18	75,00	6	5	13	24
208	Malattie delle vie biliari senza CC	64	92,98	4	15	38	57
227	Interventi sui tessuti molli senza CC	20	30,65	43	9	10	62
241	Malattie del tessuto connettivo senza CC	18	33,33	30	5	10	45
243	Affezioni mediche del dorso	35	82,81	11	2	51	64
248	Tendinite, miosite e borsite	12	39,47	23	7	8	38
249	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	42	87,50	5	33	2	40
254	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC	65	90,91	2	2	18	22
256	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	29	74,00	13	35	2	50
262	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	4	14,29	6	1		7
281	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC	61	84,62	2	1	10	13
294	Diabete, età > 35 anni	68	73,33	8	2	20	30
323	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni	37	100,00		4	6	10
324	Calcolosi urinaria senza CC	35	86,67	4	11	15	30
332	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	26	66,67	5	5	5	15
360	Interventi su vagina, cervice e vulva	15	18,52	66	10	5	81
364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	7	18,75	26	2	4	32
369	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	20	64,86	13	4	20	37
381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	12	14,10	329	19	35	383
395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	35	44,78	74	3	57	134
399	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario senza CC	20	50,00	12	1	11	24
404	Linfoma e leucemia non acuta senza CC	23	28,40	58	2	21	81
411	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	5	42,86	4		3	7
412	Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	9	16,67	5	1		6
426	Nevrosi depressive	51	85,71	1	2	4	7
429	Disturbi organici e ritardo mentale	64	75,32	17	1	57	77
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	20	30,99	49	14	8	71
490	H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate	70	85,71	2	4	8	14
538	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	14	34,12	56	27	2	85
563	Convulsioni, età > 17 anni senza CC	59	95,00	1	1	18	20
564	Cefalea, età > 17 anni	36	87,50	1		7	8

Va anche sottolineato che le soglie 2012 saranno ulteriormente abbassate per il 2013 (vedi Tabella negli allegati) e quindi anche altri DRG potrebbero rientrare in quelli da monitorare

Tutto questo non poteva no riguardare anche l'utilizzo delle sale operatorie, parte del percorso del paziente ospedaliero che utilizza un alto valore di risorse.

Per far questo la base di partenza, già utilizzata nelle linee guida 2012, è sicuramente l'analisi dei dati estratti da Ormaweb, sottolineando il fatto che non sono rilevazioni automatiche ma bensì inserite dagli operatori e quindi soggette all'errore di digitazione.

In particolare l'analisi sul possibile miglioramento dell'utilizzo delle sale continuerà studiando e assegnando obiettivi legati a:

- ❑ Gestione del primo paziente della seduta operatoria (Entrata nel blocco, Induzione Anestesia e Inizio Intervento);
- ❑ Utilizzo della seduta operatoria;
- ❑ Tempi dei cambi.

Prima di vedere nel dettaglio il confronto di questi dati tra il 2012 ed il 2011 è importante analizzare altri due aspetti:

- ❑ Il numero degli interventi, come si vede dalla tabella seguente, è in diminuzione a livello aziendale , a parte Imperia. Ad Imperia l'attività è concentrata soprattutto sull'oculistica , come dimostrano anche i maggiori incrementi sugli interventi. Da segnalare la forte diminuzione su Imperia degli interventi del Tunnel Carpale. Anche a Sanremo il maggior intervento in tutti gli anni è la Facoeulsificazione ed Aspirazione di Cataratta ma in forte diminuzione rispetto al 2011. Su Sanremo non ci sono incrementi su interventi particolari a parte Circoncisione e Uretrotomia Endoscopica. A Bordighera il maggior intervento è Asportazione di Cartilagine Semilunare del Ginocchio e con la nuova riorganizzazione aziendale abbiamo grandi variazioni sui singoli interventi con incrementi su Oculistica e Chirurgia Vascolare e diminuzioni su Ortopedia e Chirurgia.

Riepilogo Interventi Sale Operatorie Gennaio - Ottobre	2011	2012	Diff.
TOTALE IMPERIA	4.466	4.598	132
TOTALE SANREMO	4.576	4.413	-163
TOTALE BORDIGHERA	1.436	1.217	-219
TOTALE ASL 1	10.478	10.228	-250

PRIMI 10 INTERVENTI IMPERIA 2012		PRIMI 10 INTERVENTI IMPERIA 2011	
FACOEMLSIFICAZIONE ED ASPIRAZIONE DI CATARATTA	1.045	FACOEMLSIFICAZIONE ED ASPIRAZIONE DI CATARATTA	891
INIEZIONE DI SOSTITUTI VITREALI	508	TAGLIO CESAREO CERVICALE BASSO	255
TAGLIO CESAREO CERVICALE BASSO	233	INIEZIONE DI SOSTITUTI VITREALI	203
RASCHIAMENTO DELL'UTERO MEDIANTE ASPIRAZIONE PER INTERRUZIONE DI GRAVIDANZA	155	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE	203
AMNIOCENTESI DIAGNOSTICA PRELIEVO DEI VILLI CORIALI	145	RASCHIAMENTO DELL'UTERO MEDIANTE ASPIRAZIONE PER INTERRUZIONE DI GRAVIDANZA	160
ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE	143	AMNIOCENTESI DIAGNOSTICA PRELIEVO DEI VILLI CORIALI	147
COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	121	ALTRA ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE DELL'UTERO	124
ALTRA ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE DELL'UTERO	116	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	122
RASCHIAMENTO DELL'UTERO MEDIANTE ASPIRAZIONE A SEGUITO DI GRAVIDANZA O ABORTO	113	LEGATURA E STRIPPING DI VENE VARICOSE DELL'ARTO INFERIORE	120
LEGATURA E STRIPPING DI VENE VARICOSE DELL'ARTO INFERIORE	99	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE	118
MAGGIORI INCREMENTI IMPERIA		MAGGIORI DECREMENTI IMPERIA	
INIEZIONE DI SOSTITUTI VITREALI	305	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE	-63
FACOEMLSIFICAZIONE ED ASPIRAZIONE DI CATARATTA	154	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE	-60
RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE, SAI	65	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE CON INNESTO O PROTESI, SAI	-57
ALTRI INTERVENTI SULLA RETINA, SULLA COROIDE E SULLA CAMERA POSTERIORE	60	ALTRA RIMOZIONE DEL CORPO VITREO	-47
ENDOARTERIECTOMIA DI ALTRI VASI DEL CAPO E DEL COLLO	26	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE INDIRETTA CON INNESTO O PROTESI	-31
PRIMI 10 INTERVENTI SANREMO 2012		PRIMI 10 INTERVENTI SANREMO 2011	
FACOEMLSIFICAZIONE ED ASPIRAZIONE DI CATARATTA	461	FACOEMLSIFICAZIONE ED ASPIRAZIONE DI CATARATTA	621
RASCHIAMENTO DELL'UTERO MEDIANTE ASPIRAZIONE PER INTERRUZIONE DI GRAVIDANZA	200	ALTRA RESEZIONE TRANSURETRALE DI LESIONE VESCICALE O NEOPLASIA	206
ALTRA RESEZIONE TRANSURETRALE DI LESIONE VESCICALE O NEOPLASIA	196	RASCHIAMENTO DELL'UTERO MEDIANTE ASPIRAZIONE PER INTERRUZIONE DI GRAVIDANZA	198
BIOPSIA TRANSPERINEALE (PERCUTANEA) (AGOBIOPSIA) DELLA PROSTATA	182	BIOPSIA TRANSPERINEALE (PERCUTANEA) (AGOBIOPSIA) DELLA PROSTATA	171
TAGLIO CESAREO TRADIZIONALE	157	ALTRA PROSTATECTOMIA TRANSURETRALE	158
ALTRA PROSTATECTOMIA TRANSURETRALE	121	TAGLIO CESAREO TRADIZIONALE	153
COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	107	RASCHIAMENTO DELL'UTERO MEDIANTE ASPIRAZIONE A SEGUITO DI GRAVIDANZA O ABORTO	104
RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE INDIRETTA CON INNESTO O PROTESI	96	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	98
RASCHIAMENTO DELL'UTERO MEDIANTE ASPIRAZIONE A SEGUITO DI GRAVIDANZA O ABORTO	91	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE INDIRETTA CON INNESTO O PROTESI	95
CIRCONCISIONE	86	ALTRA ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE DELL'UTERO	89
MAGGIORI INCREMENTI SANREMO		MAGGIORI DECREMENTI SANREMO	
CIRCONCISIONE	25	FACOEMLSIFICAZIONE ED ASPIRAZIONE DI CATARATTA	-160
URETROTOMIA ENDOSCOPICA	25	ALTRA PROSTATECTOMIA TRANSURETRALE	-37
URETEROSCOPIA	22	ASPORTAZIONE DI CARTILAGINE SEMILUNARE DEL GINOCCHIO	-36
SOSTITUZIONE PARZIALE DELL'ANCA	21	AMNIOCENTESI DIAGNOSTICA PRELIEVO DEI VILLI CORIALI	-17
LAPAROSCOPIA	15	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE	-17
PIELOGRAFIA RETROGRADA	15	ALTRA DILATAZIONE O RASCHIAMENTO DELL'UTERO	-14
PRIMI 10 INTERVENTI BORDIGHERA 2012		PRIMI 10 INTERVENTI BORDIGHERA 2011	
ASPORTAZIONE DI CARTILAGINE SEMILUNARE DEL GINOCCHIO	234	ASPORTAZIONE DI CARTILAGINE SEMILUNARE DEL GINOCCHIO	214
FACOEMLSIFICAZIONE ED ASPIRAZIONE DI CATARATTA	123	SOSTITUZIONE TOTALE DEL GINOCCHIO	131
RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE CON INNESTO O PROTESI, SAI	84	SOSTITUZIONE TOTALE DELL'ANCA	106
LEGATURA E STRIPPING DI VENE VARICOSE DELL'ARTO INFERIORE	68	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	81
LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE	68	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE CON INNESTO O PROTESI, SAI	79
ALTRA ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO	58	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE	62
RIPARAZIONE DELLA CUFFIA DEI ROTATORI	52	ALTRA RIPARAZIONE DEI LEGAMENTI CROCIATI	59
ALTRA RIPARAZIONE DEI LEGAMENTI CROCIATI	44	ASPORTAZIONE DI LESIONE DI ALTRI TESSUTI MOLLI	53
ASPORTAZIONE DI BORSITE CON CORREZIONE DEI TESSUTI MOLLI ED OSTEOTOMIA DEL PRIMO METATARSO	39	RIPARAZIONE DELLA CUFFIA DEI ROTATORI	44
SOSTITUZIONE TOTALE DELL'ANCA	35	ASPORTAZIONE DI BORSITE CON CORREZIONE DEI TESSUTI MOLLI ED OSTEOTOMIA DEL PRIMO META	41
MAGGIORI INCREMENTI BORDIGHERA		MAGGIORI DECREMENTI BORDIGHERA	
FACOEMLSIFICAZIONE ED ASPIRAZIONE DI CATARATTA	123	SOSTITUZIONE TOTALE DEL GINOCCHIO	-124
LEGATURA E STRIPPING DI VENE VARICOSE DELL'ARTO INFERIORE	68	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	-81
ALTRA ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO	37	SOSTITUZIONE TOTALE DELL'ANCA	-71
ASPORTAZIONE DI CARTILAGINE SEMILUNARE DEL GINOCCHIO	20	ASPORTAZIONE DI LESIONE DI ALTRI TESSUTI MOLLI	-29
ALTRA RIPARAZIONE DELLA SPALLA	17	APPENDECTOMIA LAPAROSCOPICA	-25

FASCE MINUTI*	A			B			C			D			E			Errore		
	2011	2012	Diff	2011	2012	Diff	2011	2012	Diff	2011	2012	Diff	2011	2012	Diff	2011	2012	Diff
Sala	187	20	-167	169	21	-148	169	86	-83	215	172	-43	19	38	19	60	10	-50
SALA A	187	20	-167	169	21	-148	169	86	-83	215	172	-43	19	38	19	60	10	-50
SALA B	1	17	16	19	41	22	79	149	70	111	322	211	24	58	34	2		-2
TOTALE BO	188	37	-151	188	62	-126	248	235	-13	326	494	168	43	96	53	62	10	-52
SALA A	13	33	20	5	11	6	56	25	-31	146	92	-54	73	56	-17	7	26	19
SALA B	1	19	18	2	7	5	26	26	0	118	94	-24	75	58	-17		21	21
SALA C	8	3	-5	13	11	-2	105	45	-60	143	92	-51	78	64	-14		1	1
SALA D	27	9	-18	54	19	-35	241	156	-85	280	214	-66	53	68	15	2	2	0
SALA E	6	1	-5	9	8	-1	316	390	74	458	586	128	79	91	12			0
SALA OCUL. PIANO 5			0	42	316	274	119	114	-5	25	10	-15	3	4	1			0
SALA PICCOLI INTERVENTI			0			0	4	2	-2	108	105	-3			0			0
TOTALE IM	56	65	9	125	372	247	867	758	-109	1.278	1.193	-85	361	341	-20	9	50	41
SALA A III PIANO	23	10	-13	79	39	-40	302	332	30	269	325	56	44	70	26	10	14	4
SALA B III PIANO	9	8	-1	85	40	-45	325	243	-82	250	232	-18	46	34	-12	3	2	-1
SALA C II PIANO	11	8	-3	41	46	5	250	208	-42	236	266	30	34	49	15	6		-6
SALA D I PIANO (ORL)	5	8	3	63	46	-17	185	151	-34	100	102	2	13	13	0	2	2	0
SALA E I PIANO (ORT)	3	5	2	20	16	-4	77	79	2	115	132	17	46	55	9			0
SALA PICCOLI INTERVENTI	25	10	-15	9	13	4	5	2	-3	3	3	0	2	6	4	6	7	1
TOTALE SR	76	49	-27	297	200	-97	1.144	1.015	-129	973	1.060	87	185	227	42	27	25	-2
TOTALE ASL	320	151	-169	610	634	24	2.259	2.008	-251	2.577	2.747	170	589	664	75	98	85	-13

FASCE MINUTI*	A		B		C		D		E		Errore	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012
Sala	22,83%	5,76%	20,63%	6,05%	20,63%	24,78%	26,25%	49,57%	2,32%	10,95%	7,33%	2,88%
SALA A	22,83%	5,76%	20,63%	6,05%	20,63%	24,78%	26,25%	49,57%	2,32%	10,95%	7,33%	2,88%
SALA B	0,42%	2,90%	8,05%	6,98%	33,47%	25,38%	47,03%	54,86%	10,17%	9,88%	0,85%	0,00%
TOTALE BO	17,82%	3,96%	17,82%	6,64%	23,51%	25,16%	30,90%	52,89%	4,08%	10,28%	5,88%	1,07%
SALA A	4,33%	13,58%	1,67%	4,53%	18,67%	10,29%	48,67%	37,86%	24,33%	23,05%	2,33%	10,70%
SALA B	0,45%	8,44%	0,90%	3,11%	11,71%	11,56%	53,15%	41,78%	33,78%	25,78%	0,00%	9,33%
SALA C	2,31%	1,39%	3,75%	5,09%	30,26%	20,83%	41,21%	42,59%	22,48%	29,63%	0,00%	0,46%
SALA D	4,11%	1,92%	8,22%	4,06%	36,68%	33,33%	42,62%	45,73%	8,07%	14,53%	0,30%	0,43%
SALA E	0,69%	0,09%	1,04%	0,74%	36,36%	36,25%	52,70%	54,46%	9,09%	8,46%	0,00%	0,00%
SALA OCUL. PIANO 5	0,00%	0,00%	22,22%	71,17%	62,96%	25,68%	13,23%	2,25%	1,59%	0,90%	0,00%	0,00%
SALA PICCOLI INTERVENTI	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	3,57%	1,87%	96,43%	98,13%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
TOTALE IM	2,08%	2,34%	4,64%	13,39%	32,16%	27,28%	47,40%	42,93%	13,39%	12,27%	0,33%	1,80%
SALA A III PIANO	3,16%	1,27%	10,87%	4,94%	41,54%	42,03%	37,00%	41,14%	6,05%	8,86%	1,38%	1,77%
SALA B III PIANO	1,25%	1,43%	11,84%	7,16%	45,26%	43,47%	34,82%	41,50%	6,41%	6,08%	0,42%	0,36%
SALA C II PIANO	1,90%	1,39%	7,09%	7,97%	43,25%	36,05%	40,83%	46,10%	5,88%	8,49%	1,04%	0,00%
SALA D I PIANO (ORL)	1,36%	2,48%	17,12%	14,29%	50,27%	46,89%	27,17%	31,68%	3,53%	4,04%	0,54%	0,62%
SALA E I PIANO (ORT)	1,15%	1,74%	7,66%	5,57%	29,50%	27,53%	44,06%	45,99%	17,62%	19,16%	0,00%	0,00%
SALA PICCOLI INTERVENTI	50,00%	24,39%	18,00%	31,71%	10,00%	4,88%	6,00%	7,32%	4,00%	14,63%	12,00%	17,07%
TOTALE SR	2,81%	1,90%	10,99%	7,76%	42,34%	39,40%	36,01%	41,15%	6,85%	8,81%	1,00%	0,97%
TOTALE ASL	4,96%	2,40%	9,45%	10,08%	35,01%	31,93%	39,93%	43,68%	9,13%	10,56%	1,52%	1,35%

FASCE MINUTI*	
A	da -30 a -1
B	da 0 a 15
C	da 16 a 30
D	da 31 a 45
E	da 46 a 60

% Cambi <= 30'	2011	2012
SALA A	64,10%	36,60%
SALA B	41,96%	35,26%
TOTALE BO	59,15%	35,76%
SALA A	24,67%	28,40%
SALA B	13,06%	23,11%
SALA C	36,31%	27,31%
SALA D	49,01%	39,32%
SALA E	38,09%	37,08%
SALA OCUL. PIANO 5	85,19%	96,85%
SALA PICCOLI INTERVENTI	3,57%	1,87%
TOTALE IM	38,87%	43,00%
SALA A III PIANO	55,57%	48,23%
SALA B III PIANO	58,36%	52,06%
SALA C II PIANO	52,25%	45,41%
SALA D I PIANO (ORL)	68,75%	63,66%
SALA E I PIANO (ORT)	38,31%	34,84%
SALA PICCOLI INTERVENTI	78,00%	60,98%
TOTALE SR	56,14%	49,07%
TOTALE ASL	49,42%	44,41%

Peggiora anche, in questo caso su tutti e tre i presidi, la percentuale di inizio intervento del primo paziente della seduta che avviene entro 30 minuti dall'induzione dell'anestesia, o dall'entrata nel blocco se non c'è l'intervento dell'anestesista.

RIEPILOGO INIZIO INTERVENTO Entro 30' da Anestesia	I Sem. 2012	Gen. - Ott. 2011
BORDIGHERA CHIRURGIA GENERALE		98,41%
BORDIGHERA CHIRURGIA GENERALE DH SURGERY	60,00%	88,89%
BORDIGHERA CHIRURGIA VASCOLARE DH SURGERY	50,00%	0,00%
BORDIGHERA ORTOPEDIA ARTROSCOPICA DH SURGERY	68,18%	81,43%
BORDIGHERA ORTOPEDIA PROTESICA E ARTROSCOPICA		65,22%
BORDIGHERA ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA	25,00%	43,59%
BORDIGHERA ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA DH SURGERY	90,91%	88,57%
BORDIGHERA	62,90%	79,24%
IMPERIA CHIRURGIA GENERALE	83,78%	84,76%
IMPERIA CHIRURGIA GENERALE DH SURGERY	54,55%	100,00%
IMPERIA CHIRURGIA VASCOLARE	51,72%	84,62%
IMPERIA CHIRURGIA VASCOLARE DH SURGERY	81,82%	96,97%
IMPERIA DERMATOLOGIA	100,00%	100,00%
IMPERIA OCULISTICA	60,00%	93,33%
IMPERIA OCULISTICA DH SURGERY		100,00%
IMPERIA ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA	15,00%	35,80%
IMPERIA ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA DH SURGERY	60,00%	81,48%
IMPERIA OSTETRICIA GINECOLOGIA	66,67%	94,24%
IMPERIA OSTETRICIA GINECOLOGIA DH SURGERY	89,47%	95,59%
IMPERIA	64,41%	83,59%
SANREMO CHIRURGIA GENERALE	42,86%	90,32%
SANREMO CHIRURGIA GENERALE DH SURGERY	76,47%	94,74%
SANREMO O.R.L.	70,00%	96,49%
SANREMO O.R.L. DH SURGERY	100,00%	97,78%
SANREMO ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA	29,17%	44,44%
SANREMO ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA DH SURGERY	85,71%	89,29%
SANREMO OSTETRICIA GINECOLOGIA	70,59%	93,43%
SANREMO OSTETRICIA GINECOLOGIA DH SURGERY	84,62%	96,36%
SANREMO UROLOGIA	80,49%	93,29%
SANREMO UROLOGIA DH SURGERY	100,00%	97,50%
SANREMO	72,82%	88,57%
TOTALE	67,97%	85,06%
RIEPILOGO INIZIO INTERVENTO Entro 30' da Entrata Blocco	I Sem. 2012	Gen. - Ott. 2012
IMPERIA CHIRURGIA GENERALE DH SURGERY		100,00%
IMPERIA CHIRURGIA VASCOLARE		100,00%
IMPERIA DERMATOLOGIA	100,00%	71,43%
IMPERIA OCULISTICA		55,00%
IMPERIA OCULISTICA DH SURGERY	93,62%	89,57%
IMPERIA ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA DH SURGERY		0,00%
IMPERIA OSTETRICIA GINECOLOGIA	100,00%	100,00%
IMPERIA OSTETRICIA GINECOLOGIA DH SURGERY	100,00%	100,00%
IMPERIA	95,38%	86,39%
SANREMO CHIRURGIA GENERALE DH SURGERY		66,67%
SANREMO O.R.L. DH SURGERY		100,00%
SANREMO OCULISTICA DH SURGERY	90,00%	75,81%
SANREMO ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA DH SURGERY		50,00%
SANREMO OSTETRICIA GINECOLOGIA DH SURGERY	100,00%	50,00%
SANREMO RX INTERVENTISTICA DH SURGERY		100,00%
SANREMO UROLOGIA DH SURGERY	100,00%	0,00%
SANREMO	90,91%	69,05%
TOTALE	94,25%	81,09%

Sono, invece, in miglioramento i dati sull'entrata del primo paziente all'interno del blocco operatorio e la percentuale di pazienti a cui viene indotta l'anestesia entro 30 minuti dall'entrata nel blocco operatorio.

RIEPILOGO ANESTESIA Entro 30' da Entrata Blocco	I Sem. 2012	Gen. - Ott. 2011
BORDIGHERA CHIRURGIA GENERALE		14,06%
BORDIGHERA CHIRURGIA GENERALE DH SURGERY	81,25%	27,78%
BORDIGHERA CHIRURGIA VASCOLARE DH SURGERY	75,00%	0,00%
BORDIGHERA ORTOPEDIA ARTROSCOPICA DH SURGERY	93,75%	52,86%
BORDIGHERA ORTOPEDIA PROTESICA E ARTROSCOPICA		56,52%
BORDIGHERA ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA	90,91%	41,03%
BORDIGHERA ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA DH SURGERY	60,87%	45,71%
BORDIGHERA	83,46%	39,31%
IMPERIA CHIRURGIA GENERALE	92,86%	61,90%
IMPERIA CHIRURGIA GENERALE DH SURGERY	91,67%	90,24%
IMPERIA CHIRURGIA VASCOLARE	85,25%	52,31%
IMPERIA CHIRURGIA VASCOLARE DH SURGERY	95,83%	90,91%
IMPERIA DERMATOLOGIA	100,00%	100,00%
IMPERIA OCULISTICA	88,24%	93,33%
IMPERIA OCULISTICA DH SURGERY		100,00%
IMPERIA ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA	91,11%	67,07%
IMPERIA ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA DH SURGERY	100,00%	75,00%
IMPERIA OSTETRICIA GINECOLOGIA	77,23%	47,48%
IMPERIA OSTETRICIA GINECOLOGIA DH SURGERY	68,89%	57,35%
IMPERIA	85,44%	63,58%
SANREMO CHIRURGIA GENERALE	55,56%	40,32%
SANREMO CHIRURGIA GENERALE DH SURGERY	72,97%	75,44%
SANREMO O.R.L.	82,86%	53,45%
SANREMO O.R.L. DH SURGERY	87,80%	73,33%
SANREMO ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA	50,00%	30,86%
SANREMO ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA DH SURGERY	50,00%	78,57%
SANREMO OSTETRICIA GINECOLOGIA	71,43%	65,22%
SANREMO OSTETRICIA GINECOLOGIA DH SURGERY	67,65%	74,55%
SANREMO RX INTERVENTISTICA DH SURGERY	100,00%	100,00%
SANREMO UROLOGIA	63,00%	50,00%
SANREMO UROLOGIA DH SURGERY	72,22%	50,00%
SANREMO	67,74%	56,77%
TOTALE	76,72%	56,10%

L'ultimo dato preso in considerazione è l'utilizzo pieno delle sedute operatorie, ovvero si valuta l'uscita dell'ultimo paziente dal blocco operatorio ipotizzando accettabile quando avviene dopo le ore 13, considerando solo gli interventi in elezione. E' il dato statistico su cui si deve lavorare maggiormente sia dal punto di vista dei risultati ottenuti che da quello della sua validità che è influenzata, anche da spostamenti di sale o sedute pomeridiane. Comunque, essendo l'estrazione fatta con gli stessi criteri, il peggioramento evidenziato su tutti e tre i presidi, in misura minore su quello di Sanremo, deve portare ad un'attenta analisi dei dati.

UTILIZZO SALE GENNAIO - OTTOBRE	2012				2011			
	n	s	tot	% s	n	s	tot	% s
Uscita Paziente blocco dopo 13								
BORDIGHERA CHIRURGIA GENERALE					15	55	70	78,57%
BORDIGHERA CHIRURGIA GENERALE DH SURGERY	12	40	52	76,92%	4	34	38	89,47%
BORDIGHERA CHIRURGIA VASCOLARE DH SURGERY	6	16	22	72,73%				
BORDIGHERA OCULISTICA DAY SURGERY	13	8	21	38,10%				
BORDIGHERA ORTOPEDIA ARTROSCOPICA DH SURGERY	8	66	74	89,19%	15	56	71	78,87%
BORDIGHERA ORTOPEDIA PROTESICA E ARTROSCOPICA					13	44	57	77,19%
BORDIGHERA ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA	11	10	21	47,62%	18	23	41	56,10%
BORDIGHERA ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA DH SURGERY	21	25	46	54,35%	18	16	34	47,06%
TOTALE BO	71	165	236	69,92%	83	228	311	73,31%
IMPERIA CHIRURGIA GENERALE	30	94	124	75,81%	20	105	125	84,00%
IMPERIA CHIRURGIA GENERALE DH SURGERY	3	32	35	91,43%	3	53	56	94,64%
IMPERIA CHIRURGIA VASCOLARE	31	89	120	74,17%	16	69	85	81,18%
IMPERIA CHIRURGIA VASCOLARE DH SURGERY	12	26	38	68,42%	3	31	34	91,18%
IMPERIA DERMATOLOGIA	17	1	18	5,56%	10	7	17	41,18%
IMPERIA NEFROLOGIA		1	1	100,00%		1	1	100,00%
IMPERIA OCULISTICA	45	19	64	29,69%	31	20	51	39,22%
IMPERIA OCULISTICA DH SURGERY	31	141	172	81,98%	27	131	158	82,91%
IMPERIA ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA	24	69	93	74,19%	32	63	95	66,32%
IMPERIA ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA DH SURGERY	15	15	30	50,00%	13	40	53	75,47%
IMPERIA OSTETRICIA GINECOLOGIA	83	105	188	55,85%	59	126	185	68,11%
IMPERIA OSTETRICIA GINECOLOGIA DH SURGERY	79	22	101	21,78%	71	17	88	19,32%
TOTALE IM	370	614	984	62,40%	285	663	948	69,94%
SANREMO CARDIOLOGIA	1		1	0,00%				
SANREMO CHIRURGIA GENERALE	12	76	88	86,36%	12	76	88	86,36%
SANREMO CHIRURGIA GENERALE DH SURGERY	9	55	64	85,94%	24	45	69	65,22%
SANREMO O.R.L.	6	55	61	90,16%	9	67	76	88,16%
SANREMO O.R.L. DH SURGERY	19	46	65	70,77%	14	44	58	75,86%
SANREMO OCULISTICA DH SURGERY	5	48	53	90,57%	9	56	65	86,15%
SANREMO ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA	38	84	122	68,85%	30	90	120	75,00%
SANREMO ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA DH SURGERY	5	14	19	73,68%	12	21	33	63,64%
SANREMO OSTETRICIA GINECOLOGIA	48	122	170	71,76%	55	114	169	67,46%
SANREMO OSTETRICIA GINECOLOGIA DH SURGERY	61	51	112	45,54%	40	71	111	63,96%
SANREMO RX INTERVENTISTICA DH SURGERY	2	8	10	80,00%	6	5	11	45,45%
SANREMO UROLOGIA	18	182	200	91,00%	17	182	199	91,46%
SANREMO UROLOGIA DH SURGERY	58	49	107	45,79%	34	46	80	57,50%
TOTALE SR	282	790	1.072	73,69%	262	817	1.079	75,72%
TOTALE	723	1.569	2.292	68,46%	630	1.708	2.338	73,05%

5.5 *Gli Indicatori AGENAS e SANT'ANNA*

La pubblicazione di rapporti periodici sulla performance dei sistemi sanitari è diventata ormai pratica comune nei principali paesi di area OCSE (Canada, Australia, Usa, Gran Bretagna, Olanda, Svezia, ecc.). Potremmo dire, quindi, che misurare le performance dei sistemi sanitari oggi costituisca un'attività "dovuta" da parte dei decisori, per orientare le loro politiche e garantire la trasparenza dei risultati ottenuti ai cittadini, ancorché non ci siano al momento evidenze certe che le varie tipologie di feedback dei dati, compresa la pubblicazione aperta (public disclosure), comportino chiari ed univoci vantaggi oggettivi in termini di miglioramento della salute. Del resto, misurare la performance è anche uno degli impegni cardine che l'Italia ha sottoscritto insieme ad altri 52 Paesi della regione OMS europea nella Tallinn Charter del Giugno 2008.

A conferma di questo la Legge 7 agosto 2012, n. 135, "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini.", Titolo III "Razionalizzazione e riduzione della spesa sanitaria", all'art. 15 comma 25 bis, così recita:

"Ai fini della attivazione dei programmi nazionali di valutazione sull'applicazione delle norme di cui al presente articolo, il Ministero della salute provvede alla modifica ed integrazione di tutti i sistemi informativi del Servizio sanitario nazionale, anche quando gestiti da diverse amministrazioni dello Stato, ed alla interconnessione a livello nazionale di tutti i flussi informativi su base individuale. Il complesso delle informazioni e dei dati individuali così ottenuti è reso disponibile per le attività di valutazione esclusivamente in forma anonima ai sensi dell'articolo 35 del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118. Il Ministero della salute si avvale dell'AGENAS per lo svolgimento delle funzioni di valutazione degli esiti delle prestazioni assistenziali e delle procedure medico-chirurgiche nell'ambito del Servizio sanitario nazionale. A tal fine, AGENAS accede, in tutte le fasi della loro gestione, ai sistemi informativi interconnessi del Servizio sanitario nazionale di cui al presente comma in modalità anonima."

Questa norma introduce importanti novità in materia di gestione ed utilizzazione dei sistemi informativi sanitari a livello nazionale e consentirà, dalle prossime edizioni di programma Nazionale Esiti (PNE), lo sviluppo e la stima di nuovi e più validi indicatori attraverso l'utilizzazione integrata delle informazioni individuali, in modalità anonima, di tutti i sistemi informativi del SSN. Queste nuove opportunità consentiranno non solo un ulteriore sviluppo ed una maggiore validità delle stime di esito dell'assistenza ospedaliera, ma soprattutto lo sviluppo di validi indicatori di esito delle cure primarie e della continuità assistenziale.

La stessa norma, nello stabilire che il Ministero della Salute si avvale, per la valutazione degli esiti nel SSN, di Agenas, che, per questa attività utilizza i sistemi informativi interconnessi del NSIS, sancisce esplicitamente l'inquadramento istituzionale del programma Nazionale Esiti.

La misurazione in sanità è fondamentale per tutti gli attori coinvolti :

- L'utenza ricerca l'accessibilità e la fruibilità dei servizi.
- I tecnici si concentreranno sull'appropriatezza dei percorsi assistenziali, sui volumi delle procedure di alta specializzazione e la gestione del rischio clinico.
- I decisori prenderanno in considerazione anche gli esiti dei processi di cura e le potenziali conseguenze riorganizzative che possono suggerire.

Le valutazioni del PNE devono sempre essere lette ed interpretate con grande attenzione, e devono servire per supportare attività di auditing clinico e organizzativo e non per stilare graduatorie o dare “pagelle”. Ogni indicatore deve essere interpretato alla luce delle conoscenze scientifiche disponibili. In particolare, i metodi di risk adjustment utilizzati aggiustano, standardizzano, correggono le stime comparative di esito utilizzando informazioni contenute nelle SDO, sull’età, sulle co-morbilità, come ad esempio la presenza di altre patologie al momento del ricovero o di patologie rilevate nei due anni precedenti a questo.

Va anche ricordato come i dati evidenziati dal sistema sono influenzati da variabili che possono portare risultati differenti :

- ❑ Poca considerazione nella compilazione della SDO;
- ❑ Presenza di reti “hub & spoke”;
- ❑ Presidio ospedalieri formalmente unici ma composti da diverse strutture cliniche e quindi sostanzialmente con volumi che sembrano “bassi”.

Detto questo si può sicuramente affermare che alcuni indicatori vanno migliorati, resta il fatto che altri, ad esempio la degenza media pre-operatoria del femore, sono già utilizzabili per comparazioni non confutabili tra diverse strutture.

Nella versione 2012 del PNE sono stati valutati 42 indicatori (erano 32 nella precedente rilevazione) e riferiti per alcuni indicatori a 11 mesi del 2011:

1. Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni dal ricovero
2. Infarto Miocardico Acuto senza esecuzione di PTCA: mortalità a 30 giorni dal ricovero
3. Infarto Miocardico Acuto con esecuzione di PTCA entro 48 ore: mortalità a 30 giorni dal ricovero
4. PTCA eseguita oltre 48 ore dal ricovero per Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni dall'intervento
5. Infarto Miocardico Acuto: proporzione di trattati con PTCA entro 48 ore
6. Infarto Miocardico Acuto: proporzione di ricoveri successivi entro 2 giorni
7. Infarto Miocardico Acuto: proporzione di PTCA eseguite nel ricovero indice o in un ricovero successivo entro 7 giorni
8. Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 12 mesi dal ricovero
9. Eventi maggiori cardiovascolari e cerebrovascolari (MACCE) entro 12 mesi da un ricovero per infarto acuto del miocardio
10. STEMI: mortalità a 30 giorni osservata
11. NO STEMI: mortalità a 30 giorni osservata
12. IMA a sede non specificata: mortalità a 30 giorni osservata
13. STEMI: proporzione di PTCA osservata
14. NO STEMI: proporzione di PTCA osservata
15. IMA a sede non specificata: proporzione di PTCA osservata
16. PTCA eseguita per condizione diverse dall'Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni
17. Bypass Aortocoronarico: mortalità a 30 giorni
18. Intervento di valvuloplastica o sostituzione di valvola isolata: mortalità a 30 giorni
19. Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni
20. Scopenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni dal ricovero
21. Rivascolarizzazione carotidea: riammissioni ospedaliere per ictus entro 30 giorni
22. Ictus: mortalità a 30 giorni dal ricovero
23. Ictus: riammissioni ospedaliere a 30 giorni
24. BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni dal ricovero
25. BPCO riacutizzata: riammissioni ospedaliere a 30 giorni
26. Proporzione di colecistectomie laparoscopiche

27. Colectomia laparoscopica: degenza totale
28. Proporzione di colecistomie laparoscopiche con degenza post-operatoria entro a 4 giorni
29. Colectomia laparoscopica: complicanze a 30 giorni
30. Colectomia laparoscopica: altro intervento a 30 giorni
31. Proporzione di parti con taglio cesareo primario
32. Frattura del collo del femore: mortalità a 30 giorni dal ricovero
33. Frattura del collo del femore: tempi di attesa per intervento chirurgico
34. Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore
35. Frattura della Tibia/Perone: tempi di attesa per intervento chirurgico
36. Intervento di artroscopia di ginocchio: reintervento entro 6 mesi
37. Tumore maligno del polmone: mortalità a trenta giorni dall'intervento
38. Mortalità a trenta giorni dall'intervento per tumore gastrico maligno
39. Mortalità a trenta giorni dall'intervento isolato per tumore maligno del colon
40. Intervento isolato per tumore maligno del colon: proporzione di interventi in laparoscopia
41. Mortalità a trenta giorni dall'intervento isolato per tumore maligno del retto
42. Intervento isolato per tumore maligno del retto: proporzione di interventi in laparoscopia

Alcuni di questi indicatori possono essere gestiti come calcolo direttamente dall'Azienda e quindi potranno essere inseriti nelle schede di budget:

- Proporzione di colecistomie laparoscopiche
- Colectomia laparoscopica: degenza totale
- Proporzione di colecistomie laparoscopiche con degenza post-operatoria entro a 4 giorni
- Proporzione di parti con taglio cesareo primario
- Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore
- Frattura del collo del femore: tempi di attesa per intervento chirurgico
- Frattura della Tibia/Perone: tempi di attesa per intervento chirurgico
- Intervento isolato per tumore maligno del colon: proporzione di interventi in laparoscopia
- Intervento isolato per tumore maligno del retto: proporzione di interventi in laparoscopia

Altri, come le riammissioni ospedaliere necessitano anche di dati che non sono a disposizione degli uffici aziendali (dettaglio dei ricoveri presso altre strutture regionali con i codici fiscali) ma è possibile una prima valutazione prendendo come riferimento solo le riammissioni nei nostri ospedali.

Per quanto riguarda gli indici legati alla mortalità non sono stati presi in considerazione, ad oggi, durante le discussioni delle schede di budget.

INDICATORI PNE	Media Italia	Migliore	Peggior	ASL1 2001	ASL1 08/2012
Proporzione di colecistomie laparoscopiche	91,7	97,03	0,59	96,6	95,7
Colectomia laparoscopica: degenza totale	4	2	8	4,25	3,98
Colectomia laparoscopica: degenza post-op. < 4 gg	59,31	98,73	1,49	83,1	77,6
Proporzione di parti con taglio cesareo	27,42	3,97	91,92	32,65	32,4
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore	33,11	97,23	0,52	42,4	17,5

IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI DI LIGURIA, MARCHE, P.A. BOLZANO, P.A. TRENTO, TOSCANA, UMBRIA, BASILICATA

Il sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali è stato attivato nel 2008 con la collaborazione di quattro regioni: Toscana, Liguria, Piemonte ed Umbria. Nell'anno 2010 si sono aggiunte Valle d'Aosta, P.A. Trento, P.A. Bolzano e Marche, nel 2011 la regione Basilicata e nel 2012 la regione Veneto.

Attualmente le Regioni che partecipano al network sono: Basilicata, Liguria, Marche, P.A. Trento, P.A. Bolzano, Toscana, Umbria e Veneto.

Il Sistema di valutazione delle performance, progettato dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e adottato già dal 2004 dalla Regione Toscana, risponde all'obiettivo di fornire a ciascuna regione una modalità di misurazione, confronto e rappresentazione della performance delle aziende sanitarie tra regioni differenti.

Un processo di condivisione interregionale ha portato alla selezione di 130 indicatori, di cui 80 di valutazione e 50 di osservazione volti a descrivere e confrontare, tramite un processo di benchmarking, varie dimensioni della performance del sistema sanitario: lo stato di salute della popolazione, la capacità di perseguire le strategie regionali, la valutazione sanitaria, la valutazione dell'esperienza dei cittadini e dei dipendenti, ed infine la valutazione della dinamica economico-finanziaria e dell'efficienza operativa.

