



*Aziende Sanitarie Locali*

*1 e 2*

# **PROGETTO DI PRR 2008-2010**

*PROGETTO DI  
PIANO STRATEGICO  
DI RIQUALIFICAZIONE DELL'ASSISTENZA  
E  
DI RIEQUILIBRIO ECONOMICO-FINANZIARIO*

**Versione 1.1**

PREMESSA – LE AZIENDE SANITARIE LOCALI 1 e 2 E IL LORO ASSETTO ORGANIZZATIVO ATTUALE.....	4
PARTE I – OBIETTIVI ASSISTENZIALI .....	15
1. RIORGANIZZAZIONE DEI PROCESSI ASSISTENZIALI E DELLE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE .....	16
2. ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE, INTEGRATIVA E PROTESICA .....	34
PARTE II – RIORDINO ATTIVITÀ .....	36
3. RIORDINO DELLA STRUTTURA ORGANIZZATIVA E DELLE DOTAZIONI ORGANICHE .....	37
4. RIMODULAZIONE DELLA RETE DEI PRESIDI .....	52
PARTE III – CONTO ECONOMICO PREVENTIVO 2007-2010 .....	60
PARTE IV – PREVENTIVO COSTI PER FUNZIONE 2007-2010 .....	64
PARTE V – EVOLUZIONE DOTAZIONE PERSONALE .....	70
APPENDICE – TABELLE COMPLEMENTARI .....	77

**AVVERTENZA**  
**Nello sviluppo del documento**  
**la prevista Azienda unificata ASL1-ASL2**  
**viene identificata come Asl To1**

# LE AZIENDE SANITARE LOCALI 1 e 2 E IL LORO ASSETTO ORGANIZZATIVO ATTUALE

## ASL 1

### L'AZIENDA E IL SUO ASSETTO ORGANIZZATIVO ATTUALE

L'ASL 1 si sviluppa sul territorio delle Circoscrizioni 1 (Centro-Crocetta), 8 (Cavoretto-Borgo Po), 9 (Lingotto-Millefonti), 10 (Mirafiori Sud) e confina a ovest con l'ASL 2, a est e a sud con l'ASL 8, a nord-ovest con l'ASL 3 e a nord-est con l'ASL 4.

Il territorio, con 256.800 abitanti, è densamente popolato sulla riva sinistra del Po, estendendosi la riva destra sulla collina torinese, con case diradate salvo l'agglomerato di Cavoretto. L'area di Mirafiori è occupata in modo consistente dall'insediamento degli stabilimenti FIAT, che comporta la concentrazione della popolazione nell'estremo sud-est del quartiere.

Nel territorio insistono importanti ospedali cittadini: Molinette, Mauriziano, Sant'Anna, Regina Margherita, CTO.

Sebbene l'ASL 1 sia formalmente articolata in distretti coincidenti con le Circoscrizioni, dal 2003 si sono aggregate le funzioni di direzione. Pertanto un unico responsabile attua gli indirizzi strategici dati dalla Direzione Generale in ordine al governo della domanda di salute per i Distretti 1 e 8 ed un altro per i Distretti 9 e 10. La segreteria delle due direzioni è unificata ed alcune delle funzioni sono indifferentemente attribuite e svolte di concerto dai due responsabili. In parziale deroga a quanto previsto dall'Atto Aziendale, è limitata la loro autonomia sotto i profili tecnico-gestionale ed economico-finanziario. Ciò in quanto, in ciascun distretto le attività produttive fanno capo ad altre strutture complesse o semplici, per lo più organizzate in Dipartimenti, erogate presso le seguenti sedi:

#### Distretto 1

La struttura in via San Secondo 29 bis è la principale sede di erogazione dei servizi da quando è stata chiusa la sede di via Bertola 53. Occupa un'ala del fabbricato sede degli uffici amministrativi e direzionali dell'ASL 1, vicina alla stazione ferroviaria Porta Nuova e dispone di buoni collegamenti di trasporto pubblico. Il fabbricato è stato oggetto di alcuni interventi di ristrutturazione e bonifica che hanno permesso l'accreditamento del poliambulatorio ai sensi della DGR 616-3149/2000: si è in attesa del finanziamento (ex art. 71 L. 448/98) di un progetto di completo recupero della struttura, che consentirebbe di migliorare la qualità dei locali. All'interno della struttura sono svolte le attività garantite dagli specialisti convenzionati, amministrative, di prelievo ad accesso diretto, consultoriali, di NPI, di Salute Mentale, delle Cure Domiciliari.

La rete per l'effettuazione di prelievi ad accesso diretto sul territorio del Distretto 1 è completata dal punto prelievo dell'ospedale Oftalmico, ove ha sede il Laboratorio Analisi, cui afferiscono i prelievi effettuati nelle strutture territoriali.

Il servizio per le dipendenze patologiche, con ingresso dedicato in via Passalacqua, ha sede in tale presidio, presso il quale si trasferirà a breve il centralino della Guardia Medica gestito dall'ASL 1 per l'intero territorio cittadino.

**Distretto 8**

La struttura in via Petitti 24 (edificata negli anni cinquanta, già a destinazione scolastica, in buono stato di conservazione, con annessa cappella neogotica soggetti a vincoli architettonici, acquistata dall'ASL 1 nel 2000) è stata oggetto nel 2002 di una prima fase di ristrutturazione parziale dei piani seminterrato, terreno e primo, al fine di trasferirvi le attività poliambulatoriali ed amministrative, in precedenza svolte nella struttura di via Chiabrera 34.

Il progetto definitivo per la ristrutturazione e ampliamento dell'edificio (con finanziamento richiesto ex art. 71 L. 448/98) prevede un nuovo e più funzionale *layout* per le attività già presenti e la sopraelevazione della struttura per poter ospitare altre funzioni (SERT, CSM, NPI, consultori) oggi ospitate nell'edificio di via Lombroso 16, il cui accreditamento richiederebbe eccessivi oneri finanziari. La ristrutturazione permetterà, tra l'altro, di valutare l'opportunità di avviare un punto prelievi e di disporre di un parcheggio sotterraneo, previsto dalle prescrizioni urbanistiche della zona.

Sul territorio del distretto opera inoltre, in un edificio in proprietà, la struttura ambulatoriale di via Silvio Pellico 28, adeguata ai più moderni *standard* di accoglienza e qualità, con un centro prelievi ad accesso diretto ed alcune attività specialistiche integrate con il vicino presidio ospedaliero Evangelico Valdese.

**Distretto 9**

L'immobile in corso Corsica 55 è stato realizzato negli anni ottanta per ospitare il Centro Civico del Quartiere Lingotto e un poliambulatorio: per questa ragione, essendovi un accesso comune non appropriatamente orientato all'utenza, si è presentato un progetto di ristrutturazione ai sensi dell'art. 71 L. 448/98.

Nell'edificio sono presenti il poliambulatorio specialistico, le funzioni amministrative distrettuali, le attività consultoriali, i prelievi ad accesso diretto. Le attività certificative di Medicina Legale e la Commissione Invalidi aziendale, ivi già svolte, sono state trasferite nel vicino Presidio Valletta, con stabile risoluzione di condizioni di sovraffollamento e disagio per l'utenza.

Le attività del SERT sono svolte presso una struttura in via Montevideo 45, ove hanno sede gli ambulatori della psichiatria per le attività territoriale del Dipartimento Torino Sud per la Salute Mentale, che è a conduzione universitaria e che effettua attività di ricovero presso l'ASO Molinette.

Le attività di NPI hanno trovato collocazione dal dicembre 2003 nella nuova struttura di via Alassio 36/A, che ospita anche le attività sovrazonali dello SPRESAL.

Per garantire una efficace risposta ad accesso diretto per la fascia materno-infantile, stanti i non facili collegamenti tra settore est e ovest dell'asse ferroviario, è operativo anche un consultorio pediatrico e familiare in via Ventimiglia 112.

**Distretto 10**

Assegnato in comodato dalla Regione Piemonte all'ASL 1, l'edificio di via Farinelli 25, pur ristrutturato come RSA (con progetto di completamento e riordino finanziato ex art. 20 L. 67/88 II - III triennio), è diventato la principale sede di erogazione di servizi sanitari sul territorio del Distretto. La struttura, allocata al centro del quartiere, ha una superficie complessiva pari a circa mq. 20.000 distribuiti su sette piani, con aree verdi di pertinenza e facilità di parcheggio. Al suo interno sono allocati servizi ambulatoriali specialistici, un ambulatorio infermieristico, attività di prelievo ad accesso diretto, attività certificative di medicina legale, la commissione invalidi, la commissione provinciale patenti, la centrale operativa cure domiciliari e continuità assistenziale, un centro alcolologico integrato, l'UVG, l'UVH, attività di riabilitazione motoria e logopedica per adulti e minori, attività amministrative distrettuali. Ospita 35 posti letto RSA e 59 RAF amministrati dall'ASL 1 oltre a 83 posti letto per la continuità assistenziale e le dimissioni protette, di cui 74 gestiti a favore delle AASSLL 2 e 4 e dell'ASO Molinette. Al suo interno è attivo un Centro Diurno per venti ospiti e, a breve, sarà reso operativo un *hospice* con dieci posti letto. Da maggio 2006 vi opera la NPI, ivi trasferita dalla struttura distrettuale di via Negarville 8/28, non più idonea a contenere attività sanitarie in regime di accreditamento e sicurezza; per tale motivo anche il SERT, precedentemente ubicato in via Negarville 8/48, è oggi operativo in una struttura limitrofa al Presidio Valletta, in via Farinelli 40/1, una ex scuola elementare, parzialmente concessa a titolo oneroso all'ASL 1 dal Comune di Torino, che vi ospita anche servizi sociali circoscrizionali. In tale collocazione, ristrutturata a spese dell'ASL 1, il SERT ha reso operativi un centro diurno ed uno spazio dedicato alle nuove dipendenze, aperto a tutti i giovani torinesi.

Le attività consultoriali ed il servizio vaccinale che trovano oggi collocazione in via Candiolo 79 dovrebbero essere trasferite nel presidio Valletta per favorire sinergie con le attività specialistiche e diagnostiche lì presenti, fra cui quelle di NPI. Nella struttura di via Candiolo rimarrebbe l'ambulatorio infermieristico ed il punto prelievi, a servizio dei residenti in Basse Lingotto oltre il Parco Colonnetti.

Completano il disegno della rete assistenziale territoriale, le attività che il DSM svolge nei gruppi appartamento e l'offerta di posti letto per anziani non autosufficienti che include, escluso il presidio Valletta, 95 posti letto collocati nella struttura residenziale a gestione diretta di via Plava 75.

Nel territorio distrettuale ha sede l'obitorio della Città di Torino, gestito dall'ASL 1 tramite la S.C. Medicina Legale.

L'ASL 1 gestisce due presidi ospedalieri, l'Oftalmico ed il Presidio Evangelico Valdese.

#### Ospedale Oftalmico

Si trova nel quartiere Centro, in un isolato compreso tra le vie Juarra – ove ha l'ingresso –, Bertola, Passalacqua e Manzoni.

La vicinanza con la stazione ferroviaria Porta Susa, le fermate della metropolitana e di numerosi altri mezzi di trasporto pubblico lo rendono facilmente accessibile, compensando le difficoltà di

trovare parcheggio, anche se a pagamento.

#### STORIA

L'oculistica nacque a Torino nel 1838 per azione del prof. Casimiro Sperino, coadiuvato dai dottori Valerio e Baffoni, con il concorso di molti comuni piemontesi, in una casa messa a disposizione dalla Compagnia di San Paolo, probabilmente in Borgata Vanchiglia. Nel 1847 si fuse con l'ospedaletto infantile, spostando la sede nella casa Quartero, nell'allora strada del Re (oggi, corso Vittorio Emanuele, presso Porta Nuova). Nel 1851, senza la parte infantile, si trasferì in Borgo San Donato, in un nuovo edificio con 250 letti. Nel 1864 si allocò nell'area attualmente occupata, su un terreno donato dal Parlamento Subalpino.

#### SITUAZIONE ATTUALE

È un presidio monospecialistico, dotato di pronto soccorso e di 72 letti, utilizzati da quattro strutture complesse e da un reparto universitario; dispone di un blocco operatorio, di un'area per la sterilizzazione, di una farmacia.

Alcuni servizi storicamente presenti nel presidio, quali la diabetologia, pur inseriti nel dipartimento del Territorio, assicurano ai pazienti ricoverati (spesso anziani e diabetici) le necessarie consulenze internistiche e diabetologiche.

Sono presenti nell'ospedale ampi spazi ancora non pienamente utilizzati, per i quali è stato presentato un progetto di recupero ex art. 20 L. 67/88. Le aree degenziali e le sale operatorie sono state recentemente ristrutturate.

#### Presidio Ospedaliero Evangelico Valdese

Si trova nel quartiere San Salvario, nel centro città, e occupa parte dell'isolato compreso tra le vie Silvio Pellico – ove vi è l'ingresso principale – , Ormea e Berthollet. La vicinanza con la stazione ferroviaria Porta Nuova, la costruenda metropolitana e una delle principali arterie di ingresso in città – corso Massimo d'Azeglio – , favoriscono la fruizione dei servizi offerti dall'ospedale, penalizzato però dalla viabilità e dai parcheggi.

#### STORIA

L'ospedale fu fondato nel 1842 in cinque stanze al piano terreno di Palazzo Bellora. Trasferito nella Casa Valdese di via San Pio V fu ampliato nel 1871 grazie ad un cospicuo dono del banchiere Long. La prima camera operatoria fu attivata nel 1902. Danneggiato durante la seconda guerra mondiale, fu ricostruito tra il 1946 e il 1948 grazie al lascito del banchiere Mylius. Ulteriormente migliorato nel 1950, fu oggetto di una importante ristrutturazione che consentì la inaugurazione nel 1960. L'avvento della riforma sanitaria rese necessari nuovi interventi strutturali e il rinnovo delle attrezzature. Nel 1996 è stato adeguato il terzo piano con le nuove sale operatorie e nel 2001 si sono conclusi i lavori di ampliamento che hanno consentito di realizzare, nell'area “Artigianelli Valdesi”,

nuove camere di degenza. L'assenza di successivi ed importanti interventi strutturali è culminata, nel febbraio 2006, nella chiusura delle sale operatorie del primo piano disposta a seguito di un'ispezione dei NAS.

#### SITUAZIONE ATTUALE

Il 7 luglio 2004 il Presidio Ospedaliero Evangelico Valdese (POEV) è stato assegnato dalla Regione Piemonte all'ASL 1.