Le dimensioni della valutazione sono:

1. La valutazione dei livelli di salute della popolazione;
2. La valutazione della capacità di perseguire gli orientamenti del sistema regionale;
3. La valutazione socio-sanitaria;
4. La valutazione esterna;
5. La valutazione interna;
6. La valutazione dell'efficienza operativa e della performance economica finanziaria.

La dimensione socio-sanitaria si compone ad oggi dei seguenti indicatori:

- C1: Capacità di governo della domanda, intesa come capacità da parte delle Aziende di orientare l'accesso dei cittadini al sistema sanitario e di definire il livello di utilizzazione delle strutture ospedaliere e territoriali;
- C2a: Efficienza delle attività di ricovero e C3 efficienza pre-operatoria, come capacità di utilizzare al meglio le risorse disponibili per la cura del paziente;
- C4: Appropriatelyzza, ossia la capacità di erogare attività e prestazioni efficaci ed adeguate rispetto ai bisogni dell'utenza;
- C5: Qualità clinica, ovvero alcuni risultati clinici e l'adozione di tecniche specifiche per il miglioramento della qualità delle cure;
- C6: Rischio clinico, rappresentato attraverso indicatori proposti dall'AHRQ relativi alla capacità di garantire la sicurezza del paziente;
- C7: Percorso Materno-Infantile, con cui si intende misurare la qualità sanitaria del percorso stesso, in particolar modo della fase del parto;
- C8 e C11: Efficacia del territorio, con cui viene misurata l'efficacia sanitaria delle attività territoriali. Tale misurazione è effettuata in via indiretta, utilizzando cioè i flussi ospedalieri (C8) e la capacità di governo della domanda, che misura, sempre in via indiretta, la capacità di curare specifiche patologie croniche o acute nei setting assistenziali appropriati;
- C9: Appropriatelyzza prescrittivi farmaceutica, volta a verificare la capacità di utilizzo appropriato dei farmaci rispetto alla prescrizione e ai bisogni del paziente;
- C13 Prestazioni Ambulatoriali: indicatore di governo della domanda e pone in evidenza il fabbisogno complessivo dei cittadini di visite specialistiche ambulatoriali e di diagnostica per immagini.

C16 Pronto Soccorso: indicatore che permette di monitorare le attività del Pronto Soccorso in termini di capacità di rispondere tempestivamente alle richieste di assistenza e di far fronte in modo adeguato alle differenti tipologie di casi che si presentano.

B5 Screening Oncologici: Estensione ed adesione ai programmi di screening.

B7 Copertura Vaccinale: Considera la copertura del vaccino antinfluenzale e del vaccino per morbillo, parotite e rosolia (MPR) sulla rispettiva popolazione di riferimento.

Analisi degli indicatori più significativi all'interno delle varie categorie:

- **C1 CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA:** vi rientrano 7 indicatori (5 di osservazione e 2 di valutazione). Sul complesso degli indicatori abbiamo una media di performance pari a 3,522, l'ASL1 è sotto la media con un valore di 2. I due indicatori di valutazione sono il Tasso di ospedalizzazione standardizzato per i ricoveri ordinari ogni 1.000 residenti e quello relativo ai ricoveri day medici. Per quanto riguarda gli indicatori di osservazione sul tasso di ospedalizzazione per tutti i ricoveri abbiamo un valore per l'ASL1 di 62,28 più basso rispetto alla media ligure (70,59) ma decisamente più alto rispetto al dato toscano (36,16).

Tasso ospedalizzazione ric ord			Tasso ospedalizzazione ric day medici		
Mediana	107,83		Mediana	13,37	
Liguria	110,49		Liguria	28,31	
ASL1	100,42	Valutazione: ottima	ASL1	25,5	Valutazione: pessima

- **C2 EFFICIENZA DELLE ATTIVITA' DI RICOVERO:** vi rientra il controllo della degenza media attraverso l'Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) che confronta la degenza media del DRG con la media del campione di riferimento.

IPDM		
Mediana	-0,293	
Liguria	0,58	
ASL1	0,39	Valutazione: scarsa

- **C3 EFFICIENZA PRE-OPERATORIA:** vi rientra il controllo della degenza media pre-operatoria degli interventi chirurgici programmati.

Degenza Media Pre-Operatoria		
Mediana	0,999	
Liguria	1,26	
ASL1	1,22	Valutazione: media

- **C4 APPROPRIATEZZA:** è divisa tra medica e chirurgica. Nella prima rientrano 7 indicatori, di cui 5 di valutazione e abbiamo una media di performance del 2,665. L'ASL1 si posiziona sotto la media con 1,27. Nella seconda abbiamo sempre 7 indicatori, di cui 5 di valutazione con una media infraregionale di 2,665 ed un valore ASL1 sopra la media pari a 3,15. Tra gli indicatori di valutazione abbiamo:

% Ricoveri ripetuti entro 30 gg stesa MDC			% Prostatectomie transuretrali		
Mediana	4,948		Mediana	69,23	
Liguria	5,42		Liguria	71,65	
ASL1	6,07	Valutazione: pessima	ASL1	95,14	Valutazione: ottima
% Pazienti con Ventilazione Meccanica Non Invasiva			% Appendicectomie urgenti in laparoscopia donne 14-49 anni		
Mediana	28,625		Mediana	76,26	
Liguria	38,52		Liguria	57,89	
ASL1	46,1	Valutazione: ottima	ASL1	98,04	Valutazione: scarsa

- **C5 QUALITA' CLINICA:** sono indicatori che fanno riferimento alla componente professionale per quanto riguarda l'adozione di tecniche strumentali e procedure diagnostiche. Vi rientrano 11 indicatori di cui 8 di valutazione e la media infraregionale della performance è di 2,527. L'ASL1 è la migliore tra le realtà liguri con 3,12. Tra gli indicatori abbiamo:

Tasso osped. LEA medici 10.000 ab.			% Ricoveri DH Medici Diagnostici		
Mediana	244,788		Mediana	21,69	
Liguria	384,59		Liguria	50,36	
ASL1	358,97	Valutazione: pessima	ASL1	53,08	Valutazione: pessima
% Ricoveri Medici brevi			% Ricoveri Medici oltre soglia pazienti >= 65 a		
Mediana	17,88		Mediana	3,843	
Liguria	19,47		Liguria	5,72	
ASL1	16,01	Valutazione: buona	ASL1	5,26	Valutazione: scarsa
% DRG Medici da reparti chirurgici			% Colecistectomie laparoscopiche in DS o Ord 0-1 gg		
Mediana	16,442		Mediana	13,71	
Liguria	21,55		Liguria	26,58	
ASL1	21,67	Valutazione: media	ASL1	41,2	Valutazione: media

- **C6 RISCHIO CLINICO:** provengono dal set di indicatori "Patient Safety Indicators" e mirano al verificarsi di complicanze durante il ricovero mediante l'individuazione dei codici diagnosi ed interventi presenti nelle Sdo. Sono inseriti tre indicatori solo di osservazione in quanto rilevando fenomeni con bassi volumi, il loro risultato è notevolmente influenzato dalla corretta compilazione della SDO. Sono utilizzati con lo scopo di far emergere eventi avversi, rappresentando uno strumento di prevenzione dei rischi e promozione della sicurezza del paziente. Nella tabella si riporta il dato ASL1 confrontato con la media ligure e quella Toscana.

Sepsi Operat. Chir. Elezione ogni 1.000 pz.	Mortalità Intraop. DRG bassa mortalità 1.000 pz.	Embolia polmonare o trombosi venosa post-chir. 1.000 pz.			
ASL1	1,42	ASL1	0,66	ASL1	0,43
Liguria	2,61	Liguria	1,56	Liguria	0,88
Toscana	2,59	Toscana	0,64	Toscana	2,02

- **C7 MATERNO INFANTILE:** vi rientrano 9 indicatori ma solo 3 sono di valutazione. La media infraregionale di Performance è di 1,899 e l'ASL1 ottiene un valore di 1,49. Come indicatore di osservazione si segnala il tasso di ricovero in età pediatrica dove l'ASL1 ha un valore (12,13) più basso rispetto alla media Ligure (14,39) ma più alto rispetto alla Toscana (11,05). Per quanto riguarda gli indicatori di valutazione abbiamo:

% Cesarei depurati (NTVS)			% Episiotomia Depurate		
Mediana	24,87		Mediana	32,618	
Liguria	32,65		Liguria	26,26	
ASL1	28,82	Valutazione: scarsa	ASL1	23,17	Valutazione: buona

- **C8 INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO:** l'efficacia del territorio viene misurata sia in termini indiretti , ospedalizzazioni di lungo periodo o ripetute, sia mediante alcuni indicatori sentinella riguardanti l'attività dei consultori. Sono stati ripresi dalla determina

% di Ricoveri con degenza > 30 giorni			Tasso Ricovero Polmonite 100.000 res. 20-74 anni		
Mediana	1,007		Mediana	111,4	
Liguria	2,12		Liguria	125,19	
ASL1	2,03	Valutazione: pessima	ASL1	93,93	Valutazione: buona

57/2012 dell'ARS sulle competenze del Distretto Sociosanitario. Vi rientrano 7 indicatori di cui 5 di valutazione. Tra quelli di osservazione abbiamo la % di ricoveri ripetuti a 31-180 giorni dove a fonte di un dato ligure di 5,72 l'ASL1 registra 6,27 che rappresenta, escludendo Senigalia con 6,67, il dato più alto tra tutte le aziende rilevate. Tra gli indicatori di valutazione abbiamo:

- **C9 APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA FARMACEUTICA:** ad oggi i dati sui costi della farmaceutica territoriale sono facilmente desumibili dai flussi regionali mentre sono carenti le informazioni sull'appropriatezza delle scelte terapeutiche dei soggetti prescrittori e quelle riguardanti il corretto utilizzo dei farmaci da parte dei pazienti. Questi indicatori (6 tutti di valutazione) sono il primo step per monitorare il corretto impiego dei farmaci in quanto, pur non consentendo di associare l'utilizzo del farmaco con le diagnosi e le caratteristiche dell'utilizzatore, la variabilità che si osserva tra le aziende permette di individuare alcuni fenomeni di appropriatezza. La media di performance infraregionale è di 2,388 e l'ASL1 con 2,59 è la migliore ligure .

Consumo di inibitori di Pompa Protonica (Antiacidi)			% Abbandono Pz. In Terapia Con Statine		
Mediana	26,184		Mediana	15,21	
Liguria	29,53		Liguria	14,88	
ASL1	25,5	Valutazione: scarsa	ASL1	14,61	Valutazione: buona
Consumo di Antibiotici					
Mediana	23,146				
Liguria	18,26				
ASL1	14,94	Valutazione: ottima			

- **C11 EFFICACIA ASSISTENZIALE DELLE PATOLOGIE:** è strettamente legato a C8 per la valutazione del territorio e vi rientrano 4 indicatori di cui 3 di valutazione. La media infraregionale di Performance è di 2,956 e l'ASL1 ha un valore di 3,41 (seconda in Liguria dopo Spezia).

Tasso ricovero scompenso 100.000 res. 50-74 anni			Tasso ricovero diabete 100.000 res. 520-74 anni		
Mediana	235,69		Mediana	27	
Liguria	236,8		Liguria	36,56	
ASL1	236,29	Valutazione: buona	ASL1	27,93	Valutazione: buona
Tasso ricovero BPCO 100.000 res. 50-74 anni					
Mediana	72,109				
Liguria	107,9				
ASL1	62,1	Valutazione: ottima			

- **C13 TASSO DI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE DIAGNOSTICHE:** Vi rientrano 7 indicatori ma 1 solo di valutazione e sono riferite alle prestazioni ogni 1.000 residenti.

Indicatori di osservazione			
Tipologia	Liguria	Toscana	ASL1
Prest. Amb.	3963,61	3426,96	3629,22
TC	45,42	57,80	50,82
RM	77,99	72,03	59,11
Ecocolordopple	79,26	64,37	72,83
Ecografia	230,37	241,12	194,92
RX	588,95	445,47	489,17
Indicatore di valutazione			
Tasso prestazioni RM Muscoscheletriche 1.000 res. >= 6 anni			
Mediana	23,974		
Liguria	31,2		
ASL1	22,83	Valutazione: buona	

- **C15 SALUTE MENTALE :** l'obiettivo è garantire un adeguato trattamento della patologia a livello territoriale, che riduca al minimo la necessità di interventi coercitivi e privilegi forme di cura che favoriscano l'integrazione sociale. Vi rientrano 6 indicatori ma 1 solo è di valutazione. La media infraregionale di performance è di 2,802 e l'ASL1 ha un valore di 2,43, solo Genova a livello Ligure ha un dato più basso (2,42). Come indicatore di osservazione abbiamo il tasso di ricoveri con patologie psichiatriche per residenti maggiorenni dove a fronte di una media ligure di 523,44 e toscana di 266,89 il dato ASL1 è

% Ricoveri Ripetuti entro 30 gg. Pz. Psichiatrici Maggiorenni		
Mediana	9,19	
Liguria	8,54	
ASL1	9,72	Valutazione: media

di 528,59. L'indicatore di valutazione è :

- **C16 PRONTO SOCCORSO:** permette di monitorare le attività del Pronto Soccorso in termini di capacità di rispondere alle richieste di assistenza e di far fronte in modo adeguato alle differenti tipologie di casi che si presentano. Vi rientrano 4 indicatori tutti di valutazione e la media infraregionale di Performance è di 2,86 e l'ASL1 ottiene un valore di 3,31.

% Pazienti Codice Giallo visitati entro 30 minuti			% Pazienti Codice Verde visitati entro 60 minuti		
Mediana	81,3		Mediana	74,92	
Liguria	83,85		Liguria	73,77	
ASL1	90,22	Valutazione: ottima	ASL1	74,92	Valutazione: media

- **B5 SCREENING:** sono presi in considerazione tre screening e viene valutata sia l'estensione che l'adesione. Se l'estensione può essere garantita tramite una gestione dell'offerta che potenzi l'accesso per ogni utente al servizio, fattori difficilmente controllabili influiscono sui livelli di partecipazione, ad esempio molte donne usufruiscono di attività preventive al di fuori dell'offerta pubblica. Tanto per lo screening mammografico, quanto per quello della cervice uterina deve considerarsi come critica un'estensione inferiore all' 80% (su due anni per il primo e su tre per il secondo), per lo screening coloretale si inizia a parlare di criticità per valori inferiori al 40% (sul biennio). Per gli obiettivi di adesione si prevedono soglie ottimali dell' 80% per lo screening mammografico, del 70% per il coloretale e del 60% per la cervice uterina. La media infraregionale di Performance è di 2,71 e il valore per l' ASL1 è 1,84. Le ASL liguri sono le aziende con i dati più bassi.

ESTENSIONE			
Tipologia	Liguria	Toscana	ASL1
Mammografico	41,93	91,41	35,64
Cervice Uterina	6,92	91,66	n.d.
Coloretale	44,97	84,61	73,82
ADESIONE			
Tipologia	Liguria	Toscana	ASL1
Mammografico	57,56	67,09	74,79
Cervice Uterina	8,72	49,90	n.d.
Coloretale	21,91	47,23	12,19

- **B7 COPERURA VACCINALE:** vi rientrano due indicatori di cui 1 di valutazione. La media infraregionale di Performance è di 4,306 e l'ASL1 raggiunge un valore di 4,22.

Indicatore di valutazione		
Copertura Vaccino MPR		
Mediana	92,665	
Liguria	89,51	
ASL1	91,12	Valutazione: ottima
Indicatori di osservazione		
Copertura Vaccino Antinfluenzale >= 65 anni		
ASL1	42,32	
Liguria	54,23	
Toscana	67,75	

5.6 Verso l'ospedale per intensità di cure

L'organizzazione degli ospedali per intensità di cure, pone in evidenza una modalità gestionale diversa da quella cui, sino ad ora, siamo stati abituati a pensare, fondata su una organizzazione legata al sapere medico, cui la centralità della persona con i propri bisogni assistenziali veniva in parte sacrificata. Portare al centro del processo di cura/assistenza il paziente, oggi significa orientare la definizione degli spazi, dell'assetto tecnologico, delle competenze mediche ed infermieristiche in modo da potere offrire a gruppi omogenei di pazienti, ciò che gli compete in ogni fase del loro percorso ospedaliero.

Il movimento culturale che sta ponendo in essere, da alcuni anni in alcune regioni d'Italia (Toscana, Emilia Romagna, Lombardia) ed ora anche Liguria, tale modalità organizzativa, pone al centro della propria riflessione alcune considerazioni ormai comunemente condivise:

- **il dato epidemiologico**, che vede sempre più anziani ricoverati, in particolar modo in area medica, con chiare caratteristiche di fragilità, comorbilità cronica, in polifarmacoterapia e con frequenti difficoltà sociali, tali da rendere difficoltoso il regolare processo di ricovero sia in regime di urgenza che in regime ordinario (cura, stabilizzazione e dimissione), con tendenza all'allungamento delle degenze
- **il dato gestionale**, che osserva la mancanza di centralità del percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) del paziente, sacrificato ad una organizzazione fondata sul sapere medico specialistico, che produce i noti fenomeni cd"effetto tetto" ed "effetto pavimento", che sono alla base, di un aumentato rischio di inappropriata gestione, clinica ed assistenziale.
- **Il dato tecnologico**, che offre sempre nuove possibilità in campo diagnostico e terapeutico, con la necessità di continuo aggiornamento delle professioni e grande attenzione alla possibile induzione di nuove spese non sempre confortate da migliori risultati in campo salute
- **Il dato economico**, che vede il progressivo ridursi del finanziamento per la risposta ospedaliera nel contesto di una redistribuzione delle risorse che vede nel territorio e nei Distretti il centro della gestione della maggior parte delle problematiche di salute, della popolazione.

In tale contesto si collocano le riflessioni di politica sanitaria, orientate a sviluppare nuovi modelli gestionali, che hanno l'obiettivo di ottimizzare le costantemente ridotte risorse con le sempre presenti e incrementali richieste di salute

Pertanto porre al centro del sistema salute il paziente significa, a livello territoriale promuovere modelli di “chronic care model”, e, a livello ospedaliero, porsi l'obiettivo di riorganizzare i processi di cura ed assistenza, sia in regime ambulatoriale che di ricovero ordinario o di urgenza, secondo i criteri che si rifanno alla “gradualità delle cure”, declinata, nella nostra realtà, secondo il grado di stabilità/instabilità clinica, il peso assistenziale, l'aver completato o meno l'iter diagnostico ed la durata della degenza, ponendoli in relazione di continuità con la rete dell'emergenza e l'offerta territoriale, in modo da offrire al paziente ciò che gli compete nel luogo più appropriato, in un orizzonte tracciato dalla possibile prossima rimodulazione regionale delle ASL e da una macroriorganizzazione della risposta sanitaria improntata al modello “hub and spoke”

L'Ospedalizzazione per intensità di cure si articola su tre livelli (alta, media e bassa intensità), per i quali risulta importante concordare sulla definizione, che deve essere configurata secondo le caratteristiche logistiche e procedurali dell'ambito ove viene realizzata

Le valutazioni dell'equipe di lavoro, a tal proposito istituita, hanno portato alle seguenti definizioni:

Alta intensità: area funzionale ove sono ricoverati pazienti con patologia acute che necessitano di terapie intensive, alta tecnologia, ruolo medico dominante, alta attività infermieristica di supporto all'attività medica diagnostica e terapeutica.

Media intensità: area funzionale ove vengono ricoverati pazienti con patologie acute o in fase diagnostica, con presenza di tecnologia di base, attività medica in sinergia con attività infermieristica per le attività di diagnosi e cura, attività infermieristica autonoma nella pianificazione delle attività di assistenza e nella pianificazione delle attività del personale di supporto

Bassa intensità: area funzionale che comprende:

- pazienti ricoverati che sono usciti dalla fase acuta e necessitano di un periodo di degenza ulteriore per stabilizzare le condizioni cliniche o sono in attesa di una dimissione protetta; presenza di tecnologia di base essenziale e buona presenza di presidi per l'assistenza e la riabilitazione, presenza del medico per continuità assistenziale e pianificazione della dimissione protetta, necessità di competenze infermieristiche complesse, per l'alto livello di pianificazione e progettualità assistenziale (personale di supporto)
- attività ambulatoriale
- day surgery e five day surgery

I **criteri** di riferimento della riorganizzazione per intensità di cure, dovranno prevedere:

- la progressiva sostituzione dei reparti con aree funzionali, con conseguente configurazione dei nuovi centri di costo
- il mantenimento delle UU.OO, con funzione operativa clinica e conseguente mantenuto utilizzo della codifica con il sistema ICD - 9
- la costituzione di microequipe multiprofessionali e multispecialistiche
- l'individuazione del tutor medico e dell' infermiere di riferimento
- la sostituzione progressiva del “giro visita” con un approccio “briefing-debriefing”
- la ridefinizione degli organici, secondo le necessità di cura ed assistenza individuate dalla gradualità delle cure, e dei nuovi ruoli.
- una forte integrazione con il dipartimento della Emergenza ed Urgenza, con istituzione di una area di accoglienza e valutazione per la corretta allocazione dei pazienti al momento del ricovero
- l'avvio della compilazione della cartella informatizzata in tutte le UU.OO, vero strumento di collegamento per la continuità assistenziale, primo passaggio indispensabile per la

costituzione delle aree funzionali graduate per intensità di cura.

- un potenziamento della risposta territoriale, che avrà nella Unità di Valutazione multidimensionale ospedaliera il punto d'incontro privilegiato con la nuova organizzazione ospedaliera.

Ponendosi la riorganizzazione della risposta ospedaliera secondo la gradualità delle cure nel capitolo delle innovazioni che presuppongono un forte cambiamento culturale, numerose sono le criticità attuali, che attraversano tutti quegli ambiti che un proposta globale necessariamente tocca (di accettazione, strutturali, gestionali, procedurali).

Risulta pertanto importante una ampia condivisione con tutti gli attori, la costituzione di tavoli di lavoro mono e multiprofessionali, nonché misti (territorio-ospedale) e una attivazione per gradi a partire dalla costituzione della bassa e alta intensità di cure, per giungere, dopo ampia sperimentazione e revisione dei risultati ottenuti, alla costituzione della media intensità.

I percorsi di cura “patient centred”, declinati secondo i criteri della gradualità di cura, se correttamente applicati, risultano essere correlabili al miglioramento della appropriatezza gestionale e clinica, ad una maggiore soddisfazione dell'utenza e delle categorie professionali coinvolte, ad una redistribuzione più omogenea dei carichi di lavoro, ad una riduzione dei tempi di degenza, con possibile conseguente incremento dei volumi di attività, verranno quindi proposti degli indicatori, che permetteranno di monitorare oggettivamente l'attuazione del progetto, quali, ad esempio: formulazione protocolli, degenza media dei principali DRG per le UU.OO, tasso di occupazione dei Posti letto dei vari settings funzionali, tasso dei ricoveri ripetuti, tempi di attesa ambulatoriali.

Il Progetto, che si fonda sulla centralità del paziente, dal punto di vista della offerta di servizi ed interventi proposto dalla rete ospedaliera, si propone di promuovere, una risposta alla richiesta di salute diversificata per area geografica provinciale, ma completa nella sua gamma di attuali possibilità, in cui i tre livelli di intervento (emergenza, ospedale, territorio) possano operare in un sistema integrato e sinergico sia per quel che riguarda l'area medica, sia per quel che riguarda l'area chirurgica, organizzate per aree funzionali di diversa intensità di cura.

5.7 La mobilità sanitaria

Sin dall'entrata in vigore del d.lgs. 502/92, ed, in seguito, con il d.lgs. 229/99, la compensazione della mobilità sanitaria ha rappresentato un elemento importante per riconoscere l'effettiva capacità di attrazione delle regioni più performanti.

Qualsiasi sia il senso della scelta di mobilità, è evidente che buona parte della mobilità ospedaliera da regione a regione, o verso l'estero, rappresenta per molti versi un fenomeno patologico che impatta negativamente sotto una molteplicità di profili, che possono essere riassunti come:

- i costi privati intangibili, connessi all'inevitabile disagio sociale vissuto dal paziente e dai suoi familiari a causa di un ricovero lontano dalla propria abitazione e comunque in una regione di-versa da quella in cui si risiede abitualmente;
- i costi privati tangibili, legati alle spese connesse al ricovero ed alle esigenze di assistenza comunque amplificate dalla lontananza dal luogo di vita abituale;
- strutturali, riferibili alla insufficiente utilizzazione delle capacità produttive in quelle Regioni con flussi in uscita particolarmente significativi;
- i problemi organizzativi e di politica sanitaria, legati alle scelte di programmazione, all'aumento delle liste d'attesa, al possibile sotto o sovradimensionamento dei servizi che pesano soprattutto sulle Regioni che esercitano una maggiore attrattiva e quindi possono subire anche una maggiore volatilità della domanda.

Le distanze in funzione dei DRG

Un elemento che si evidenzia immediatamente è costituito dalle diverse distanze medie percorse dai ricoverati in funzione della tipologia di ricovero.

Molti sono i fattori che influenzano queste distanze e non tutti sono riconducibili ad un'immagine della mobilità come flusso di pazienti costretti ad allontanarsi per la mancanza di offerta o per la scarsità di qualità ospedaliera del proprio territorio. Si può infatti ipotizzare l'esistenza di vari "tipi di mobilità" di seguito elencati.

- Mobilità interna al bacino di utenza (tra casa e il presidio più vicino)
- Mobilità di confine tra aree sanitarie (Asl, Regioni)
- Mobilità occasionale (causata da spostamenti non dovuti a motivi sanitari)
- Mobilità programmata all'interno di una rete (per servizi necessariamente non diffusi)
- Mobilità per mancanza locale di offerta
- Mobilità per sfiducia nei servizi locali

I primi quattro tipi di mobilità sono del tutto compatibili con un sistema ben funzionante, mentre gli ultimi due devono essere presi in considerazione come possibili criticità da correggere.

La mobilità dei pazienti ha una forte incidenza sui risultati economici, sia delle singole aziende sanitarie pubbliche, sia dei Servizi sanitari regionali (SSR) complessivamente intesi.

Mobilità Ospedaliera residenti ASL1

Se analizziamo il dato 2011 e 2010 nel complesso sull'andamento delle fughe sia fuori regione che presso altre strutture liguri, anche prendendo in considerazione solo le discipline non presenti nell'attività dell'ASL1 possiamo evidenziare che:

- Fughe fuori regione : rimane costante il numero assoluto di ricoveri ordinari, mentre se si considerano solo le discipline non ASL1, c'è una leggera diminuzione da 378 a 363 casi (in % sul totale delle fughe si passa da 10,63% a 10,22%). Per i ricoveri diurni, invece, abbiamo un incremento di 145 casi (da 3.052 a 3.272 pari al 12,1%). L'incremento è concentrato soprattutto nelle discipline presenti anche nell'ASL1 (+ 125 ricoveri) che riguardano in particolare Ortopedia, Oculistica e Chirurgia per il distretto di Sanremo, mentre, le discipline non ASL1 incrementano di 20 casi da 154 a 174 (in % si rimane stabili da 12,89 a 12,98 %). Per entrambi i tipi di ricovero, quindi, si può affermare che è preponderante l'utilizzo delle strutture fuori regione per "sostituire" prestazioni offerte anche dall'ASL1.
- Fughe regione: nei ricoveri ordinari abbiamo una leggera diminuzione (-56 casi) concentrate su Ortopedia e Ostetricia/Ginecologia, mentre, sono in aumento RRF, Neurochirurgia, Chirurgia Vascolare e Gastroenterologia. Sono in aumento le fughe su discipline non presenti in ASL1 (da 1.197 a 1.275 ovvero in % da 30,19 a 32,62%). Nei ricoveri diurni, invece, la diminuzione è più marcata (-220 casi pari al -6,72%) e non è concentrata in discipline particolari; anche per questo regime salgono le fughe in discipline non ASL1 (da 722 a 752 ed in % sul totale da 22,07 a 24,64%). Quindi si può notare che **c'è un maggior utilizzo delle strutture liguri per discipline non presenti in ASL1 rispetto alle fughe fuori regione**. Rimane, comunque, anche per questo tipo di mobilità, preponderante l'accesso ad altre strutture per "sostituire" discipline presenti in ASL1.

Come si può vedere dalle tabelle in allegato che sintetizzano l'andamento dei ricoveri dei residenti ASL1 nel biennio 2011/2010, esiste una differenza sostanziale negli spostamenti dei tre distretti in cui è divisa l'Azienda. Mentre per i residenti dei distretti di Ventimiglia e Sanremo c'è una preponderanza di spostamenti verso strutture fuori dalla Liguria, i cittadini del distretto di Imperia si rivolgono prevalentemente a strutture regionali. Questo, presumibilmente, può essere dovuto alla vicinanza con le strutture dell'ASL2 come sembra confermare l'analisi sulle percentuali di ricoveri presso l'ASL1 nelle varie discipline: il dato del distretto di Imperia è spesso più basso degli altri due. E' diversa anche la tipologia dei DRG maggiori oggetto di fughe fuori regione : mentre, per il 2011, per i residenti dei distretti di Ventimiglia e Sanremo il dato maggiore si riscontra per il DRG 039 (Intervento sul cristallino), per quelli di Imperia è il DRG 410 (Chemioterapia).

Per quanto riguarda le *fughe fuori regione* del 2012 abbiamo il dato del I trimestre relativo a Piemonte, Lombardia e Toscana :

- Distretto Ventimiglia: le fughe dei ricoveri ordinari sono stabili in valore assoluto ma si evidenzia uno spostamento, in Piemonte, delle fughe dalle specialità di Urologia, Oculistica e Pneumologia verso la Chirurgia (+15 ricoveri). In Lombardia si registra una diminuzione di 16 casi delle fughe di Chirurgia ed un incremento di pari importo di Ortopedia e Urologia. Sui Ricoveri diurni, invece, si è registrato un forte incremento verso il Piemonte (da 52 casi a 71 casi di cui +21 di Oculistica).

Per quanto riguarda i DRG, confrontando il I° trimestre 2012 con lo stesso periodo dell'anno precedente, si è registrato un incremento delle fughe sul DRG039 (Interventi sul cristallino) da 11 casi a 21 in Piemonte, sul DRG503 (Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione) si è passati da 4 a 12 casi sia in Piemonte che in Lombardia e sul DRG 158 (Interventi su ano e stoma senza CC) da 5 a 11 casi in Piemonte. Sono, invece, in diminuzione le fughe del DRG 119 (Legatura e stripping di vene) da 12 a 6 casi in Piemonte, del DRG410 (Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta) da 8 a 2 casi in Lombardia e del DRG063 (Altri interventi su orecchio, naso, bocca e gola) da 6 a 1 solo caso in Piemonte.

- Distretto Sanremo: si registra una diminuzione consistente dei ricoveri ordinari sia verso il Piemonte (-14 ricoveri di Chirurgia, Ortopedia, Urologia e Medicina, e +10 casi di RRF) che verso la Lombardia (-25 ricoveri di cui -7 di Ortopedia). Sui ricoveri ordinari sono stabili le fughe verso il Piemonte (con forte incremento delle fughe di Oculistica da 5 a 18) mentre diminuiscono verso la Lombardia (-11 casi di Oncologia ma +5 Ostetricia/Ginecologia).

Per quanto riguarda i DRG si registra un incremento da 27 a 33 fughe del DRG 039 (Interventi sul cristallino) verso il Piemonte, ed un incremento da 12 a 15 casi del DRG256 (Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo) verso la Lombardia. Sono, invece, in diminuzione le fughe del DRG227 (Interventi sui tessuti molli senza CC) da 15 a 6 casi verso il Piemonte, del DRG410 (Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta) da 13 a 5 fughe verso la Lombardia e del DRG223 (Interventi maggiori su spalla e gomito o altri interventi su arto superiore con CC) da 5 a 1 solo caso verso il Piemonte.

- Distretto Imperia: si evidenzia una diminuzione più marcata rispetto al Distretto di Sanremo per i ricoveri in Piemonte (-32 casi per Cardiologia, RRF, Urologia e Medicina, stabile l'Ortopedia) mentre in Lombardia la diminuzione è di 19 casi (-11 Ortopedia ma con +5 Cardiochirurgia, +4 Neurologia e +5 Ostetricia/Ginecologia). Sui ricoveri diurni non si registrano variazioni in assoluto anche se a livello di disciplina incrementano le fughe di ortopedia ed oculistica mentre diminuiscono quelle di Chirurgia Plastica, soprattutto verso il Piemonte.

Per quanto riguarda i DRG si registra un incremento da 8 a 11 casi del DRG503 (Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione) verso il Piemonte, da 4 a 8 casi sempre verso il Piemonte del DRG119 (Legatura e stripping di vene) e un incremento del DRG381 (Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia) da 0 a 5 sia verso il Piemonte che la Lombardia. Sono in diminuzione le fughe del DRG544 (Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori) da 13 a 6 casi verso la Lombardia e del DRG410 (Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta) da 10 a 4 casi verso il Piemonte e Lombardia, del DRG245 (Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC) da 7 casi a 2 in Piemonte, del DRG039 (Interventi sul cristallino) da 10 casi a 1 solo caso verso il Piemonte e del DRG229 (Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC) da 7 casi in Piemonte nel 2011 a nessun caso nel 2012.

Per gli spostamenti all'*interno della Regione Liguria* il dato è riferito al primo semestre:

- Distretto Ventimiglia: si registra un incremento di fughe nei ricoveri ordinari, da 439 a 494 casi soprattutto nelle discipline di Ortopedia (verso ASL2), RRF (verso Privati accreditati) e Urologia (+7 IRCSS). Sono, invece, in diminuzione le fughe della disciplina Chirurgia (da 37 a 21 Galliera e IRCSS). Si evidenzia una riduzione nei ricoveri diurni (da 282 a 251 casi) causata principalmente da una diminuzione dei ricoveri presso IRCSS. Per quanto concerne le discipline diurne aumentano i ricoveri in Ortopedia (+20 ASL2), Orl (+5 ASL2 e +6 IRCSS) e Gastro (+7 ASL2 e +4 Galliera). Sono, invece, in diminuzione l'Oculistica (-12 ASL2), la Chirurgia (-7 ASL2), la Nefrologia pediatrica (-7 IRCSS) e l'Oncoematologia (-7 IRCSS).

A livello di DRG si è registrato un incremento sul DRG544 (Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori) da 2 a 23 casi verso l'ASL2, e del DRG256 (Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo) da 8 a 20 casi verso il Privato Accreditato e del DRG538 (Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC) da nessun caso del 2011 a 6 verso l'ASL2 nel 2012.

- Distretto Sanremo: si è registrato un incremento di fughe, in valore assoluto, sui ricoveri ordinari (incremento di 15 casi di cui +51 verso ASL2 e +54 verso Privati accreditati mentre -61 casi verso IRCSS). A livello di disciplina si è registrato un incremento dell'Ortopedia (+44 casi verso ASL2) e del RRF (+49 casi verso i Privati accreditati).

Si evidenzia una diminuzione delle fughe di Neurochirurgia (-22 casi verso ASL2 e Galliera), di Oculistica (-10 casi verso il Galliera) e una riduzione di 10 casi di Chirurgia verso ASL2 e IRCSS. Si registra anche un decremento dei ricoveri diurni, da 422 a 373 casi tra cui una riduzione di Urologia (-13 verso ASL2), di Oncoematologia (-12 verso l'IRCSS) e di Reumatologia (-10 verso ASL2).

A livello di DRG sono in aumento le fughe del DRG544 (Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori) da 6 a 33 casi verso l'ASL2, sono aumentati da 8 a 20 casi le fughe del DRG256 (Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo) verso il Privato Accreditato, del DRG503 (Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione) da 1 a 13 casi verso ASL2 e del DRG227 (Interventi sui tessuti molli senza CC) da 1 solo caso a 7 verso ASL2.

- Distretto Imperia: si registra una diminuzione di 45 casi nei ricoveri ordinari, causata soprattutto da una riduzione verso IRCSS (-83 casi). A livello di disciplina, diminuiscono le fughe di Chirurgia Vascolare (-20 casi verso ASL2 e IRCSS), di Chirurgia (-18 casi verso ASL2), di Chirurgia Pediatrica (-17 verso l'IRCSS), di Reumatologia (-13 casi verso ASL2 e IRCSS) e Neuroradiologia (-10 verso l'ASL2). Sono, invece, in aumento i casi di fughe delle seguenti discipline: Ortopedia (+36 verso ASL2), Medicina (+18 verso ASL2), RRF

registra un incremento in valore assoluto di 16 casi (+32 Privati, - 8 ASL2 e -8 ASL3), Oncologia (+12 verso l'IRCSS) e Cardiologia (+ 9 verso l'ASL2). Si registra anche una riduzione di 78 casi dei ricoveri diurni (da 534 a 456), in particolare verso l'ASL2 (-63 casi). A livello di disciplina si registra una riduzione nelle seguenti discipline: Ostetricia/Ginecologia (-19 casi uniforme su tutte le strutture), Oculistica (-19 verso ASL2), Urologia (-18 verso il Galliera), Pneumologia (-15 verso l'IRCSS), Reumatologia (-13 verso ASL2), Medicina (-12 verso ASL2), Chirurgia (-9 verso ASL2). Sono, invece, in aumento le fughe nelle seguenti discipline: Oncologia (+13 verso ASL2 e IRCSS) e Neurologia (+7 verso ASL2).

A livello di DRG sono in aumento le fughe del DRG544 (Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori) da 22 a 50 casi verso ASL2, del DRG256 (Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo) da **28 a 460** casi (Privato Accreditato), del DRG410 (Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta) da 5 a 19 casi verso l' IRCSS), del DRG227 (Interventi sui tessuti molli senza CC) da 3 a 14 casi verso l'ASL2 e del DRG500 (Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC) da 9 a 18 casi verso ASL2. Si registra una diminuzione nel DRG248 (Tendinite, miosite e borsite) da 28 a 6casi verso ASL2, del DRG538 (Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC) da 17 a 8 casi verso l'ASL2, DRG098 (Bronchite e asma, età < 18 anni) da 9 a 1 solo caso verso l' IRCSS), del DRG245 (Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC) da 10 a 3 casi verso ASL2, del DRG241 (Malattie del tessuto connettivo senza CC) da 8 a 1 solo caso verso l'ASL2 e del DRG042 (Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino) da 21 a 14 casi verso l'ASL2.

5.8 Come gestire le scelte con scarsità di risorse

	FINANZIAMENTO	RICAVI	COSTI + VAR RIM	RISULTATO	FINANZ. + RIPIANO	% SU ANNO PREC.
2006	282.257.944	19.043.156	-303.576.819	-2.275.718	284.533.663	2,63%
2007	296.906.608	19.133.950	-316.630.981	-590.423	297.497.030	4,56%
2008	306.290.396	19.863.330	-326.172.067	-18.341	306.308.737	2,96%
2009	312.755.295	19.595.273	-338.201.703	-5.851.134	318.606.429	4,01%
2010	307.680.281	28.483.199	-346.919.583	-10.756.102	318.436.384	-0,05%
2011	307.538.387	28.121.627	347.529.770	-11.869.756	319.408.143	0,31%

Il concetto centrale è che, indipendentemente da quante risorse siano disponibili complessivamente, l'attenzione dovrebbe essere rivolta a come impiegare nel modo migliore possibile le risorse disponibili con le conseguenti implicazioni per l'efficienza e l'equità.

Il primo e più importante motivo per non fare affidamento unicamente su un aumento delle risorse per l'assistenza sanitaria è il fatto che la scarsità sia diventata permanente e quindi debba essere affrontata quale che sia la dimensione del budget sanitario. Cioè, le richieste di risorse per i servizi sanitari saranno sempre maggiori delle risorse disponibili. Si rende quindi necessaria una

buona gestione delle risorse disponibili al presente, in cui si compie un trade-off tra voci con priorità più bassa e voci di più alto valore. Questa ratio, benché possa apparire semplicistica, ha resistito alla verifica del tempo e indica direttamente la necessità di esaminare come allocare nel modo migliore possibile la quota di risorse disponibile nel presente.

Quindi è necessario che i decisori sanitari desiderano ottenere il meglio da quello che in un certo momento è un budget limitato, possono usare metodi economici per facilitare questo processo.

Il costo-opportunità : l'economia e il priority setting vanno di pari passo: l'una e l'altro si basano sul fatto innegabile che le risorse siano scarse. Come si possono prendere allora le decisioni su dove spendere le risorse disponibili? La risposta economica a questa domanda si basa sul concetto di costo- opportunità. Nel contesto in cui si devono compiere scelte entro il vincolo di risorse limitate, certe opportunità potranno essere colte mentre altre dovranno essere sacrificate. I benefici associati alle opportunità a cui si rinuncia sono i costi-opportunità. Se lo scopo è massimizzare i benefici per la comunità – e viceversa minimizzare i costi-opportunità – si dovranno misurare i costi e i benefici dell'assistenza sanitaria. In questo contesto i «costi» rispecchiano le risorse impiegate perché i costi-opportunità si originano quando si impiegano risorse. I «benefici» rappresentano i guadagni di salute e benessere determinati dall'impiego di risorse. Misurando i costi e i benefici si può scegliere lo sviluppo delle risorse che massimizza i benefici derivanti dalle risorse disponibili.

L'analisi marginale : il compito di misurare costi e benefici dovrebbe essere svolto mediante l'analisi marginale (o analisi marginalistica). In questo tipo di analisi si parte da una particolare combinazione, o mix, di servizi e si analizzano le variazioni di questo mix. Indipendentemente da quante risorse siano disponibili, l'esame delle variazioni al margine permette di aumentare il beneficio per il budget dato. Ad esempio, se ci si concentra sul guadagno di salute (health gain), si raggiunge questo obiettivo quando nessuna ulteriore riallocazione di risorse da un servizio a un altro determina un aumento del beneficio totale. In teoria, questo è il punto in cui il rapporto tra i costi marginali e i benefici marginali è uguale da servizio a servizio.

La mancata adozione di questi concetti economici significherà che sarà improbabile che venga raggiunto il guadagno di salute massimo (nell'ipotesi che la «salute» sia una finalità).

Possiamo concludere quest'analisi affermando che verranno compiuti passi avanti verso la massimizzazione del beneficio in tutti i servizi sanitari soltanto quando verranno valutati esplicitamente i costi e i benefici delle varie opzioni disponibili.

Un ruolo fondamentale nella gestione di una situazione come quella attuale contraddistinta da scarsità di risorse è, sicuramente, quello delle linee guida. Secondo la definizione oggi più comunemente accettata, il termine linee guida indica raccomandazioni di comportamento clinico, elaborate in modo sistematico per assistere medici e/o pazienti nelle decisioni relative alle indicazioni di utilizzo di specifici interventi sanitari. In sostanza, esse rappresentano uno strumento finalizzato ad indirizzare le pratiche professionali verso un utilizzo clinicamente razionale delle risorse, favorendo l'impiego di interventi sanitari efficaci nei pazienti che effettivamente ne possano beneficiare. Oggi la priorità dovrebbe essere data non tanto alla elaborazione di nuove linee guida, quanto piuttosto all'adozione di quelle di buona qualità già disponibili e inerenti a problemi assistenziali rilevanti. È su questo terreno che dovrebbero misurarsi le competenze cliniche ed organizzative presenti nei servizi. La costituzione di gruppi di lavoro multidisciplinari e

multiprofessionali per la “traduzione” delle linee-guida in percorsi diagnostico-terapeutici locali rappresenta l’opportunità per identificare quali aspetti della pratica clinica siano da monitorare, quali informazioni siano da raccogliere in modo strutturato e continuativo ed infine quali indicatori siano utili per verificare l’effettivo raggiungimento degli obiettivi clinici. A partire da queste premesse, coniugare le linee-guida con conseguenti attività di audit clinico significa costruire il necessario legame tra gli strumenti tecnici disponibili (le linee-guida) e le finalità di efficacia ed appropriatezza che queste ultime dovrebbero perseguire.

Consumi risultanti da SCARICHI AI REPARTI

Gennaio - Settembre	2011	2012	Diff.									
FARMACI	20.739.723,56	21.086.182,01	346.458,45									
MATERIALE SANITARIO	14.743.306,50	14.499.497,60	-243.808,90									
MATERIALE ECONOMALE	704.025,97	740.817,49	36.791,52									
Gennaio - Settembre	FARMACI + MATERIALE SANITARIO			FARMACI			MATERIALE SANITARIO			MATERIALE ECONOMALE		
TIPO	2011	2012	Diff.	2011	2012	Diff.	2011	2012	Diff.	2011	2012	Diff.
Amministrativi	4.945,21	9.903,23	4.958,02	681,71	567,89	-113,82	4.263,50	9.335,34	5.071,84	60.371,23	91.483,09	31.111,86
Carceri	102.284,13	97.152,92	-5.131,21	96.968,02	89.217,77	-7.750,25	5.316,11	7.935,15	2.619,04	1.836,46	2.047,32	210,86
Day/Ambulatori	3.612.431,39	3.762.055,34	149.623,95	1.753.909,46	2.071.340,21	317.430,75	1.858.521,93	1.690.715,13	-167.806,80	57.013,48	58.750,78	1.737,30
Diabetici	1.243.385,71	1.216.525,06	-26.860,65	5.641,18	7.130,30	1.489,12	1.237.744,53	1.209.394,76	-28.349,77	592,64	108,74	-483,90
Dialisi	2.062.834,35	2.147.639,20	84.804,85	700.923,74	675.489,53	-25.434,21	1.361.910,61	1.472.149,67	110.239,06	10.441,24	10.532,80	91,56
Farmacia Territoriale	8.868.196,90	8.680.569,80	-187.627,10	8.827.178,89	8.604.407,02	-222.771,87	41.018,01	76.162,78	35.144,77	12.283,06	11.078,68	-1.204,38
Reparti Bordighera	685.150,36	191.015,31	-494.135,05	170.267,05	137.579,50	-32.687,55	514.883,31	53.435,81	-461.447,50	25.420,76	35.005,14	9.584,38
Reparti Imperia	1.333.493,52	1.383.888,46	50.394,94	739.650,74	715.308,21	-24.342,53	593.842,78	668.580,25	74.737,47	105.622,41	109.991,70	4.369,29
Reparti Sanremo	2.522.239,47	2.886.367,11	364.127,64	2.102.320,79	2.379.122,59	276.801,80	419.918,68	507.244,52	87.325,84	102.173,01	115.042,19	12.869,18
Piani Terapeutici	4.632.664,76	4.710.770,50	78.105,74	4.631.313,77	4.708.423,99	77.110,22	1.350,99	2.346,51	995,52	0,00	696,97	696,97
Primo Ciclo	403.382,61	354.548,49	-48.834,12	403.288,63	354.548,49	-48.740,14	93,98	0,00	-93,98	0,00	0,00	0,00
Pronti Soccorso	316.375,65	322.094,82	5.719,17	130.599,58	114.273,11	-16.326,47	185.776,07	207.821,71	22.045,64	57.884,98	61.412,15	3.527,17
Servizi	5.040.194,63	5.139.765,84	99.571,21	151.962,48	323.685,99	171.723,51	4.888.232,15	4.816.079,85	-72.152,30	94.823,04	94.273,65	-549,39
Sale Operatorie	2.883.404,78	3.018.092,66	134.687,88	201.789,50	189.220,73	-12.568,77	2.681.615,28	2.828.871,93	147.256,65	67.998,97	54.231,83	-13.767,14
Territorio	1.772.046,59	1.665.290,87	-106.755,72	823.228,02	715.866,68	-107.361,34	948.818,57	949.424,19	605,62	107.564,69	96.162,45	-11.402,24

Consumi risultanti da ORDINATO

CONTO 120 (farmaci e materiale sanitario - distribuzione diretta compresa)

	Ordinato 2011	Ordinato 2012	Differenza	Somma incrementale 2011	Somma incrementale 2012	Incr. %	Proiezione 2012
Gennaio	7.430.833,81	6.797.458,05	-633.375,76	7.430.833,81	6.797.458,05	-8,52%	43.932.389,32
Febbraio	3.683.866,51	3.936.824,23	252.957,72	11.114.700,32	10.734.282,28	-3,42%	46.382.172,87
Marzo	4.137.283,14	4.291.902,80	154.619,66	15.251.983,46	15.026.185,08	-1,48%	47.314.934,60
Aprile	3.898.191,97	3.788.235,23	-109.956,74	19.150.175,43	18.814.420,31	-1,75%	47.183.909,37
Maggio	4.055.088,25	4.596.460,97	541.372,72	23.205.263,68	23.410.881,28	0,89%	48.451.484,84
Giugno	3.772.878,56	4.019.871,14	246.992,58	26.978.142,24	27.430.752,42	1,68%	48.831.663,16
Luglio	4.844.341,58	4.564.168,11	-280.173,47	31.822.483,82	31.994.920,53	0,54%	48.286.174,27
Agosto	2.740.780,83	2.885.570,72	144.789,89	34.563.264,65	34.880.491,25	0,92%	48.466.724,73
Settembre	4.221.909,22	3.528.270,87	-693.638,35	38.785.173,87	38.408.762,12	-0,97%	47.559.842,07
Ottobre	3.818.667,09	4.522.762,72	704.095,63	42.603.840,96	42.931.524,84	0,77%	48.395.323,27
Novembre	3.730.772,95	0,00	-3.730.772,95	46.334.613,91	42.931.524,84	-7,34%	44.498.626,01
Dicembre	1.691.321,89	0,00	-1.691.321,89	48.025.935,80	42.931.524,84	-10,61%	42.931.524,84
	48.025.935,80	42.931.524,84					

DISTRIBUZIONE DIRETTA

	Ordinato 2011	Ordinato 2012	Differenza	Somma incrementale 2011	Somma incrementale 2012	Incr. %	Proiezione 2012
Gennaio	2.540.703,00	2.203.110,00	-337.593,00	2.540.703,00	2.203.110,00	-13,29%	11.509.267,67
Febbraio	1.106.840,00	1.173.773,00	66.933,00	3.647.543,00	3.376.883,00	-7,42%	12.287.994,33
Marzo	1.089.304,37	1.229.364,17	140.059,80	4.736.847,37	4.606.247,17	-2,76%	12.906.938,96
Aprile	1.010.110,00	1.033.896,00	23.786,00	5.746.957,37	5.640.143,17	-1,86%	13.026.194,60
Maggio	948.535,00	1.378.977,35	430.442,35	6.695.492,37	7.019.120,52	4,83%	13.914.435,41
Giugno	960.395,00	934.604,00	-25.791,00	7.655.887,37	7.953.724,52	3,89%	13.789.242,79
Luglio	1.344.507,00	1.211.092,00	-133.415,00	9.000.394,37	9.164.816,52	1,83%	13.515.360,82
Agosto	817.685,00	1.012.276,06	194.591,06	9.818.079,37	10.177.092,58	3,66%	13.758.230,96
Settembre	1.115.294,00	1.211.552,00	96.258,00	10.933.373,37	11.388.644,58	4,16%	13.825.577,13
Ottobre	872.824,00	1.470.615,00	597.791,00	11.806.197,37	12.859.259,58	8,92%	14.456.772,04
Novembre	1.059.970,00	0,00	-1.059.970,00	12.866.167,37	12.859.259,58	-0,05%	13.265.761,21
Dicembre	406.720,00	0,00	-406.720,00	13.272.887,37	12.859.259,58	-3,12%	12.859.259,58
	13.272.887,37	12.859.259,58					

OSPEDALE

	Ordinato 2011	Ordinato 2012	Differenza	Somma incrementale 2011	Somma incrementale 2012	Incr. %	Proiezione 2012
Gennaio	4.890.130,81	4.594.348,05	-295.782,76	4.890.130,81	4.594.348,05	-6,05%	32.650.987,57
Febbraio	2.577.026,51	2.763.051,23	186.024,72	7.467.157,32	7.357.399,28	-1,47%	34.242.221,31
Marzo	3.047.978,77	3.062.538,63	14.559,86	10.515.136,09	10.419.937,91	-0,91%	34.438.413,70
Aprile	2.888.081,97	2.754.339,23	-133.742,74	13.403.218,06	13.174.277,14	-1,71%	34.159.430,18
Maggio	3.106.553,25	3.217.483,62	110.930,37	16.509.771,31	16.391.760,76	-0,71%	34.504.636,37
Giugno	2.812.483,56	3.085.267,14	272.783,58	19.322.254,87	19.477.027,90	0,80%	35.031.423,53
Luglio	3.499.834,58	3.353.076,11	-146.758,47	22.822.089,45	22.830.104,01	0,04%	34.765.252,85
Agosto	1.923.095,83	1.873.294,66	-49.801,17	24.745.185,28	24.703.398,67	-0,17%	34.694.361,78
Settembre	3.106.615,22	2.316.718,87	-789.896,35	27.851.800,50	27.020.117,54	-2,99%	33.715.287,22
Ottobre	2.945.843,09	3.052.147,72	106.304,63	30.797.643,59	30.072.265,26	-2,36%	33.934.508,27
Novembre	2.670.802,95	0,00	-2.670.802,95	33.468.446,54	30.072.265,26	-10,15%	31.226.513,30
Dicembre	1.284.601,89	0,00	-1.284.601,89	34.753.048,43	30.072.265,26	-13,47%	30.072.265,26
	34.753.048,43	30.072.265,26					

Richieste prestazioni laboratorio e radiologia reparti

Come si può vedere dalle tabelle seguenti a fronte di un controllo sui costi per le attività di degenza, soprattutto per le richieste di radiologia, non sembra esserci un'evoluzione logica nell'andamento delle richieste per quanto riguarda l'attività diurna. Pertanto l'obiettivo 2013 sulle attività di degenza sarà il mantenimento di quanto fatto nel 2012, escludendo situazioni particolari che si analizzeranno durante la discussione di budget, mentre per quanto riguarda le richieste dei reparti day si effettuerà un'analisi più dettagliata per capire le ragioni dell'evolversi degli indici rappresentati ed individuare strategie di miglioramento

RICHESTE LABORATORIO/SIT (Escluso sacche) GENNAIO - AGOSTO				
Prestazioni con maggior richieste	2009	2010	2011	2012
TOTALE	869.519	811.835	805.671	787.888
EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L. [90.62.2]	57.403	57.232	59.177	59.338
CREATININA [SIU\dlU\La] [90.16.3]	47.020	45.502	44.836	47.174
UREA [SIPIU\dlU] [90.44.1]	41.629	40.643	40.643	42.282
POTASSIO [SIU\dlU(Sg)Er] [90.37.4]	37.894	35.615	35.407	36.465
SODIO [SIU\dlU(Sg)Er] [90.40.4]	34.437	32.521	32.506	32.841
ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S] [90.09.2]	35.049	33.184	33.412	32.722
ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [SIU] [90.04.5]	35.126	33.191	33.403	32.697
GLUCOSIO [SIPIU\dlU\La] [90.27.1]	36.800	34.210	32.466	31.649
TEMPO DI PROTROMBINA (PT) [90.75.4]	30.015	28.882	29.093	28.322
CALCIO TOTALE [SIU\dlU] [90.11.4]	26.565	25.261	25.874	26.582
PROTEINE [SIU\dlU\La] [90.38.5]	29.956	26.978	26.358	25.022
TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT) [90.76.1]	25.573	25.061	25.098	24.539
PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa) [90.72.3]	14.641	14.313	16.266	17.591
CLORURO [SIU\dlU] [90.13.3]	20.432	17.868	18.002	17.355
BILIRUBINA TOTALE [90.10.4]	17.405	16.183	15.952	15.407
CREATINCHINASI (CPK o CK) [90.15.4]	17.408	14.560	13.948	15.209
PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S] [90.38.4]	17.924	15.674	14.828	13.040
COLINESTERASI (PSEUDO-CHE) [90.14.4]	13.400	12.721	13.480	13.036
URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO [90.44.3]	16.683	15.081	13.613	12.201
BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA [90.10.5]	14.530	12.841	13.412	11.940
FIBRINOGENO FUNZIONALE [90.65.1]	11.294	11.576	11.606	11.807
GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [SIU] [90.25.5]	13.645	11.945	11.743	11.163
TRIGLICERIDI [90.43.2]	12.450	10.610	10.250	9.761
COLESTEROLO TOTALE [90.14.3]	12.672	10.728	10.378	9.725
COLESTEROLO HDL [90.14.1]	11.238	9.262	9.193	8.865
FERRO [S] [90.22.5]	7.595	7.762	7.914	8.622
VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBsAg [91.18.5]	9.845	9.728	9.575	8.446
VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI [91.19.5]	10.181	10.249	9.678	8.353
FERRITINA [P(Sg)Er] [90.22.3]	9.978	9.440	9.107	8.208
VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTICORPI [91.22.4]	9.094	9.136	8.652	7.526
VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE (VES) [90.82.5]	11.418	10.314	8.977	7.424
ESAME COLTURALE DEL SANGUE [EMOCOLTURA] [90.94.1]	5.013	4.986	5.918	7.014
Divisione Prestazioni per richiedente	2009	2010	2011	2012
TOTALE ORDINARI (escluso Ricostruzione Tridim. TC)	723.696	691.043	707.335	686.891
TOTALE DH	134.511	112.822	94.462	97.518
TOTALE DS	11.312	7.970	3.874	3.479
Indici	2009	2010	2011	2012
Prestazioni a giornata degenza ordinaria	5,96	5,80	6,09	5,94
Prestazioni a dimesso ricoveri ordinari	8,73	7,78	6,68	7,04
Prestazione per dh diagnostico	37,04	41,81	47,60	123,86
Prestazioni per dh medico	26,93	27,14	26,04	51,58

RICHIESTA RADIOLOGIA GENNAIO - AGOSTO				
Aggregazione prestazioni	2009	2010	2011	2012
TOTALE	24.125	21.939	21.148	22.273
Totale agio rm	226	197	136	121
Totale altro	176	111	111	255
Totale artro	43	36	42	35
Totale biopsia	119	144	123	149
Totale cistografia	54	32	29	12
Totale clisma	286	182	166	171
Totale doppler	104	118	89	104
Totale ecografia	3.667	2.776	2.256	2.425
Totale mammografia	48	62	35	42
Totale ricostruzione tridim	0	0	87	1.520
Totale rm	1.366	1.157	1.099	872
Totale rx	13.569	12.952	12.980	12.288
Totale tc	4.402	4.098	3.939	4.222
Totale urografia	65	74	56	57
Prestazioni con maggior richieste	2009	2010	2011	2012
RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS [87.44.1]	8.047	7.340	7.350	7.501
ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO [88.76.1]	1.530	1.291	1.582	1.780
RICOSTRUZIONE TRIDIMENSIONALE TC [88.90.2]	0	0	87	1.520
RADIOGRAFIA DEL FEMORE, GINOCCHIO E GAMBA [88.27]	1.464	1.554	1.723	1.422
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO [87.03]	1.055	1.067	1.134	1.212
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO [88.01.6]	547	527	805	955
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO [87.41.1]	883	806	836	924
RADIOGRAFIA DELL' ADDOME [88.19]	595	586	535	652
RADIOGRAFIA DI PELVI E ANCA [88.26]	918	861	896	593
RADIOGRAFIA DELLA COLONNA LOMBOSACRALE [87.24]	318	293	277	423
RADIOGRAFIA DEL PIEDE E DELLA CAVIGLIA [88.28]	397	441	385	314
RADIOGRAFIA DEL POLSO E DELLA MANO [88.23]	319	333	440	306
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE [87.41]	221	231	247	274
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO [87.03.1]	458	374	235	270
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO [88.91.1]	240	207	323	266
RADIOGRAFIA DELLA SPALLA E DELL' ARTO SUPERIORE [88.21]	333	381	374	219
DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO [88.71.4]	227	172	156	193
INIEZIONE DI ALTRI FARMACI NEL CANALE VERTEBRALE [03.92]	11	7	1	171
RADIOGRAFIA DEL TRATTO GASTROINTESTINALE INFERIORE [87.64]	155	138	115	171
ALTRA RADIOGRAFIA DI COSTE, STERNO E CLAVICOLA [87.43.2]	159	184	137	166
ECOGRAFIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO [88.79.1]	132	124	135	150
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO [88.91.2]	424	365	145	141
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO [88.01.5]	95	80	126	140
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA [88.93]	219	203	193	123
ANGIO- RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO [88.91.5]	178	170	127	118
RADIOGRAFIA DELLA COLONNA TORACICA (DORSALE) [87.23]	152	139	148	111
BIOPSIA ECO-GUIDATA DELLA MAMMELLA [85.11.1]	68	75	77	107
RADIOGRAFIA DEL GOMITO E DELL' AVAMBRACCIO [88.22]	138	145	99	105
ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE [88.74.1]	850	580	163	102
Divisione Prestazioni per richiedente	2009	2010	2011	2012
TOTALE ORDINARI (escluso Ricostruzione Tridim. TC)	20.311	18.379	17.794	17.658
TOTALE DH	3.325	2.938	2.793	2.369
TOTALE DS	489	622	474	726
Indici	2009	2010	2011	2012
Prestazioni a giornata degenza ordinaria	0,166	0,153	0,151	0,153
Prestazioni a dimesso ricoveri ordinari	1,309	1,269	1,237	1,275
Prestazione per dh diagnostico	0,924	1,088	1,397	2,961
Prestazione per dh medico	0,665	0,700	0,776	0,948

6. IL RUOLO DEL TERRITORIO

PERCORSI PER L'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA E LA TUTELA DELLA SALUTE SUL TERRITORIO

La *salute*, definita dall'OMS come "stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia", viene inquadrata come diritto umano inalienabile costituzionalmente sancito e tutelato. La salute è un bene collettivo da conquistare e tutelare attraverso l' integrazione tra le azioni che competono alle Istituzioni ed alla società, ponendo attenzione non solo agli aspetti specificatamente sanitari.

Le idee di fondo sono, pertanto, quella della "Salute in tutte le politiche" (*Health in all policies*), come promossa dall' OMS e dall'UE e quella dei finanziamenti convergenti e complementari, sui medesimi obiettivi, da parte dei diversi soggetti istituzionali.

Lo stato della salute della popolazione è determinato in larga misura da fattori esterni al settore sanitario – quali i fattori socio-economici, sociali ed ambientali che influenzano gli stili di vita e i comportamenti. La politica sanitaria deve, pertanto, mirare a migliorare i servizi sanitari pubblici e i sistemi sanitari e allo stesso tempo, ad interagire con le politiche e i processi decisionali in settori diversi da quello della salute per migliorare la salute.

Salute non identifica più semplicemente la cura della malattia ma, prima ancora, la promozione del benessere e lo sviluppo delle capacità personali, tenendo conto delle differenti condizioni di ciascuno. È una autentica rivoluzione che incide sui modelli di organizzazione sanitaria spostando l'attenzione dalla fase acuta alla prevenzione primaria,secondaria e terziaria, alla promozione di corretti stili di vita, ai rapporti tra salute, sicurezza, ambiente di vita e di lavoro.

Una Sanità pubblica deve, pertanto, inserire nella propria agenda istituzionale una politica di promozione della salute centrata sul rinforzo dell' azione comunitaria, attraverso la partecipazione e lo sviluppo delle competenze individuali.

Salute	Prevenire e ridurre l'eccesso di disabilità, malattie croniche e mortalità prematura
	Ridurre i fattori di rischio associati alle malattie principali e aumentare i fattori protettivi la salute
	Sviluppare in continuo i servizi socio-sanitari accessibili e fruibili per le persone che invecchiano
	Formare ed educare i <i>caregivers</i>
Partecipazione	Creare opportunità di formazione e apprendimento durante tutta la vita
	Rendere possibile la partecipazione ad attività economiche e di volontariato assecondando preferenze e capacità delle persone
	Incoraggiare e rendere possibile la partecipazione ad attività sociali e comunitarie
Sicurezza	Assicurare la protezione, la sicurezza e la dignità delle persone che invecchiano, affrontando i problemi sociali ed economici
	Ridurre le disuguaglianze in fatto di sicurezza e di bisogni delle donne che invecchiano

La Legge Regionale 24 maggio 2006 n. 12 "Promozione del sistema integrato dei servizi sociali e socio-sanitari" stabilisce, agli art. 35-36-39 , che la ASL ha specifiche competenze socio-sanitarie rivolte alle fasce deboli. La complessità della dimensione problematica, rende necessari interventi in rete fra servizi socio-sanitari,l'ASL sempre di più dovrà farsi promotore dell'attivazione di percorsi di ben-essere, di ricerca della qualità della vita, ricercando sinergie tra tutti i soggetti presenti sul territorio al fine di produrre risorse per soddisfare le esigenze di salute dei cittadini.

E' ormai evidente che la prevenzione esclusivamente sanitaria non è sufficiente, è necessario costruire una cultura condivisa in un sistema di rete in cui la "salute" diviene preoccupazione globale della comunità e non solo del sistema sanitario.

Compito della ASL è agire da promotore di cambiamenti, riconoscendo la necessità di adottare nell'impegno di cura, specifiche iniziative di riabilitazione psico-sociale quali modalità di intervento volti a favorire il recupero di abilità perdute o danneggiate e la riacquisizione di maggior autonomia. Tali trattamenti possono ridurre le richieste di assistenza, di ricovero in ambito ospedaliero o in altri contesti residenziali, determinando quindi una riduzione dell' investimento economico della Azienda.

Vi è un consenso emergente nel campo della disabilità in generale, corroborato dalle evidenze scientifiche e culturali emergenti dalla letteratura scientifica (Buntinx & Schalock, 2010), che suggerisce di perseguire la comprensione e l'applicazione delle migliori prassi centrate sui modelli concettuali che riguardano:

- il funzionamento umano nella disabilità
- la Qualità della Vita
- i Sostegni individualizzati.

Questi modelli hanno importanti implicazioni per il campo professionale. Spiegano la natura della disabilità, il significato del benessere personale e l'importante ruolo che i sostegni individualizzati rivestono nell'accrescere il funzionamento umano e la qualità della vita. Per una valida ed efficace catena di processi di intervento professionale, diviene pertanto imprescindibile la promozione della transizione dal "modello assistenziale" (derivante da sistemi culturali e informativi basati sul deficit e la psicopatologia) verso il modello centrato sul "paradigma dei sostegni per la Qualità di Vita.

Quindi progettare percorsi che siano realmente in grado di contenere le complicità, implementare (e quindi mantenere) le life skills, favorire l'autonomia e/o ritardare la non autosufficienza, migliorare l'efficacia del sistema e l'appropriatezza degli interventi, ottimizzando le risorse disponibili.

Obiettivo strategico è riequilibrare il focus tra la "sanità d'attesa" e "sanità d'iniziativa". La prima, demandata tradizionalmente all'ospedale, deve definirsi all'interno di un alveo preciso per operare con eccellenza sulle acuzie e sulle emergenze; la seconda, espressa dai servizi territoriali, è rivolta sia agli aspetti di prevenzione/counselling/informazione della popolazione sana sia alle attività necessarie per una migliore gestione dello stato di salute di tutte le tipologie di assistiti

La struttura demografica ed epidemiologica della popolazione ligure evidenzia la necessità di interventi che promuovano migliori stili di vita e salute anche attraverso una maggiore integrazione e organicità tra le reti assistenziali. L'obiettivo è promuovere misure organizzative che migliorino e rendano uniforme l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), agendo sul piano delle sinergie di offerta, dell'appropriatezza della domanda, su quello della semplificazione dell'accesso ai servizi e dei percorsi assistenziali.

Di fronte all'innalzamento dell'età media di vita e alle correlate caratteristiche di fragilità, cronicità e non autosufficienza, il SSN dovrà promuovere e sostenere una presenza sempre più attiva della comunità locale per poter soddisfare un bisogno di salute complesso (welfare community). In questa prospettiva il volontariato, nelle sue diverse espressioni, diventa fondamentale strumento di integrazione al sistema pubblico, in attuazione del principio di sussidiarietà (art. 118 Cost.), secondo cui il cittadino deve avere la possibilità di cooperare con le istituzioni nel definire gli interventi che incidono sulle realtà sociali a lui più prossime.

La programmazione, gestione, verifica e controllo dell'erogazione delle prestazioni sanitarie e socio sanitarie legate alla promozione della salute, prevenzione cura e riabilitazione non può prescindere dall'assunto che: "il bisogno di salute è complesso, necessita di interventi "curativi" ed interventi "assistenziali": nel garantire l'appropriatezza dell'intervento tecnico sanitario e la continuità tra cure primarie ed intermedie è necessario attivare un progetto individualizzato di presa

in carico che richieda l'integrazione di servizi ed attività a livello multidimensionale e multiprofessionali in particolar modo per i cittadini "fragili".

Predisporre una presa in carico globale della persona "fragile" e della sua famiglia prevede che gli operatori dei diversi sistemi (sistema sanitario/sistema sociale) favoriscano la costruzione di una rete integrata tra i servizi sanitari e i servizi sociali: nel contesto territoriale, il Distretto socio-sanitario, deve essere riconosciuto quale unità di riferimento del processo di programmazione per pensare, programmare e poi attuare il sistema integrato di servizi ed interventi, nel quadro dei livelli essenziali definiti dall'art. 22 della l. 328/2000.

La rilevanza strategica dell'integrazione socio-sanitaria si manifesta principalmente in quattro fasi del percorso assistenziale che caratterizza principalmente le persone anziane con malattie croniche e le persone con disabilità:

- la fase dell'accesso del cittadino ai servizi territoriali-distrettuali; questa fase, che può verificarsi sia al momento della dimissione da un ricovero ospedaliero sia a seguito del progressivo aggravamento di una situazione patologica cronica, origina dalla necessità di fare fronte a nuove e più complesse necessità assistenziali ed è caratterizzata spesso più dall'espressione di una difficoltà o di un bisogno che dall'esplicita richiesta di un servizio;
- la valutazione del bisogno da parte del SSN e la sua traduzione nella richiesta circostanziata e motivata di un intervento; questa attività deve essere svolta da un'equipe valutativa multiprofessionali che, attraverso l'utilizzo di strumenti standardizzati, indagli le diverse dimensioni - clinica, di autonomia funzionale e sociale - della persona e definisca un progetto individuale di assistenza;
- la costruzione di un progetto individuale, compatibile con le risorse a disposizione, nel quale vengono individuate le responsabilità dei soggetti/strutture coinvolte;
- la valutazione periodica e sistematica, da parte di un'equipe multi-professionale, della presa in carico degli assistiti e del loro stato di salute/benessere.

Regione Liguria - Piano della Performance 2012-2014

Diritti sociali, politiche sociali e famiglia	Tutela della salute	Interventi per la disabilità	Realizzazione del progetto finanziato dal Ministero Politiche Sociali per il sostegno a domicilio delle persone affette da SLA e delle loro famiglie attraverso interventi sociosanitari. Avvio della revisione della filiera dei servizi sociosanitari per disabili
		Interventi per gli anziani	Realizzazione del progetto di community per anziani nei 19 distretti finalizzato alla coesione sociale, alla prevenzione del disagio e all'isolamento sociale. Avvio del nuovo sistema regionale per la vigilanza e la valutazione di qualità delle strutture residenziali e semiresidenziali per anziani in collaborazione con ARS nella previsione di un sistema di accreditamento premiale.
		Interventi per soggetti a rischio di esclusione sociale	Integrazione in riferimento ad emergenze e criticità
		Interventi per le famiglie	Promozione di iniziative per i giovani atte a favorire la socializzazione, lo scambio tra pari, acquisizioni di stili di vita positivi, nonché acquisizione di competenze utilizzabili ai fini di favorire l'ingresso nel mondo del lavoro
		Programmazione e governo della rete dei servizi sociosanitari e sociali	Approvazione del Piano Sociale Integrato Regionale (PSIR) attraverso un percorso partecipato con Comuni, ASL, Terzo Settore ed altri stakeholders
		Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA	Implementare il Piano di Prevenzione
			Implementare le attività del Dipartimento Cure Primarie

IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI PREVENZIONE REGIONALE

In considerazione della struttura e delle dinamiche demografiche della nostra Regione il problema del contenimento – nei limiti possibili – delle cronicità è al primo posto.

Sono quindi necessari programmi, rivolti a gruppi “a rischio” della popolazione, per la gestione integrata dei problemi legati alle malattie cardiovascolari e al diabete.

Ma sono anche necessarie azioni di “prevenzione universale” per favorire l’adozione di sani stili di vita in tutte le fasce della popolazione e in particolare azioni per favorire quanto più possibile un “invecchiamento in salute”.

Gli indicatori relativi allo stato di salute percepito e alla depressione (che rappresentano dei forti ostacoli all’adozione di stili di vita positivi) confermano la necessità di agire in questo senso.

Il miglioramento dei programmi di screening oncologico, con particolare riferimento a quello relativo ai tumori del colon e a quello relativo ai tumori della cervice uterina, costituisce un’altra priorità. risultano specifiche criticità legate alle malattie professionali, al consumo di alcol, ad alcuni programmi vaccinali (antinfluenzale nei soggetti a rischio e antirosolia), rispetto alle quali sono necessari opportuni interventi.

La scelta di dare continuità alla programmazione prevista dal Piano Regionale della Prevenzione va vista nell’ottica di perseguire il completo raggiungimento degli obiettivi precedentemente stabiliti e di soddisfare appieno le priorità di salute della popolazione.

Sorveglianza di popolazione

PASSI, PASSI D’ARGENTO, OKKIO ALLA SALUTE, HBSC rappresentano i sistemi di sorveglianza di popolazione, in grado di monitorare i fattori di rischio e la loro distribuzione nella popolazione con la raccolta di informazioni da parte di ciascuna ASL con metodologia standardizzata e validata a livello nazionale ed internazionale.

In particolare al fine di raccogliere importanti informazioni sullo stato di salute, sui bisogni di assistenza sanitaria e sociale della fascia di popolazione over 65 anni, l’ASL 1 ha aderito a PASSI d’Argento, con obiettivi preventivi e di miglioramento dell’offerta di servizi socio-sanitari.

Per tutti i sistemi di sorveglianza sopraccitati, l’approccio adottato è basato su un sistema di rilevazione continua (PASSI) o su indagini epidemiologiche ripetute a cadenza regolare su campioni rappresentativi della popolazione di studio. Esse valorizzano il ruolo della conoscenza epidemiologica relativa agli stili di vita e ai fattori di rischio comportamentali per la programmazione e la valutazione di interventi di prevenzione nel campo delle malattie cronicodegenerative.

PIANO REGIONALE PREVENZIONE PRIORITA' DI INTERVENTO	
Anziani-patologie croniche	Intervento Sostenibilità Sistema di sorveglianza PASSI PASSI d'argento Gruppi di cammino Programma di prevenzione del diabete "IGEA" Programma cardiovascolare: carta del rischio cardiovascolare; Programma di protezione e promozione della salute negli anziani per prevenzione delle malattie osteoarticolari, della disabilità e della non autosufficienza
Rischi occupazionali	Intervento Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie lavoro correlate.
Screening oncologici	Programmi screening mammella, colon-retto e cervice uterina
Malattie prevenibili con la vaccinazione	Intervento Eliminazione/contenimento del morbillo e della rosolia congenita Migliorare la copertura per la vaccinazione anti-influenzale nei soggetti ad alto rischio di età compresa tra 6 mesi e 64 anni
Adolescenti e fascia pediatrica	Intervento Attività di promozione della salute e benessere degli adolescenti OKkio alle 3 A, Pedibus e OKkio alla salute.

6.1 L'evoluzione del Distretto

A fronte dell'attuale contingenza ci troviamo di fronte a cambiamenti che impongono alla sanità pubblica scenari di assistenza assai diversi rispetto al passato: la migliore aspettativa di vita e l'invecchiamento della popolazione sono elementi positivi che consentono di individuare una nuova idea di promozione della salute e di prevenzione che coinvolge la medicina generale e i servizi territoriali nello sviluppo di una medicina "di iniziativa" e non solo "di attesa", valorizzando il rapporto con la persona e con la comunità locale.

Uno scenario che chiede al sistema sanitario di diventare promotore di politiche intersettoriali per favorire l'invecchiamento attivo e in buona salute. Vi è, inoltre, un incremento dell'incidenza delle malattie croniche e degenerative, che pongono la necessità di riorganizzare il sistema per garantire una efficace presa in carico anche di cronicità e disabilità e portano con sé l'esigenza di rafforzare i sistemi di assistenza primaria per offrire livelli di assistenza sul territorio appropriati ed efficaci, con percorsi di cura e assistenza ben organizzati all'interno della rete dei servizi.

In quest'ottica possiamo interpretare il fatto che il Piano Sanitario Nazionale 2011 – 2013 individua le grandi sfide assistenziali nelle seguenti quattro direttrici:

1. rilancio della prevenzione;
2. sviluppo delle cure primarie;
3. qualificazione della medicina specialistica ospedaliera;
4. integrazione tra questi livelli e, all'interno di questi livelli, di ciascuno degli specifici settori di attività.

Il Distretto è chiamato in campo a collaborare alla prima direttrice, è protagonista fondamentale della seconda direttrice, è ovviamente meno coinvolto nella qualificazione della medicina specialistica ospedaliera, anche se una parte della medicina specialistica è svolta in ambito distrettuale ed è chiamato fortemente in campo sulla quarta direttrice, che riguarda l'integrazione

delle tre linee precedenti. È, infatti, il Distretto che fa da perno per assicurare la continuità tra gli interventi di prevenzione, gli interventi assunti nelle cure primarie e gli interventi nella specialistica ospedaliera.

Più specificatamente il ruolo del Distretto si concentra in due aspetti:

- La presa in carico delle persone, soprattutto a fronte delle patologie croniche e complesse, con un lavoro in team e multidimensionale;
- Garantire la continuità delle cure e l'integrazione tra ospedale e territorio attraverso appositi percorsi e la presa in carico costante nel tempo da parte di un team caratterizzato da competenze sociali e sanitarie, nonché il monitoraggio mediante adeguati strumenti di valutazione di appropriatezza delle fasi di passaggio tra i vari setting assistenziali.

Per la Regione Liguria le funzioni del Distretto Sociosanitario e le modalità con cui si realizza l'integrazione tra le prestazioni sanitarie e quelle sociali sono indicate dall'art. 32 della L.R. 41/2006 "Riordino del Servizio Sanitario Regionale" e dall'art. 10 della L. R. 24 maggio 2006 n. 12 "Promozione del sistema integrato di servizi sociali e sociosanitari".

La recente proposta di riorganizzazione del territorio (DGR 12/10/2012) definisce i compiti del Distretto:

- a) osservazione epidemiologica e gestione dei servizi per la salute, per il territorio di competenza
- b) cure primarie e assistenza specialistica ambulatoriale
- c) attività per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia
- d) attività o servizi rivolti a disabili ed anziani
- e) attività o servizi di assistenza domiciliare integrata
- f) predisposizione programmi atti a garantire la continuità assistenziale.

Già con la **D.G.R. 809 del 08/07/2011** si è voluto rafforzare la figura del Direttore Sanitario del Distretto ed individuare con precisione la struttura in cui si realizza la presa in carico globale del cittadino per garantire e facilitare la transizione da un sistema basato su "domanda-offerta" ad uno incentrato su "presa in carico-continuità". Per fare questo è necessario porre la massima attenzione su:

1. Integrazione sociosanitaria : soprattutto in una situazione caratterizzata dalla scarsità di risorse finanziarie la presa in carico delle fragilità e delle cronicità ha necessità che alle prestazioni di cura si accompagnino anche servizi di tutela personale, di aiuto e di assistenza che debbono essere offerti secondo la strutturazione del Sistema sociale ligure ed in base alle indicazioni del Piano Sociale Integrato Regionale, attualmente in avanzata fase di stesura
2. Corretta valutazione dei bisogni attraverso l'elaborazione di profili di salute che tramite un ristretto set indicatori, portino ad individuare le caratteristiche salienti della popolazione di riferimento, i gruppi di popolazione a maggior rischio ed eventuali disuguaglianze nella salute e nell'assistenza sanitaria;
3. Gestione Integrata delle patologie croniche – degenerative : attraverso l'adozione di protocollo di gestione integrata improntati sul chronic care model e il disease management, interventi di prevenzione e di contrasto della cronicità mediante la medicina di iniziativa e la continuità assistenziale tra ospedale e territorio.