L'edificio, che non è dotato di Pronto Soccorso, dispone di 107 letti di degenza ed è sviluppato su quattro piani. Al piano terra vi sono endoscopia, radiodiagnostica ed ecografia, *day hospital* di riabilitazione cardiologica, ambulatori di diabetologia, dietologia, cardiologia, logopedia e Orl. Al primo, chiuso al pubblico, anatomia patologica e preparazione dei citostatici. Al secondo, degenza medica, i *day hospital* oncologico, nutrizionale e medico multispecialistico. Al terzo, sale operatorie, *day surgery* e degenza chirurgica. Al quarto, uffici e locali tecnici.

Sarà oggetto di importanti adeguamenti strutturali, finanziati ex art. 20 L. 67/88, nonché degli interventi di rifacimento e ripristino delle sale operatorie del primo piano.

Completa il quadro delle attività aziendali il dipartimento di Prevenzione, operante in via Consolata 10, dove era l'Ufficio Igiene della Città di Torino. È vicina al Municipio, nel pieno centro cittadino, in un'area servita da mezzi pubblici. Struttura mai oggetto di ristrutturazione, ha recentemente avuto finanziamenti per l'adeguamento degli impianti elettrici, risalenti agli anni trenta. Operante in regime convenzionale per tutta la Città di Torino, ospita le strutture complesse Igiene e Sanità Pubblica, Igiene Alimenti e Nutrizione, Veterinaria Area C, e non lo SPRESAL che – come sopra ricordato – ha sede in via Alassio 36/A.

Nell'espletamento delle proprie attività, l'ASL 1 opera in un quadro relazionale molto complesso, che vede rapporti con l'utenza – anche attraverso le associazioni che la rappresentano –, con gli organi istituzionali – oltre alla Regione Piemonte, il Comune di Torino, nelle sue articolazioni politiche ed organizzative, la Procura della Repubblica, l'amministrazione del Ministero degli Interni, l'INPS, l'INAIL –, con i professionisti e gli operatori sanitari, tecnici ed amministrativi che per essa operano e con le organizzazioni sindacali che li rappresentano. La conseguente organizzazione delle risorse umane di cui l'ASL 1 si avvale deriva attualmente da un Atto aziendale adottato nel 2002.

Nei fatti, la prassi operativa ha talune volte generato situazioni differenti rispetto a quanto indicato nell'Atto aziendale, talvolta con motivazioni razionali che dovrebbero condurre ad una modificazione del documento. Per contro, non è stato pienamente realizzato il modello dipartimentale, che in talune realtà è stato attuato in modo meramente formale.

Anche sotto il profilo dell'organizzazione dei servizi sanitari si rileva la difficoltà a far convivere nell'organizzazione aziendale e, in conseguenza, a valorizzare aree produttive fra loro eterogenee

(da un lato la prevalente produzione territoriale e dall'altro due strutture ospedaliere di dimensioni ridotte, di cui una monospecialistica non collegata al territorio di riferimento dell'ASL 1).

Non da ultimo, si ricorda che la parte amministrativa, pur con la sua importante tradizione, è stata spesso oggetto di profonde ristrutturazioni dovute alle successive diverse articolazioni istituzionali adottate per la gestione delle attività sanitarie torinesi.

## ASL 2

### L'AZIENDA E IL SUO ASSETTO ORGANIZZATIVO ATTUALE

L'ASL 2 si sviluppa sul territorio delle Circostrizioni 2 (Mirafiori Nord) e 3 (Cenisia - Cit Turin - San Paolo) e confina a est e sud con l'ASL 1, a nord con l'ASL 3 e a ovest con l'ASL 5.

Il territorio è intensamente popolato, con un totale di 235.872 residenti in edifici spesso di recente costruzione, o anche nuova, come avviene per gli insediamenti lungo il passante ferroviario nei corsi Lione e Mediterraneo.

L'ASL 2 ha sede in via Tofane, all'interno del proprio presidio ospedaliero Martini e opera sul proprio territorio attraverso due distretti.

#### Ospedale Martini

È una struttura facilmente raggiungibile dalla prima cintura nord-ovest di Torino, i cui abitanti, in conseguenza accedono abitualmente al pronto soccorso, preferendolo alle meno comode strutture degli ospedali degli Infermi di Rivoli e San Luigi di Orbassano.

L'ospedale è stato inaugurato nel 1970 in una nuova sede che sostituiva la precedente, realizzata con fondi personali dal prof. Enrico Martini in borgo San Paolo e distrutta da un bombardamento nel 1943. La disposizione architettonica fa perno su un monoblocco che ospita tre aree funzionali orientate rispettivamente all'emergenza e servizi diagnostici (fronte via Marsigli), alle degenze (fronte via Stelvio) e all'attività ambulatoriale ed amministrativa (fronte via Tofane).

I 209 posti letto destinati ai ricoveri ordinari ed i 20 ai ricoveri diurni sono ripartiti fra le seguenti discipline presenti (laboratorio analisi chimico-cliniche, radiologia, medicina generale, geriatria, nefrologia, neurologia, pediatria con neonatologia, psichiatria, cardiologia con UTIC, chirurgia generale, rianimazione, ORL, ortopedia e traumatologia, ostetricia e ginecologia con nido, urologia).

I ricoveri ordinari nel 2005 sono stati pari a 8.939, con una degenza media di 6,32 giorni. I *day hospital*, 3.471. Gli interventi chirurgici effettuati nelle cinque sale nel blocco operatorio sono stati 5.882. Gli accessi al DEA, pari a 73.575, hanno originato 5.468 ricoveri, ossia il 7,43% del totale.

È in avvio un'importante ristrutturazione delle sale parto, che consentirà di restituire alla struttura di ostetricia l'uso della sala parto, presente nel proprio reparto e chiusa perché priva dei necessari requisiti strutturali; in conseguenza, sarà disponibile presso il blocco operatorio la sala ora destinata ai parti cesarei. In modifica a quanto previsto, la realizzazione del cantiere, per il rispetto della normativa sulla sicurezza, rende indispensabile l'allocazione temporanea della sala parto nella attuale UTIC, con ulteriore slittamento dei tempi di apertura di questa dall'ottobre 2006 allo stesso periodo dell'anno successivo.

L'attività dei due distretti (operanti in aree coincidenti rispettivamente con quelle della Circostrizione 2 e 3) si articola nello svolgimento dei seguenti compiti:

- analisi del fabbisogno e della domanda di assistenza sanitaria e socio-sanitaria della popolazione al fine di garantire percorsi diagnostico terapeutici con tempi adeguati al fabbisogno dell'utenza nell'ambito della programmazione aziendale e distrettuale;
- gestione, organizzazione e coordinamento delle risorse tecnico-professionali, amministrative, patrimoniali e finanziarie assegnate al Distretto;
- allocazione delle risorse attribuite fra le strutture distrettuali e private accreditate;
- organizzazione e coordinamento della rete di servizi distrettuali, garantendone l'interrelazione e la trasversalità al fine di assicurarne adeguati livelli di accessibilità da parte della popolazione, di efficacia, efficienza, qualità e continuità nonché l'integrazione fra gli stessi e gli altri servizi alla persona esistenti nell'ambito territoriale;
- gestione del rapporto, come definito nell'ambito del governo aziendale, con i soggetti convenzionati e con le strutture accreditate presenti sul territorio del Distretto;
- coordinamento e concertazione con i responsabili dei Dipartimenti territoriali e del presidio ospedaliero in merito alla programmazione dell'offerta dei servizi sanitari e sociosanitari che il Distretto è tenuto a garantire ed alla formazione professionale degli operatori;
- coordinamento e concertazione con gli organi tecnici e direzionali degli Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali per la definizione delle modalità operative di integrazione rispetto alle attività socio-sanitarie integrate;
- elaborazione della proposta relativa al Programma delle attività territoriali;
- monitoraggio dei dati di attività e dei risultati conseguiti in termini qualitativi e quantitativi, in attuazione del programma delle attività territoriali, anche ai fini della descrizione dell'attività svolta, delle risorse impiegate, dei relativi costi e ricavi nell'ambito della relazione annuale di Distretto.