Rispetto a questi punti in riferimento al secondo si segnala la determina 57 del 26/07/2012 dell'ARS in cui si rafforza il concetto dell'importanza della misurazione dell'attività attraverso la valutazione dei risultati : il ciclo virtuoso della progettazione prevede che ogni azione debba poter essere monitorata e valutata. Solo in questo modo si può verificare :

- se i programmi incidono concretamente su ciò che ci si era prefissati;

- ❑ favorire la programmazione di azioni di eventuali azioni di correzione ed identificare area di eccellenza;
- ❑ l'andamento della propria struttura anche con il benchmarking con altre Aziende.

Per effettuare tali misure è stata elaborata una lista di indicatori rivolti essenzialmente a monitorare le attività distrettuali in tema di presa in carico delle cronicità e della fragilità. In particolare sono stati indicati 27 indicatori che monitorizzano il livello di utilizzo delle strutture ospedaliere ed ambulatoriali, l'utilizzo delle risorse e l'appropriatezza prescrittiva sia a livello farmaceutico che ambulatoriale.

Per quanto riguarda il terzo punto la Regione Liguria ha adottato la **DGR 518/2012** "Protocollo per la gestione integrata delle patologie croniche epidemiologicamente più rilevanti (diabete, scompenso cardiocircolatorio, broncopneumopatia cronica ostruttiva)" i cui obiettivi principali sono:

- ❑ porre al centro del processo assistenziale il paziente affetto da patologia cronica;
- ❑ favorire l'appropriatezza delle prestazioni e l'equità dell'accesso sulla base del livello di complessità;
- ❑ ottimizzare l'utilizzo delle risorse migliorando la presa in carico ambulatoriale;
- ❑ limitare l'accesso al Pronto Soccorso e il ricovero ospedaliero;
- ❑ ottimizzare la gestione delle risorse disponibili attraverso la prevenzione delle complicanze e la minor spesa conseguente alla riduzione di assistenza ospedaliera.

6.1.2 I protocolli Diagnostico Terapeutici Assistenziali

Il Percorso Assistenziale (profilo di cura, percorso diagnostico terapeutico, percorso diagnostico terapeutico assistenziale "PDTA") è uno strumento di governo clinico finalizzato sia al governo dei processi clinici ed organizzativi interni ad una struttura sanitaria, che a migliorare e rendere più facilmente fruibile il percorso alla persona che affronta la malattia. E' il perno su cui ruotano gli interventi trasversali delle diverse professionalità e specificità cliniche ed il cui coordinamento logistico e temporale è fondamentale per l'esito positivo e la qualità del processo di cura. Il termine "percorso", più di altri termini, rende ragione sia dell'esperienza del cittadino/paziente, sia dell'impatto organizzativo che lo strumento dei PDTA può avere nella realtà aziendale che lo utilizza. I termini "diagnostico", "terapeutico" e "assistenziale" consentono di affermare la prospettiva della presa in carico attiva e totale - dalla prevenzione alla riabilitazione - della persona che ha un problema di salute, per la gestione del quale, spesso, diventano necessari interventi multi professionali e multidisciplinari rivolti in diversi ambiti come quello psico-fisico, sociale e delle eventuali disabilità.

Lo sviluppo del percorso assistenziale nelle aziende sanitarie, è operazione funzionale al perseguimento di due obiettivi fondamentali:

1. l'avvio di processi di miglioramento continuo dei risultati, sia sanitari che economico-gestionali, basati sul sistematico confronto tra percorsi di riferimento, costruiti in funzione della migliore pratica seguita da una struttura sanitaria, ed effettivi, rappresentativi delle modalità reali di gestione dei casi;
2. la riprogettazione radicale dei percorsi attualmente gestiti in ragione di evoluzioni scientifiche, tecnologiche ed organizzative, del confronto tra percorsi gestiti da strutture sanitarie diverse (appartenenti alla medesima azienda o ad aziende diverse) e dal confronto con linee guida esistenti e condivise.

L'attivazione dei **PDTA integrati** presuppone un forte accordo fra le varie componenti aziendali ospedaliere e territoriali finalizzato a condividere gli obiettivi di salute definendo il percorso intorno alle esigenze del cittadino.

Pertanto la prima scelta attuata a livello aziendale è stata quella di attivare un percorso formativo coinvolgendo alcuni ruoli chiave aziendali (Medici di Medicina Generale, Direttori di distretto, Direzione sanitaria di presidio Uffici di staff e tecnostrutture responsabili delle aree di programmazione e controllo, Direttori di dipartimento clinico diagnostico, direttori di struttura complessa) per apprendere un linguaggio comune ed una comune metodologia programmatoria e operativa. Il corso residenziale “Dalle linee guida ai percorsi assistenziali” è stato realizzato nel novembre 2011 dal GIMBE di Bologna presso l’asll imperiese.

Una seconda fase è stata l’inizio della trattativa a livello aziendale con i medici di medicina generale per la definizione dei percorsi attuabili nell’ambito dei progetti di governo clinico di cui all’art. 59 lettera B dell’ACN per la Medicina Generale attualmente vigente. I percorsi individuati sono stati quelli già definiti a livello regionale con la delibera n. 518 del 4/5/12 (**BPCO, diabete, scompenso cardiaco**).

BPCO è in corso la realizzazione del percorso attraverso un gruppo di lavoro formato dai MMG (attraverso i rappresentanti delle loro società scientifiche) che si sta sviluppando attraverso vari step:

- analisi e condivisione dei dati aziendali disponibili (farmaceutica, attività specialistica, attività ospedaliera) (ottobre 2012)
- condivisione delle modalità di applicazione negli studi dei mmg della carta del rischio correlata alla patologia (ottobre 2012)
- definizione e condivisione del percorso e degli indicatori stabiliti a livello regionale (ottobre/ novembre 2012)
- corso obbligatorio di presentazione ai MMG del PDTA (novembre 2012)

Per quanto attiene gli altri 2 percorsi ed un ulteriore percorso per il malato oncologico, i MMG hanno individuato i loro componenti per i gruppi di lavoro ed inizieranno nel mese di dicembre 2012 gli incontri secondo le modalità già sperimentate per il percorso BPCO.

Per il **PDTA del malato oncologico** sarà realizzato a dicembre 2012 un corso condiviso dai MMG frutto di alcuni incontri tra le parti, che riguarderà principalmente 2 argomenti :

1. “I percorsi diagnostico-terapeutici in campo oncologico” (PTDA): (utilità, razionale, funzionamento)
Cosa sono?, a chi servono? (Centro di Accoglienza Oncologica, Telefono “dedicato”modalità di presa in carico del Paziente da parte delle singole Strutture Competenti), chi fa che cosa? In che tempi?, etc..)
2. ”Il follow-up dei Pazienti Oncologici” : il monitoraggio clinico-strumentale del Paziente in trattamento attivo e quello successivo di fine trattamento delle principali neoplasie incidenti nella Nostra Provincia saranno discussi, in particolare saranno sviluppati il punto di vista dell’Oncologo Medico e quello del Medico di Medicina Generale con i loro risvolti pratici nell’attività clinica quotidiana. In particolare verranno definiti i contenuti della relazione clinica preparata dal medico ospedaliero per consentire lo svolgimento del follow up del paziente oncologico sul territorio.

Criticità sono rappresentate da costi superflui imputabili ad esami inutili o carenza di esami indispensabili e generalmente dalla mancanza di programmi di follow-up standardizzati per questi Pazienti. Nella difficoltà di avere a disposizione Linee-Guida basate sull’evidenza, si discuterà di strutturare comportamenti condivisi tra le varie professionalità.

Obiettivo, non da considerare certamente secondario, inoltre, è quello di dare avvio nel prossimo futuro ad una intensa attività congiunta tra Specialisti Competenti in campo oncologico e Medicina Generale, organizzando incontri formativi che consentano di formulare raccomandazioni diagnostico-terapeutiche condivise sulla diagnosi e la terapia delle neoplasie a più elevata incidenza e sulle più varie problematiche emergenti in campo oncologico.

Sarà inoltre discussa insieme, dal punto di vista pratico, quella che può essere considerata la più adeguata comunicazione tra Oncologo Medico, MMG e Paziente (telefono dedicato, tipologia di corrispondenza, mail, altro).

6.1.3 Il Ruolo del MMG e del PLS: dagli Obiettivi alla Scheda di Budget

Le recenti indicazioni legislative sottolineano con forza la necessità di un riordino della sanità territoriale, da cui l'eventuale ripensamento di contenuti, servizi, prestazioni erogate dai professionisti delle cosiddette cure primarie. In particolare il Medico di Medicina Generale rappresenta uno snodo fondamentale nel rapporto tra cittadini ed offerta del SSN; al Medico è infatti affidato il compito cruciale di tradurre i bisogni sanitari, espressi dal paziente, in domanda di assistenza sanitaria (es. prevenzione, educazione, prestazioni dirette, prescrizioni di farmaci, visite specialistiche, esami diagnostici, ricoveri, ecc.).

In effetti proprio la crescente criticità del rapporto tra bisogni e risorse disponibili a livello regionale evidenzia, ancor più che in passato, la centralità del ruolo di Medico di Medicina Generale (MMG). Fenomeni quali l'invecchiamento della popolazione, l'evoluzione del quadro epidemiologico, lo sviluppo delle conoscenze scientifiche, l'innovazione tecnologica richiedono un attento governo dei consumi sanitari, nonché un progressivo riorientamento della rete di offerta in funzione dei reali bisogni di salute (es. bisogni socio-sanitari, patologie cronico-degenerative, ecc.).

In definitiva, quindi, sia i fenomeni in atto sia il processo di riorganizzazione della sanità comportano nuove aspettative nei confronti dei MMG, ai quali si chiede di: svolgere un ruolo di interfaccia rispetto alle esigenze degli assistiti, in virtù sia di specifiche competenze professionali sia della presenza territoriale (es. disponibilità telefonica nel progetto aziendale sulla assistenza domiciliare per pazienti valutati di alta intensità), impedendo che richieste improprie entrino nel meccanismo di offerta, incrementando i costi in modo inappropriato; diventare punto di riferimento, nell'ambito di percorsi concordati, per alcune prestazioni sanitarie offrendo maggiori prestazioni dirette o specialistiche rispetto alla domanda di salute dei propri pazienti (es. pazienti diabetici, ipertesi, ecc.).

A fronte di tale scenario, risulta pertanto necessario prevedere sistemi e strumenti che, da un lato, consentano al Medico di Medicina Generale la possibilità di orientare i suoi comportamenti in funzione delle aspettative di ruolo nell'ambito delle cure primarie e, dall'altro, non ne stravolgano la missione professionale nei confronti degli assistiti. In questa ottica, l'Azienda cerca una piattaforma comune volta sia a decentrare servizi su base territoriale, sia a sperimentare strumenti gestionali in grado di monitorare i fenomeni sanitari, ridurre l'inappropriatezza dei consumi, ri allocare le risorse disponibili in funzione di priorità assistenziali condivise.

In definitiva, l'elaborazione e negoziazione di un accordo complessivo per le cure primarie intende contribuire al ripensamento delle modalità di interazione tra ASL e MMG di modo che, attraverso le formule organizzative previste dalla convenzione, e l'implementazione di nuovi strumenti di lavoro (es. pdta/linee guida, report periodici predefiniti, ecc.) si possa alimentare nel tempo una capacità comune di governo della sanità locale, sia a livello clinico che gestionale, nell'interesse degli assistiti, dei MMG, dell'ASL.

Da alcuni anni sono incorso per l'Italia diverse esperienze definite di budgeting rivolto ai mmg che sono state realizzate attraverso accordi regionali o aziendali con le rappresentanze dei mmg; appaiono spesso come progetti inseriti all'interno di patti aziendali o sperimentazioni finalizzate all'utilizzo delle risorse contrattuali previste dall'acn vigente per progetti di governo clinico. Alcuni

progetti hanno sicuramente previsto una contrattazione sulla riduzione di costi (farmaceutica, specialistica, ricoveri ospedalieri e fughe) ma non attraverso l'affidamento al mmg di un vero budget e secondo un ciclo di budget completo.

Nella nostra Asl sono presenti da diversi anni, sistemi di monitoraggio per ciascun medico in relazione alla spesa farmaceutica ed alla prescrizione di esami specialistici. È inoltre disponibile l'individuazione del numero dei ricoveri e degli accessi ai servizi di Pronto Soccorso (PS) per singolo assistito, sono disponibili i dati di utilizzo dei trasporti ordinari di ogni assistito; il tutto riconducibile al medico prescrittore o che ha comunque in carico ciascun assistito.

Periodicamente vengono inviati a ciascun medico di mg i report relativi alla spesa farmaceutica ed ai consumi di prestazioni specialistiche e agli accessi di PS.

L'asl1 presenta inoltre un consolidato ed aggiornato sistema di budgeting per le strutture interne aziendali.

La contrattazione con i medici di medicina generale in ASL1 ha mantenuto nel tempo un buon rapporto fra le parti raggiungendo obiettivi di governo clinico (progetto integrato di cure domiciliari, informatizzazione degli studi e collegamento con la rete aziendale sperimentazione di referti on line, Progetto prenotazioni, avvio di percorsi TA, progetti di formazione) nel corso dell'ultimo anno è stata avviata una trattativa per raggiungere il progetto del budget per la mg.

In particolare sono stati effettuati alcuni incontri con le rappresentanze dei MMG per definire le linee essenziali del budgeting, quindi si è proceduto all'individuazione dei centri di costo con i quali poter avviare il progetto ritenendo che la costituzione delle aggregazioni funzionali (AFT) potesse rispondere in maniera adeguata a tale scopo. Ad oggi sono state individuate le aggregazioni da attivare nell'abito dei distretti e si procederà ad un progetto di formazione indirizzato ai referenti delle AFT con a tema il budget per la Medicina Generale.

6.1.4 Obiettivi per macro Aree Territoriali

Si indicano, di seguito, alcuni macro obiettivi per l'area del territorio quali elementi di confronto per la definizione degli obiettivi 2013.

Modalità operative e professionali per l'integrazione sociosanitaria

- ❖ Strumenti per la valutazione del bisogno, piano individualizzato di assistenza e monitoraggio degli esiti

Prevenzione e Sviluppo di Comunità

- ❖ Partecipazione a sistemi di sorveglianza della salute dei bambini, degli adolescenti e degli anziani (Okkio alla Salute - Hbsc Italia – PASSI – PASSI D'ARGENTO);
- ❖ Attività di promozione della salute e benessere dei bambini e degli adolescenti (Pedibus – Unplugged – Insieme per la sicurezza – Peer to Peer – Peer Education per la prevenzione delle malattie MST – Promozione dell' alimentazione sana e dell'attività fisica – Luoghi di prevenzione e ragazzi in gamba - Giovani, protagonisti e consapevoli);
- ❖ Invecchiamento attivo – Gruppi di Cammino – AFA;
- ❖ Interventi di sostegno alla maternità ed alla natalità – Promozione iniziative nell'ambito del percorso nascita;

- ❖ Abuso di alcol:azioni di prevenzione mirate in relazione a peculiari condizioni di vita e di lavoro, con particolare riferimento alla guida, alle attività lavorative, alla gravidanza;
- ❖ Definizione progetti territoriali coinvolgenti le realtà associative locali per Servizi di prossimità, interventi di accoglienza,informazione,prevenzione situazioni di disagio a rischio di salute e isolamento sociale.

Tutela dei minori e delle persone con fragilità sociale

- ❖ Assistenza agli adolescenti con problemi di salute psichica:promozione progettazione integrata;
- ❖ Protezione e sostegno alle vittime di abuso maltrattamento e violenza – Promozione/collaborazione iniziative Centro Antiviolenza Provinciale;
- ❖ Tutela giuridica e sociale nel rapporto con l’Autorità Giudiziaria. Attività di mediazione familiare;
- ❖ Definizione procedure per il passaggio competenze e presa in carico tra servizi (Infanzia - Età evolutiva - Adulti);
- ❖ Definizione percorso per la diagnosi e il trattamento disturbi specifici apprendimento (DSA) – Linee indirizzo;
- ❖ Promozione percorsi interdipartimentali per identificazione precoce disturbi psichici gravi all’ esordio, salute mentale e disturbi del comportamento alimentare nell’ adolescenza e nella giovane età adulta.

Non Autosufficienza

- ❖ Nuovi strumenti di supporto alla domiciliarietà: interventi per soggetti affetti da SLA e altre patologie neuromuscolari;
- ❖ Revisione organizzativa Cure Domiciliari con particolare riferimento alle cure oncologiche e palliative;
- ❖ Dimissioni protette:procedure di integrazione ospedale-territorio;
- ❖ Residenzialità e semiresidenzialità: sperimentazione modelli integrati sociosanitari, differenziazione dell’offerta (Social housing – Alloggi protetti – Sostegno all’abitare e all’accompagnamento in percorsi di inclusione sociale e vita indipendente);
- ❖ Riorganizzazione gestione liste di attesa e monitoraggio spesa (informatizzazione).

Psichiatria e dipendenze

Aree di bisogno prioritarie:

- ❖ Disturbi psichici correlati con le dipendenze patologiche e i comportamenti da abuso;
- ❖ Disabilità complesse e disturbi psichici correlati in età evolutiva e adulta;
- ❖ Disturbi di personalità;
- ❖ Salute mentale del paziente adulto con disabilità intellettiva;
- ❖ Identificazione precoce e intervento breve per la prevenzione dei problemi alcolcorrelati nella medicina di base – Promozione interventi;
- ❖ Urgenza psichiatrica:promozione sistema articolato per intensità di cure (SPCR Servizio Psichiatrico di Cura e Riabilitazione).

6.2 Piano attuativo dei tempi di attesa

Con Delibera Giunta Regionale n. 545 del 20/05/2011 (Recepim. Intesa Stato/Regioni 29/04/2010 sul documento “Sistema CUP – Linee Guida Nazionali” e dell’intesa Stato/Regioni 28/10/2010 “Piano nazionale di governo delle liste di attesa 2010 – 2012) e Deliberazione Asl1 Imperiese n.703 del 3/11/20011 recepimento DGR 545 del 20 maggio 2011 ed approvazione del piano attuativo aziendale Tempi di Attesa, è stato applicato anche in questa azienda il piano per il contenimento delle liste di attesa che prevede l’applicazione dei criteri di priorità clinica in relazione alla prenotabilità di alcuni esami e visite specialistiche secondo tempi massimi predefiniti (U B D P).

L’applicazione dei contenuti della delibera è avvenuta parallelamente alle vecchie modalità di prenotazione e quindi i nuovi criteri di priorità clinica sono stati adottati in fasi differenti nel corso degli ultimi sei mesi.

Criteri di priorità di accesso

L’accesso a prestazioni specialistiche di prima istanza, come una visita specialistica o prestazioni diagnostico-strumentali a medio-bassa complessità, necessarie per un adeguato inquadramento diagnostico, nel caso dei bisogni con carattere di non urgenza rappresentano spesso la “porta di ingresso” per trattamenti diagnostico-terapeutici, medici o chirurgici, di seconda istanza.

In un sistema in cui è difficile trovare un consenso sufficientemente diffuso sui criteri di priorità di accesso che siano coerenti con la gravità del bisogno sanitario, con un’offerta pubblica allargata caratterizzata da lunga attesa alla quale si affianca un’offerta specialistica “a pagamento” ugualmente abilitata, seppur indirettamente, ad attivare l’accesso a prestazioni specialistiche di seconda istanza, l’iniquità potenziale all’accesso alle prestazioni sanitarie si amplifica. Non può e non deve stupire quindi il fatto che la lunghezza delle liste di attesa sia percepita dalla popolazione come il principale ostacolo all’accesso ai servizi sanitari, ostacolo che arriva a compromettere il grado di fiducia nel SSN. L’accesso in tempo adeguato è sempre più percepito come un diritto, nella opinione pubblica se non nella legge.

Diventa pertanto fondamentale l’adozione di criteri clinici predefiniti di priorità. La stratificazione della domanda in classi con priorità di accesso formalmente differenziate è una metodologia da tempo applicata, soprattutto nell’ambito delle attività di emergenza, attraverso il metodo del triage. Per la specialistica ambulatoriale è possibile definire una priorità nelle richieste di prestazioni diagnostiche in modo da poter garantire una risposta appropriata ai bisogni dell’utente.

Pertanto, il medico richiedente dovrà sempre, oltre a formulare la richiesta di prestazione specialistica e il quesito diagnostico, stabilire ed indicare il grado di priorità:

- **Priorità U (Urgente): da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72ore;**
- **Priorità B (Breve): da eseguire entro 10 giorni;**
- **Priorità D (Differibile): da eseguire entro 30 giorni per le visite specialistiche ed entro 60 giorni per le prestazioni di diagnostica strumentale;**
- **Priorità P (Programmabile): da eseguire entro 12 mesi.**

Le prescrizioni di prestazioni ambulatoriali specialistiche garantite dal SSN devono sempre riportare:

- L'indicazione se trattasi di prima prestazione o controllo;
- Il quesito diagnostico;
- L'indicazione della classe di priorità.

Ad oggi si registra un riallineamento delle liste di attesa con disponibilità di prenotazione per quasi la totalità delle prestazioni soggette a monitoraggio nelle varie classi di priorità previste.

Permangono alcune criticità legate ad erogatori soprattutto ospedalieri causate da carenze di organici, che sono state superate in parte con attivazione di “prestazioni aggiuntive” che hanno determinato un incremento dell’offerta.

Criteri per l’appropriatezza dell’accesso secondo priorità cliniche: raggruppamenti omogenei di attesa

Gli specialisti delle branche oggetto di monitoraggio, hanno definito i criteri di accesso per priorità clinica, utilizzando la metodologia già sperimentata in altre regioni dei raggruppamenti omogenei di attesa in relazione al bisogno clinico dell’utente; il Comitato Aziendale dei MMG ha valutato e validato il documento definitivo e lo stesso è stato presentato a tutti i MMG in ogni distretto sanitario. Il manuale con le indicazioni per la prenotazione secondo priorità clinica viene periodicamente aggiornato, l’ultimo aggiornamento è di ottobre 2012.

Si ricorda che il manuale è consultabile sulla Intranet aziendale nello spazio MMG/PLS

ELENCO PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI CON ACCESSO PER PRIORITA' CLINICA

VISITE SPECIALISTICHE:

▪ Visita cardiologia	▪ Visita chirurgia vascolare
▪ Visita endocrinologia	▪ Visita neurologica
▪ Visita oculistica	▪ Visita ortopedica
▪ Visita ginecologica	▪ Visita otorinolaringoiatria
▪ Visita urologia	▪ Visita dermatologica
▪ Visita fisiatria	▪ Vista gastroenterologica
▪ Visita oncologica	▪ Visita pneumologica

ALTRI ESAMI SPECIALISTICI:

▪ Colonscopia	▪ Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile
▪ Esofagogastroduodenoscopia	▪ Elettrocardiogramma
▪ Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	▪ Elettrocardiogramma da sforzo
▪ Audiometria	▪ Spirometria
▪ Fondo Oculare	▪ Elettromiografia

PRESTAZIONI STRUMENTALI DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI:

▪ Mammografia	▪ TC senza e con contrasto Torace
---------------	-----------------------------------

▪ TC senza e con contrasto Addome superiore	▪ TC senza e con contrasto Addome inferiore
▪ TC senza e con contrasto Addome completo	▪ TC senza e con contrasto Capo
▪ TC senza e con contrasto Rachide e speco vertebrale	▪ TC senza e con contrasto Bacino
▪ RMN Cervello e tronco encefalico	▪ RMN Pelvi, prostata e vescica
▪ RMN Muscoloscheletrica	▪ RMN Colonna vertebrale
▪ Ecografia Capo e collo	▪ Ecocolor Doppler cardiaca
▪ Ecocolor Doppler dei tronchi sovra aortici	▪ Ecocolor Doppler dei vasi periferici
▪ Ecografia Addome	▪ Ecografia Mammella
▪ Ecografia Ostetrica - Ginecologica	

6.3 Integrazione Ospedale Territorio

Procedura aziendale “Percorso di continuità assistenziale mediante l’attivazione dell’unità di valutazione multidisciplinare ospedaliera”

I destinatari sono gli ultra sessantacinquenni e i pazienti adulti che presentino una complessità assistenziale dovuta sia alla patologia in atto, sia a condizioni di precarietà socio-ambientali, degenti in ospedale.

La particolare attenzione rivolta alla continuità assistenziale nasce dall’analisi di una realtà che vede i soggetti fragili, per lo più anziani, sempre più presenti all’interno delle strutture sanitarie oppure a totale carico della famiglia nei casi in cui vengano assistiti a casa.

La continuità assistenziale tra ospedale e territorio spesso presenta notevoli difficoltà durante la fase attuativa. Le problematiche emergenti sono rilevabili all’interno delle strutture che ricoverano un numero elevato di anziani fragili, in particolare riscontriamo aumento delle giornate di degenza media, inappropriata scelta del servizio territoriale dopo la dimissione, alta incidenza di ricoveri ripetuti come conseguenza della scelta inadeguata del percorso attivato.

Obiettivo prioritario di questo progetto è intervenire nella fase cruciale dell’individuazione del percorso post-dimissione introducendo un nuovo sistema di valutazione multidisciplinare che garantisce da un lato l’individuazione precoce dei pazienti che necessitano di dimissione protetta e dall’altro un miglior utilizzo delle risorse esistenti all’interno del sistema ospedale-territorio.

Il percorso è orientato ad una presa in carico globale del paziente da parte della rete dei servizi socio-sanitari per garantire un approccio unitario centrato sulla persona portatrice di bisogni e si pone i seguenti obiettivi:

- Individuare percorsi di continuità assistenziale per pazienti che presentano una complessità assistenziale dovuta sia alla patologia in atto sia a condizioni di precarietà socio-ambientali degenti in ospedale, identificando precocemente i pazienti a rischio di “dimissione difficile”
- Utilizzare la Valutazione Multidimensionale per l’identificazione dei bisogni sanitari e socio-assistenziali
- Progettare in modo tempestivo un piano di dimissione protetta verso i nodi della rete dei servizi territoriali condiviso con la famiglia e/o i servizi sociali
- Ridurre il numero di istanze improprie verso i servizi residenziali e domiciliari utilizzando al meglio le risorse esistenti all’interno del sistema Ospedale-Territorio;
- Facilitare il ritorno e la permanenza dei pazienti ricoverati al proprio domicilio attraverso un più congruo utilizzo dell’Assistenza Domiciliare Integrata;
- Garantire la dimissione protetta con riduzione della degenza media

- Ottimizzare la qualità dell'informazione tra i servizi deputati alla presa in carico attraverso il pieno utilizzo della rete informatica (Patidok e Sportello Distrettuale)
- Ridurre gli accessi impropri al Pronto Soccorso e i re-ricoveri
- Migliorare la qualità di vita dei pazienti e delle loro famiglie

UNITÀ DI VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE OSPEDALIERA (UVMO)

L' Unità di Valutazione Multidisciplinare Ospedaliera (UVMO) si occupa delle valutazioni di primo livello rispetto all'UVM che è considerato uno strumento di secondo livello.

Composizione: E' costituita da un gruppo multiprofessionali composto da un **nucleo di base**, rappresentato dall'**assistente sociale** che opera nel Distretto Sanitario o presso il Presidio Ospedaliero, da un **infermiere** e dal **medico valutatore** che svolge funzione di coordinamento e raccordo con l'Unità Distrettuale. Il nucleo di base è integrato secondo necessità, dal MMG, dal Fisiatra, dal Palliativista o altro Medico specialista ed inoltre da operatori delle Cure Domiciliari, dall'Assistente Sociale dell'Ambito Territoriale Sociale di competenza e dal medico referente del reparto di degenza del paziente, dal coordinatore infermieristico o altro operatore di riferimento.

Funzioni: L'UVMO opera nei Presidi Ospedalieri dell'ASL 1 Imperiese e svolge funzione di coordinamento tra i vari professionisti in maniera semplificata per l'integrazione delle informazioni e l'attuazione di una valutazione multidimensionale di 1° livello. L'assistente sociale si occupa della prima fase della presa in carico e della rilevazione dei bisogni sociali integrandosi con i servizi sociali dei comuni. L'infermiere rileva i bisogni di assistenza infermieristica e funge da facilitatore organizzativo nella pianificazione delle dimissioni per garantire la presa in carico del paziente e la continuità assistenziale ospedale – territorio. Il medico valutatore coordina l'UVMO ed è delegato dall'Unità Distrettuale (UD) per la gestione operativa del caso.

Gli strumenti di valutazione utilizzati sono i seguenti:

- Indice di BRASS
- scheda AGED PLUS F
- SCALA DI KARNOFSKY (compilata solo per inserimento in hospice)

Il percorso di valutazione inizia con l'individuazione dei pazienti a rischio di dimissione difficile tramite somministrazione della scheda BRASS da parte degli infermieri entro 48-72 ore dall'ingresso in reparto.

I tempi di attuazione del progetto sono i seguenti:

- SANREMO: inizio 1° marzo 2012
- IMPERIA: inizio 1° maggio 2012
- BORDIGHERA: inizio 1° ottobre 2012

I reparti coinvolti sono:

- SANREMO: Medicina 1, Medicina 2, Neurologia, Ortopedia
- IMPERIA: Medicina Uomini, Medicina Donne, Neurologia, Ortopedia
- BORDIGHERA: Medicina, Cure Intermedie (ex Ortopedia), Astanteria

Di seguito alcuni possibili **indicatori**:

INDICATORI BRASS

- ❖ N° BRASS pz.>65 enni / tot.>65enni ricoverati valore riferimento >=100%
- ❖ TOT. BRASS >11 / N° segnalazioni a UVMO
- ❖ N° dimissioni protette in Cure Domiciliari / N° BRASS > 11
- ❖ N° dimissioni protette in RSA o RP / N° BRASS > 11

INDICATORI UVMO

- ❖ TOT. Dimissioni Protette/TOT Valutazioni UVMO

INDICATORI ESITO PERCORSI

- ❖ N° dimissioni protette attuate per Distretto
- ❖ N° dimissioni protette attuate / 1000 >65 enni ricoverati
- ❖ N° ricoveri ripetuti pz.valutati UVMO / tot. dimissioni protette
- ❖ N° ricoveri ripetuti / tot. pz. inviati in ADI
- ❖ N° UVM attivate / N° Casi complessi individuati da UVMO

DATI UVMO 2012	SANREMO	IMPERIA
	<i>Marzo-Settembre</i>	<i>Maggio-Settembre</i>
N° TOT. PAZIENTI SEGNALATI:	457	378
<i>da MEDICINA</i>	276	188
<i>da NEUROLOGIA</i>	49	33
<i>da ORTOPELIA</i>	95	95
<i>da Altri Reparti</i>	37	62
ETA'		
<i>da 65 a 75aa</i>	86	85
<i>>75 aa</i>	343	276
N° Tot. D. Protette	215	230
Dim.ADI	66	29
Dim.RSA	60	126
Dim.RP	67	37
Dim.Hospice	16	12
Dim.C.R. S.Anna	6	26

6.3 La Residenzialità

L'Istat prevede che la popolazione ultraottantenne in Italia, quella presso cui si concentra il maggior fabbisogno assistenziale e di cura, passerà dagli attuali 2,9 a ben 7,7 milioni nel 2030 (Istat (2011) Demografia in cifre, www.demo.istat.it).

All'aumento della domanda di assistenza va correlata la diminuzione della capacità di cura ed assistenza delle reti familiari e sociali, la diminuzione della popolazione attiva (la popolazione tra i 15 e i 64 anni passerà da 38,8 del 2005 a 30 milioni nel 2030): il tutto ben sintetizzato dall'incremento dell'indice di dipendenza che passerà dal 29,4 nel 2005 a circa il 62,3 nel 2030.

La dinamica demografica e sociale evidenzia per tutto il settore di assistenza e cura per la non autosufficienza un trend incrementale, associato alla consapevolezza della limitata possibilità di ridurre in modo significativo i costi

Questo scenario richiede lo sviluppo di un approccio tecnico e scientifico alla condizione di “cronicità”, con nuovi paradigmi e strumenti, e che sia capace di assumere una prospettiva di lungo periodo e di assumere il recupero degli esiti invalidanti, la valorizzazione delle autonomie residue ed il miglior benessere possibile per le persone come obiettivi guida dell’agire.

E’ quindi necessario un ampio sforzo per la definizione di un nuovo approccio integrato ai bisogni della non autosufficienza, che coinvolga competenze e culture diverse, le diverse istituzioni pubbliche e i soggetti sociali, riconsiderando l’insieme delle risorse già oggi utilizzate per la non autosufficienza, superando logiche settoriali, che garantisca l’integrazione (mettendo in stretta relazione percorsi di cura e assistenza ospedalieri, sanitari e sociosanitari territoriali, socio assistenziali), l’apporto complessivo di tutti i soggetti (sia con ruoli istituzionali che familiari), l’approccio solidaristico e la valorizzazione delle comunità locali (mettendo a valore le risorse umane delle associazioni e delle reti informali)

In questa prospettiva si inserisce una programmazione per la differenziazione dell’offerta nella filiera dei servizi per la disabilità, dell’offerta residenziale per la psichiatria, in base ai livelli di intensità riabilitativa (alta, media, bassa) ed in considerazione delle politiche abitative promosse a livello regionale a fini assistenziali e di inclusione sociale.

La crescente domanda di residenzialità extraospedaliera interessa soprattutto pazienti la cui gestione sanitaria a domicilio non è più possibile nonostante i tentativi delle famiglie mediante l’utilizzo di badanti, ADI, impiego dedicato di componenti spesso femminili che a volte rinunciano anche al proprio lavoro, ecc.. Questi pazienti sono affetti da esiti di patologie croniche, neurologiche di origine vascolare, neoplastiche, o iatrogene, con disabilità permanenti anche secondarie, e da patologie con esito involutivo, quale ad es. la malattia di Alzheimer.

La pianificazione aziendale dell’offerta di posti letto extraospedalieri ha inteso garantire:

- Il mantenimento dell’avvicinamento ai parametri del Piano Sanitario Regionale relativi al fabbisogno di posti letto per anziani e l’omogeneità dell’offerta sul territorio
- La continuità terapeutica tra attività ospedaliera e territoriale, migliorando la rete assistenziale per la presa in carico e la gestione del paziente,
- La continuità terapeutica, l’attivazione di dimissioni precoci riducendo i tempi di degenza ed i ricoveri impropri.
- Lo sviluppo della rete d’interventi residenziali differenziati e flessibili in riferimento ai progetti individuali d’assistenza ed alla peculiarità dei bisogni dei soggetti, formulati nell’ambito delle Unità di Valutazione Multidisciplinare distrettuali.
- Il completamento della rete di strutture a bassa, media, alta intensità assistenziale a supporto dell’attività diagnostica e terapeutica dei servizi psichiatrici.
- Il rientro sul territorio di provenienza, per i casi possibili, di pazienti psichici o disabili ospiti di strutture fuori zona.

Si riporta di seguito una tabella riepilogativa dei posti letto per residenzialità anziani aggiornata all’anno 2012.

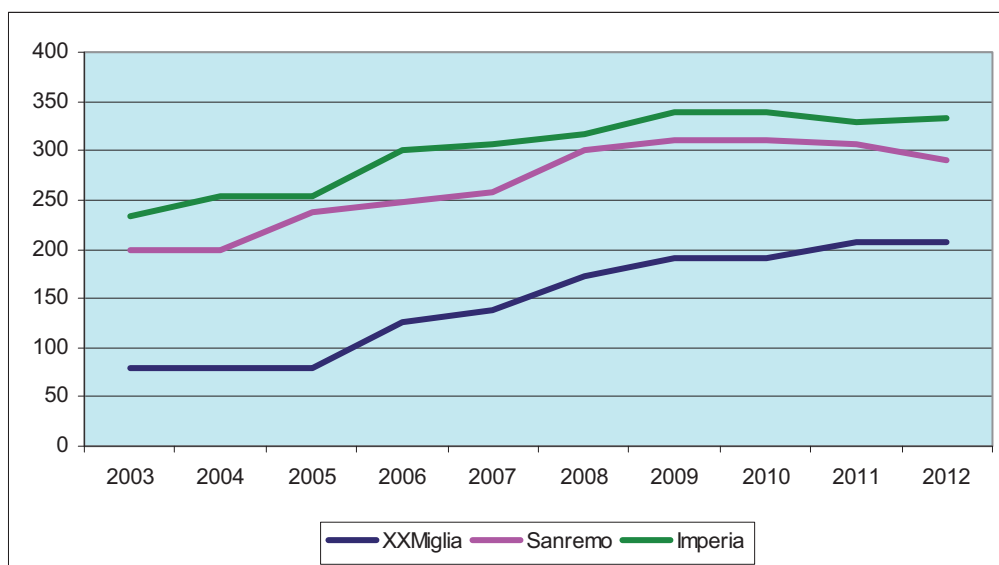
Si evidenzia che:

- dal 2010 non sono stati aumentati, per la contrazione delle risorse disponibili, sostanzialmente i posti letto a contratto. Sono state operate minime variazioni sul numero dei posti dedicati ai ricoveri di sollievo;
- nel mese di giugno 2012 è cessata la gestione diretta della RSA di Costarainera e che i relativi posti letto sono stati assegnati a strutture private accreditate: 20 posti letto presso la struttura San Secondo di Ventimiglia e 20 posti letto presso la struttura Sant’Anna di Imperia. Sono in corso le pratiche per autorizzare ulteriori 20 posti letto presso una struttura presente nel Distretto Sanremese;

- per questo motivo, a partire dal 2012, il totale dei posti dedicati alla residenzialità anziani mostra un incremento. Non sono più conteggiati solamente i posti RSA mantenimento, Alzheimer e RP, ma anche quelli RSA post acuzie e di semiresidenzialità.

ANZIANI			
Posti Letto convenzionati ANNO 2012	XXMIGLIA	SANREMO	IMPERIA
Ricoveri di sollievo	5	5	5
TOTALE RP	175	283	294
RSA XXM S. Secondo	20		
RSA Pieve di Teco			20
RSA IM S. Anna			20
Centro diurno 1° fascia	5	4	
Centro diurno 2° fascia	8	4	

Andamento 2009-2012				
Posti letto convenzionati	2009	2010	2011	2012
<i>ZONA 1 VENTIMIGLIESE</i>	191	191	208	208
<i>ZONA 2 SANREMESE</i>	310	310	306	291
<i>ZONA 3 IMPERIESE</i>	339	339	329	334
TOTALE	840	840	843	833



La tabella seguente riassume i pazienti inseriti in Strutture Residenziali al 30/6/2012 per le aree della Disabilità, della Psichiatria, delle Dipendenze e degli Anziani.

RESIDENZIALITA' E SEMIRESIDENZIALITA' - PAZIENTI INSERITI al 30.06.2012

DISABILI	Strutture residenziali	<i>Posti resid riab t. base</i>	<i>Posti resid riab t. differenz</i>	<i>Posti resid riab t. dis. complessa</i>	<i>Posti resid riab t. post-comatosi /traum. cran.</i>	<i>Posti resid socio-riab</i>	TOTALE
		45	56	33	3	31	168
	Strutture semiresidenziali	<i>Posti centro riab amb diurno o semi-resid t. base</i>	<i>Posti centro riab amb diurno o semi-resid t. differenz</i>	<i>Posti centro riab amb diurno o semi-resid t. dis. complessa</i>	<i>Posti centro diurno siocio-riab t. param L.r.19/94</i>	TOTALE	
		1	49	26	83	159	

PSICHIATRIA	Strutture residenziali	<i>Posti CT riab - CA elev ass (1)</i>	<i>Posti RSA - CA bassa int terap riab (2)</i>	<i>Posti RP</i>	<i>Posti CA - Alloggi assistiti</i>	TOTALE
		67	64	68	13	212
	Strutture semiresidenziali	<i>Posti CD gestione diretta</i>				
		107				

(1) di cui 21 PL a gestione diretta
 (2) di cui 19 PL a gestione mista

DIPENDENZE	Strutture residenziali	<i>Posti CT resid</i>	<i>Posti CT resid comorbil psych</i>	TOTALE
		37	8	45
	Strutture semiresidenziali	<i>Posti CD</i>		
		6		

ANZIANI	Strutture residenziali	<i>Posti RSA post-acute</i>	<i>Posti RSA post-acute (gestione diretta)</i>	<i>Posti RSA o RP con funz manten</i>	<i>Posti RP</i>	TOTALE
		60	60(fino al 31/5/11)	337	335	732
	Strutture semiresidenziali	<i>Posti CD</i>				
		21				

* FONTE DATI: SISWEB

ANDAMENTO COSTI RESIDENZIALITA'			
	2010	2011	Var. 2011/2010
DISABILI Resid.	€ 7.862.986,00	€ 6.873.926,00	-13%
DISABILI Semiresid.	€ 2.418.599,00	€ 2.486.776,00	3%
DISABILI Ambul.	€ 262.027,00	€ 294.924,00	13%
DISABILI Domiciliari	€ 481.292,00	€ 526.178,00	9%
DISABILI Progetti territoriali	€ 57.959,00	€ 51.550,00	-11%
SANT'ANNA	€ 845.667,00	€ 996.893,00	18%
DIPENDENZE	€ 1.405.229,00	€ 1.109.303,00	-21%
DIPENDENZE Progetti territoriali	€ 400.000,00	€ 400.000,00	0%
PSICHICI	€ 3.987.688,00	€ 4.114.773,64	3%
PSICHICI Progetti territoriali	€ 57.651,00	€ 63.860,00	11%
PSICHICI Gestione RSA Triora	€ 558.805,00	€ 563.518,47	1%
ANZIANI	€ 10.035.740,00	€ 10.650.062,45	6%
Totale	€ 28.375.653,00	€ 28.133.775,56	-1%

	Chiusura Anno 2011	Budget assegnato 2012
Residenzialità DISABILI	€ 11.230.248,92	€ 9.760.000,00
Residenzialità DIPENDENZE	€ 1.509.303,78	€ 1.540.000,00
Residenzialità PSICHICI	€ 4.742.152,11	€ 4.546.000,00
Residenzialità ANZIANI	€ 10.650.062,45	€ 11.880.000,00
Totale	€ 28.131.767,26	€ 27.726.000,00

6.4 La rete Cure palliative

Nel contesto del piano di riorganizzazione dell'assistenza distrettuale, è opportuno dedicare uno specifico capitolo alle Cure Palliative e alla loro organizzazione in rete, come peraltro previsto dalla normativa vigente.

La scelta di un approfondimento trova anche motivazione nella volontà di evidenziare, con riferimento a una specifica necessità assistenziale, l'imprescindibilità di definire, in ragione di protocolli clinici e organizzativi, modelli che integrino le risposte del territorio con quelle erogate nelle strutture residenziali, nonché l'indispensabilità di una presa in carico dell'assistito da parte dell'Azienda territoriale, avvalendosi delle sue articolazioni distrettuali.

Numerose evidenze nazionali ed internazionali, dimostrano che un'efficace ed efficiente organizzazione dell'offerta di Cure Palliative - nelle forme dell'assistenza domiciliare, ospedaliera e dell'hospice - è in grado di garantire un miglioramento della qualità dell'assistenza e una consistente riduzione del consumo di risorse. La Rete Regionale di Cure Palliative, attraverso le sue articolazioni di Reti Locali e di coordinamento regionale è lo strumento attraverso cui si può efficacemente intervenire sui percorsi di cura dei pazienti con malattia incurabile in fase avanzata e terminale, attraverso:

- un più esteso ed efficiente utilizzo dell'assistenza domiciliare e dell'hospice (con conseguente riduzione delle ospedalizzazioni);
- una più efficace presa in carico dei bisogni dei pazienti e delle loro famiglie (con conseguente riduzione di interventi diagnostici e terapeutici inappropriati);
- un approccio assistenziale e terapeutico che si fa carico dei bisogni dei familiari prima e immediatamente dopo il decesso del paziente (con conseguente riduzione di interventi sanitari associati ad un lutto patologico).

La Regione Liguria, ha istituito e definito l'organizzazione della Rete Regionale di Cure Palliative

L'obiettivo generale della Rete Regionale di Cure Palliative è quello di promuovere e garantire che cure palliative d'elevata qualità siano erogate in maniera appropriata ed equa ai pazienti e alle famiglie che ne hanno bisogno in tutte le cinque Aziende Sanitarie locali della Regione. La Rete Regionale, articolata in cinque Reti Locali, è coordinata da una struttura a valenza regionale, le cui funzioni, declinate dalla DGR n. 277 del 16 marzo 2007, sono:

- ❑ la promozione culturale delle cure palliative attraverso iniziative di comunicazione sociale;
- ❑ la valutazione dei bisogni assistenziali a livello locale e regionale;
- ❑ lo sviluppo di strumenti per il governo clinico in cure palliative, incluse la realizzazione e l'implementazione di linee guida;
- ❑ l'introduzione tempestiva nelle reti locali di nuovi protocolli clinici e organizzativi, sulla base di nuove evidenze scientifiche;
- ❑ la consulenza e il supporto tecnico alle aziende sanitarie nella realizzazione delle reti locali e nella valutazione delle loro attività, nonché nell'implementazione degli strumenti del governo clinico;
- ❑ lo sviluppo e l'implementazione di specifici programmi di formazione;
- ❑ la promozione a livello locale e regionale di attività di ricerca scientifica, autonome o in collaborazione con organizzazioni nazionali ed internazionali;
- ❑ il supporto al Dipartimento Salute e Servizi Sociali nella realizzazione della normativa specifica sul settore.

L'ASL1 con delibera DG n. 881 del 23 dicembre 2011 ha regolamentato l' "Organizzazione delle Cure Palliative nell'Azienda Sanitaria Locale n. 1 Imperiese" mirando ai seguenti obiettivi:

- l'assistenza a persone con patologie croniche e progressive ad esito infausto trattabili a domicilio al fine di evitare il ricorso inappropriato al ricovero in ospedale o ad altra struttura residenziale;
- la continuità assistenziale per i dimessi dalle strutture sanitarie con necessità di prosecuzione delle cure;
- il supporto alla famiglia;
- il miglioramento della vita anche nella fase terminale;
- Informare, educare e addestrare fornendo strumenti/competenza per l'autogestione della salute;
- Evitare il ricorso inappropriato al ricovero in ospedale.

L'organizzazione della Rete Aziendale Cure Palliative è stata definita come di seguito:

- I. Assistenza specialistica in Hospice;
- II. Assistenza Domiciliare secondo un modello consolidato nell'ASL1 che coinvolge in misura omogenea:
 1. MMG;
 2. Equipe di Cure Palliative (Medico Palliativista ed Infermiera dedicata, consulenze di Psicologia)
 3. Assistenza Domiciliare Integrata;
 4. Organizzazione No Profit convenzionata (LILT)

III. Presidio Ospedaliero e strutture Residenziali Territoriali (valutazione e consulenza di medicina palliativa nei presidi ospedalieri e nelle strutture residenziali e facilitazione delle dimissioni protette, svolta dal medico dell'Equipe di Cure Palliative).

Il servizio delle Cure Palliative si articola nelle seguenti linee organizzative:

- Assistenza in Cure Domiciliari Integrate
- Assistenza domiciliare specialistica di Cure Palliative
- Assistenza in convenzione con strutture No-Profit operanti nel campo delle Cure Palliative
- Degenza presso Hospice (vedi percorso accesso Hospice Delibera ASL n° 640 del 2005).

Gli operatori della rete di cure palliative devono poter accedere in regime di consulenza in ospedale e nelle strutture residenziali.

Per i pazienti che sono seguiti a livello Distrettuale nell'ambito dell'assistenza domiciliare integrata di primo e secondo livello, coordinata dal MMG/PLS, può essere richiesta la consulenza occasionale del Medico specialista delle cure palliative e l'integrazione per l'erogazione delle prestazioni sanitarie tra ASL o No-Profit.

La presa in carico del paziente va segnalata al Responsabile delle Cure Palliative che svolge funzione di valutazione sugli aspetti relativi alla qualità dell'assistenza erogata.

Assistenza domiciliare specialistica di Cure Palliative

Per i pazienti con bisogni clinico-assistenziali di elevata intensità viene attivata un'assistenza di cure domiciliari palliative a carico dell'equipe delle cure domiciliari.

Trattasi di cure domiciliari richieste dal MMG/PLS o dall'Ospedale con le caratteristiche di presa in carico, valutazione multidimensionale e progetto assistenziale, rivolte a malati terminali che presentano elevato livello di complessità, instabilità clinica, presenza di sintomi di difficile controllo, necessità di un particolare supporto alla famiglia e/o al care-giver.

Criteri di eleggibilità per l'attivazione delle Cure Palliative domiciliari:

- Condizioni di terminalità oncologica e non
- Compatibilità delle condizioni cliniche con la permanenza a domicilio e con gli interventi socio-sanitari necessari;
- Condizione di fragilità e patologie croniche progressive e ad esito infausto in atto o esiti delle stesse che necessitano di cure erogabili a domicilio;
- Continuità assistenziale in fase di dimissione dall'ospedale o da una struttura residenziale territoriale
- Adeguato supporto familiare o informale. I familiari o il caregiver dovranno essere in grado di integrarsi con il servizio assistenziale al fine di garantire al paziente la continuità delle cure nelle 24 ore ed il necessario supporto allo svolgimento delle attività della vita quotidiana;
- Idonee condizioni abitative;
- Consenso informato da parte della persona e della famiglia;

Assistenza in convenzione con strutture No-Profit operanti nel campo delle Cure Palliative

I rapporti sono disciplinati dalla deliberazione n° 665 del 17/09/2010 avente per oggetto "approvazione nuovo schema di convenzione con le associazioni No-Profit per assistenza domiciliare integrata/cure palliative e rinnovo convenzione con la LILT-sezione di Imperia".

Degenza presso Hospice

L'Hospice è una struttura specialistica di Cure Palliative, caratterizzata da interventi specifici a bassa invasività, ma ad elevata complessità assistenziale e relazionale. Si tratta di una struttura a valenza sanitaria destinata al ricovero dei pazienti con malattia ad andamento progressivo, in fase avanzata o terminale, per la quale ogni terapia finalizzata alla guarigione o alla stabilizzazione della

patologia non è possibile o appropriata, e per i quali l'assistenza domiciliare non è praticabile per motivi sanitari o sociali. Fornisce periodi di sollievo per le famiglie nella cura dei pazienti; garantisce un miglior controllo dei sintomi quando ciò sia difficile da ottenere a domicilio.

Criteri di eleggibilità per inserimento in Hospice:

- Malattia progressiva in fase avanzata o terminale per la quale ogni terapia finalizzata alla guarigione o alla stabilizzazione della patologia non è possibile o appropriata
- Bisogno di cure palliative di tipo specialistico
- Sopravvivenza stimata inferiore a tre mesi
- Non autosufficienza funzionale (Karnofsky ≤ 50)
- Non appropriatezza o impossibilità dell'assistenza domiciliare.

6.5 I progetti di screening

Screening mammografico

Il programma regionale di diagnosi precoce dei tumori della mammella è realizzato da tutte le Aziende sanitarie della Liguria, compresa l'ASL 1 Imperiese. Ogni donna d'età compresa tra i 50 e i 69 anni (fascia di età tradizionalmente sottoposta a mammografia di screening) viene invitata ogni due anni dalla nostra ASL con una lettera, proponendo di fissare un appuntamento per effettuare gratuitamente la mammografia presso il Centro screening di riferimento della zona di residenza:

- Centro di Senologia Diagnostica dello Stabilimento Ospedaliero di Sanremo
- Servizio di Radiologia dello Stabilimento Ospedaliero di Imperia

Il risultato della mammografia, se negativo, viene comunicato di norma con lettera al massimo entro un mese dall'esame. Nel caso di esame dubbio e/o positivo, l'interessata viene richiamata telefonicamente e/o con raccomandata, per concordare gli ulteriori accertamenti diagnostici da effettuare.

Se la mammografia è positiva il programma comprende anche gli ulteriori accertamenti e le cure necessarie, che sono anch'essi gratuiti.

Tabella 1- ADESIONE 2011-PROTOCOLLO MX

Classi età	Popolazione invitata	N° inviti inesitati (se noto)	Escluse dopo invito per MX recente	Escluse dopo invito per altro motivo	escluse dopo invito	Pop. Rispondente	Adesione grezza (%)	Adesione corretta (%)
45-49	-	-	-	-	-	-	-	-
50-54	880	-	190	-	-	481	54,66	69,71
55-59	807	-	170	-	-	604	74,85	94,82
60-64	899	-	-	-	-	776	86,32	86,32
65-69	631	-	-	-	-	545	86,37	86,37
70-74	-	-	-	-	-	-	-	-
Totale	3217	-	360	-	-	2406	74,79	84,21
Totale 50-69	3217	-	360	-	-	2406	74,79	84,21

* Fonte ELCO

Progetto screening colon retto

La prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori del colon-retto prevede:

- Invito alle **donne ed agli uomini** della provincia di Imperia di età compresa tra **i 50 e i 69** anni ad eseguire gratuitamente un test per la ricerca del sangue occulto nelle feci ogni 2 anni;
- Sollecito per chi non risponde al primo invito;
- Invio della risposta negativa a domicilio;
- Esami di approfondimento diagnostico gratuiti per i casi positivi e monitoraggio sistematico.

Esito del Test

- **Negativo:** si ripete l'esame dopo 2 anni;
- **Inadeguato:** si invita alla ripetizione immediata dell'esame;
- **Positivo:** si invita ad un colloquio con un medico specialista, tramite contatto telefonico e/o raccomandata, per eventuali esami di approfondimento.

Tabella 2 – ADESIONE 2011-PROTOCOLLO COLON-RETTO

<i>Totale</i>	<i>N° invitati</i>	<i>N° inviti inesitati</i>	<i>N° esclusi dopo l'invito per segnalazione di test recente (FOBI, colonscopia)</i>	<i>N° rispondenti</i>	<i>Adesione grezza (%)</i>	<i>Adesione corretta (%)</i>
<50	-	-	-	-	-	-
50 - 54	3791	2	-	326	8,6	8,6
55 - 59	6090	3	-	688	11,3	11,3
60 - 64	6233	4	-	809	13	13
65 - 69	5859	7	-	792	13,5	13,5
70 +	1047	5	-	192	18,4	18,4
<i>Ignoto</i>	-	-	-	-	-	-
Totale	23020	21	-	2807	12,2	12,2

* Fonte DEMETRA

Progetto screening cervice uterina

L'avvio dello Screening per la cervice-uterina avrà inizio a gennaio 2013.

La fase di attuazione del programma prevede:

- La partenza in via sperimentale per fine dicembre 2012 con la campagna di promozione e l'invio delle lettere su un comune del Distretto di Sanremo.
- La selezione di un massimo di 500 unità per la popolazione target (Fase sperimentale).
- La previsione dell'esecuzione dei pap-test dopo la prima metà di gennaio 2013.
- L'avvio effettivo su tutta la provincia con il relativo target di popolazione a partire da marzo 2013, successivo all'adeguamento e l'allineamento dei programmi dei sistemi informatici utilizzati nei Consultori e nella Diagnostica Patologica e nei Reparti (Ostetricia e Ginecologia)

6.6 Il Dipartimento di Prevenzione

Con delibera del Direttore Generale n. 605 del 4/10/2012 l'ASL1 in attuazione delle direttive vincolanti regionali in materia di adeguamento della rete e dell'offerta ospedaliera ha disposto il nuovo organigramma delle Strutture Sanitarie. Il nuovo organigramma tiene conto di quanto espressamente previsto dalla DGR 1440 del 25/11/2011 che ha disposto che "l'attività di controllo sugli alimenti, siano essi sia di origine animale o meno, sarà garantita con una sola struttura complessa per ASL, con una configurazione organizzativa che preveda le competenze necessarie per svolgere le varie tipologie di controlli." Da quanto sopra ne deriva l'accorpamento delle funzioni delle SS.CC. Igiene degli alimenti e della nutrizione e Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale in una nuova struttura complessa denominata "Sicurezza alimentare".

A seguito di queste modifiche il Dipartimento di Prevenzione risulta così strutturato:

STRUTTURE COMPLESSE	STRUTTURE SEMPLICI AGGREGATE ALLA STRUTTURA	STRUTTURE SEMPLICI DIPARTIMENTALI
IGIENE E SANITA' PUBBLICA	<i>Epidemiologia e profilassi delle malattie infettive</i> <i>Igiene del territorio e ambiente urbano</i>	
PREVENZIONE E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO		
SICUREZZA ALIMENTARE	<i>Controllo ufficiale alimenti e sistema di allerta</i> <i>Notifica e riconoscimenti stabilimenti CE</i>	
SANITA' ANIMALE	<i>Epidemiologia e profilassi delle malattie zoonotiche</i>	
		ATTIVITA' DI MONITORAGGIO E AUDIT

Le direttive generali per l'attività di prevenzione sono definite a livello Regionale, per il biennio 2011-2013 la Regione Liguria con Delibera di Giunta Regionale n. 808 del 8/07/2011 ha approvato il "Piano Regionale Integrato della Sicurezza Alimentare (PRISA) per gli anni 2011-2013 ai sensi del Regolamento CE n. 853/04; art 41. Le Aziende sanitarie Locali sono tenute a definire la propria programmazione annuale formulando un Piano Dipartimentale Integrato (PDI) da inviarsi alla competente struttura regionale in materia di sicurezza alimentare di norma entro il 30 giugno di ogni anno.

A seguito della revisione annuale del programma di attività anno 2011 e della trasmissione della DGR 682 del 5.06.2012 ad oggetto "Rimodulazione e integrazione per l'anno 2012 di alcune attività previste dal Piano Integrato della Sicurezza Alimentare (PRISA)" (DGR 808/2011) il "PDI

2011- 2013 approvato con DDG n. 547 del 08/08/2011 viene aggiornato con il presente documento che definisce la programmazione dell'attività di controllo degli alimenti delle Strutture Complesse Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SCIAN) , Igiene degli Alimenti di Origine Animale (SCIAOA) [d'ora in avanti SICCUREZZA ALIMENTARE] e Sanità Animale (SCSA) per l'anno 2012.

Con delibera n. 683/2012 è approvato il "Piano Regionale di vigilanza sul benessere animale da reddito 2012-2013".

Sono obiettivi strategici del Piano Regionale Benessere Animale 2012-2013:

- potenziamento del controllo del benessere animale al trasporto, rafforzando anche il coordinamento e la cooperazione fra tutti gli enti che a vario titolo possono rientrare in tale attività, e sviluppando occasioni formative congiunte e procedure condivise;
- potenziamento del controllo nei settori in cui le recenti novità normative impongono adeguamenti (avicolo, suinicolo e macellazioni);
- sensibilizzazione appropriata degli operatori che operano al macello circa le disposizioni previste dal Reg. 1999/2009/CE sulla protezione degli animali durante l'abbattimento;
- proseguimento dell'attività formativa che, coinvolgendo i veterinari, possa raggiungere gli allevatori sensibilizzandoli alle buone pratiche di allevamento che permettono una migliore gestione dei loro animali;
- rafforzamento del processo di valutazione del rischio quale base fondante della programmazione dei controlli ufficiali;
- realizzazione attività di supervisione professionale sugli operatori AASSLL nel campo del benessere animale, come prevista da DGR 1689/2011 e attività di audit settoriale regionale delle AASSLL.

La programmazione annuale del controllo ufficiale degli alimenti è riportata sul Piano Dipartimentale Integrato che viene adottato ufficialmente con Delibera Direttore Generale entro il I° semestre dell'anno di riferimento

Il PDI viene predisposto a seguito della revisione annuale del programma di attività dell'anno precedente, delle indicazioni su base triennale della regione nonché delle esigenze di aggiornamento rappresentate da input regionali e locali.

Il PDI è articolato in capitoli relativi all'attività di ogni struttura complessa (indice PDI 2011 e 2012).

Ogni struttura è vincolata al rispetto dei valori minimi di attività indicati dalla Regione operando in autonomia per tutto quanto non previsto a livello regionale sulla base di esigenze locali nel rispetto dei criteri fondamentali che regolano a livello nazionale l'attività di controllo .

Sono infatti riferimenti normativi generali per la predisposizione del PDI aziendale ASL 1 :

- **Reg. 882/2004** relativo ai controlli ufficiali intesi a verificare la conformità alla normativa in materia di mangimi e di alimenti e alle norme sulla salute e sul benessere degli animali
- **Linee Guida per il controllo ufficiale** ai sensi dei regolamenti (CE) 882/2004 e 854 (nota DGSAN/3/6238/P del 31.05.2007).

- **PNI/MANCP** triennale e smi
- **PRISA** triennale e smi di norma annuali
- **Normativa specifica** dei vari settori
- Nel PDI (nel capitolo della SCIAN) è inserita una sezione dedicata al Piano sul Commercio e l'impiego dei prodotti fitosanitari .
- Al PDI si affianca il Piano di controllo delle acque potabili gestito dalla SCIAN

L'attuazione del PDI nel suo complesso e del Piano di controllo delle acque potabili costituisce ormai da numerosi anni obiettivo di budget delle strutture del Dipartimento di Prevenzione che si occupano di sicurezza alimentare

- SC PSAL
 - Piano annuale attività di vigilanza
- SC Igiene e Sanità Pubblica
 - Piano annuale vaccinazioni
 - Piano programmatico attività di vigilanza
- SC Sicurezza Alimentare
 - Piano Dipartimentale Integrato sulla sicurezza alimentare
 - Piano di Controllo delle qualità delle acque potabili
- SC Sanità Animale
 - Piano Dipartimentale Integrato sulla sicurezza alimentare

6.6.1 I Prodotti Finiti

Nel corso degli anni dal 2008/2012 la **S.C. Controllo di Gestione** e il **Dipartimento di Prevenzione** hanno collaborato al progetto **Prodotti Finiti**.

Si trattava di una raccolta di informazioni che, partendo da un elenco delle prestazioni erogate preventivamente teorizzato, avrebbe dovuto portare alla costruzione, a consuntivo, di un nomenclatore tariffario delle prestazioni del **Dipartimento di Prevenzione** stesso, mettendo in relazione attività, tempo e risorse impiegate per ottenere ognuno dei diversi output delle strutture.

Scopo ultimo del progetto era quello di incentivare una maggiore standardizzazione delle attività stesse e consentire un miglior processo di programmazione e controllo, sia a livello aziendale che Dipartimentale, codificando uno strumento simile a quello dei DRG, adottato da anni in ambito ospedaliero.

I dati così raccolti sono stati successivamente ripuliti e analizzati al fine di classificare le attività di prevenzione. Si è così potuto procedere alla definizione dei **Raggruppamenti di Omogenei della Prevenzione** correggendo l'iniziale elenco teorico delle prestazioni erogate dal Dipartimento, procedendo ad accorpare sotto un'unica voce attività dall'identico contenuto o a separare in due o più prodotti distinti quelle che, benché accomunabili sotto la medesima categoria, presentavano richieste differenti in termini di risorse umane e strumentali.

L'elenco dei **R.O.P.** così costruito, con i costi diretti mediamente associabili allo svolgimento della singola pratica viene riportato negli allegati.

La registrazione completa della propria attività si realizza utilizzando il sistema di rilevazione disponibile all'indirizzo <http://terminus.us11.imperiese:8380/it/group/18115/prodotti>.

Il sistema consente di registrare direttamente il Prodotto Finito realizzato, fornendo al contempo all'operatore informazioni sulle fasi standardizzate che lo compongono. Qualora in fase di inserimento si verifici che le fasi non descrivono correttamente l'attività svolta si potrà comunque procedere a integrare o rimuovere i dati eccedenti. Al termine del primo esercizio di attività dello strumento sarà poi possibile imputare al nomenclatore anche i costi indiretti di produzione, fin qui non considerati.

Ad oggi lo strumento sopra descritto è utilizzato a regime dalla Struttura Igiene Produzione di Origine Animale, ma a partire dal 1° gennaio 2013 dovrà essere utilizzato a regime da tutte le Strutture del Dipartimento, sarà perciò inserito come obiettivo, con peso considerevole, nella Scheda di Budget dell'anno 2013.

7. L'ASSISTENZA FARMACEUTICA

L'assistenza farmaceutica assorbe poco meno di un quinto delle risorse del fondo sanitario regionale.

Il corretto utilizzo di tali cospicue risorse e, quindi, le scelte inerenti il governo delle politiche del farmaco determinano in positivo o in negativo, oltre che la salute dei cittadini, anche il funzionamento, la qualità ed i costi della sanità regionale.

Con le delibera di Giunta Regionale n. 759 del 05/07/2011 e n. 581 del 18/5/2012 ("Approvazione del piano di qualificazione dell'assistenza farmaceutica territoriale e ospedaliera") si sono uniformate a livello dell'intero territorio ligure le modalità di prescrizione, dispensazione e monitoraggio in tema di farmaceutica.

In particolare, l'allegato 1 alla DGR 759 "Protocollo per la prescrizione, dispensazione ed il monitoraggio della farmaceutica convenzionata" (inviato nel mese di luglio 2011 a tutti i Medici Dipendenti e Convenzionati dell'Azienda e presente nel sito Intranet Aziendale, sezione "Spazio Strutture: Dipartimento Buone Pratiche Cliniche e Farmaceutiche: Farmacia Territoriale"), ha analizzato:

- l'uso del ricettario a carico SSN (ricetta rossa)
- la dispensazione dei farmaci a seguito di dimissione ospedaliera
- la prescrizione di farmaci a seguito di visita specialistica
- la compilazione del piano terapeutico.

Le linee di indirizzo regionale per l'anno 2013 prevedono:

- lo sviluppo dell'informazione per tutti i Medici (territoriali e ospedalieri) attraverso l'invio di reportistica contenente indicatori di farmaco-economia
- la promozione dell'appropriatezza prescrittiva
- la completa informatizzazione dei piani terapeutici (compilati su di un applicativo informatico, a cui possono accedere i Medici specialisti appartenenti ai Centri abilitati al

rilascio del piano, e quindi firmati digitalmente); dal 1° gennaio 2013 non potranno più essere accettati piani terapeutici in modalità cartacea.

8. L'INNOVAZIONE TECNOLOGICA

8.1 Ingegneria clinica e sviluppo del Sistema HTCA

Nel corso del 2012 è stato sviluppato lo strumento di programmazione e monitoraggio delle tecnologie sanitarie: HCTA Health Care Technology Assessment. Tale strumento ha ottimizzato la programmazione degli acquisti in tecnologie biomedicali, fornendo una valutazione non solo di carattere puramente finanziario, ma anche di costo/beneficio, al fine di orientare correttamente la scelta delle priorità in un momento di grave carenza di risorse.

È quindi necessario, nel 2013, garantire un continuo aggiornamento dello strumento in quanto necessario per poter procedere ad una programmazione delle acquisizioni coerente con le risorse a disposizione.

Al fine di diminuire l'incidenza economica della parte relativa alla manutenzione è necessario porre una maggiore attenzione nell'utilizzo degli apparati elettromedicali, in quanto una parte degli interventi effettuati nel corso del 2012 sono causati da cattivo utilizzo della strumentazione. Sarà quindi cura di questa struttura fornire gli indicatori atti all'individuazione e correzione di tali comportamenti.

A livello di organizzazione aziendale si evidenziano i principali obiettivi che si dovranno perseguire nel corso del 2013:

- Revisione delle metodologie e protocolli di utilizzo delle apparecchiature elettromedicali al fine di ridurre l'incidenza delle spese di manutenzione;
- Implementazione e sviluppo dell'HCTA per la gestione delle priorità e delle risorse 2013;
- Implementazione del primo livello di assistenza, su alcuni settori, da parte di personale interno al fine di ridurre i costi di manutenzione ed ottimizzare i tempi di intervento;
- Ottimizzazione nella gestione delle fasi documentali a supporto delle procedure quali ad esempio validazione fatturazione, gestione DURC, gestione CIG.

8.2 Lo sviluppo dell'informatizzazione

Il 2013 rappresenta un anno nel quale le evoluzioni normative legate al settore dei sistemi informativi, quali la Delibera di Giunta Regionale 615 del 2012, che approva le linee guida di costituzione del Fascicolo Sanitario Elettronico, e per ultimo il D.L. 179 del 18/10/2012, che approva ulteriori misure per la crescita del Paese, implicano la necessità di informatizzare completamente alcune fasi lavorative quali la prescrizione specialistica e farmaceutica.

È quindi obiettivo dell'azienda potenziare ulteriormente il sistema informativo aziendale esistente in maniera coerente con quanto sopra riportato e con quanto previsto a livello regionale in

ambito SIIR (Sistema Informativo Integrato Regionale) oltre agli indirizzi regionali previsti all'interno del Piano di sviluppo triennale della società dell'informazione in Liguria.

Sarà fondamentale passare alla totale prescrizione informatizzata all'interno delle strutture aziendali. Basti ricordare che nel citato DL 179/2012, si indica nel 60% la percentuale TOTALE di prescrizioni che nel corso del 2013 dovranno essere completamente dematerializzate, e che l'attuale modalità di prescrizione informatizzata è solamente propedeutica alla completa dematerializzazione.

Dal punto di vista del cittadino-utente sarà epocale la possibilità di usufruire del Fascicolo Sanitario Elettronico, con il quale lo stesso potrà avere a disposizione uno strumento che consentirà a lui ed ai professionisti della sanità di consultare un completo dossier sanitario. Per realizzare questo obiettivo è necessario che la cartella unica informatizzata della ASL1 sia utilizzata in tutti i reparti e servizi sia dal punto di vista medico che infermieristico. Da sottolineare come tale diffusione sia anche propedeutica allo sviluppo dello strumento necessario al modello organizzativo ad intensità di cure.

Di fondamentale importanza è la prosecuzione dell'implementazione delle nuove tecniche di gestione documentale e gestione dei workflow. Dovrà essere completata la diffusione degli strumenti ad oggi presenti in azienda e dovrà essere implementato la gestione dei processi quali ad esempio delibere, determine, atti dirigenziali, ecc. Obiettivo finale è rappresentato dalla definitiva dematerializzazione degli atti sanitari ed amministrativi.

A livello di organizzazione aziendale si evidenziano alcune aree in cui l'informatizzazione rappresenta una priorità:

- Completamento dell'adozione a livello aziendale della nuova cartella clinica informatizzata unica (profili medici e infermieristici) e somministrazione informatizzata della terapia di reparto;
- Sperimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e integrazione con i Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta;
- Completamento prescrizione elettronica e gestione informatizzata dei piani terapeutici;
- Avvio dematerializzazione prescrizioni farmaceutiche e specialistiche;
- Gestione del processo di prescrizione;
- Estensione dell'utilizzo della firma digitale in ambito aziendale;
- Gestione dispositivi medici e armadietti farmaceutici informatizzati di reparto e di sala operatoria;
- Gestione informatizzata turni infermieristici;
- Completamento gestione documentale e protocollo informatizzato;
- Avvio sperimentale gestione workflow documentale (delibere, determine, atti dirigenziali, ecc.)

9. L'AREA AMMINISTRATIVA

9.1 I progetti di riorganizzazione

Questa Azienda ha già realizzato, negli ultimi mesi, alcuni interventi di riorganizzazione e di contenimento della spesa anche per i settori non strettamente connessi all'attività assistenziale. Nel

corso del 2012, sulla base di precise indicazioni regionali si è provveduto a ridurre il numero delle strutture complesse e dei dipartimenti). sia le risorse umane disponibili (blocco del turn over).

Nel corso del 2012 il governo ha prodotto alcuni studi relativi ai risparmi teorici realizzabili dalle aziende sanitarie italiane confrontando i dati raccolti a livello nazionale (analisi del Commissario straordinario per la razionalizzazione della spesa per acquisti – cosiddetto studio “Bondi”). Sulla base di questi raffronti è possibile individuare ulteriori aree di manovra per un miglior utilizzo delle risorse e per incidere su costi strutturali senza intaccare la quantità e qualità dei servizi offerti ai cittadini.

E' di recente approvazione l'accorpamento delle procedure di acquisto per un importo di gara superiore ai 40.000 euro nella nuova Centrale Acquisti Regionale nell'ambito della Agenzia Sanitaria Regionale. Questo fatto comporterà una importante riorganizzazione delle funzioni dell'attuale struttura che gestisce le procedure di gara che dovrà concentrare le proprie attività sugli acquisti sotto la soglia dei 40 mila euro e riservare una maggiore attenzione a tutti gli atti propedeutici, ai sistemi di controllo e monitoraggio della spesa (gestione automezzi, trasporti interni, inventario, controllo servizi appaltati, magazzino unico).

La regione Liguria ha poi indicato alcune aree amministrative sulle quali iniziare processi di accorpamento di attività nell'ambito dell'area ottimale del ponente ligure e sono in fase di approfondimento con ASL 2 ulteriori azioni che potrebbero comportare benefici sia in termini di efficienza che di minori costi tendenziali.

Anche la prossima riorganizzazione dei distretti dovrà determinare l'ulteriore accentramento di alcune funzioni amministrative che ancora oggi sono decentrate (ad esempio gestione contratti, controlli, liquidazioni strutture residenziali).

Sempre nell'ambito dei controlli amministrativi si evidenzia l'adozione del nuovo regolamento per i trasporti ordinari che disciplina in maniera più appropriata l'utilizzo del trasporto in ambulanza e le modalità di autorizzazione connesse e la sottoscrizione di un accordo con le PP.AA. e la Croce Rossa per quanto riguarda il contenimento della spesa per il trasporto dei pazienti dializzati. Tale accordo produrrà una sensibile riduzione di costi per tale voce di spesa senza incidere sull'attività assistenziale. Peraltro, sempre nell'ambito della spesa per i trasporti, sarà necessario intervenire sui trasporti reperti, attività che può essere migliorata e razionalizzata e di conseguenza comportare minori costi.

Inoltre è in corso la rinegoziazione, di alcuni contratti inerenti la pulizia delle aree non destinate ad attività sanitarie sia interne che esterne.

Altre analisi sono in corso per individuare settori ove sia possibile contenere i costi senza intaccare i livelli di assistenza.

9.2 Il debito informativo

In un contesto in cui assumono sempre maggior rilevanza statistiche e valutazioni dell'attività sanitaria basate principalmente sulle SDO ed in cui, a causa della scarsità di risorse, si comincia a parlare di riorganizzazioni basate sui volumi di attività erogati, assume ancora maggior importanza la rendicontazione di cosa viene fatto e quindi il rispetto del debito informativo.

Per questo anche nel 2013 si inseriranno nelle schede di budget obiettivi che riguardano sia il rispetto dei tempi che l'esatta compilazione di quanto previsto. In particolare per la dirigenza medica si confermano gli obiettivi sulla chiusura della SDO entro il 15 del mese successivo ed il controllo sui DRG anomali, mentre per il comparto l'obiettivo sarà l'inserimento della data di prenotazione e della classe di priorità nei ricoveri programmati.

Come si può vedere dall'andamento degli anni di questi indicatori ci sono ancora ampi spazi di miglioramento.

Drg Anomali	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	ago-12
468 - INTERVENTO CHIRURGICO ESTESO NON CORRELATO CON LA DIAGNOSI PRINCIPALE	79	53	76	64	49	40	57	31
469 - DIAGNOSI PRINCIPALE NON VALIDA COME DIAGNOSI DI DIMISSIONE	14	12	17	14	34	6	10	2
476 - INTERVENTO CHIRURGICO SULLA PROSTATA NON CORRELATO CON LA DIAGNOSI PRINCIPALE	4	2	8	1	-	1	1	-
477 - INTERVENTO CHIRURGICO NON ESTESO NON CORRELATO CON LA DIAGNOSI PRINCIPALE	21	35	61	30	34	24	24	17

% DRG 470 al 15 del mese successivo		
Reparto	anno 2011	Gen. - Agosto 2012
0901 IMPERIA CHIRURGIA	0,83%	0,38%
1401 IMPERIA CHIRURGIA VASCOLARE	6,25%	7,23%
2601 IMPERIA MEDICINA GENERALE	10,64%	7,45%
2901 IMPERIA NEFROLOGIA E DIALISI	6,65%	0,93%
3101 IMPERIA NIDO	3,21%	6,40%
3201 IMPERIA NEUROLOGIA	6,95%	1,87%
3401 IMPERIA OCULISTICA	1,75%	1,36%
3601 IMPERIA ORTOPEDIA	1,26%	1,06%
3701 IMPERIA OSTETRICIA-GINECOLOGIA	1,75%	5,46%
3901 IMPERIA PEDIATRIA	0,00%	7,95%
4001 IMPERIA S.P.D.C.	0,00%	1,09%
4901 IMPERIA TERAPIA INTENSIVA	0,00%	0,00%
5001 IMPERIA U.T.I.C.	0,00%	18,73%
5101 IMPERIA ASTANTERIA	0,00%	1,92%
5103 IMPERIA AST. CHIRURGICA	0,00%	0,49%
5201 IMPERIA DERMATOLOGIA	0,00%	4,34%
5603 IMPERIA FISIATRIA	0,00%	0,00%
5802 IMPERIA GASTROENTEROLOGIA	0,00%	42,38%
6801 IMPERIA PNEUMOLOGIA	1,87%	3,86%
6901 IMPERIA RADIOLOGIA INTERVENT.	2,64%	1,35%
7301 IMPERIA PATOLOGIA NEONATALE	1,65%	4,32%
0902 SANREMO CHIRURGIA	0,35%	1,00%
2401 SANREMO MALATTIE INFETTIVE	0,00%	0,00%
2602 SANREMO MEDICINA GENERALE	2,18%	1,27%
2604 SANREMO MEDICINA C.E.M.	0,00%	0,00%
3102 SANREMO NIDO	1,63%	5,06%
3202 SANREMO NEUROLOGIA	0,64%	2,72%
3402 SANREMO OCULISTICA	1,47%	2,57%
3602 SANREMO ORTOPEDIA	1,31%	3,42%
3702 SANREMO OSTETRICIA-GINECOLOGIA	0,19%	0,16%
3801 SANREMO O.R.L	1,57%	3,52%
3902 SANREMO PEDIATRIA	2,78%	6,26%
4301 SANREMO UROLOGIA	1,92%	3,26%
4902 SANREMO TERAPIA INTENSIVA	1,14%	0,00%
5002 SANREMO U.T.I.C.	5,11%	7,75%
5102 SANREMO ASTANTERIA	0,00%	1,33%
5601 SANREMO FISIATRIA (ex costa)	0,00%	0,00%
5801 SANREMO GASTROENTEROLOGIA	2,24%	6,19%
6401 SANREMO ONCOLOGIA	0,00%	0,00%
6902 SANREMO RADIOLOGIA INTERVENT.	4,63%	0,00%
0903 [O](BORDIGH.) CHIRURGIA GENERALE	1,06%	1,14%
2603 [O](BORDIGH.) MEDICINA GENERALE	1,26%	5,27%
3603 [O](BORDIGH.) ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1,90%	4,12%
3604 [O](BORDIGH.) ORT. PROTESICA	0,12%	0,00%
4002 [O](BORDIGH.) PSICHIATRIA	0,00%	0,00%
4903 [O](BORDIGH.) TERAPIA SUBINTENSIVA	0,00%	0,00%
5105 BORDIGHERA ASTANTERIA		0,00%

CODICE PRIORITA' RICOVERO Non Definito Gennaio-Agosto 2012			
Reparto	Numero	PROGR	%
CARDIOLOGIA - U.T.I.C. - IM [5001]	17	100	17,00%
CARDIOLOGIA - U.T.I.C. - SR [5002]	25	108	23,15%
CHIRURGIA GENERALE - BO [0903]	1	1	100,00%
CHIRURGIA GENERALE - IM [0901]	11	171	6,43%
CHIRURGIA GENERALE - SR [0902]	24	147	16,33%
CHIRURGIA VASCOLARE - IM [1401]	17	141	12,06%
FISIATRIA - SR [5601]	113	188	60,11%
GASTROENTEROLOGIA - SR [5801]	50	318	15,72%
MALATTIE INFETTIVE - SR [2401]	26	55	47,27%
MEDICINA GENERALE - BO [2603]	10	12	83,33%
MEDICINA GENERALE - IM [2601]	11	96	11,46%
MEDICINA GENERALE - SR [2602]	12	34	35,29%
NEFROLOGIA - IM [2901]	4	37	10,81%
NEUROLOGIA - IM [3201]	1	1	100,00%
NEUROLOGIA - SR [3202]	2	14	14,29%
OCULISTICA - IM [3401]	9	51	17,65%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - BO [3603]	19	51	37,25%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - IM [3601]	13	56	23,21%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - SR [3602]	41	107	38,32%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA - IM [3701]	19	372	5,11%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA - SR [3702]	36	379	9,50%
OTORINOLARINGOIATRIA - SR [3801]	14	88	15,91%
PEDIATRIA - IM [3901]	5	21	23,81%
PEDIATRIA - SR [3902]	0	8	0,00%
PNEUMOLOGIA - IM [6801]	9	74	12,16%
TERAPIA INTENSIVA - SR [4902]	3	3	100,00%
UROLOGIA - SR [4301]	9	569	1,58%

9.3 Le autorizzazioni di spesa

La struttura Bilancio e Contabilità durante l'anno effettuerà, in collaborazione con il Controllo di Gestione, monitoraggi mensili dell'andamento della spesa basandosi sullo schema evidenziato in tabella (ad esclusione dei costi per personale dipendente, farmaceutica convenzionata, medicina convenzionata e curia) in cui ad ogni voce di costo viene abbinata un'autorizzazione di spesa.