Distretto 1
La sede del distretto, che serve la Circostrizione 2, ha sede in via Biscarra 12/10, in un edificio in locazione. Espleta la propria funzione volta all'assistenza extra-ospedaliera attraverso le seguenti attività: Assistenza sanitaria di base, comprendente la medicina generale e la pediatria di libera scelta Assistenza specialistica ambulatoriale Cure domiciliari Accesso ai servizi sanitari (iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale - SSN, scelta e revoca del medico di base e del pediatra di libera scelta, prenotazioni attività specialistiche, accettazione domande assistenza integrativa, ecc.) Assistenza sanitaria all'estero ed assistenza ai cittadini non residenti, con domicilio sanitario nell'ambito territoriale del distretto Attività di tutela della salute collettiva Attività sanitaria rivolta al disagio psichico ed ai disabili

Integrazione fra i servizi sanitari e socio assistenziali degli enti locali, per interventi a favore dei disabili

Attività e servizi di consultorio, rivolti alla famiglia ed ai minori, integrate con le attività ospedaliere e con la pediatria di base in collaborazione con il Dipartimento Materno Infantile

Assistenza infermieristica

Assistenza sanitaria extra-ospedaliera

Assistenza residenziale e semiresidenziale ad anziani e disabili

Medicina legale e sportiva.

È presente sul territorio del distretto la RSA gestite dall'ASL 2 in via Gradisca 10, che ospita anche le attività relative alla medicina legale, alla medicina dello sport, al CUP, alla scelta e revoca del medico di medicina generale e UVG. Si prevede il trasferimento di tali attività, unitamente a quelle svolte in via Biscarra e quelle ospitate in via San Marino, in una struttura in fase di realizzazione (consegna prevista nel 2007) in un'area già industriale che ospitava la Saint Gobain.

Il SERT è ospitato in via Nomis di Cossilla 2/A, in un edificio già scolastico appositamente ristrutturato. Nello stesso edificio, con accesso separato in via Bellono 1, risiedono il consultorio familiare e l'attività di Prevenzione Serena.

Il territorio ospita tre sede consultoriali pediatriche (via Poma 2, corso Sebastopoli 262, via Nuoro 31).

In via Boston 152 – in un edificio che richiede adeguamenti – vi è un'assistenza dialisi limitata gestita dall'ospedale Martini.

Il DSM, attualmente allocato in corso Unione Sovietica 220, troverà anch'esso una migliore collocazione nel poliambulatorio in realizzazione, presso il quale disporrà di un'area da destinare alla residenzialità.

## Distretto 2

La sede del distretto, che serve la Circoscrizione 1, ha sede in via Monginevro 130, in un edificio in proprietà.

Espleta la propria funzione volta all'assistenza extra-ospedaliera attraverso le seguenti attività:

Assistenza sanitaria di base, comprendente la medicina generale e la pediatria di libera scelta

Assistenza specialistica ambulatoriale

Cure domiciliari

Accesso ai servizi sanitari (iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale - SSN, scelta e revoca del medico di base e del pediatra di libera scelta, prenotazioni attività specialistiche, accettazione domande assistenza integrativa, ecc.)

Assistenza sanitaria all'estero ed assistenza ai cittadini non residenti, con domicilio sanitario nell'ambito territoriale del distretto

Attività di tutela della salute collettiva

Attività sanitaria rivolta al disagio psichico ed ai disabili

Integrazione fra i servizi sanitari e socio assistenziali degli enti locali, per interventi a favore dei disabili

Attività e servizi di consultorio, rivolti alla famiglia ed ai minori, integrate con le attività ospedaliere e con la pediatria di base in collaborazione con il Dipartimento Materno Infantile

Assistenza infermieristica

Assistenza sanitaria extra-ospedaliera

Assistenza residenziale e semiresidenziale ad anziani e disabili

Medicina legale e sportiva

La costruzione della sede di via Monginevro risale agli anni sessanta per essere destinata a poliambulatorio INAM. Posizionata a quattrocento metri dall'ospedale Martini, serviva la residenzialità locale: con la realizzazione degli edifici residenziali collocati sulla Spina 3 e sui corsi Siracusa e Ferrucci, che hanno sostituito i precedenti insediamenti industriali, viene ad essere decentrata rispetto alle esigenze territoriali, con l'aggravante della assenza di parcheggi disponibili. Tali fatti, uniti agli interventi di profonda ristrutturazione richiesti per la raggiunta vetustà dell'edificio, consigliano un suo abbandono col trasferimento delle attività presso un nuovo poliambulatorio da realizzare in via Malta, in un'area identificata di proprietà del Comune di Torino.

È inoltre presente del distretto l'RSA, direttamente gestita dall'ASL 2 di via Spalato 14, che ospita – oltre alla residenzialità per anziani – l'unità di valutazione Alzheimer, le cure domiciliari per entrambi i distretti e la NPI.

In via Spalato 15 sono ospitati il consultorio pediatrico, la pediatria di comunità e un consultorio psichiatrico.

Il DSM utilizza inoltre le sedi di via Monte Ortigara 95 e di via Vassalli Eandi 18.

L'attività dei consultori familiari e pediatrici è espletata presso le sedi di via Monte Ortigara 95 e di via Avigliana 33, ove è presente anche Prevenzione Serena.

Il SERT è presente in via Monte Ortigara 95.

Nell'espletamento delle proprie attività, l'ASL 2 opera in un quadro relazionale molto complesso, che vede rapporti con l'utenza (anche attraverso le associazioni che la rappresentano), con gli organi istituzionali (oltre alla Regione Piemonte, il Comune di Torino, nelle sue articolazioni politiche ed organizzative, l'INPS, l'INAIL), con i professionisti e gli operatori sanitari, tecnici ed amministrativi che per essa operano e con le organizzazioni sindacali che li rappresentano. La conseguente organizzazione delle risorse umane di cui l'ASL 2 si avvale deriva dall'Atto aziendale.

# PARTE I

## OBIETTIVI ASSISTENZIALI

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

## **ASSISTENZA COLLETTIVA**

### ***Avviamento di forme di coordinamento delle attività di prevenzione e formulazione di proposte organizzative di sperimentazione nell'area metropolitana***

Per quanto riguarda la riorganizzazione della rete dei servizi di prevenzione si rimanda al “Piano integrato della prevenzione” da predisporre in coerenza con gli obiettivi regionali e che viene sintetizzato al punto 3 “Riordino della struttura organizzativa e delle dotazioni organiche”.

### ***Definizione dei progetti d'integrazione della Medicina dello Sport e delle attività vaccinali all'interno dei Dipartimenti di Prevenzione***

Nella Città di Torino il piano vaccinale è già integrato e gestito dal Dipartimento di Prevenzione dell'ASL 1.