Per ognuna di questa viene individuata una struttura in grado di monitorare l'andamento della spesa. Se la struttura stessa ha possibilità di influenzare l'andamento della spesa nella scheda di budget verrà inserito l'obiettivo con un peso. Se invece la struttura non ha possibilità di influenzare l'andamento l'obiettivo sarà inserito con peso pari a zero.

N. AUT.	DESCRIZIONE	RESPONSABILE BUDGET	N. AUT.	DESCRIZIONE	RESPONSABILE BUDGET	
1	distribuzione diretta farmaci	farmacia territoriale	37	formazione e aggiornamento (comprende acquisto di beni per coffee break, materiale per corsi, materiale didattico, libri e riviste, docenze, diplomi)	formazione	
2	materiale sanitario e acquisti in economia	farmacia ospedaliera				
3	laboratori	farmacia ospedaliera				
4	centri dialisi	farmacia ospedaliera	38	locazioni	affari generali	
5	farmaci	farmacia ospedaliera	39	noleggi e leasing di attrezzature sanitarie	ingegneria clinica	
6	SIT/anatomia patologica	farmacia ospedaliera	40	noleggi e leasing di attrezzature non sanitarie	economato	
7	pace maker	farmacia ospedaliera	41	noleggi per assistenza protesica	protesica	
8	lastre e materiale radiologico	farmacia ospedaliera	42	organi istituzionali	personale	
9	dialisi peritoneale domiciliare	farmacia ospedaliera	43	consulenze tecniche	progettazione	
10	beni non sanitari e acquisti in economia	economato	44	consulenze non sanitarie	affari generali	
11	manutenzioni uff. tecnico	manutenzione	45	consulenze tecniche	manutenzione	
12	manutenzioni ing. clinica	ingegneria clinica	46	spese legali	affari generali	
13	manutenzioni economato	economato	47	spese postali	affari generali	
14	manutenzioni in economia uff. tecnico	manutenzione	48	indennità e rimborsi ai membri di commissioni di concorso	personale	
15	manutenzioni in economia economato	economato			personale	
16	ricoveri ospedalieri strutt. accreditate	Pianif. Program ed Organiz	49	spese amministrative, di pubblicità e varie	costi comuni	
17	diagnostica strumentale da pubblico	Direzioni di presidio	50	abbonamenti riviste	economato	
18	diagnostica strumentale da privato (compreso Fatebenefratelli e Terme di Pigna)	monit. att. territoriali	51	assicurazioni	affari generali	
19	farmaceutica convenzionata (farmacie rurali)	farmacia territoriale	52	spese condominiali	affari generali	
	farmaceutica convenzionata (ossigeno)	farmacia territoriale	53	servizi appaltati: lavanderia	economato	
20	lavoro interinale	personale		servizi appaltati: pulizia	economato	
		personale		servizi appaltati: mensa	economato	
		personale		servizi appaltati: mensa dipendenti	economato	
21	assistenza protesica	protesica		servizi appaltati: trasporti	economato	
		protesica		servizi appaltati: smaltimento rifiuti	economato	
22	disabili amb. e dom. (compresa sperim. hesperia)	disabilità adulti		54	utenze (luce, acqua, gas)	servizi appaltati: altri servizi appaltati e acq. in economia
23	disabili res. e semires.	disabilità adulti	economato			
24	tossicodipendenti	sert	economato			
25	psichici	salute mentale	55	utenze: telefono	s.i.a.	
26	anziani	anziani			servizi appaltati: elaborazione dati	s.i.a.
27	rimborsi, assegni e contributi	costi comuni			servizi appaltati: altri servizi appaltati	s.i.a.
28	fatture istituti accreditati per LPI	personale	56	servizi appaltati: lavanderia	affari generali	
29	noleggi e leasing di attrezzature sanitarie	acquisti		servizi appaltati: pulizia	affari generali	
30	recupero fughe	Pianif. Program ed Organiz		servizi appaltati: mensa	affari generali	
				servizi appaltati: trasporti (GM)	affari generali	
31	indennità e rimborsi ai membri di commissioni patenti e invalidi	protesica	servizi appaltati: altri servizi appaltati	affari generali		
32	co.li.pro.	personale	57	servizi appaltati (man. e magazz. ausili per disabili)	protesica	
33	convenzioni	affari generali	58	servizi appaltati: MICENES	manutenzione	
34	gettoni incentivati medici (compreso 118)	Pianif. Program ed Organiz	59	oneri tributari	bilancio	
			60	oneri straordinari	bilancio	
35	gettoni incentivati comparto	Centro Trasfusionale	61	borsisti	personale	
		Dialisi			personale	
		Direzioni di presidio	62	reintegri economici	economato	
		Distretti	63	consulenze tecniche	progettaz. grandi opere	
		Economato	64	ambulanza interna	direzione presidio Sanremo	
36	croci	Servizio 118	65	donatori sangue	centro trasfusionale	
			66	consulenze fiscali	bilancio	

10. PIANO STRATEGICO 2013-2015

L'attuale situazione economica italiana e mondiale, la conseguente riduzione delle risorse assegnate al servizio sanitario, le grandi riforme istituzionali in atto (riduzione delle province e la possibile riorganizzazione delle aziende sanitarie in termini di territori di competenza), le modifiche organizzative alla rete ospedaliera e il potenziamento dell'assistenza territoriale, rendono estremamente difficile stillare un documento programmatico su più anni. Peraltro, gli obiettivi fissati per il 2013 sono estremamente impegnativi e potrebbero richiedere più tempo per essere totalmente realizzati.

Per queste ragioni la programmazione strategica per il triennio 2013-2015 riguarda:

PROGETTI DI RIORGANIZZAZIONE E RAZIONALIZZAZIONE

- la ulteriore razionalizzazione dei costi e una sempre maggiore attenzione all'analisi costi/benefici di tutte le azioni;
- la prosecuzione della riorganizzazione della rete ospedaliera verso l'ospedale per intensità di cura;
- l'accorpamento di alcune funzioni ospedaliere in oggi duplicate su più stabilimenti;
- la sperimentazione di strutture di ricovero intermedio extraospedaliero secondo le indicazioni che fornirà la Regione Liguria;
- una maggiore attenzione all'appropriatezza clinica, e agli esiti delle azioni e degli interventi sanitari;
- il potenziamento del territorio con la completa assegnazione al distretto di un ruolo primario per l'analisi della domanda e la gestione dell'offerta sanitaria;
- la diffusione dei protocolli diagnostici-terapeutici per la presa in carico delle grandi cronicità;
- l'aumento della risposta domiciliare e la strutturazione di pacchetti assistenziali anche alternativi al ricovero.

INTERVENTI STRUTTURALI

Per quanto riguarda l'area degli investimenti strutturali gli anni 2014 e 2015 rappresenteranno momenti particolarmente significativi per ridefinire l'offerta sanitaria territoriale nel territorio dell'estremo ponente ligure.

Infatti si andranno a completare i grandi lavori di realizzazione delle Case della Salute a Imperia, Sanremo e Bordighera, che consentiranno di migliorare significativamente le strutture sanitarie ma anche le modalità di erogazione.

CASE DELLA SALUTE

✓ **Distretto Imperiese**

Sede di Via Acquarone

contratto e costituzione del diritto di superficie il 15/11/2012

consegna lavori entro dicembre 2012
data presunta fine lavori entro Novembre 2014

✓ **Distretto Sanremese**

Palafiori di C.so Garibaldi - Palasalute della Donna e del Bambino

pur essendo in fase avanzata i lavori di realizzazione, ad oggi sono in corso di ridefinizione alcuni aspetti contrattuali per i quali resta difficile prevedere una data certa di fine lavori.

Palasalute Via S. Francesco

contratto firmato il 17/02/2012

consegna parziale dei lavori avvenuta il 17/02/2012

data presunta fine lavori entro Maggio 2015

✓ **Distretto Intemelio**

Palasanità (H S. Charles)

consegna lavori in via d'urgenza il 06/08/2012

data presunta fine lavori entro Luglio 2014

Quest'ultima struttura si affiancherà alla ex palazzina uffici già in fase di ristrutturazione che accoglierà prevalentemente gli ambulatori specialistici distrettuali.

Si ricorda che le funzioni previste per la Case della Salute sono le seguenti:

- ✓ Area del CUP
- ✓ Area dei Servizi Sanitari delle Cure Primarie, della Prevenzione, della Salute mentale
- ✓ Punto soccorso mobile 118
- ✓ Ambulatorio di prime cure e per le piccole urgenze
- ✓ Ambulatorio dei medici di medicina generale – UTAP
- ✓ Continuità assistenziale
- ✓ Attività specialistiche ambulatoriali
- ✓ Consultorio familiare
- ✓ Tecnologie diagnostiche semplici (ecografie, radiografie, mammografie, spirometrie, etc)
- ✓ eventuali Degenze territoriali (Ospedali di comunità o cure intermedie extraospedaliere)

STABILIMENTI OSPEDALIERI

Negli ospedali sono stati finanziati e già in fase di realizzazione alcuni interventi di ristrutturazione finalizzati a migliorare le strutture e a renderle più idonee e funzionali all'evoluzione dell'assistenza e della cura, dei processi riorganizzativi in corso e considerando anche i tempi necessari per l'eventuale realizzazione del nuovo ospedale del ponente. Particolare attenzione dovrà essere posta alla messa in sicurezza ove necessaria, ed alla realizzazione delle infrastrutture relative al supporto dei piani anti incendio.

Presso l'Ospedale di **Sanremo** sono in corso i lavori per la realizzazione del nuovo **Pronto Soccorso** che dovrebbero terminare nel 2014. Sempre nello stesso stabilimento partiranno nel 2013 i lavori per la realizzazione della **nuova piastra operatoria** e per il **tunnel di collegamento tra il padiglione Giannoni e il Castillo**. Inoltre sono previsti lavori di ristrutturazione del ala ovest del 4° piano del padiglione Borea.

Nell'Ospedale di Imperia sono terminati i lavori di rifacimento del blocco parto mentre inizieranno a breve quelli di ristrutturazione del reparto di **Ostetricia-Ginecologia**. Si completeranno nel 2013 i lavori di ristrutturazione del reparto di **Neurologia**.

A Bordighera sono stati completati recentemente molti lavori di ristrutturazione che hanno interessato tutti i piani di degenza (in ultimo il primo per il trasferimento del reparto di Fisiatria) e sono in corso i lavori per la completa ristrutturazione della ex palazzina uffici.

INVESTIMENTI TECNOLOGICI E SVILUPPO INFORMATIZZAZIONE

Nel triennio 2013-2015 le acquisizioni di "grandi apparecchiature" saranno effettuate secondo il metodo HTCA (Health Care Technology Assessment), attraverso la valutazione delle priorità e dei benefici e tenendo sempre in considerazione le risorse regionalmente assegnate per gli investimenti. Nel prossimo triennio si prevede l'acquisizione di una TAC ed una tomo sintesi, solo per citare le maggiori tecnologie.

E' previsto il completamento del progetto di informatizzazione della cartella clinica, sia per l'area medica che infermieristica, di pari passo con la dematerializzazione dei documenti e l'utilizzo della ricetta elettronica. Inoltre dovrà essere potenziato l'utilizzo del Clinical Patient Record e la piena realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico secondo le recenti indicazioni ministeriali e gli obiettivi che verranno fissati dalla Regione.

Ad oggi è impossibile valutare con precisione gli investimenti in questo settore che dovranno permettere l'adeguamento alle numerose normative in materia, volte peraltro all'introduzione di nuovi servizi per i cittadini ed i professionisti ed al miglioramento di quelli esistenti, e di conseguenza gli investimenti dei prossimi tre anni saranno basati sulle risorse a disposizione e incardinati nel quadro dello sviluppo informatico già portato avanti con successo negli ultimi anni.

AREA AMMINISTRATIVA

L'area amministrativa è già stata oggetto un questi ultimi anni di processi riorganizzativi che hanno interessato sia l'assetto dirigenziale (riduzione delle strutture complesse e dei dipartimenti) sia le risorse umane disponibili (blocco del turn over).

La regione Liguria ha già posto importanti obiettivi in termini di razionalizzazione e accorpamento di attività nell'ambito dell'area ottimale del ponente ligure e sono in fase di approfondimento con ASL 2 ulteriori azioni, già discusse in sede di area ottimale, che potrebbero comportare benefici sia in termini di efficienza che di minori costi tendenziali.

Un processo innovativo riguarderà l'area acquisti con la recente approvazione da parte della Giunta Regionale della nuova Centrale Acquisti Regionale nell'ambito della Agenzia Sanitaria Regionale che dovrà gestire tutte le procedure di acquisto per un importo di gara superiore ai 40.000 euro.

Tale fatto comporterà una riorganizzazione degli attuali uffici e la definizione di nuovi importanti compiti aziendali incentrati sulla razionalizzazione dei costi, sul monitoraggio della spesa, sull'ulteriore accentramento di alcune funzioni ancora in oggi decentrate (ad esempio gestione dei contratti di residenzialità), del potenziamento di alcune attività in ambito economico (gestione automezzi, trasporti interni, inventario, controllo servizi appaltati, magazzino unico) il tutto in un'ottica di revisione della spesa.

TABELLE

1. DIVISIONE RICOVERI ORDINARI RESIDENTI ASL1 2011/2010

DIVISIONE % RICOVERI ORDINARI	VENTIMIGLIA						SANREMO						IMPERIA					
	2011			2010			2011			2010			2011			2010		
	ASL1	LIGURIA	FUORI REG	ASL1	LIGURIA	FUORI REG	ASL1	LIGURIA	FUORI REG	ASL1	LIGURIA	FUORI REG	ASL1	LIGURIA	FUORI REG	ASL1	LIGURIA	FUORI REG
31 - NIDO	95.07%	3.29%	1.64%	93.14%	4.57%	2.29%	94.91%	3.24%	1.85%	93.88%	4.08%	2.04%	89.40%	8.42%	2.17%	85.80%	10.73%	3.47%
26 - MEDICINA GENERALE	94.19%	2.16%	3.65%	94.41%	1.73%	3.86%	91.96%	1.98%	6.06%	89.91%	2.82%	7.27%	83.65%	10.04%	6.31%	83.41%	9.58%	7.01%
51 - ASTANTERIA	94.07%	5.08%	0.85%	91.18%	5.88%	2.94%	95.88%	2.91%	1.21%	96.58%	2.51%	0.91%	93.89%	4.89%	1.22%	91.58%	6.44%	1.98%
37 - OSTETRICIA/GINECOL.	91.00%	4.37%	4.64%	88.24%	6.33%	5.43%	90.15%	4.44%	5.41%	89.50%	5.11%	5.39%	88.83%	6.66%	4.51%	84.16%	7.72%	8.11%
40 - PSICHIATRIA	88.48%	0.46%	11.06%	94.00%	0.00%	6.00%	95.49%	1.41%	3.10%	94.55%	1.36%	4.09%	94.65%	1.41%	3.94%	93.88%	1.17%	4.96%
73 - TERAP. INTENS. NEONAT	87.04%	7.41%	5.56%	80.82%	19.18%	0.00%	85.71%	13.27%	1.02%	88.07%	10.09%	1.83%	94.97%	4.52%	0.50%	94.81%	4.76%	0.43%
39 - PEDIATRIA	86.06%	10.30%	3.64%	72.12%	19.39%	8.48%	87.35%	8.57%	4.08%	76.89%	19.34%	3.77%	89.53%	6.98%	3.49%	82.85%	12.21%	4.94%
32 - NEUROLOGIA	83.33%	7.95%	8.71%	83.82%	9.56%	6.62%	90.44%	3.92%	5.63%	88.41%	5.41%	6.18%	88.86%	4.27%	6.87%	87.56%	6.00%	6.44%
24 - MAL. INFETT./TROPIC.	82.22%	13.33%	4.44%	72.38%	21.90%	5.71%	92.09%	5.36%	2.55%	89.94%	8.91%	1.15%	65.96%	30.85%	3.19%	63.22%	33.33%	3.45%
29 - NEFROLOGIA	80.49%	0.00%	19.51%	92.31%	0.00%	7.69%	87.65%	0.00%	12.35%	92.63%	0.00%	7.37%	97.89%	0.00%	2.11%	98.71%	0.43%	0.86%
09 - CARDIOLOGIA UTIC	79.19%	4.03%	16.78%	83.14%	2.62%	14.24%	80.76%	3.24%	16.01%	83.09%	3.68%	13.24%	87.24%	4.25%	8.50%	86.90%	6.07%	7.03%
08 - CHIRURGIA GENERALE	75.30%	6.83%	17.87%	78.09%	6.88%	15.03%	67.39%	8.57%	24.04%	72.71%	7.06%	20.24%	66.32%	15.54%	18.15%	67.61%	16.03%	16.36%
68 - PNEUMOLOGIA	68.94%	15.91%	15.15%	73.95%	18.49%	7.56%	81.44%	9.28%	9.28%	80.39%	11.27%	8.33%	90.65%	6.85%	2.49%	94.17%	4.60%	1.23%
58 - GASTROENTEROLOGIA	67.89%	28.44%	3.67%	82.47%	9.28%	8.25%	88.43%	8.68%	2.89%	87.38%	6.31%	6.31%	60.54%	36.05%	3.40%	60.50%	34.45%	5.04%
43 - UROLOGIA	67.61%	6.92%	25.47%	74.60%	7.72%	17.68%	71.12%	4.69%	24.19%	73.75%	8.03%	18.22%	57.37%	11.98%	30.65%	68.50%	14.96%	16.54%
14 - CHIRURGIA VASCOLARE	62.37%	20.43%	17.20%	62.39%	16.24%	21.37%	56.21%	30.72%	13.07%	76.68%	12.95%	10.36%	63.89%	26.39%	9.72%	68.64%	21.19%	10.17%
36 - ORTOPEDIA/TRAUMATOL.	60.80%	14.20%	25.00%	58.50%	15.38%	26.13%	52.45%	19.71%	27.83%	57.71%	17.37%	24.92%	46.40%	31.78%	21.83%	46.75%	31.45%	21.80%
38 - OTORINOLARINGOIATRIA	58.33%	23.81%	17.86%	49.43%	34.48%	16.09%	64.74%	15.03%	20.23%	64.89%	15.43%	19.68%	37.11%	24.74%	38.14%	44.62%	26.15%	29.23%
49 - TERAPIA INTENSIVA	52.46%	39.34%	8.20%	55.38%	40.00%	4.62%	66.67%	24.07%	9.26%	64.29%	26.53%	9.18%	65.33%	28.00%	6.67%	63.77%	27.54%	8.70%
56 - RIABILITAZ. FUNZION.	40.55%	20.62%	38.83%	44.61%	17.49%	37.90%	49.01%	20.70%	30.30%	55.85%	12.57%	31.59%	20.77%	48.97%	30.26%	30.65%	34.35%	35.00%
34 - OCULISTICA	27.94%	41.18%	30.88%	24.00%	58.67%	17.33%	43.65%	30.16%	26.19%	43.09%	36.59%	20.33%	42.86%	29.59%	27.55%	38.20%	28.09%	33.71%
01 - ALLERGOLOGIA	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	0.00%
05 - ANGIOLOGIA	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
06 - CARDIOCHIRURGIA PED.	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	80.00%	20.00%
07 - CARDIOCHIRURGIA	0.00%	63.89%	36.11%	0.00%	60.00%	40.00%	0.00%	64.63%	35.37%	0.00%	57.75%	42.25%	0.00%	69.01%	30.99%	0.00%	67.21%	32.79%
08 - CARDIOLOGIA	0.00%	21.43%	78.57%	0.00%	15.89%	84.31%	0.00%	14.58%	85.42%	0.00%	23.17%	76.83%	0.00%	33.73%	66.27%	0.00%	46.51%	53.49%
10 - CHIRURGIA MAXILLO F.	0.00%	63.64%	36.36%	0.00%	57.14%	42.86%	0.00%	63.16%	36.84%	0.00%	45.83%	54.17%	0.00%	67.74%	32.26%	0.00%	70.59%	29.41%
11 - CHIRURGIA PEDIATRICA	0.00%	95.74%	4.26%	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	89.66%	10.34%	0.00%	96.23%	3.77%	0.00%	96.43%	3.57%	0.00%	96.55%	3.45%
12 - CHIRURGIA PLASTICA	0.00%	88.00%	12.00%	0.00%	88.71%	11.29%	0.00%	91.94%	8.06%	0.00%	87.10%	12.90%	0.00%	85.71%	14.29%	0.00%	84.62%	15.38%
13 - CHIRURGIA TORACICA	0.00%	64.71%	35.29%	0.00%	78.79%	21.21%	0.00%	84.62%	15.38%	0.00%	71.79%	28.21%	0.00%	74.19%	25.81%	0.00%	86.36%	13.64%
18 - EMATOLOGIA	0.00%	85.00%	15.00%	0.00%	94.92%	5.08%	0.00%	73.17%	26.83%	0.00%	73.17%	26.83%	0.00%	97.14%	2.86%	0.00%	97.22%	2.78%
19 - MAL. ENDOCRINE/NUTR.	0.00%	16.67%	83.33%	0.00%	16.67%	83.33%	0.00%	45.45%	54.55%	0.00%	33.33%	66.67%	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	100.00%
20 - IMMUNOLOGIA	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
21 - GERIATRIA	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%	20.00%	80.00%	0.00%	16.67%	83.33%	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%	25.00%	75.00%	0.00%	33.33%	66.67%
25 - MEDICINA DEL LAVORO	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	100.00%
28 - UNITA' SPINALE	0.00%	83.33%	16.67%	0.00%	85.71%	14.29%	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	93.75%	6.25%	0.00%	60.00%	40.00%	0.00%	87.50%	12.50%
30 - NEUROCHIRURGIA	0.00%	91.00%	9.00%	0.00%	75.61%	24.39%	0.00%	80.00%	20.00%	0.00%	85.12%	14.88%	0.00%	73.47%	26.53%	0.00%	81.00%	19.00%
33 - NEUROPSICHIATRIA INF.	0.00%	70.37%	29.63%	0.00%	63.89%	36.11%	0.00%	44.44%	55.56%	0.00%	52.17%	47.83%	0.00%	70.59%	29.41%	0.00%	64.29%	35.71%
35 - ODONTOIATRIA/STOMAT.	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	100.00%
47 - GRANDI USTIONATI	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	83.33%	16.67%	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%
48 - NEFROL. (TRAP. RENE)	0.00%	66.67%	33.33%	0.00%	50.00%	50.00%	0.00%	62.50%	37.50%	0.00%	55.56%	44.44%	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	66.67%	33.33%
52 - DERMATOLOGIA	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	77.78%	22.22%	0.00%	71.43%	28.57%	0.00%	71.43%	28.57%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	75.00%	25.00%
57 - FISIOPAT. RIPRODUZ.	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%
60 - LUNGODEGENTI	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	100.00%
61 - MEDICINA NUCLEARE	0.00%	76.92%	23.08%	0.00%	66.67%	33.33%	0.00%	84.21%	15.79%	0.00%	70.37%	29.63%	0.00%	60.00%	40.00%	0.00%	66.67%	33.33%
62 - NEONATOLOGIA	0.00%	75.00%	25.00%	0.00%	33.33%	66.67%	0.00%	87.50%	12.50%	0.00%	66.67%	33.33%	0.00%	83.33%	16.67%	0.00%	66.67%	33.33%
64 - ONCOLOGIA	0.00%	20.00%	80.00%	0.00%	42.11%	57.89%	0.00%	19.05%	80.95%	0.00%	20.34%	79.66%	0.00%	45.71%	54.29%	0.00%	37.14%	62.86%
65 - ONCOEMATOLOGIA	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	67.65%	32.35%	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%
66 - ONCOEMATOL. PEDIATR.	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
67 - PENSIONANTI	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%	30.00%	70.00%	0.00%	42.86%	57.14%	0.00%	33.33%	66.67%	0.00%	12.50%	87.50%	0.00%	37.50%	62.50%
70 - RADIOTERAPIA	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	0.00%
71 - REUMATOLOGIA	0.00%	81.25%	18.75%	0.00%	75.00%	25.00%	0.00%	58.82%	41.18%	0.00%	61.11%	38.89%	0.00%	96.15%	3.85%	0.00%	70.00%	30.00%
74 - RADIOTERAP. ONCOLOG.	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
75 - NEURORIABILITAZIONE	0.00%	33.33%	66.67%	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%	42.86%	57.14%	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%	50.00%	50.00%	0.00%	55.56%	44.44%
76 - NEUROCHIRUR. PEDIATR.	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	90.91%	9.09%	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	95.24%	4.76%
77 - NEFROLOGIA PEDIATR.	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%
99 - CURE PALLIATIVE/HOSPICE	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
97 - DETENUTI	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%

2. DIVISIONE RICOVERI DIURNI RESIDENTI ASL1 2011/2010

DIVISIONE % RICOVERI DIURNI	VENTIMIGLIA						SANREMO						IMPERIA					
	2011			2010			2011			2010			2011			2010		
	ASL1	LIGURIA	FUORI REG	ASL1	LIGURIA	FUORI REG	ASL1	LIGURIA	FUORI REG	ASL1	LIGURIA	FUORI REG	ASL1	LIGURIA	FUORI REG	ASL1	LIGURIA	FUORI REG
26 - MEDICINA GENERALE	96,63%	2,38%	0,99%	95,10%	4,08%	0,82%	95,47%	2,15%	2,38%	94,40%	3,17%	2,43%	93,53%	5,72%	0,76%	89,55%	9,27%	1,17%
14 - CHIRURGIA VASCOLARE	90,00%	0,00%	10,00%	86,27%	9,80%	3,92%	80,39%	13,73%	5,88%	91,95%	4,60%	3,45%	86,15%	13,85%	0,00%	82,88%	13,51%	3,60%
37 - OSTETRICIA/GINECOL.	88,59%	6,95%	4,47%	87,71%	7,29%	5,00%	86,34%	8,41%	5,26%	87,98%	8,52%	3,50%	83,00%	11,52%	5,48%	83,30%	11,98%	4,72%
29 - NEFROLOGIA	83,33%	0,00%	16,67%	97,14%	0,00%	2,86%	98,51%	0,00%	1,49%	98,98%	0,00%	1,02%	99,06%	0,95%	0,00%	97,66%	1,17%	1,17%
58 - GASTROENTEROLOGIA	82,96%	15,25%	1,79%	84,94%	9,64%	5,42%	93,67%	5,11%	1,22%	90,73%	7,03%	2,24%	73,90%	25,37%	0,74%	67,57%	31,53%	0,90%
32 - NEUROLOGIA	81,58%	11,84%	6,58%	87,72%	6,14%	6,14%	89,58%	6,25%	4,17%	94,36%	3,23%	2,42%	81,94%	12,50%	5,56%	93,92%	5,07%	1,01%
09 - CHIRURGIA GENERALE	79,11%	5,85%	15,04%	72,96%	9,58%	17,46%	75,34%	7,63%	17,03%	75,98%	10,63%	13,39%	80,35%	9,50%	10,15%	76,69%	13,55%	9,76%
36 - ORTOPEDIA/TRAUMATOL.	77,89%	15,66%	6,46%	80,00%	13,06%	6,94%	68,79%	19,21%	12,01%	72,32%	22,03%	5,65%	48,33%	38,70%	12,97%	49,70%	40,76%	9,54%
69 - RADIOLOGIA	76,00%	24,00%	0,00%	70,15%	29,85%	0,00%	51,92%	48,08%	0,00%	50,31%	49,69%	0,00%	68,75%	31,25%	0,00%	75,00%	25,00%	0,00%
52 - DERMATOLOGIA	75,00%	25,00%	0,00%	74,73%	21,98%	3,30%	83,62%	16,38%	0,00%	86,01%	12,76%	1,23%	92,67%	6,60%	0,73%	93,87%	6,13%	0,00%
64 - ONCOLOGIA	74,55%	16,36%	9,09%	73,58%	16,06%	10,36%	76,44%	9,59%	13,97%	80,11%	8,24%	11,65%	70,66%	18,53%	10,81%	64,39%	24,24%	11,36%
43 - UROLOGIA	74,36%	20,51%	5,13%	85,23%	14,77%	0,00%	73,21%	21,88%	4,91%	79,77%	15,25%	4,99%	50,00%	44,27%	5,73%	63,03%	33,19%	3,78%
08 - CARDIOLOGIA UTIC	72,09%	13,95%	13,95%	13,95%	69,77%	16,28%	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	91,53%	6,78%	1,69%	86,01%	10,49%	3,50%
68 - PNEUMOLOGIA	67,39%	32,61%	0,00%	76,24%	23,76%	0,00%	75,29%	22,35%	2,35%	80,77%	14,62%	4,62%	61,47%	37,61%	0,92%	75,93%	22,84%	1,23%
24 - MAL. INFETT/TROPIC.	66,67%	22,22%	11,11%	73,33%	26,67%	0,00%	53,33%	40,00%	6,67%	66,67%	27,78%	5,56%	28,57%	71,43%	0,00%	14,81%	77,78%	7,41%
38 - OTORINOLARINGOIATRIA	50,93%	35,19%	13,89%	47,83%	40,87%	11,30%	66,87%	67,72%	27,61%	5,52%	60,57%	37,14%	2,29%	37,41%	51,02%	11,56%	32,28%	57,59%
34 - OCULISTICA	40,98%	23,90%	35,12%	46,15%	40,56%	13,29%	67,72%	16,93%	15,35%	53,49%	32,95%	13,57%	53,07%	39,35%	6,86%	63,07%	28,10%	8,82%
39 - PEDIATRIA	31,98%	68,02%	0,00%	37,44%	61,56%	0,99%	52,65%	44,70%	2,65%	51,49%	45,90%	2,61%	58,85%	38,50%	2,65%	53,28%	45,17%	1,54%
01 - ALLERGOLOGIA	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	83,33%	16,67%	0,00%	83,33%	16,67%	0,00%	85,71%	14,29%
02 - DAY HOSPITAL	0,00%	13,64%	86,36%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	2,50%	97,50%	0,00%	3,45%	96,55%	0,00%	10,00%	90,00%	0,00%	13,33%	86,67%
06 - RADIOCHIRURGIA PED.	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	66,67%	33,33%	0,00%	100,00%	0,00%
07 - RADIOCHIRURGIA	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%
10 - CHIRURGIA MAXILLO F.	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	50,00%	50,00%	0,00%	83,33%	16,67%	0,00%	75,00%	25,00%	0,00%	87,50%	12,50%	0,00%	92,31%	7,69%
11 - CHIRURGIA PEDIATRICA	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	97,22%	2,78%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	96,43%	3,57%	0,00%	100,00%	0,00%
12 - CHIRURGIA PLASTICA	0,00%	57,14%	42,86%	0,00%	92,31%	7,69%	0,00%	75,00%	25,00%	0,00%	80,00%	20,00%	0,00%	61,54%	38,46%	0,00%	70,97%	29,03%
13 - CHIRURGIA TORACICA	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
15 - MEDICINA SPORTIVA	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
18 - EMATOLOGIA	0,00%	81,08%	18,92%	0,00%	80,65%	19,35%	0,00%	68,29%	31,71%	0,00%	71,05%	28,95%	0,00%	77,42%	22,58%	0,00%	73,08%	26,92%
19 - MAL. ENDOCRINE/NUTR.	0,00%	30,43%	69,57%	0,00%	21,43%	78,57%	0,00%	50,00%	50,00%	0,00%	41,18%	58,82%	0,00%	36,36%	63,64%	0,00%	30,77%	69,23%
20 - IMMUNOLOGIA	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
21 - GERIATRIA	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	50,00%	50,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%
25 - MEDICINA DEL LAVORO	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%
28 - UNITA' SPINALE	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%
30 - NEUROCHIRURGIA	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	91,67%	8,33%	0,00%	88,89%	11,11%	0,00%	85,71%	14,29%	0,00%	100,00%	0,00%
33 - NEUROPSICHIATRIA INF	0,00%	92,86%	7,14%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	64,00%	36,00%	0,00%	62,07%	37,93%	0,00%	61,54%	38,46%	0,00%	52,38%	47,62%
35 - ODONTOIATRIA/STOMAT.	0,00%	20,00%	80,00%	0,00%	37,50%	62,50%	0,00%	35,71%	64,29%	0,00%	83,33%	16,67%	0,00%	37,50%	62,50%	0,00%	42,86%	57,14%
40 - PSICHIATRIA	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	100,00%	0,00%	0,00%	95,00%	5,00%	0,00%	94,23%	5,77%	0,00%	95,35%	0,00%	4,65%
48 - NEFROL. (TRAP. RENE)	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	50,00%	50,00%	0,00%	50,00%	50,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%
49 - TERAPIA INTENSIVA	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	92,86%	7,14%	0,00%	60,00%	40,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	85,71%	14,29%
51 - ASTANTERIA	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
56 - RIABILITAZ. FUNZION.	0,00%	62,50%	37,50%	0,00%	66,67%	33,33%	0,00%	27,27%	72,73%	0,00%	53,85%	46,15%	0,00%	80,95%	19,05%	0,00%	83,33%	16,67%
57 - FISIOPAT. RIPRODUZ.	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
61 - MEDICINA NUCLEARE	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	83,33%	16,67%
62 - NEONATOLOGIA	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
65 - ONCOEMATOLOGIA	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	88,46%	11,54%	0,00%	83,78%	16,22%	0,00%	96,00%	4,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%
67 - PENSIONANTI	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	33,33%	66,67%	0,00%	16,67%	83,33%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	25,00%	75,00%
70 - RADIOTERAPIA	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
71 - REUMATOLOGIA	0,00%	96,55%	3,45%	0,00%	96,30%	3,70%	0,00%	97,85%	2,15%	0,00%	97,65%	2,35%	0,00%	97,98%	2,02%	0,00%	97,03%	2,97%
75 - NEURORIABILITAZIONE	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
76 - NEUROCHIRURG. PEDIATR.	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	92,86%	7,14%
77 - NEFROLOGIA PEDIATR.	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%
98 - DAY SURGERY	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	2,08%	97,92%	0,00%	1,68%	98,32%	0,00%	1,87%	98,13%	0,00%	1,92%	98,08%	0,00%	4,26%	95,74%

3. FUGHE FUORI REGIONE RICOVERI ORDINARI PER DISCIPLINA

FUGHE FUORI REGIONE	ASL1		XXM		SR		IM	
	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010
RICOVERI ORDINARI								
TOTALE	3.553	3.555	944	931	1.495	1.469	1.114	1.155
36 - ORTOPIEDIA/TRAUMATOL.	703	751	176	209	312	307	215	235
09 - CHIRURGIA GENERALE	463	430	136	107	188	172	139	151
56 - RIABILITAZ. FUNZION.	414	472	113	130	183	181	118	161
43 - UROLOGIA	348	202	81	55	134	84	133	63
26 - MEDICINA GENERALE	229	273	54	56	92	124	83	93
08 - CARDIOLOGIA	181	152	44	43	82	63	55	46
37 - OSTETRICIA/GINECOL.	134	183	34	42	56	58	44	83
64 - ONCOLOGIA	94	80	24	11	51	47	19	22
38 - OTORINOLARINGOIATRIA	87	89	15	14	35	37	37	38
32 - NEUROLOGIA	85	87	23	18	33	40	29	29
34 - OCULISTICA	81	68	21	13	33	25	27	30
30 - NEUROCHIRURGIA	66	57	9	20	31	18	26	19
07 - RADIOCHIRURGIA	64	74	13	24	29	30	22	20
14 - CHIRURGIA VASCOLARE	50	57	16	25	20	20	14	12
40 - PSICHIATRIA	49	44	24	12	11	15	14	17
68 - PNEUMOLOGIA	46	30	20	9	18	17	8	4
33 - NEUROPSICHIATRIA INF	28	29	8	13	15	11	5	5
13 - CHIRURGIA TORACICA	26	21	12	7	6	11	8	3
39 - PEDIATRIA	25	39	6	14	10	8	9	17
35 - ODONTOIATRIA/STOMAT.	24	25	12	9	5	9	7	7
60 - LUNGODEGENTI	23	37	7	13	11	16	5	8
29 - NEFROLOGIA	22	12	8	3	10	7	4	2
31 - NIDO	22	29	6	8	8	10	8	11
10 - CHIRURGIA MAXILLO F.	21	21	4	3	7	13	10	5
12 - CHIRURGIA PLASTICA	21	27	6	7	5	8	10	12
67 - PENSIONANTI	21	26	10	7	4	14	7	5
49 - TERAPIA INTENSIVA	20	18	5	3	10	9	5	6
50 - UNITA' CORONARICA	20	20	6	6	7	9	7	5
18 - EMATOLOGIA	18	15	6	3	11	11	1	1
24 - MAL. INFETT./TROPIC.	17	13	4	6	10	4	3	3
21 - GERIATRIA	16	13	5	4	5	7	6	2
58 - GASTROENTEROLOGIA	16	27	4	8	7	13	5	6
75 - NEUORRIABILITAZIONE	16	23	8	11	4	8	4	4
19 - MAL. ENDOCRINE/NUTR.	14	12	5	5	6	4	3	3
51 - ASTANTERIA	11	9	1	1	5	4	5	4
65 - ONCOEMATOLOGIA	11	0			11			
71 - REUMATOLOGIA	11	12	3	2	7	7	1	3
11 - CHIRURGIA PEDIATRICA	10	4	2		6	2	2	2
61 - MEDICINA NUCLEARE	10	15	3	3	3	8	4	4
25 - MEDICINA DEL LAVORO	9	2			3		6	2
73 - TERAP. INTENS. NEONAT	5	3	3		1	2	1	1
48 - NEFROL. (TRAP. RENE)	4	8	1	1	3	4		3
70 - RADIOTERAPIA	4	15	2		1	15	1	
28 - UNITA' SPINALE	3	3	1	1		1	2	1
62 - NEONATOLOGIA	3	6	1	2	1	3	1	1
97 - DETENUTI	3	0	1		2			
52 - DERMATOLOGIA	2	5		2	2	2		1
01 - ALLERGOLOGIA	1	0					1	
20 - IMMUNOLOGIA	1	0	1					
57 - FISIOPAT. RIPRODUZ.	1	1			1			1
** - NON SIGNIFICATIVO	0	2				1		1
05 - ANGIOLOGIA	0	1		1				
06 - RADIOCHIRURGIA PED.	0	2						2
47 - GRANDI USTIONATI	0	1				1		
66 - ONCOEMATOL. PEDIATR.	0	6				6		
74 - RADIOTERAP. ONCOLOG.	0	2				2		
76 - NEUROCHIRUR. PEDIATR.	0	2				1		1

4. FUGHE FUORI REGIONE RICOVERI DIURNI PER DISCIPLINA

FUGHE FUORI REGIONE	ASL1		XXM		SR		IM	
	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010
RICOVERI DAY								
TOTALE	1.340	1.195	361	312	600	498	379	385
98 - DAY SURGERY	212	197	44	47	117	105	51	45
09 - CHIRURGIA GENERALE	188	179	54	62	87	68	47	49
36 - ORTOPEDIA/TRAUMATOL.	184	122	33	34	85	40	66	48
34 - OCULISTICA	130	81	72	19	39	35	19	27
64 - ONCOLOGIA	99	91	20	20	51	41	28	30
37 - OSTETRICIA/GINECOL.	83	73	18	24	35	23	30	26
02 - DAY HOSPITAL	76	69	19	15	39	28	18	26
19 - MAL. ENDOCRINE/NUTR.	42	39	16	11	12	10	14	18
38 - OTORINOLARINGOIATRIA	41	33	15	13	9	4	17	16
26 - MEDICINA GENERALE	32	37	5	4	20	23	7	10
43 - UROLOGIA	30	26	8		11	17	11	9
18 - EMATOLOGIA	27	24	7	6	13	11	7	7
12 - CHIRURGIA PLASTICA	22	13	3	1	4	3	15	9
35 - ODONTOIATRIA/STOMAT.	22	10	8	5	9	1	5	4
33 - NEUROPSICHIATRIA INF	20	21	1		9	11	10	10
08 - CARDIOLOGIA	16	21	6	7	8	9	2	5
56 - RIABILITAZ. FUNZION.	15	13	3	2	8	6	4	5
32 - NEUROLOGIA	13	16	5	7	4	6	4	3
39 - PEDIATRIA	13	13		2	7	7	6	4
58 - GASTROENTEROLOGIA	11	18	4	9	5	7	2	2
07 - CARDIOCHIRURGIA	8	1	6		1		1	1
65 - ONCOEMATOLOGIA	6	4		3	6	1		
14 - CHIRURGIA VASCOLARE	5	9	2	2	3	3		4
67 - PENSIONANTI	5	10	3	2	2	5		3
71 - REUMATOLOGIA	5	6	1	1	2	2	2	3
29 - NEFROLOGIA	4	4	3	1	1	1		2
75 - NEURORIABILITAZIONE	4	3	1	1	2	2	1	
25 - MEDICINA DEL LAVORO	3	3	1	1	1		1	2
52 - DERMATOLOGIA	3	6		3		3	3	
57 - FISIOPAT. RIPRODUZ.	3	15	1	3	2	7		5
68 - PNEUMOLOGIA	3	8			2	6	1	2
10 - CHIRURGIA MAXILLO F.	2	3		1	1	1	1	1
11 - CHIRURGIA PEDIATRICA	2	0			1		1	
15 - MEDICINA SPORTIVA	2	0					2	
24 - MAL. INFETT./TROPIC.	2	4	1		1	2		2
30 - NEUROCHIRURGIA	2	1			1	1	1	
48 - NEFROL. (TRAP. RENE)	2	1	1		1	1		
01 - ALLERGOLOGIA	1	2				1	1	1
06 - CARDIOCHIRURGIA PED.	1	0					1	
49 - TERAPIA INTENSIVA	1	5			1	4		1
13 - CHIRURGIA TORACICA	0	1				1		
20 - IMMUNOLOGIA	0	2		2				
21 - GERIATRIA	0	1				1		
40 - PSICHIATRIA	0	5		3				2
61 - MEDICINA NUCLEARE	0	1						1
70 - RADIOTERAPIA	0	3		1		1		1
76 - NEUROCHIRUR.PEDIATR.	0	1						1

5. FUGHE REGIONE RICOVERI ORDINARI PER DISCIPLINA

Disciplina	ASL 1		XXM		SR		IM	
	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010
TOTALE	3.909	3.965	901	977	1.323	1.282	1.685	1.706
36 - ORTOPEDIA/TRAUMATOL.	634	676	100	123	221	214	313	339
56 - RIABILITAZ. FUNZION.	376	290	60	60	125	72	191	158
30 - NEUROCHIRURGIA	287	246	91	62	124	103	72	81
09 - CHIRURGIA GENERALE	238	257	52	49	67	60	119	148
26 - MEDICINA GENERALE	194	200	32	25	30	48	132	127
12 - CHIRURGIA PLASTICA	161	175	44	55	57	54	60	66
11 - CHIRURGIA PEDIATRICA	151	140	45	33	52	51	54	56
37 - OSTETRICIA/GINECOL.	143	183	32	49	46	55	65	79
07 - CARDIOCHIRURGIA	125	118	23	36	53	41	49	41
58 - GASTROENTEROLOGIA	105	63	31	9	21	13	53	41
14 - CHIRURGIA VASCOLARE	104	69	19	19	47	25	38	25
43 - UROLOGIA	100	118	22	24	26	37	52	57
18 - EMATOLOGIA	98	121	34	56	30	30	34	35
34 - OCULISTICA	95	114	28	44	38	45	29	25
13 - CHIRURGIA TORACICA	78	73	22	26	33	28	23	19
49 - TERAPIA INTENSIVA	71	71	24	26	26	26	21	19
38 - OTORINOLARINGOIATRIA	70	93	20	30	26	29	24	34
24 - MAL. INFETT./TROPIC.	62	83	12	23	21	31	29	29
32 - NEUROLOGIA	62	88	21	26	23	35	18	27
68 - PNEUMOLOGIA	61	60	21	22	18	23	22	15
31 - NIDO	57	70	12	16	14	20	31	34
39 - PEDIATRIA	56	115	17	32	21	41	18	42
08 - CARDIOLOGIA	54	67	12	8	14	19	28	40
65 - ONCOEMATOLOGIA	54	55	8	11	23	27	23	17
71 - REUMATOLOGIA	48	24	13	6	10	11	25	7
33 - NEUROPSICHIATRIA INF	43	44	19	23	12	12	12	9
76 - NEUROCHIRUR.PEDIATR.	43	44	15	14	14	10	14	20
10 - CHIRURGIA MAXILLO F.	40	27	7	4	12	11	21	12
51 - ASTANTERIA	38	26	6	2	12	11	20	13
64 - ONCOLOGIA	34	33	6	8	12	12	16	13
06 - CARDIOCHIRURGIA PED.	33	17	12	7	3	2	18	8
61 - MEDICINA NUCLEARE	32	33	10	6	16	19	6	8
73 - TERAP.INTENS. NEONAT	26	36	4	14	13	11	9	11
77 - NEFROLOGIA PEDIATR.	24	22	4	5	5	4	15	13
28 - UNITA' SPINALE	18	28	5	6	10	15	3	7
62 - NEONATOLOGIA	15	9	3	1	7	6	5	2
47 - GRANDI USTIONATI	13	10	0	3	9	5	4	2
40 - PSICHIATRIA	11	9	1	0	5	5	5	4
52 - DERMATOLOGIA	11	15	6	7	5	5	0	3
75 - NEURORIABILITAZIONE	11	5	4	0	3	0	4	5
48 - NEFROL. (TRAP. RENE)	10	12	2	1	5	5	3	6
50 - UNITA' CORONARICA	7	6	0	1	4	1	3	4
19 - MAL. ENDOCRINE/NUTR.	6	3	1	1	5	2		
67 - PENSIONANTI	4	13	0	3	3	7	1	3
21 - GERIATRIA	3	2	0	1	1	0	2	1
99 - CURE PALLIATIVE-HOSPICE	3	0	1	0	1	0	1	0
29 - NEFROLOGIA	0	1	0	0	0	0	0	1
97 - DETENUTI	0	1			0	1		

6. FUGHE REGIONE RICOVERI DIURNI PER DISCIPLINA

FUGHE REGIONE DAY Disciplina	ASL 1		XXM		SR		IM	
	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010
TOTALE	3.052	3.272	730	719	1.028	1.118	1.294	1.435
36 - ORTOPEDIA/TRAUMATOL.	413	425	80	64	136	156	197	205
39 - PEDIATRIA	339	365	134	125	118	123	87	117
71 - REUMATOLOGIA	216	207	28	26	91	83	97	98
34 - OCULISTICA	201	229	49	58	43	85	109	86
43 - UROLOGIA	166	157	32	26	49	52	85	79
38 - OTORINOLARINGOIATRIA	158	203	38	47	45	65	75	91
37 - OSTETRICIA/GINECOL.	147	157	28	35	56	56	63	66
58 - GASTROENTEROLOGIA	124	108	34	16	21	22	69	70
69 - RADIOLOGIA	122	141	12	20	75	81	35	40
64 - ONCOLOGIA	119	124	36	31	35	29	48	64
09 - CHIRURGIA GENERALE	104	156	21	34	39	54	44	68
68 - PNEUMOLOGIA	90	80	30	24	19	19	41	37
26 - MEDICINA GENERALE	83	129	12	20	18	30	53	79
18 - EMATOLOGIA	82	71	30	25	28	27	24	19
11 - CHIRURGIA PEDIATRICA	81	72	19	15	35	31	27	26
65 - ONCOEMATOLOGIA	77	72	18	23	31	24	28	25
52 - DERMATOLOGIA	72	81	16	20	29	31	27	30
77 - NEFROLOGIA PEDIATR.	54	53	22	13	16	16	16	24
33 - NEUROPSICHIATRIA INF	45	38	13	9	16	18	16	11
12 - CHIRURGIA PLASTICA	40	46	4	12	12	12	24	22
76 - NEUROCHIRUR.PEDIATR.	34	29	8	8	10	8	16	13
19 - MAL. ENDOCRINE/NUTR.	27	18	7	3	12	7	8	8
28 - UNITA' SPINALE	26	26	7	9	12	11	7	6
56 - RIABILITAZ. FUNZION.	25	36	5	4	3	7	17	25
32 - NEUROLOGIA	24	30	9	7	6	8	9	15
24 - MAL. INFETT./TROPIC.	23	39	2	8	6	10	15	21
49 - TERAPIA INTENSIVA	23	15	9	3	13	6	1	6
08 - CARDIOLOGIA	21	26	6	6	7	5	8	15
30 - NEUROCHIRURGIA	21	21	4	4	11	8	6	9
10 - CHIRURGIA MAXILLO F.	16	16	4	1	5	3	7	12
14 - CHIRURGIA VASCOLARE	16	24	0	5	7	4	9	15
35 - ODONTOIATRIA/STOMAT.	10	11	2	3	5	5	3	3
01 - ALLERGOLOGIA	9	17	1	6	3	5	5	6
06 - CARDIOCHIRURGIA PED.	9	10	2	2	5	2	2	6
02 - DAY HOSPITAL	6	5	3	0	1	1	2	4
51 - ASTANTERIA	6	0	3	0	2	0	1	0
62 - NEONATOLOGIA	6	6			4	6	2	0
40 - PSICHIATRIA	4	1	1	0	0	1	3	0
48 - NEFROL. (TRAP. RENE)	3	3			1	1	2	2
98 - DAY SURGERY	3	5	0	1	2	2	1	2
21 - GERIATRIA	2	4	0	1	0	1	2	2
61 - MEDICINA NUCLEARE	2	11	1	4	0	2	1	5
67 - PENSIONANTI	2	2			1	1	1	1
29 - NEFROLOGIA	1	2	0	0	0	0	1	2
13 - CHIRURGIA TORACICA	0	1	0	1				
50 - UNITA' CORONARICA	0	0	0	0	0	0	0	0

7. FUGHE FUORI REGIONE: DRG PIU' RILEVANTI

DISTRETTO VENTIMIGLIA PER DRG	FUORI REGIONE		REGIONE		ASL 1	
	2011	2010	2011	2010	2011	2010
039 - (CMS24) - INTERV.CRISTALLINO CON/SENZA VITRECTOMIA	84	40	8	8	1	1
119 - (CMS24) - LEGATURA E STRIPPING DI VENE	45	48	2	3	9	31
544 - (CMS24) - SOST. DI ARTICOL.> O REIMP. ARTI INFER.	44	51	12	8	107	121
410 - (CMS24) - CHEMIOTERAPIA NOASSOCIATA LEUCEMIA ACUTA	32	33	46	56	217	199
245 - (CMS24) - MALAT. OSSO/ARTROPATIE SPECIFICHE NOCC	30	25	7	9	24	18
503 - (CMS24) - INTERVENTI GINOCCHIO NO INFEZIONE	28	33	4	6	126	163
227 - (CMS24) - INTERVENTI SU TESSUTI MOLLI SENZA CC	27	45	4	10	38	31
297 - (CMS24) - DISTURBI NUTRIZIONE/MISCELLANEA >17 NOCC	20	12	2	1	8	11
462 - (CMS24) - RIABILITAZIONE	20	27	3	4	0	0
467 - (CMS24) - ALTRI FATTORI INFLUENZANTI LA SALUTE	20	16	21	20	37	39
012 - (CMS24) - MALATTIE DEGENERATIVE SISTEMA NERVOSO	19	27	8	7	75	97
229 - (CMS24) - INTE MAGG POLLICE/ARTIC/MANO/POLSO NO CC	18	9	30	40	48	25
223 - (CMS24) - INTER MAGGIORI SPALLA/GOMITO/ART SUP CC	17	23	4	7	26	39
430 - (CMS24) - PSICOSI	15	15	3	0	132	141
359 - (CMS24) - INTERV.UTERO/ANNESSI NONEOPLASIE NO CC	14	19	11	18	171	146
158 - (CMS24) - INTERVENTI SU ANO E STOMA.SENZA CC	13	2	0	2	34	40
203 - (CMS24) - NEOPLASIE MALIGNI EPATOBILIARE/PANCREAS	13	10	13	7	48	41
288 - (CMS24) - INTERVENTI PER OBESITA'	13	5	4	4	0	5
311 - (CMS24) - INTERVENTI PER VIA TRANSURETRALE NO CC	13	4	10	9	70	86
335 - (CMS24) - INTERVENTI MAGGIORI PELVI MASCHILE NO CC	13	8	4	5	21	23
538 - (CMS24) - ESCIS.LOCALE RIM.MEZZI FIS.NO ANCA NO CC	13	8	12	19	37	42
DISTRETTO SANREMO PER DRG	FUORI REGIONE		REGIONE		ASL 1	
	2011	2010	2011	2010	2011	2010
039 - (CMS24) - INTERV.CRISTALLINO CON/SENZA VITRECTOMIA	106	95	4	6	1	
410 - (CMS24) - CHEMIOTERAPIA NOASSOCIATA LEUCEMIA ACUTA	80	110	56	49	348	341
544 - (CMS24) - SOST. DI ARTICOL.> O REIMP. ARTI INFER.	70	63	46	24	170	202
503 - (CMS24) - INTERVENTI GINOCCHIO NO INFEZIONE	62	37	6	19	190	246
227 - (CMS24) - INTERVENTI SU TESSUTI MOLLI SENZA CC	61	51	13	15	59	59
119 - (CMS24) - LEGATURA E STRIPPING DI VENE	55	45	9	6	13	44
256 - (CMS24) - ALTRE DIAGN SIST MUSCOLOSCHIELET/TES.CONN	42	45	65	47	157	178
245 - (CMS24) - MALAT. OSSO/ARTROPATIE SPECIFICHE NOCC	37	27	19	18	60	62
462 - (CMS24) - RIABILITAZIONE	34	33	7	3	1	
225 - (CMS24) - INTERVENTI SUL PIEDE	32	30	16	18	44	75
229 - (CMS24) - INTE MAGG POLLICE/ARTIC/MANO/POLSO NO CC	30	14	46	55	69	61
311 - (CMS24) - INTERVENTI PER VIA TRANSURETRALE NO CC	27	19	11	11	117	113
467 - (CMS24) - ALTRI FATTORI INFLUENZANTI LA SALUTE	27	26	38	33	80	158
042 - (CMS24) - INT.STRUTT.INTRAOCULARI NO RET/IRID/CRIS	24	22	39	80	142	104
538 - (CMS24) - ESCIS.LOCALE RIM.MEZZI FIS.NO ANCA NO CC	24	27	58	49	77	91
012 - (CMS24) - MALATTIE DEGENERATIVE SISTEMA NERVOSO	22	14	18	9	133	209
223 - (CMS24) - INTER MAGGIORI SPALLA/GOMITO/ART SUP CC	22	18	12	7	18	14
466 - (CMS24) - ASSIST.RIABILITATIVA NONEOPLASIA SECOND.	22	17	3	2		
087 - (CMS24) - EDEMA POLMONARE/INSUFFICIENZA RESPIRATOR	21	13	2	7	272	359
127 - (CMS24) - INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK	20	22	3	5	269	353
518 - (CMS24) - INTRV.CARDIOVASC.PERCUT. NO STENT NO IMA	20	20	3	3	22	25
DISTRETTO IMPERIA PER DRG	FUORI REGIONE		REGIONE		ASL 1	
	2011	2010	2011	2010	2011	2010
410 - (CMS24) - CHEMIOTERAPIA NOASSOCIATA LEUCEMIA ACUTA	53	80	66	61	226	215
503 - (CMS24) - INTERVENTI GINOCCHIO NO INFEZIONE	51	43	38	30	128	144
544 - (CMS24) - SOST. DI ARTICOL.> O REIMP. ARTI INFER.	48	64	107	93	96	104
227 - (CMS24) - INTERVENTI SU TESSUTI MOLLI SENZA CC	36	35	21	15	66	51
225 - (CMS24) - INTERVENTI SUL PIEDE	35	24	20	27	26	19
039 - (CMS24) - INTERV.CRISTALLINO CON/SENZA VITRECTOMIA	28	28	6	5	4	6
245 - (CMS24) - MALAT. OSSO/ARTROPATIE SPECIFICHE NOCC	28	33	42	32	82	48
462 - (CMS24) - RIABILITAZIONE	28	24	9	15		
256 - (CMS24) - ALTRE DIAGN SIST MUSCOLOSCHIELET/TES.CONN	27	31	126	116	57	59
297 - (CMS24) - DISTURBI NUTRIZIONE/MISCELLANEA >17 NOCC	26	21	7	2	42	47
119 - (CMS24) - LEGATURA E STRIPPING DI VENE	24	22	11	14	9	46
012 - (CMS24) - MALATTIE DEGENERATIVE SISTEMA NERVOSO	22	16	19	18	96	176
229 - (CMS24) - INTE MAGG POLLICE/ARTIC/MANO/POLSO NO CC	21	13	50	49	39	36
359 - (CMS24) - INTERV.UTERO/ANNESSI NONEOPLASIE NO CC	20	29	21	38	161	189
042 - (CMS24) - INT.STRUTT.INTRAOCULARI NO RET/IRID/CRIS	19	26	91	75	127	122
223 - (CMS24) - INTER MAGGIORI SPALLA/GOMITO/ART SUP CC	18	22	13	14	10	14
311 - (CMS24) - INTERVENTI PER VIA TRANSURETRALE NO CC	18	4	25	31	77	85
335 - (CMS24) - INTERVENTI MAGGIORI PELVI MASCHILE NO CC	16	12	5	3	13	9
467 - (CMS24) - ALTRI FATTORI INFLUENZANTI LA SALUTE	16	15	42	45	86	120
014 - (CMS24) - EMORAGGIA INTRACRANICA/INFARTO CEREBRALE	13	16	11	6	185	179
127 - (CMS24) - INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK	13	10	12	14	307	367
232 - (CMS24) - ARTROSCOPIA	13	9	7	0	4	6
538 - (CMS24) - ESCIS.LOCALE RIM.MEZZI FIS.NO ANCA NO CC	13	12	53	45	26	46

8. FUGHE SPECIALISTICA AMBULATORIALE E DSA

FUGHE SPECIALISTICA AMBULATORIALE																					
FUORI REGIONE	2011	2010	Diff.																		
TOTALE	126.570	121.639	4.931																		
*:NON SIGNIFICATIVO	42.305	6.452	35.853																		
01-VISITE	10.636	12.670	-2.034																		
02-LABORATORIO	58.580	81.491	-22.911																		
03-ESAMI STRUM RADIOLOGIA	6.525	8.842	-2.317																		
05-ESAMI STRUM	3.677	5.680	-2.003																		
06-TRATTAMENTI TERAPEUTICI	2.101	2.802	-701																		
08-INTERVENTI ODONTOIATRIA/MAXILLO	287	309	-22																		
09-TRATTAMENTI RIABILITATIVI	1.964	2.838	-874																		
10-DIALISI	495	555	-60																		
	ASL 2			ASL 3			ASL 4			ASL 5			AZIENDE OSPEDAL.			IRCSS			ENTI OSPEDALIERI		
REGIONE	2011	2010	Diff.	2011	2010	Diff.	2011	2010	Diff.	2011	2010	Diff.	2011	2010	Diff.	2011	2010	Diff.	2011	2010	Diff.
TOTALE	58.071	56.748	1.323	3.621	4.614	-993	667	806	-139	582	1.048	-466	14.954	25.056	-10.102	19.023	11.997	7.026	8.322	8.811	-489
*:NON SIGNIFICATIVO			0		1	-1	1		1			0	57	142	-85	112	25	87			0
01-VISITE	11.731	12.954	-1.223	551	644	-93	166	164	2	103	130	-27	2.039	3.615	-1.576	4.672	3.478	1.194	1.221	1.284	-73
02-LABORATORIO	26.946	24.452	2.494	2.282	2.884	-602	307	537	-230	296	694	-398	11.256	18.957	-7.701	10.716	5.142	5.574	5.871	6.346	-475
03-ESAMI STRUM RADIOLOGIA	6.742	6.820	-78	323	344	-21	56	29	27	56	74	-18	596	837	-241	1.463	1.274	189	576	526	50
05-ESAMI STRUM	4.059	4.149	-90	200	186	14	29	52	-23	12	16	-4	489	794	-305	1.045	834	211	204	174	30
06-TRATTAMENTI TERAPEUTICI	3.568	3.622	-54	64	75	-11	2	3	-1	24	55	-31	342	489	-147	398	401	-3	135	170	-35
07-INTERVENTI AMB.	2.180	2.424	-244	53	69	-16	9	5	4	15	10	5	96	133	-37	404	386	18	76	80	-4
08-INTERVENTI ODONTOIATRIA/MAXILLO	44	73	-29	13	12	1			0	2	4	-2	1	25	-24	149	273	-124	144	144	0
09-TRATTAMENTI RIABILITATIVI	2.311	1.752	559	135	399	-264	96	16	80	47	61	-14	48	53	-5	60	84	-24	89	76	13
10-DIALISI	490	502	-12			0	1		1	27	4	23	30	11	19	4	100	-96	6	1	5

DSA GENNAIO - LUGLIO 2012	ASL 2	ASL 4	EVANGELICO	S.MARTINO-IST
Prestazioni PAC/DSA	2012	2012	2012	2012
Totale	18	1	1	1
DSA0020012 - CIRROSI	1			
DSA0020014 - EPATITI CRONICHE	2			
DSA0020031 - MALATTIA DEMIELINIZZANTE	1			
DSA0020032 - MALATTIE DEGENERATIVE DEL SNC - SINDROMI PSICORGA	2			
DSA0020034 - EPILESSIE	1			
DSA0020037 - ARTRITE REUMATOIDE	5			
DSA0020038 - OSTEOPOROSI				
DSA0020051 - SOSPETTA PATOLOGIA NEOPLASTICA DI COMPETENZA DERMA	1			
DSA0020054 - PNEUMOPATIA INFILTRATIVA DIFFUSA	2			
DSA0020057 - BPCO ENFISEMA	1			
DSA0020058 - INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA	1			
DSA0020060 - ASMA	1			
DSA0040001 - BPCO		1		
DSA0110023 - MALATTIE CEREBROVASCOLARI			1	
DSA9010202 - TERAPIA DEGENERATIVA MACULARE				1

9. STATISTICA ATTIVITA' CONSULTORIO

Area ginecologia	sanremo			imperia			ventimiglia		
PRESTAZIONI	2012	2011	Δ	2012	2011	Δ	2012	2011	Δ
Visite ginecologiche / ostetriche / senologiche	1470	998		1334	966		763	740	
Colposcopia	12	15		6	1		0	0	
Contraccezione ormonale	40	7		204	145		38	21	
Pap test	554	626		348	221		313	280	
Tampone vaginale	80	86		91	12		3	6	
Inserzione - rimozione dispositivo contraccettivo	-	-		1	0		2	0	
CERTIFICAZIONE I.V.G.	67	42		48	47		54	45	
Prescrizione/certificazioni extra-visita	68	93		82	546		191	171	
Informazioni / consulenze / counseling	149	615		513	566		55	88	
Altre prestazioni	19	5		2	6		1	2	
TOTALE	2.459	2.487	-1%	2629	2510	5%	1420	1353	5%
Area psicologia	sanremo			imperia			ventimiglia		
PRESTAZIONI	2012	2011	Δ	2012	2011	Δ	2012	2011	Δ
Colloquio clinico / consulenza / psicodiagnosi	191	101		23	59		302	284	
Counseling	593	255		141	430		185	301	
Somministrazione test	70	38		9	11		71	58	
Psicoterapia individuale	655	703		70	260		515	651	
Psicoterapia coppia/famiglia o di gruppo	66	33		16	139		81	127	
Relazione / diagnosi funzionale	169	123		7	26		131	67	
Valutazione riabilitativa	32	0		0			5		
Adozioni / affidi	6	4		1	0		0	2	
Altre prestazioni	723	367		97	207		945	1029	
TOTALE	2505	1624	54%	364	1132	-68%	2235	2519	-11%
Area Pediatria	sanremo			imperia			ventimiglia		
PRESTAZIONI	2012	2011	Δ	2012	2011	Δ	2012	2011	Δ
Visita pediatrica	170	85		485	488		74	66	12%
Consulenza	0	2		0	1				
Prescrizione/certificazioni extra-visita	0	2		0	2				
Altre prestazioni	9	0		0	5				
TOTALE	179	89	101%	485	496	-2%			
Area sociale	sanremo			imperia			ventimiglia		
PRESTAZIONI	2012	2011	Δ	2012	2011	Δ	2012	2011	Δ
Counseling	5			1					
Psicoterapia coppia/famiglia o di gruppo	9			2					
Relazione / diagnosi funzionale	80	56		34	12		107	139	
Colloquio di sostegno / consulenza sociale - educativa	497	474		148	154		42	229	
Mediazione familiare	158	122		13	10		68	35	
Segretariato sociale	123	165		28	45		160	660	
Valutazione riabilitativa	26	42		13	1		17	3	
Adozioni / affidi	250	100		54	25		0	2	
Intervento a domicilio	50			17	107		15		
Altre prestazioni	734	483		186			472	467	
TOTALE	1932	1442	34%	496	354	40%	881	1535	-43%
Area educativa	sanremo			imperia			ventimiglia		
PRESTAZIONI	2012	2011	Δ	2012	2011	Δ	2012	2011	Δ
Colloquio di consulenza e progetto per inserimento in s	1						15		
Colloquio di consulenza e progetto per inserimento in struttura e comunità							3		
Colloquio clinico / consulenza / psicodiagnosi	3			53					
Counseling	54			113			152		
Somministrazione test				0	236		1	2	
Psicoterapia coppia/famiglia o di gruppo	0	33		35			158	166	
Relazione / diagnosi funzionale	6			107	0		307	627	
Colloquio di sostegno / consulenza sociale - educativa	304	276		229	360		391	45	
Riabilitazione diretta				0	47		156	237	
Mediazione familiare	177	125							
Valutazione riabilitativa	2	1							
Intervento a domicilio	19						3		
Altre prestazioni	47	62		191	298		313	448	
TOTALE	613	497	23%	728	941	-23%	1499	1525	-2%
Area Neuropsichiatria infantile	sanremo			imperia			ventimiglia		
PRESTAZIONI	2012	2011	Δ	2012	2011	Δ	2012	2011	Δ
Visita neurologica	550	357		6	20		374	441	
Colloquio clinico / consulenza / psicodiagnosi	957	691		53	333		146	141	
Somministrazione test	100	158		255	820		59	168	
Psicoterapia individuale	195	141		0	206				
				0	14				
Relazione / diagnosi funzionale	220	187		132	3		0	30	
Valutazione riabilitativa	10	0		60	0				
Altre prestazioni	384	738		698	588		308	257	
TOTALE	2.416	2.272	6%	1204	1984	-39%	887	1037	-14%
Area Medicina scolastica	sanremo			imperia			ventimiglia		
PRESTAZIONI	2012	2011	Δ	2012	2011	Δ	2012	2011	Δ
Visita pediatrica	1262	0		1170	0		279	0	
Consulenza/colloquio	5043	4390					960	737	
Prestazioni infermieristiche							84	53	
Screening (auxologico, psicomotorio, odontoiatrico,	297	38		0	24	-100%	2	13	
Interventi di vigilanza igienico-sanitaria sulla persona	5326	5373		3061	3090	-1%	771	1096	
Altre prestazioni	182	0		0	2	-100%	24	16	
TOTALE	12.110	9.801	24%				2.120	1.915	11%

10. STATISTICA ATTIVITA' SALUTE MENTALE

ATTIVITA' CSM	XXMIGLIA			IMPERIA			SANREMO		
	2012	2011	Var. %	2012	2011	Var. %	2012	2011	Var. %
I° semestre 2012/2011									
N. utenti (persone con almeno un contatto nel periodo: pazienti + utenti occasionali)	931	754	23,47%	960	1142	-15,94%	1228	1172	4,78%
Visita medico psichiatrica	2222	2394	-7,18%	2629	2631	-0,08%	2688	2373	13,27%
Numero prime visite effettuate al CSM con richiesta del MMG					119				
Numero di consulenze scritte rimandate dal CSM al MMG					113				
Colloquio psicologico-clinico	752	624	20,51%	416	82	407,32%	77	65	18,46%
Colloquio di ascolto e supporto	1271	1221	4,10%	1619	1293	25,21%	1630	2175	-25,06%
Colloquio di consulenza e valutazione sociale	191	134	42,54%	286	311	-8,04%	70	49	42,86%
Psicoterapia	329	343	-4,08%	187	247	-24,29%	1082	839	28,96%
Intervento riabilitativo	249	281	-11,39%	227	310	-26,77%	86	138	-37,68%
Intervento di rete	207	118	75,42%	155	210	-26,19%	235	336	-30,06%
Intervento socio-assistenziale	20	10	100,00%	136	191	-28,80%	151	27	459,26%
Indagine psicodiagnostica	33	52	-36,54%				40	45	-11,11%
Intervento di consulenza e/o di Liaison	11	3	266,67%	34	38	-10,53%	559	422	32,46%
Prestazioni infermieristiche	4186	3714	12,71%	2421	1930	25,44%	4085	3129	30,55%
A.m.l.	19	14	35,71%	25	60	-58,33%	30	73	-58,90%
TOTALE	9490	8908	6,53%	8135	7535	7,96%	10733	9671	10,98%

ATTIVITA' SERT	XXMIGLIA			IMPERIA			SANREMO		
	2012	2011	Var. %	2012	2011	Var. %	2012	2011	Var. %
I° semestre 2012/2011									
Utenti presi in carico nel periodo	390	395	-1,27%	339	484	-29,96%	352	478	-26,36%
di cui fuori zona	45	45		38	96		26	115	
Tipologia utenti presi in carico:									
alcoldipendenti	80	74	8,11%	130	184	-29,35%	67	58	15,52%
tossicodipendenti	310	321	-3,43%	209	248	-15,73%	285	289	-1,38%
CARCERE				41	52	-21,15%	100	131	-23,66%
PRESTAZIONI:									
Visite e colloqui	2833	3726	-23,97%	1455	1749	-16,81%	3043	3365	-9,57%
Esami procedure cliniche e somministrazioni	12187	10370	17,52%	8865	7955	11,44%	10955	9601	14,10%
Interventi psicoterapeutici	124	54	129,63%	505	1097	-53,97%	523	694	-24,64%
Relazioni, certificazioni, prescrizioni	7236	8239	-12,17%	6335	9661	-34,43%	7556	8936	-15,44%
Accompagnamenti	43	63	-31,75%	42	57	-26,32%	150	165	-9,09%
TOTALE	22423	22452	-0,13%	17202	20519	-16,17%	22227	22761	-2,35%
Numero borse lavoro	4			7			8		

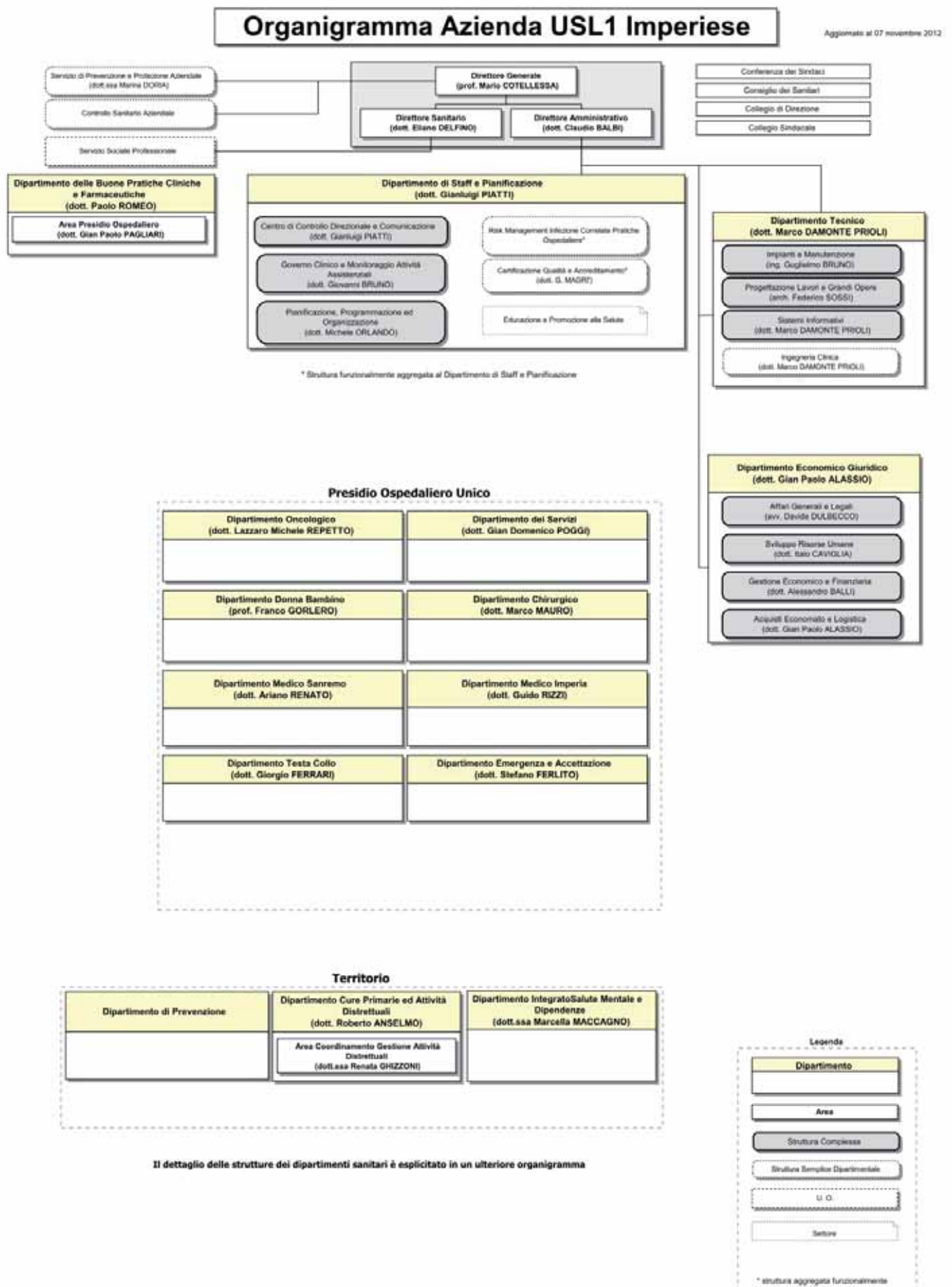
* Fonte dati: Debito informativo Socio Sanitario

11. CALENDARIO DISCUSSIONI SCHEDA DI BUDGET 2013

DATA	DIPARTIMENTO	ORARIO	STRUTTURA
martedì 27/11/2012	DIP. DEI SERVIZI	9:00-13:00	RADIOLOGIE+NEURORADIOLOGIA+SENOLOGIA DIAGNOSTICA
		13:45-14:30	FISICA SANITARIA
		14:30-15:30	RADIOLOGIA E VASCOLARE INTERVENTISTICA
mercoledì 28/11/2012	DIP. DEI SERVIZI	9:00-10:00	SIT
		10:00-11:00	MICROBIOLOGIA
		11:00-12:00	LABORATORIO ANALISI
mercoledì 5/12/2012	DIP. CHIRURGICO	9:00-10:30	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA IMPERIA + SANREMO
		10:30-11:30	CHIRURGIA GENERALE SANREMO
		11:30-12:30	CHIRURGIA GENERALE IMPERIA
		12:30-13:30	CHIRURGIA VASCOLARE ED ENDOVASCOLARE + FLEBOLOGIA
		14:30-15:30	DAY SURGERY
		15:30-16:15	DIAGNOSTICA ANGIOLOGICA
mercoledì 12/12/2012	DIP. MEDICO SANREMO	16:15-17:00	PERCORSI DELL'EMERGENZA IN CHIRURGIA GENERALE
		9:00-10:00	MEDICINA SANREMO
		10:00-11:00	MEDICINA BORDIGHERA
		11:00-12:00	MALATTIE INFETTIVE
mercoledì 19/12/2012	DIP. MEDICO IMPERIA	12:00-13:00	GASTROENTEROLOGIA
		9:00-10:00	MEDICINA IMPERIA + CURE INTERMEDIE
		10:00-11:00	PNEUMOLOGIA
		11:00-12:00	NEFROLOGIA
mercoledì 09/01/2013	DIP. TESTA COLLO	12:00-13:30	DIALISI IMPERIA + DIALISI SANREMO E VENTIMIGLIA
		14:30-15:30	DERMATOLOGIA
		9:00-10:00	NEUROLOGIA
		10:00-10:45	DH NEUROLOGICO
mercoledì 16/01/2013	DIP. DONNA BAMBINO	10:45-11:30	NEUROFISIOPATOLOGIA
		11:30-12:30	ORL
		13:00-14:30	OCULISTICA
		9:00-10:00	OSTETRICIA E GINECOLOGIA IMPERIA
		10:00-11:00	OSTETRICIA E GINECOLOGIA SANREMO
		11:00-12:30	PEDIATRIA + NEONATOLOGIA + PEDIATRIA D'URGENZA
martedì 22/01/2013	DIP. EMERGENZA E ACCETTAZIONE	12:30-13:15	CENTRO PEDIATRICO RIABILITAZIONE MOTORIA
		14:00-14:45	SENOLOGIA CLINICA
		14:45-15:30	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
mercoledì 23/01/2013	DIP. EMERGENZA E ACCETTAZIONE	15:30-16:30	PSICOLOGIA
		9:00-12:00	ANESTESIE E RIANIMAZIONE+ SALE OPERATORIE
		12:00-13:30	CARDIOLOGIA IMPERIA + UTIC SAN REMO
mercoledì 30/01/2013	DIP. ONCOLOGICO	14:30-15:30	CARDIOLOGIA INVASIVA ENDOVASCOLARE
		9:00-12:00	MEDICINA D'URGENZA + PRONTO SOCCORSI + ASTANTERIE
		12:00-13:30	SERVIZIO 118
		9:00-10:00	ONCOLOGIA
		10:00-11:00	ANATOMIA PATOLOGICA SANREMO
		11:00-12:00	RADIOTERAPIA
mercoledì 06/02/2013	DIP. BUONE PRATICHE CLINICHE E FARMACEUTICHE	12:00-13:00	UROLOGIA
		13:45-14:45	ANATOMIA PATOLOGICA IMPERIA
		14:45-15:30	PERCORSI ONCOLOGICI INTEGRATI
		9:00-11:00	DIREZIONI MEDICHE BO+IM+SR
		11:00-12:00	FARMACEUTICA+PROMOZIONE E CONTROLLO.....
		12:00-12:45	RISK MANAGEMENT
martedì 12/02/2013	DIP. CURE PRIMARIE ED ATTIVITA' DISTRETTUALI	13:15-14:30	MEDICINA LEGALE+PROTESICA
		14:30-15:15	CERTIFICAZIONE QUALITA' E ACCREDITAMENTO
		15:15-16:00	MONITORAGGIO E ANALISI ATTIVITA' DEGENZIALI
		16:00-17:00	PROFESSIONI SANITARIE
mercoledì 13/02/2013	DIP. CURE PRIMARIE ED ATTIVITA' DISTRETTUALI	9:00-11:00	DISTRETTI
		11:00-12:30	CURE DOMICILIARI
		12:30-13:30	ATTIVITA' CONSULTORIALE
		14:00-14:30	DIABETOLOGIA
mercoledì 20/02/2013	DIP. INTEGRATO SALUTE MENTALE	9:00-10:00	ANZIANI
		10:00-11:00	CURE PALLIATIVE E HOSPICE
		11:00-12:00	DISABILITA' ADULTI
		12:00-13:00	RRF
mercoledì 27/02/2013	DIP. PREVENZIONE	13:30-14:30	FONIATRIA E LOGOPEDIA
		9:00-12:00	SALUTE MENTALE IM + SAN REMO + VENTIMIGLIA+ ALCOLOGIA
		12:00-12:45	RICERCA EPIDEMIOLOGICA
		13:30-15:30	SPDC
mercoledì 6/03/2013	DIREZIONE AZIENDALE	9:00-10:00	IGIENE E SANITA' PUBBLICA
		10:00-11:00	PSAL
		11:00-12:00	SICUREZZA ALIMENTARE
		12:00-13:00	SANITA' ANIMALE
martedì 12/03/2013	DIP. ECONOMICO GIURICO	13:45-14:45	ATTIVITA' DI MONITORAGGIO E AUDIT
		9:00-10:00	SPPA
		10:00-11:00	CONTROLLO SANITARIO AZIENDALE
giovedì 14/03/2013	DIP. TECNICO + DIP. STAFF E PIANIFICAZIONE	11:00-12:00	SERVIZIO SOCIALE