Il servizio di Medicina dello Sport (attualmente inserito nel servizio di Medicina Legale) è presente solo nell'ASL 2 ma è un riferimento per tutta la Città di Torino. Inoltre, è l'unico servizio pubblico che svolge le visite di idoneità sportiva per disabili motori nell'intera provincia di Torino.

La sua integrazione nel Dipartimento di Prevenzione, con un organico opportunamente adeguato, permetterà di mantenere le attività già impostate estendendole all'intero territorio torinese.

Gli obiettivi con cui si confronta il servizio di Medicina dello Sport sono:

- la promozione dell'attività fisica (in particolare nell'età evolutiva);
- la prevenzione del doping (azione sui giovani per promuovere un'attività sportiva sana);
- la consulenza al mondo scolastico.

Indicatori:

- evidenza documentale relativa all'integrazione della Medicina dello Sport nel Dipartimento di Prevenzione entro il 2009.

### ***Previsione di forme di coordinamento delle attività di vigilanza a livello dipartimentale***

La funzione di vigilanza è presente in diverse strutture del Dipartimento di Prevenzione. Il Piano Integrato della Prevenzione, che prevederà – tra l'altro – lo sviluppo di un archivio informatizzato comune per tutti i servizi del Dipartimento, la predisposizione di un Piano Annuale della Prevenzione e la integrazione di questo con i Piani di Zona, renderà possibile anche un

coordinamento della attività di vigilanza

Indicatore:

- evidenza documentale relativa al Piano Integrato di Prevenzione entro il 2009.

### ***Potenziamento dei programmi di screening dei tumori***

Per quanto riguarda le attività di screening dei tumori si confermano quelle in essere per l'anno 2007.

Per gli anni **2008-2010** si prevede l'attivazione presso il Presidio Ospedaliero Evangelico Valdese di un centro dedicato allo screening mammografico del tumore della mammella ed il potenziamento dei centri prelievo per il "pap test" nell'ambito dei nuovi programmi regionali di Prevenzione Serena (D.G.R n°111-3632 del 02/08/2006) .

Indicatore:

- registrazione di attività riguardante lo screening mammografico (numero mammografie eseguite) entro l'anno 2008;
- rispetto dei volumi di pap-test eseguiti, previsti nei programmi di attività di "Prevenzione Serena".

### ***Redazione dei profili e piani di salute***

Per l'anno **2008-2010** si prevede:

- la definizione di una metodologia condivisa di osservazione dei fenomeni registrati nelle diverse realtà territoriali attraverso l'analisi dei dati disponibili, confrontati con quelli dei servizi sociali, nell'ottica di evidenziarne le differenze e le criticità specifiche, con la partecipazione dei responsabili dei servizi sociali e i consiglieri referenti delle Circoscrizioni interessate;
- la costruzione dei profili e piani di salute e la loro adozione come strumento fondamentale per realizzare una programmazione sanitaria aziendale integrata con gli enti locali.

Indicatore:

- predisposizione dei profili e piani di salute entro l'anno 2010.

## ASSISTENZA DISTRETTUALE

### *Potenziamento dell'organizzazione distrettuale*

Nella situazione attuale i Distretti delle AA.SS.LL. presentano articolazioni organizzative e funzionali differenti tra loro, e sono orientati ad una graduale evoluzione verso il governo della domanda e della tutela della salute, pur mantenendo ancora la gestione diretta di settori di produzione.

Si procederà a modificare l'attuale organizzazione delle competenze distrettuali al fine di meglio perseguire scopi di qualità, equità ed efficienza dell'organizzazione sanitaria territoriale, con la realizzazione di un nuovo modello organizzativo secondo gli indirizzi della proposta di Piano Socio Sanitario Regionale. In particolare, i Distretti, dotati di un proprio budget, vengono ad assumere funzioni di tutela, programmazione e controllo attraverso la separazione dell'attività produttiva che viene ricondotta come competenza al Dipartimento del Territorio.

Nella nuova riorganizzazione i Distretti governeranno la domanda di salute della popolazione di riferimento, assicurando direttamente i servizi del territorio ed i percorsi attraverso gli altri livelli assistenziali, nonché le attività socio assistenziali in integrazione con gli Enti Gestori.

Per l'anno 2007 è previsto l'avvio della riorganizzazione delle attività distrettuale attraverso:

- una revisione di tipo organizzativo delle funzioni di tutela assegnate ai Distretti, effettuata in modo integrato tra ASL 1 e 2, che permetta lo sviluppo di sistemi di analisi dei bisogni, della valutazione della domanda dell'offerta assistenziale nonché di programmazione sanitaria;
- la progettazione integrata ASL 1 e 2 di uno sportello unico distrettuale per il superamento dell'organizzazione per specialità e il coordinamento della risposta in funzione dei bisogni individuati da tutte le unità valutative (geriatria, handicap, minori, Alzheimer) e per gli approcci valutativi per le malattie croniche.

Per gli anni **2008-2010** si intende realizzare:

- il perseguimento in modo sistematico dell'analisi dei bisogni, la valutazione della domanda d'assistenza e dell'offerta assistenziale e socio-sanitaria al fine di garantire percorsi diagnostico terapeutici assistenziali e riabilitativi adeguati e appropriati ai bisogni dell'utenza;
- il trasferimento della gestione delle attività di produzione, afferenti al Distretto, al Dipartimento del Territorio;
- la realizzazione di una rete aziendale, coordinata dal Distretto, con la finalità di integrare funzionalmente tra loro le attività svolte dalle strutture aziendali e socio-assistenziali per garantire i processi di continuità assistenziale;
- lo sviluppo di percorsi organizzativi riabilitativi, nell'ambito delle attività distrettuali, per supportare la realizzazione della rete riabilitativa prevista dalla D.G.R n°10-5605 del 02/04/07;
- l'attivazione dello sportello unico distrettuale per il coordinamento delle attività valutative;
- lo sviluppo ed il potenziamento delle attività degli uffici di Coordinamento distrettuale dell'Asl

To1, per promuovere sia la gestione integrata dei pazienti affetti da malattie croniche sia la continuità assistenziale sul territorio.

#### Indicatori:

- evidenza documentale del trasferimento gestionale delle attività produttive dalle funzioni del Distretto al Dipartimento del Territorio;
- presenza di protocolli d'integrazione tra strutture aziendali e socio-assistenziali per garantire la continuità assistenziale;
- presenza documentale relativa alla realizzazione di percorsi organizzativi riabilitativi;
- evidenza documentale sull'attività svolta dallo sportello unico distrettuale;
- evidenza documentale relativa alle attività dagli uffici di Coordinamento distrettuale (numero casi tratti con gestione integrata).