ALLEGATI

Allegato 1: Organigramma Aziendale

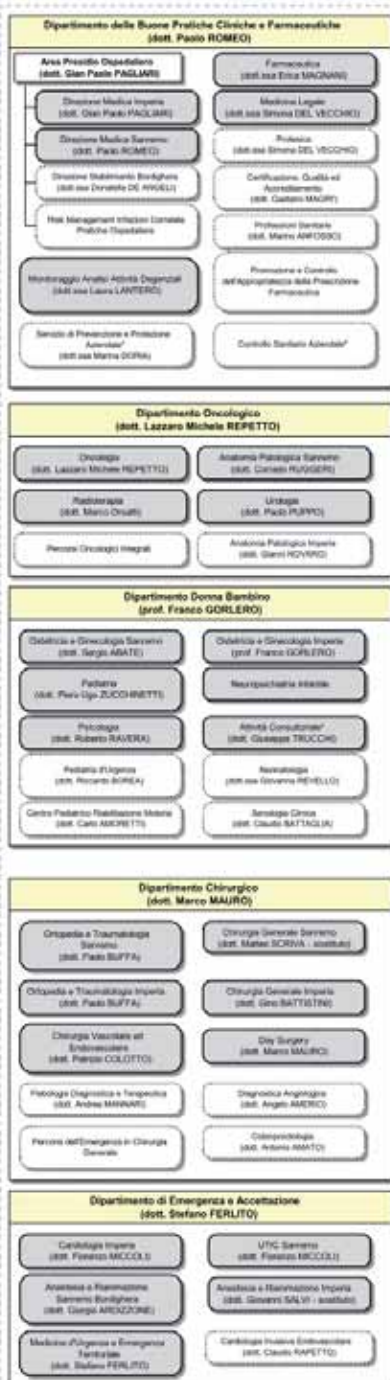


Dettaglio organigramma area sanitaria ASL 1 Imperiese

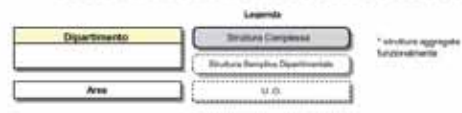
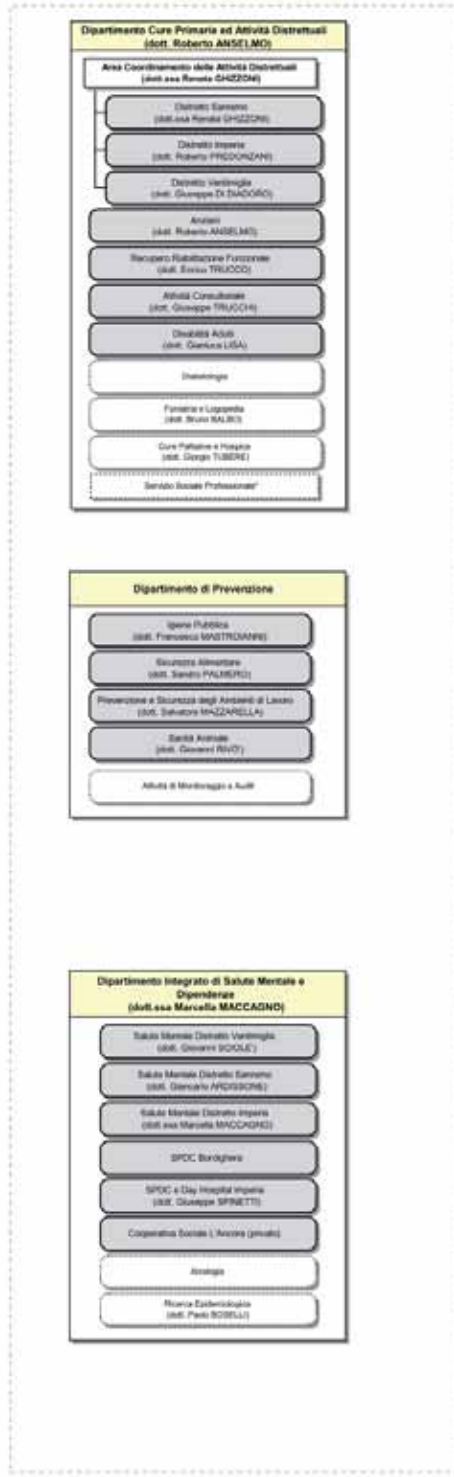
Aggiornato a 07 novembre 2012

(Dipartimenti, Strutture Complesse, Strutture Semplici Dipartimentali)

Dipartimenti Ospedalieri

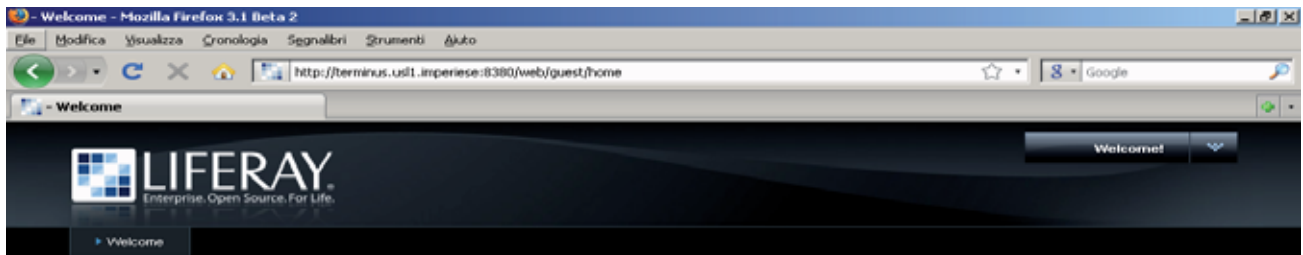


Dipartimenti Territoriali



Allegato 2: La reportistica on line

Il sistema è consultabile, all'indirizzo <http://terminus.usl1.imperiese:8380> seguendo i passaggi sotto evidenziati:



- Inserire il nome utente, corrispondente al proprio indirizzo di posta elettronica, comprensivo del suffisso contenente i dati aziendali (e.esempio@asl1.liguria.it);
- Inserire la password (si può utilizzare la propria password di posta elettronica) per accedere al proprio spazio di lavoro;

[Solo Costi] consente di accedere ai dati di contabilità analitica relativi all'aggregato oggetto di analisi.

Consente di visualizzare report sulla produzione delle SDO che precedentemente comparivano nell'area riservata.

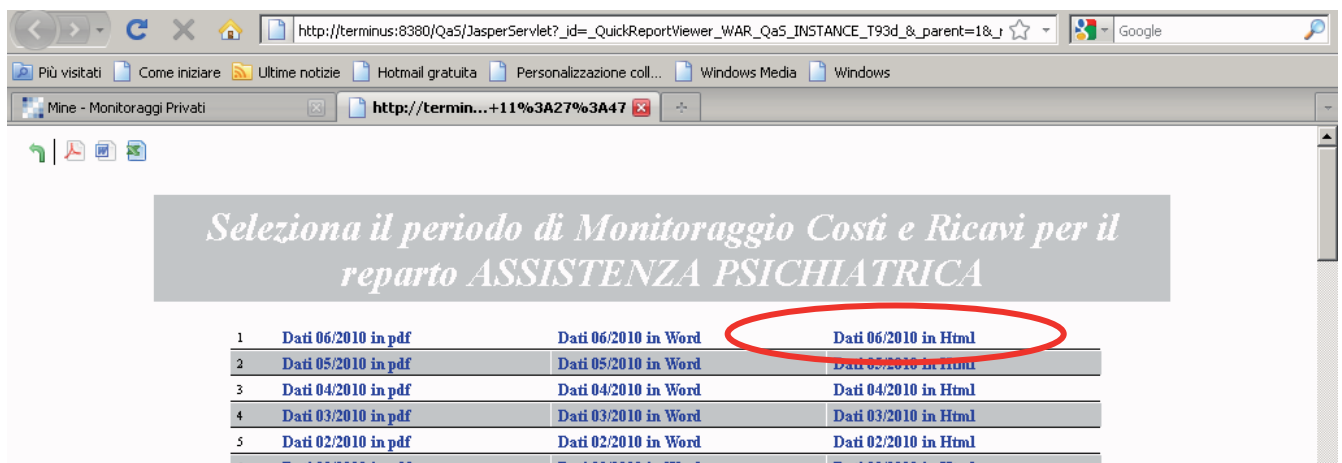
Nome	DRG	Solo Costi
A. S. L.	[DRG]	[Solo Costi]
ADI	[DRG]	[Solo Costi]
AFFARI DEL PERSONALE	[DRG]	[Solo Costi]
AFFARI GENERALI E LEGALI	[DRG]	[Solo Costi]
Alcologia	[DRG]	[Solo Costi]
AMBULATORIO E DIAGNOSTICA NEFROLOGICA	[DRG]	[Solo Costi]
ANATOMIA PATOLOGICA IMPERIA	[DRG]	[Solo Costi]
ANATOMIA PATOLOGICA SANREMO	[DRG]	[Solo Costi]
ANESTESIA BORDIGHERA	[DRG]	[Solo Costi]
ANESTESIA E RIANIMAZIONE IM	[DRG]	[Solo Costi]

Monitoraggio Costi e Ricavi

Per poter consultare la reportistica occorre seguire i passaggi di seguito riportati:

- Scegliere dal menù a tendina la voce **Monitoraggio Costi e Ricavi**
- Selezionare la struttura di propria competenza
- Ogni periodo è visualizzabile in 3 formati diversi :
 - a. PDF;
 - b. WORD;
 - c. HTML.

I primi due servono esclusivamente per la visione e la stampa del dato, mentre il formato HTML consente anche la navigazione dei risultati, permettendo, per alcune voci, di ritrovare le informazioni con un maggiore livello di dettaglio.



In formato **HTML**, il report risulta suddiviso in varie schermate, il cui numero dipende dalla struttura esaminata, ognuna dedicata a una diversa tipologia di costo/ricavo come descritto dalla pagina successiva:


Andamento Costi e Ricavi 2009							
Struttura: A . S . L .							
Periodo Gennaio - Dicembre							
%							
COSTI - DIRETTI							
Classe	Descrizione della categoria	Anno precedente - mese 12	Consuntivo anno precedente	Anno 2009 Mese 12	Proiezione al 31/12	Scostamento	Note
01	Personale	131.985.816,91	131.985.792,60	134.372.349,87	134.372.349,87	1,81 %	↔
02	Farmaci	22.761.113,59	22.761.112,22	24.163.871,73	24.163.871,73	6,16 %	↔
03	Materiale Sanitario	17.378.185,84	17.378.185,66	19.309.539,64	19.309.539,64	11,11 %	↔
04	Materiale non sanitario	1.097.092,13	1.097.091,75	1.061.493,62	1.061.493,62	-3,24 %	↔
05	Servizi	112.758.905,58	112.758.943,95	113.562.138,00	113.562.138,00	0,71 %	↔
06	Utenze	2.645.332,28	2.645.332,22	3.522.415,20	3.522.415,20	33,16 %	↔
07	Manutenzioni e riparazioni	2.640.944,96	2.640.941,24	2.543.882,18	2.543.882,18	-3,68 %	↔
08	Spese Generali	3.982.729,68	3.982.728,15	3.595.563,22	3.595.563,22	-9,72 %	↔
09	Ammortamenti	6.001.836,72	6.001.836,31	6.002.084,76	6.002.084,76	0,00 %	↔
TOTALE		301.251.957,69	301.251.964,08	308.133.338,21	308.133.338,21	2,28 %	☹

Lo strumento  page 1 of 9  , visualizzato nella parte alta dello schermo, consente di muoversi attraverso le diverse pagine disponibili, che includono informazioni¹ su:

- costi (diretti, indiretti, trasferimenti passivi e prestazioni richieste ad altri reparti);
- ricavi (se presenti: DRG, prestazioni ambulatoriali per esterni e per pazienti interni nonché i trasferimenti attivi).

Le voci che presentano una colorazione **“BLU”** sono navigabili: utilizzando il tasto sinistro del mouse si accede al dettaglio delle voci che compongono il costo o il ricavo.

E' presente, inoltre, un confronto con lo stesso periodo dell'anno precedente.

L'intero documento può essere aperto e salvato in formato PDF, WORD, oppure EXCEL mediante l'uso degli strumenti 

Una precisazione relativa al report di dettaglio della produzione di DRG: l'ultimo livello della navigazione su questa voce consente di risalire al numero di ricoveri che ha fatto il singolo paziente presso l' ASL1 a partire dal 2001. Si tratta di un dato AZIENDALE, e non riferito al singolo reparto. Con questa funzione pertanto si avrà a disposizione una breve storia clinica del paziente;

Durante la navigazione dei diversi report, per tornare sui propri passi è sconsigliabile utilizzare le

funzionalità del navigatore internet . La strada preferibile è quella di adoperare i comandi  posti in alto a sinistra;

Si precisa che gli indicatori posti a fianco dei risultati numerici sono esclusivamente un “alert” per evidenziare una variazione rispetto all'anno precedente e non hanno nessun significato legato alle performance di risultato, come invece avviene nel monitoraggio delle Schede di Budget.



Monitoraggio di Budget

Per poter accedere ai monitoraggi di budget occorre seguire i passaggi di seguito riportati:


- Scegliere dal menù a tendina la voce **Monitoraggio di budget Privato**



Quick App Builder - [Look and Feel](#) - [Configuration](#) - [Preferences](#) - [Close](#) Quick App Builder - [Look and Feel](#) - [Configuration](#) - [Preferences](#) - [Close](#)

Nome  Monitoraggio di budget Privato 

Quick Report Viewer - [Look and Feel](#) - [Configuration](#) - [Preferences](#) - [Close](#)

*Monitoraggio Privato Budget
per i reparti*

1	A . S . L .
2	ACQUISTI ; PROCESSI D'ACQUISTO
3	ADI
4	AFFARI DEL PERSONALE
5	AFFARI GENERALI E LEGALI
6	Alcologia
7	AMBULATORIO E DIAGNOSTICA NEFROLOGICA
8	ANATOMIA PATOLOGICA IMPERIA
9	ANATOMIA PATOLOGICA SANREMO
10	ANESTESIA BORDIGHERA

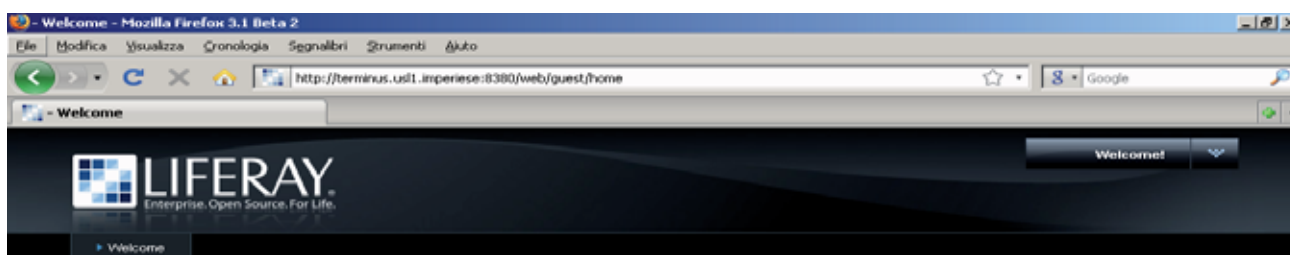
- Selezionare la struttura di propria competenza
- Ogni periodo è visualizzabile in 2 formati diversi:
 - a. PDF;
 - b. WORD;
- Le voci **[Assegnazione]** e **[Valutazione]** permettono di accedere alle schede dei dirigenti della struttura.

Seleziona il periodo di Monitoraggio Budget per il reparto A . S . L .

1	Budget anno 2010 formato pdf	[Assegnazione]	Budget anno 2010 formato Word
2	Monitoraggio del 3/2010 formato pdf		Monitoraggio del 3/2010 formato Word
3	Monitoraggio del 5/2010 formato pdf		Monitoraggio del 5/2010 formato Word
4	Monitoraggio del 6/2010 formato pdf		Monitoraggio del 6/2010 formato Word
5	Budget anno 2009 formato pdf	[Valutazione]	Budget anno 2009 formato Word
6	Monitoraggio del 3/2009 formato pdf		Monitoraggio del 3/2009 formato Word
7	Monitoraggio del 5/2009 formato pdf		Monitoraggio del 5/2009 formato Word
8	Monitoraggio del 6/2009 formato pdf		Monitoraggio del 6/2009 formato Word
9	Monitoraggio del 9/2009 formato pdf		Monitoraggio del 9/2009 formato Word
10	Monitoraggio del 11/2009 formato pdf		Monitoraggio del 11/2009 formato Word
11	Monitoraggio del 12/2009 formato pdf		Monitoraggio del 12/2009 formato Word
12	Note Nucleo di Valutazione 2009		Note Nucleo di Valutazione 2009

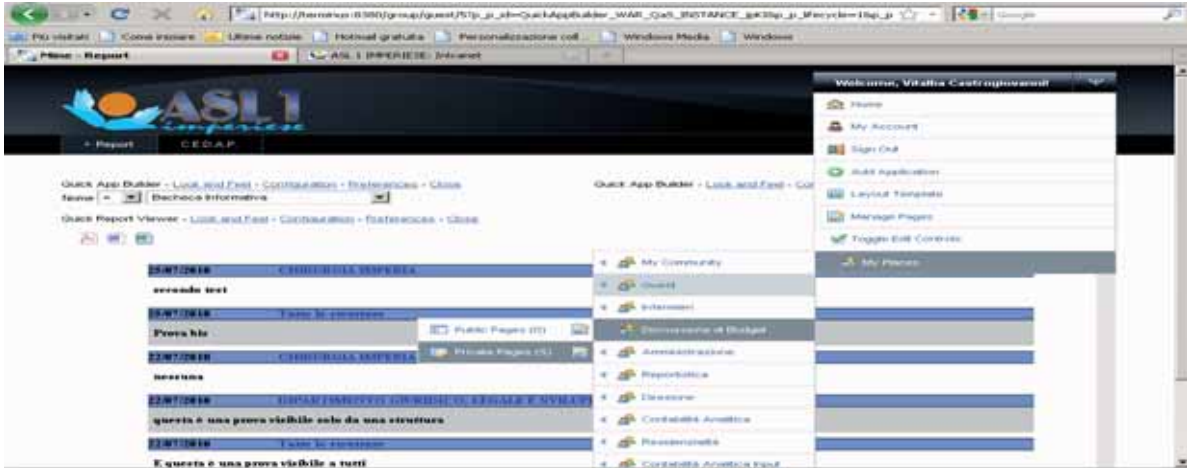
Allegato 3: La negoziazione ON LINE

Collegandosi all'indirizzo <http://terminus.us1.imperiese:8380/web/guest/home> e seguendo i passaggi di seguito evidenziati è possibile accedere alla procedura per la Negoziazione on line degli obiettivi di budget. La struttura Controllo di Gestione renderà disponibili almeno una settimana prima delle riunioni di budget le proposte di scheda liberamente modificabili:



- Inserire il nome utente,  corrispondente al proprio indirizzo di posta elettronica, comprensivo del suffisso contenente i dati aziendali (e.esempio@as11.liguria.it);

- Inserire la password (si può utilizzare la propria password di posta elettronica) per accedere al proprio spazio di lavoro;
- Accedere alla voce “**Discussione di budget**” → “**private pages**” e cliccare sulla voce in alto a sinistra “**Budget**”;



Si avrà accesso alla schermata di seguito riportata:



Quick App Builder - Look and Feel - Configuration - Preferences - Close

reparto =

anno =

Quick App Builder - Look and Feel - Configuration - Preferences - Close

indice_categoria =

sum(peso_dirigenti) sum(peso_comparto)

100 100

Page: 1 of 1 Go

Quick App Builder - Look and Feel - Configuration - Preferences - Close

indice_categoria =

Budget on line (1 - 10 of 12)


	indice_categoria	obiettivo	specifica	obiettivo aziendale	tipologia	Peso Dirigenti	Pest
	Costi	Costo Materiale economale		Controllo dei costi	Processo - misurazione	5,0	
	Costi	Budget noleggio apparecchiature elettromedicali	dipartimento Pato...	Controllo dei costi	Processo - misurazione	15,	
	Costi	Budget assegnato	Arredi	Controllo dei costi	Processo - misurazione	5,0	
	Produzione	Invio dati noleggi con strumento on line		Attuazione proces...	Risultato tecnico	10,	
	Produzione	Progetto per valutazione qualità servizio risto...		Miglioramento dei...	Processo - strutturale	10,	
	Produzione	Attivazione gara per sistemi antidecubito		Attuazione proces...	Risultato tecnico	5,0	
	Produzione	Segreteria unificata gara regionale aghi		Attuazione proces...	Risultato tecnico	5,0	
	Qualita	Progetto	Attivazione firma...	Sviluppo informat...	Processo - strutturale	10,	
	Qualita	Percorsi formativi interni		Attuazione proces...	Risultato tecnico	20,	
	Riorganizzazione	Progetto	Collaborazione co...	Controllo dei costi	Risultato tecnico	5,0	

Page: 1 of 2 Go

Utilizzando il tasto è possibile aggiungere nuovi obiettivi rispetto a quelli già definiti dalla struttura Centro di Controllo. Utilizzando il comando è invece possibile modificare gli obiettivi già definiti. La schermata che consente di interagire con il sistema è quella di seguito riportata:

Field	Value
reparto	Acquisti
anno	2011
categoria	1 - Produzione
indice	1
obiettivo	Rispetto del vincolo delle spese del personale sta indice: 1 categoria: Costi tipologia: Processo - misurazione
specifica	
tipologia	punteggio_massimo:
obiettivo_aziendale	anno: 2008
peso_dirigenti	
peso_comparto	
indicatore	
operatore	
obiettivo_testo	
obiettivo_numerico	
previsione	
Blob_allegato	Sfoggia...

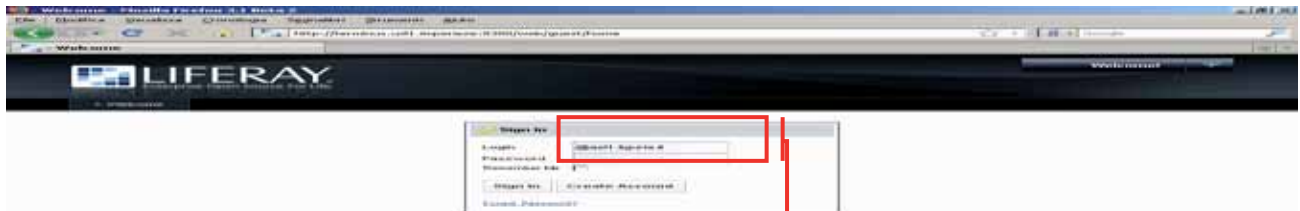
Back Reset Insert

Viene, inoltre, data la possibilità di bloccare un obiettivo considerato particolarmente importante utilizzando l'icona  in basso a destra sullo schermo.

Per visualizzare la scheda di budget dell'intera struttura, con i dati fino a questo momento inseriti, occorre utilizzare il tasto  nella colonna **Stampa**.

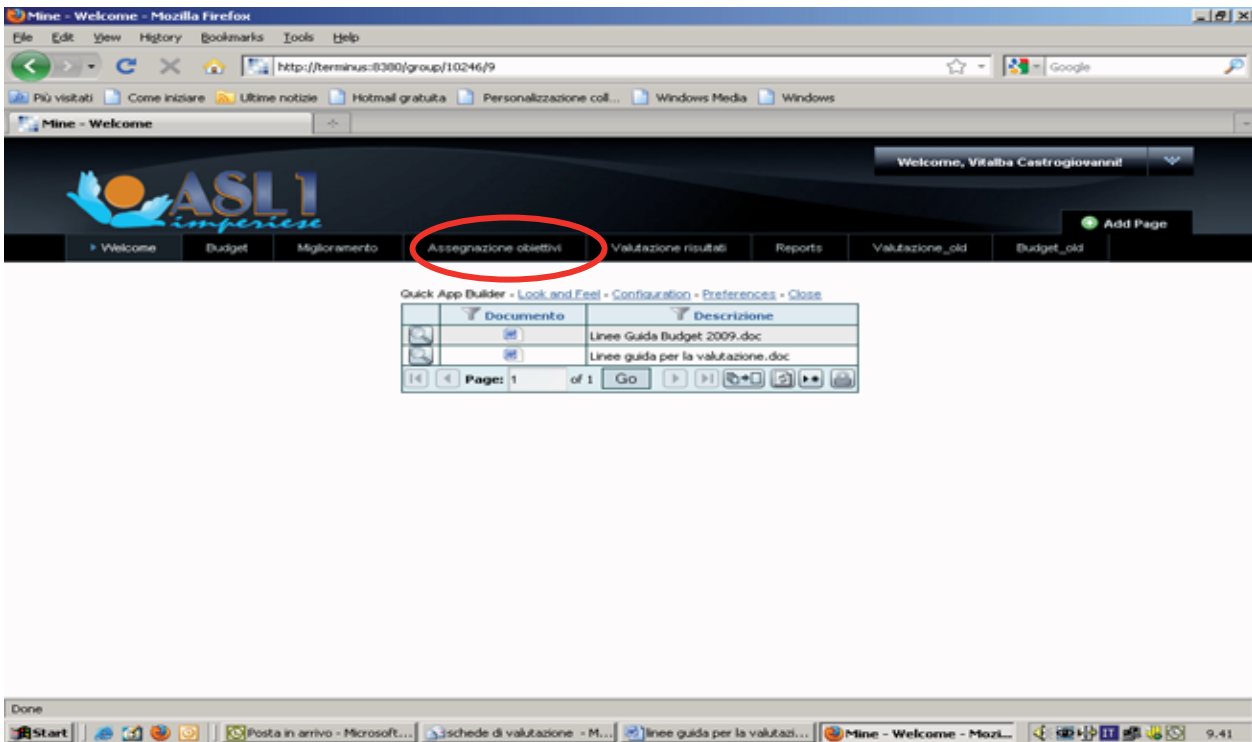
Allegato 3: Il sistema di valutazione ON LINE della DIRIGENZA

All'indirizzo <http://terminus.usl1.imperiese:8380> è disponibile il sistema di rilevazione pensato per l'assegnazione degli obiettivi ai Dirigenti Medici e per le loro successive valutazioni. Il sistema sostituisce completamente il formato di rilevazione e trasmissione cartaceo ed è utilizzabile eseguendo i passaggi illustrati dalle immagini:

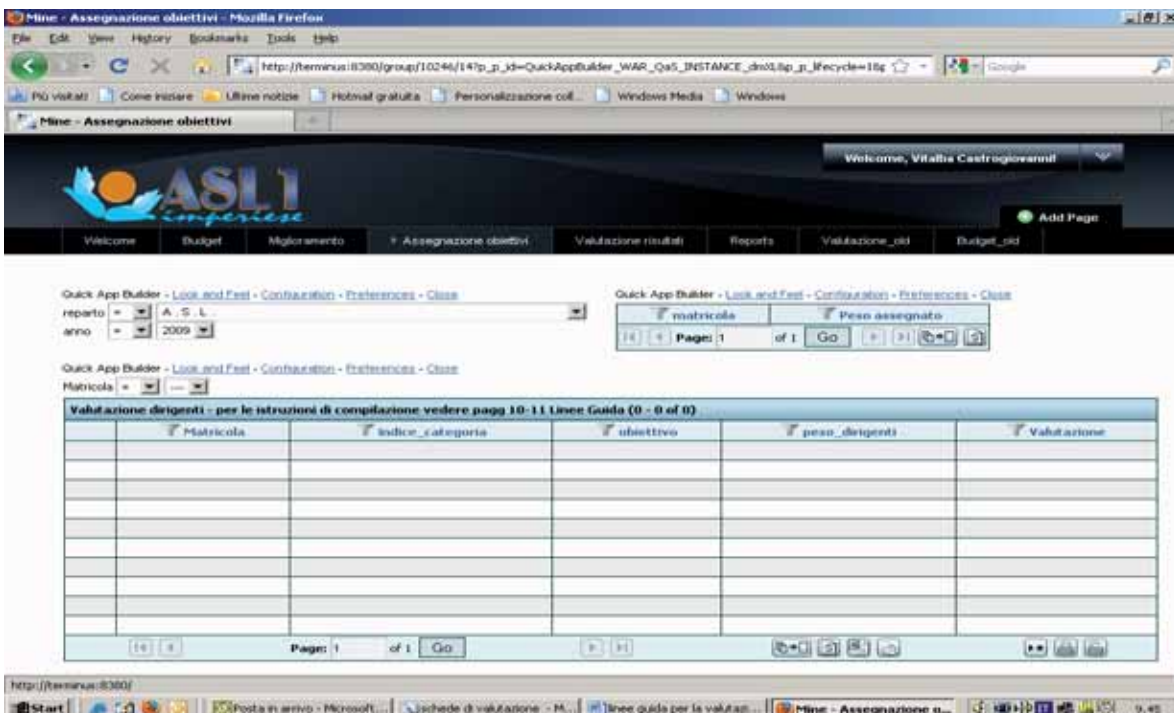



1. Inserire il nome utente, corrispondente al proprio indirizzo di posta elettronica, comprensivo del suffisso contenente i dati aziendali (e.esempio@asl1.liguria.it);
2. Inserire la password (propria password di posta elettronica) per accedere al proprio spazio di lavoro;

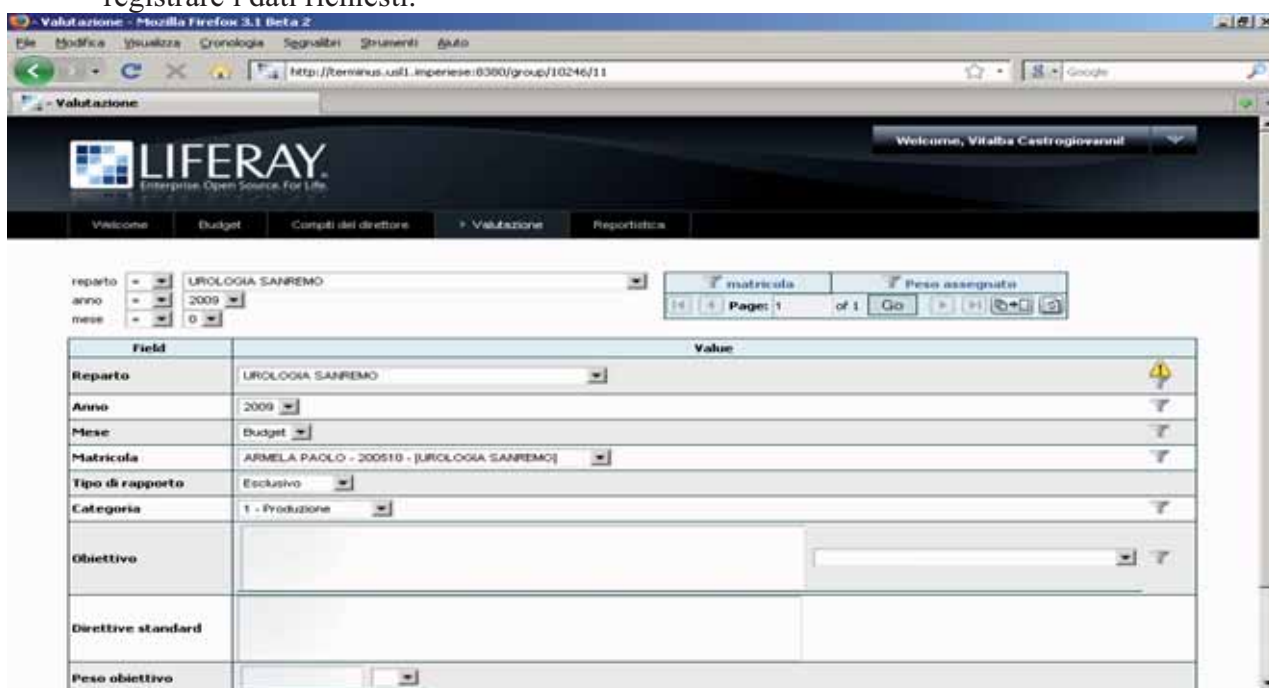
3. Selezionare da welcome la voce “My Places/Le mie comunità” - “Discussione di budget” - “Private pages/Pagine Private”;
4. si accede in tal modo alla schermata riportata nella figura qui di seguito riportata;

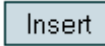



5. Clickare a questo punto su **Assegnazione Obiettivi**, sarà possibile così visualizzare la schermata successiva, che rappresenta la griglia di visualizzazione relativa al reparto di proprio interesse.



6. Utilizzando il tasto  si accede alla modalità di inserimento, nella quale sarà possibile registrare i dati richiesti.



7. Una volta compilato il form, per un singolo obiettivo riferito a un singolo nominativo, occorre utilizzare il tasto  per registrare le informazioni e ritornare alla griglia di visualizzazione, oppure il tasto  per registrare i dati e prepararsi all'inserimento di una nuova voce. Questa fase deve essere ripetuta per ogni nominativo per il numero degli obiettivi che si desidera assegnare. E' possibile scegliere obiettivi presenti nelle schede di budget, oppure scrivere a testo libero obiettivi assegnati dal Direttore Generale o, infine, obiettivi scelti dal Direttore della struttura. La somma dei pesi assegnati alla singola matricola deve essere pari a 100. Il numero degli obiettivi può variare da nominativo a nominativo.

Successivamente alla fase **assegnazione Obiettivi**, una volta che la struttura Controllo di Gestione avrà comunicato ufficialmente la chiusura definitiva dell'andamento di budget del periodo in argomento, dovrà essere compilata la Valutazione dei risultati:

Quick App Builder - [Look and Feel](#) - [Configuration](#) - [Preferences](#) - [Close](#)

reparto =

anno =

Quick App Builder - [Look and Feel](#) - [Configuration](#) - [Preferences](#) - [Close](#)


Matricola =


Quick App Builder - [Look and Feel](#) - [Configuration](#) - [Preferences](#) - [Close](#)

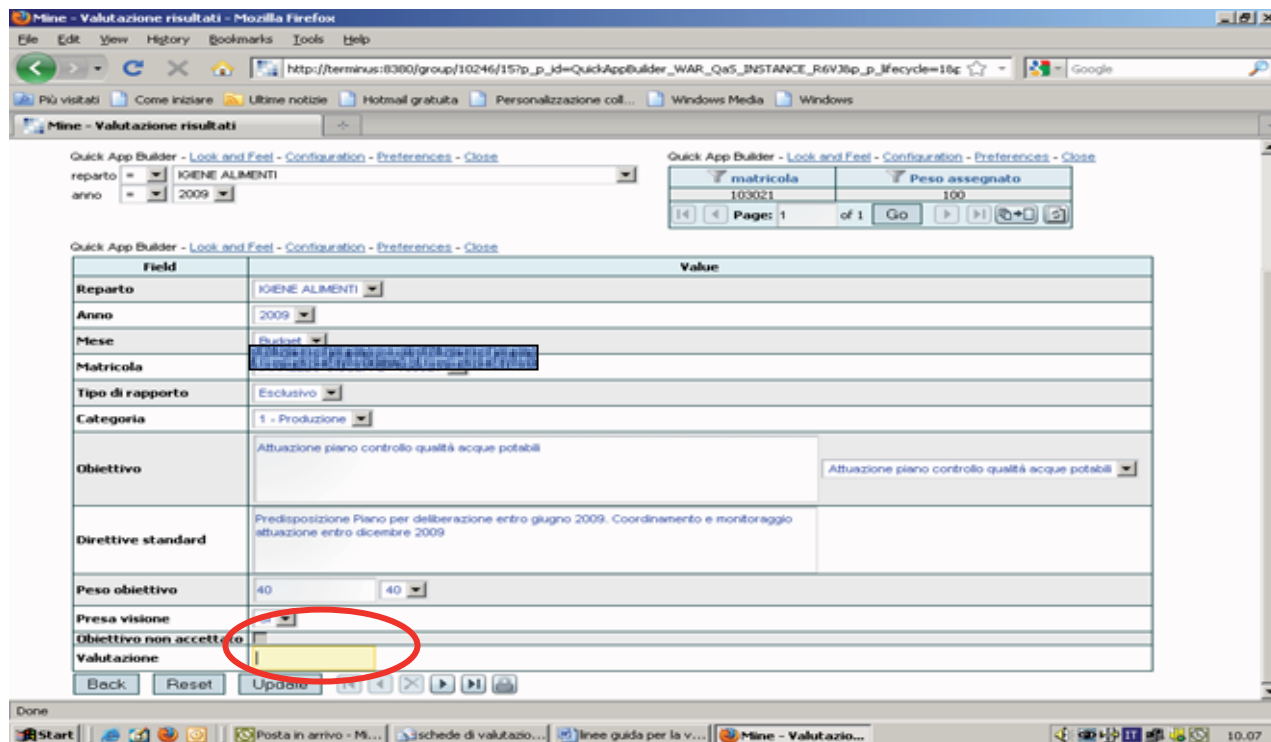
Matricola =

Valutazione dirigenti - per le istruzioni di compilazione vedere pagg 10-11 Linee Guida (1 - 10 of 60)						
	Matricola	indice_categoria	obiettivo	peso_dirigenti	Valutazione	Stampa
		Costi	mantenimento standard attuale	25	100	
		Produzione	anestesia sale operatorie terapia antalgica	25	100	
		Qualita	mantenimento standard attuale	25	100	
		Riorganizzaz...	mantenimento standard attuale	25	100	
		Costi	mantenimento standard attuale	25	100	
		Produzione	anestesia sale operatorie terapia antalgica	25	100	
		Qualita	mantenimento standard attuale	25	100	
		Riorganizzaz...	mantenimento standard attuale	25	100	
		Costi	mantenimento standard attuale	25	100	
		Produzione	anestesia sale operatorie terapia antalgica	25	100	

Page: 1 of 6 Go

Per visualizzare la scheda di valutazione dell'intera struttura, con i dati fino a questo momento inseriti, occorre utilizzare il tasto  nella colonna **Stampa**.

Per inserire il risultato della valutazione, occorre utilizzare il simbolo della matita  (o, in alternativa, effettuare un doppio click con il tasto sinistro del mouse sulla riga interessata) relativo al nome del Dirigente che è necessario valutare e attribuire il punteggio in percentuale all'obiettivo raggiunto:



Terminata la fase di valutazione on line, il Direttore di Struttura deve stampare le Schede di valutazione in cui sarà evidenziato rispettivamente il risultato totale della Struttura e il risultato del Dirigente ed inviare **la copia cartacea firmata** dallo stesso Direttore e dal Dirigente interessato, alla Sig. Del Core Maria (S.C. Gestione del Personale).