Al termine di questo processo la nuova Asl To1 sarà articolata nei seguenti Distretti:

- Distretto "A": attuale Distretto 1-8 dell'ASL 1 (riferimento delle Circoscrizioni 1 e 8);
- Distretto "B": attuale Distretto 9-10 dell'ASL 1 (riferimento delle Circoscrizioni 9 e 10);
- Distretto "C": attuale Distretto 1 dell'ASL 2 (riferimento della Circoscrizione 2).
- Distretto "D": attuale Distretto 2 dell'ASL 2 (riferimento della Circoscrizione 3);

Dovranno essere assicurate nei Distretti le seguenti attività e prestazioni:

- assistenza sanitaria di base, che comprende la medicina generale, la pediatria di libera scelta e la pediatria di comunità, il servizio di continuità assistenziale, i servizi di primo accesso rivolti a stranieri STP (Centro ISI) e a persone senza fissa dimora;
- attività finalizzate a garantire al cittadino il diritto all'accesso ai servizi sanitari, quali l'iscrizione al medico di famiglia, generalista e pediatra, la prenotazione di prestazioni specialistiche, la accettazione di domande per l'accesso alle commissioni di valutazione distrettuali e per l'accesso a prestazioni integrative;
- attività di tutela della salute collettiva in integrazione con il Dipartimento Integrato di Prevenzione;
- attività per la salute della donna, dei bambini, degli adolescenti e della coppia;
- assistenza specialistica ambulatoriale, che comprende la medicina specialistica da erogatori pubblici e privati;
- cure domiciliari, che comprendono le diverse forme di intervento medico, infermieristico e assistenziale in forma domiciliare, ADP, ADI, SID, SAD, Cure Palliative;
- attività sanitarie e socio-sanitarie rivolte a persone anziane, con disabilità, con dipendenze patologiche, con disagio psichico, di tipo domiciliare, semiresidenziale o residenziale, in integrazione con i rispettivi Dipartimenti;
- integrazione operativa tra servizi sanitari e socio-assistenziali delle Circoscrizioni per quanto attiene gli interventi nel settore materno-infantile e dell'assistenza agli anziani, ai disabili, ai

soggetti non autosufficienti, ai tossicodipendenti, ai malati psichiatrici e per la vigilanza sulle strutture semiresidenziali e residenziali;

- assistenza sanitaria all'estero ed assistenza ai cittadini non residenti, con domicilio sanitario nel Distretto.

Il Distretto per realizzare quanto sopra elencato utilizzerà i seguenti strumenti organizzativi:

- Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali – le cui articolazioni e funzioni saranno definite nell'Atto Aziendale;
- programma delle attività territoriali distrettuali;
- programmazione, coordinamento e organizzazione generale dei servizi, delle prestazioni e delle attività, secondo i principi della continuità e della integrazione;
- coordinamento organizzativo delle attività svolte dai Dipartimenti aziendali nel Distretto e loro inserimento nel programma delle attività territoriali;
- coordinamento organizzativo di tutte le attività assistenziali integrate con caratteristiche multiprofessionali;
- informazione ed orientamento del cittadino rispetto ai servizi sanitari e socio-sanitari locali e regionali, nonché organizzazione dell'accesso e coordinamento del percorso terapeutico rispetto a tutte le prestazioni di assistenza primaria garantite dal Distretto, da altre strutture o presidi della ASL o da altri erogatori pubblici e privati accreditati;
- coordinamento interdistrettuale per la gestione unitaria della convenzione con i medici di medicina generale, con i pediatri di libera scelta e con gli specialisti ambulatoriali e per tutte le attività per le quali è necessario assicurare la omogenea erogazione in tutta la ASL;
- relazione e confronto con le Circoscrizioni, le organizzazioni sociali e di volontariato, i soggetti accreditati e gli altri soggetti istituzionali presenti sul territorio di competenza.

### ***Miglioramento dell'appropriatezza dei profili prescrittivi dei MMG/PLS***

Al fine di migliorare l'appropriatezza prescrittiva sia sul fronte della terapia che sul piano delle prestazioni diagnostiche dei MMG e PLS si sta proseguendo nello sviluppo delle azioni programmate per il biennio 2006 e 2007 ed in particolar modo con riguardo a:

- la prescrizione condivisa fra i MMG (all'interno di una stessa equipe) e fra MMG e Specialisti (SUMAI od ospedalieri) attraverso la condivisione di linee guida e di scelte terapeutiche ed in particolare per gestire i quadri clinici relativi ai pazienti ipertesi, dislipidemici e diabetici;
- l'evoluzione delle attività della Commissione Ospedale – Territorio (prevista dall'art. 49, comma 7, dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i MMG – anno 2005) per una condivisione delle modalità di prescrizione di farmaci appropriati;
- il monitoraggio delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per verificare l'appropriatezza prescrittiva e valutare l'aderenza ai percorsi diagnostici terapeutici già sviluppati per particolari patologie;

- l'utilizzo della comunicazione diretta, tra azienda e MMG e Specialisti, quale strumento strategico per condividere le informazioni sulla attività prescrittiva di diagnostica specialistica, per immagini e di laboratorio, al fine di coinvolgere le equipe distrettuali nel percorso di appropriatezza;
- l'attuazione del progetto "Pillole di buona pratica clinica e di educazione sanitaria", promosso dall'Assessorato alla Tutela della Salute della Regione Piemonte, che si realizza attraverso le schede di appropriato indirizzo prescrittivo.

Per gli anni **2008-2010** si prevede:

- il proseguimento delle attività della nuova Commissione Asl To1 Ospedale-Territorio (che assumerà le competenze assegnate alle Commissioni costituite in ognuna delle due aziende attuali) per la messa a punto di percorsi condivisi di diagnosi e cura per alcune delle più significative categorie di pazienti: i diabetici (esperienza iniziata nell'ASL 1) e i pazienti affetti da dolore lombare (esperienza iniziata nell'ASL 2) e si proseguirà con i pazienti anziani con fratture ed i pazienti affetti da scompenso cardiaco;
- il proseguimento delle attività di monitoraggio per le prescrizioni degli MMG e PLS attraverso anche l'adozione di una reportistica comune da fornire ai medici con frequenza trimestrale;
- lo sviluppo di azioni di sensibilizzazione e formazione indirizzate a MMG e PLS per incrementare la prescrizione dei farmaci a brevetto scaduto.

Indicatori:

- protocolli condivisi di diagnosi e cura riguardanti le tipologie dei pazienti sopra indicati;
- reportistica unificata aziendale, da fornire agli MMG e PLS, per il monitoraggio delle prescrizioni;
- numero di incontri effettuati con MMG e PLS per le prescrizioni farmaceutiche.

### ***Riorganizzazione dei Servizi territoriali***

Nell'ambito della riorganizzazione delle attività territoriali, è previsto l'avvio delle cure primarie attraverso la realizzazione di forme associative integrate dei MMG/PLS, medici di continuità assistenziale ed altre professionalità, per garantire i percorsi assistenziali necessari .

In particolar modo per l'anno 2007 è stato programmato:

- lo sviluppo di azioni di sensibilizzazione rivolte ai MMG e PLS per promuovere il passaggio da forme di semplice associazionismo monoprofessionale a forme di aggregazione integrata con l'obiettivo di creare gruppi di cure primarie;
- l'avvio di una progettazione per la sperimentazione di nuovi percorsi assistenziali per alcune patologie;
- l'identificazione delle sedi da destinarsi all'attività dei MMG/PLS e degli altri professionisti facenti parte dei gruppi di cure primarie.

Per gli anni **2008-2010** si prevede:

- la costituzione e l'attivazione di un gruppo di cure primarie operante sul territorio dell'Asl To1 che, attraverso una rete di interventi integrati ed articolati di servizi, garantisca il percorso assistenziale;
- lo sviluppo delle cure primarie attraverso la realizzazione di un gruppo per ognuno dei quattro Distretti della Asl To1;
- il riassetto delle attività riabilitative in coerenza con quanto previsto dalla D.G.R.n° 10-5605 del 02/04/2007.

Indicatori:

- presenza operativa di un gruppo di cure primarie per ogni Distretto aziendale;
- evidenza documentale della avvenuta riorganizzazione delle attività riabilitative in linea con le indicazioni regionali;
- evidenza documentale dell'attività svolta dal gruppo di cure primarie.

In particolare, per il periodo **2008-2010** sono previsti:

- la realizzazione della rete di riabilitazione che garantisca le relazioni funzionali sia tra le diverse realtà organizzative aziendali che all'interno delle stesse, attraverso la progettazione, sperimentazione e realizzazione di un modello organizzativo funzionale adeguato alla realtà aziendale;
- lo sviluppo di percorsi organizzativi riabilitativi, nell'ambito delle attività distrettuali, per supportare la realizzazione della rete riabilitativa;
- la ricollocazione, secondo le indicazioni operative che saranno fornite dalla Regione Piemonte, delle attività di riabilitazione presso il Centro polifunzionale di ricerca e sperimentazione d'interventi e servizi per la disabilità motoria "Cascina Grangia" (nella Circostrizione 2), attraverso la gestione diretta del Centro Aziendale di Riabilitazione di 1° livello, con il trasferimento delle risorse professionali già a disposizione nell'ASL 2. Tale Centro, peraltro, non sarà solo sede di attività ambulatoriale, ma anche riferimento per attività domiciliari di riabilitazione ed attività di ricerca e formazione. Nell'ambito dello stesso Centro sarà prevista anche l'attivazione di una struttura a carattere residenziale per disabili motori gravi con 40 posti letto, nonché un centro diurno integrato a gestione socio-assistenziale;
- consolidamento delle attività dello "spazio menopausa", che la ASL 1 ha sviluppato in modo sperimentale quale luogo fisico e relazionale dedicato ai problemi connessi alla menopausa e integrato con i centri per la salute della donna;
- sviluppo di un percorso diagnostico-terapeutico per il paziente affetto da grave obesità, che vede coinvolte le tre sedi ospedaliere dell'Asl To1 con i servizi di Dietologia (in service), Endoscopia, Chirurgia generale e Chirurgia plastica.

**Indicatori:**

- presenza di protocolli operativi per la realizzazione della rete di riabilitazione;
- evidenza documentale della realizzazione di percorsi organizzativi riabilitativi sviluppati dal Distretto;
- evidenza documentale della progettazione organizzativa e gestionale relativa alle attività riabilitative da svolgersi presso la nuova struttura “Cascina Grangia”;
- evidenza documentale sull’attività svolta dal centro (numero accessi nell’anno);
- definizione di un percorso diagnostico terapeutico condiviso per il paziente “grande obeso”( n° pazienti trattati nell’anno).

***Riduzione dei tempi di attesa, in particolare per le prestazioni previste dalle D.G.R. 37-5180 del 29/01/2007 e D.G.R. 56-3322 del 03/07/2006***

Assunto il rispetto dei tempi di attesa nell’erogazione delle prestazioni di classe U e B, si prevede, per le prestazioni delle altre classi, i cui tempi di attesa risultano ancora superiori allo standard, la realizzazione e/o il completamento dei progetti specifici contenuti nei Piani Attuativi Aziendali (deliberazioni del Direttore Generale: n°207 del 28/03/2007 e n. 508 del 03/10/2006 per l’Asl 1; n. 104 del 28/03/2007 e n°210 del 03/10/2006 per l’Asl 2) per il biennio 2007-2008.

I progetti elaborati per le singole prestazioni che hanno registrato tempi superiori allo standard prevedono sia incrementi dell’offerta sia percorsi di miglioramento dell’appropriatezza della domanda, mediante l’integrazione tra MMG, specialisti ospedalieri e territoriali attraverso le attività di coordinamento della Commissione Ospedale-Territorio.

**Indicatori:**

- Piani Attuativi Aziendali per la riduzione dei tempi d’attesa.

***Inserimento a CUP di tutte le attività ambulatoriali, predisposizione di sistemi di prenotazione a distanza, messa a regime dei sistemi di prenotazione sovraziendali, miglioramento delle modalità di consegna della refertazione e potenziamento dei sistemi centralizzati di prenotazione dei ricoveri***

Già attualmente la quasi totalità delle prestazioni ambulatoriali (prime visite e prestazioni specialistiche) è inserita e prenotabile presso i Cup aziendali. Questi sono integrati nel sistema di Sovracup regionale che serve tutte le ASL e le ASO torinesi. Inoltre l’ASL 1 è sede del principale **call center** per l’accesso a distanza alle prenotazioni di questo sistema sovraziendale.

Si conferma, inoltre, il rispetto dei tempi di consegna dei referti di laboratorio e di diagnostica indicati dalla Regione.

Per l’anno 2007 sono previsti:

- la definizione di un programma integrato ASL 1 e 2 con le relative tempistiche per l'inserimento di tutte le visite e prestazioni ambulatoriali erogate da tutte le strutture aziendali nei sistemi di prenotazione centralizzati;
- la predisposizione di un sistema unificato aziendale per la gestione delle prenotazioni con l'attivazione di un unico CUP (individuato in quello in uso all'Asl 1) e di un unico Call Center per la gestione a distanza;
- la progettazione di un sistema informatico per la gestione centralizzata ed unificata dei ricoveri programmati dei Presidi Ospedalieri dell' ASL1 e 2;
- la riprogettazione delle modalità di consegna dei referti, finalizzata al miglioramento dell'offerta della disponibilità oraria di ritiro da parte dell'utenza nonché attraverso modalità alternative quali la trasmissione telematica dei referti a domicilio o presso gli studi dell'MMG secondo l'art. 7 dell' Accordo integrativo Regionale per la Medicina Generale anno 2006, nonché presso le RSA gestite dalle AA.SS.LL.

Negli anni **2008-2010** sono previsti:

- il completamento entro l'anno 2008 dell'inserimento di tutte le prestazioni, con esclusione di quelle ad accesso diretto, nei sistemi di prenotazione centralizzati;
- lo sviluppo del sistema di prenotazione sovraziendale (Sovracup) secondo le modalità e tempistiche indicate dalla Regione;
- l'avvio di un sistema centralizzato per la gestione delle attività di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmati;
- l'ampliamento degli orari di consegna dei referti e l'attivazione di modalità alternative di consegna;
- lo sviluppo dei sistemi di prenotazione a distanza con estensione della possibilità di prenotazione sia nelle farmacie presenti sul territorio che nelle sedi dei futuri Gruppi di Cure Primarie.

Indicatori:

- numero di prestazioni inserite a Cup rispetto al totale di quelle inseribili;
- evidenza documentale dell'avvio centralizzato per la gestione delle attività di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmati;
- incremento del numero di ore di consegna referto rispetto all'anno precedente e presenza di nuove modalità operative di consegna referto;
- numero di punti di prenotazione a distanza attivati.

### ***Allargamento degli orari di erogazione dei servizi***

In quasi tutti i poliambulatori gli orari di erogazione dei servizi sono già ampi, contemplando una fascia di apertura dalle ore 8 alle ore 19 dal lunedì al venerdì, con possibilità di estensione

dell'orario in funzione dell'assorbimento delle liste di attesa.

Si prevede negli anni 2007-2008 l'avvio della ristrutturazione delle strutture di via Petitti (Distretto 8) e di Corso Corsica (Distretto 9), cui conseguiranno maggiori spazi in grado di favorire una migliore organizzazione dell'attività.

E' previsto inoltre il trasferimento delle attività ambulatoriali del poliambulatorio Biscarra nella nuova sede in via Filadelfia angolo via Gorizia (area ex Saint Gobain) entro l'anno 2008.

Infine si prevede di avviare la progettazione di una nuova struttura ambulatoriale nell'area di Via Malta (di proprietà comunale) al fine di consentire il trasferimento delle attività ambulatoriali del poliambulatorio Monginevro, che da tempo versa in critiche situazioni d'accesso.

Indicatori:

- numero di ore di apertura ambulatori nella nuove sedi.

### ***Monitoraggio del ricorso all'assistenza specialistica ambulatoriale***

Sia nell'Asl1 che nell'Asl2 sono stati organizzati sistemi di verifica e di controllo della correttezza della prescrizione ed erogazione delle prestazioni ambulatoriali.

Pertanto, per gli anni **2008-2010** sono previsti:

- l'applicazione di un sistema di controllo e di verifica sulla corretta prescrizione ed erogazione delle prestazioni ambulatoriali unitariamente in tutta l'Asl To1;
- la definizione di percorsi di diagnosi e trattamento specifici per le specialità a maggior richiesta condivisi con gli MMG e specialisti ambulatoriali territoriali ed ospedalieri attraverso l'utilizzo della Commissione Ospedale-Territorio come già indicati nei progetti specifici del Piano Attuativo Aziendale per il governo delle liste di attesa (in particolar modo per le specialità di cardiologia, ortopedia e allergologia);
- lo sviluppo ed applicazione di sistemi di valutazione della domanda e dell'offerta di specialistica ambulatoriale da parte dei Distretti per definirne il bisogno reale e contenere l'induzione di domande inappropriate.

Indicatori:

- presenza di report unificati sulla prescrizione specialistica;
- presenza di protocolli diagnostici terapeutici condivisi per la specialistica ambulatoriale;
- valutazione del rapporto tra domanda e offerta di prestazioni specialistiche.

### ***Miglioramento dei percorsi di continuità assistenziale***

La continuità assistenziale viene intesa come un momento intermedio tra le cure ospedaliere e l'assistenza distrettuale territoriale, in particolare quella domiciliare, per la valutazione dei bisogni e

la costruzione dei percorsi di cura.

Negli anni **2008- 2010** sono previsti:

- la definizione organizzativa e gestionale della continuità assistenziale unificata dell'Asl To1;
- l'individuazione ed attivazione di nuclei residenziali dedicati al ricovero in letti di residenza in regime sanitario, od in posti di centro diurno, presso presidi residenziali a gestione diretta, di pazienti provenienti dalla rete ospedaliera per i quali sia possibile lo sviluppo di percorsi di cura territoriale;
- la realizzazione di una rete di collegamento con i Distretti per l'attivazione dei servizi territoriali interessati alla presa in cura in continuità assistenziale, in particolare i servizi di cure domiciliari, i servizi per la valutazione e gestione della residenzialità per anziani non autosufficienti, i servizi per le cure palliative;
- lo sviluppo nei nuclei residenziali dedicati alla continuità assistenziale dell'erogazione di prestazioni terapeutiche, assistenziali, riabilitative estensive, atte a migliorare la qualità di vita e le capacità di relazione/socializzazione dei pazienti onde rendere possibile il loro reinserimento al domicilio;
- l'attivazione di tre nuclei di degenza dedicata allo sviluppo della continuità assistenziale a favore di assistiti dell'Asl To1, di cui due presso l'RSA "Gradisca" e uno presso l'RSA "Spalato": quest'ultimo indirizzato a percorsi di cura per persone affette da malattia di Alzheimer, o sindrome correlata.

Indicatori:

- evidenza documentale dei nuovi percorsi organizzativi e gestionali della continuità assistenziale nella ASL unificata;
- protocolli operativi con i servizi di cure domiciliari, palliative e residenziali per la continuità assistenziale;
- numero di pazienti reinseriti a domicilio rispetto all'anno precedente.

### ***Monitoraggio del ricorso alle prestazioni Domiciliari, Semiresidenziali e Residenziali***

Per l'anno 2007 si è previsto per le prestazioni Domiciliari:

- l'avvio di un progetto sperimentale nell'ambito delle attività domiciliari dell'ASL 2 che prevede la gestione dei pazienti per due aree funzionali (area cronicità-acuzie-dimissioni ospedaliere; area delle cure palliative) al fine di migliorare l'appropriatezza della domanda e la risposta erogativa attraverso la valutazione multidimensionale e l'attribuzione del codice colore ove previsto. Tale sperimentazione è in raccordo con quanto già esistente nelle cure domiciliari dell'ASL1.
- l'analisi dei risultati ottenuti dalla sperimentazione in termini di appropriatezza ed eventuali

correttivi al modello.

Per gli anni **2008-2010** è prevista l'applicazione piena del modello organizzativo di gestione dei pazienti per aree per l'Asl To1.

Indicatori:

- evidenza documentale circa la valutazione multidimensionale e numero codici colore attribuiti nell'anno.

Per l'anno 2007 e per gli anni **2008-2010** per le prestazioni Semiresidenziali e Residenziali sono previsti:

- lo sviluppo di una gestione unitaria nelle procedure per la valutazione dei bisogni di assistenza relativi alla perdita di autosufficienza delle persone anziane o ad esse assimilabili mediante un regolamento comune per le attività valutative pertinenti alle funzioni dei Distretti, con particolari competenze multidimensionali;
- la realizzazione di collegamenti tra le attività distrettuali e i servizi di produzione territoriale, nonché tra i MMG e i Medici Specialisti per lo sviluppo di procedure unificate per l'erogazione di prestazioni valutative necessarie alla indicazione e fornitura di materiale protesico e di ausili per il superamento di problemi di disabilità;
- il potenziamento dell'erogazione di prestazioni diagnostiche-terapeutiche specialistiche geriatriche-neurologiche-psichiatriche a supporto delle attività degli MMG per lo sviluppo di appropriatezza delle risposte assistenziali a favore dei pazienti affetti da malattia di Alzheimer.

Indicatori:

- regolamento comune per le attività valutative;
- procedure unificate per fornitura di materiale protesico ed ausili;
- aumento delle prestazioni specialistiche a favore dei pazienti con malattia di Alzheimer.

***Realizzazione di progetti di fattibilità per l'accoglienza di pazienti psichiatrici per trattamento di situazioni di acuzie e di post-acuzie***

E' previsto un miglioramento della gestione e dell'appropriatezza del trattamento dei pazienti psichiatrici in carico ai Centri di Salute mentale attraverso le seguenti azioni:

- l'apertura della struttura semiresidenziale in realizzazione sull'area ex Saint Gobain dell' ASL 2 con venti posti letto dedicati al ricovero, in continuità assistenziale, per i pazienti dell'SPDC. La sua apertura consentirà di seguire il paziente psichiatrico – a fase acuta superata – con un contenimento maggiore di quello che si può assicurare con gli interventi ambulatoriali o domiciliari. Al momento della dimissione dall'SPDC questi pazienti possono essere inviati in case di cura o, in carenza di strutture ospitanti, al domicilio: in quest'ultimo caso può accadere

che si verifichi una ricaduta nella fase acuta con conseguente rientro al Pronto Soccorso e all'SPDC. La struttura di tipo residenziale consentirà di offrire uno spazio di impegnativo supporto assistenziale, arricchito da attività diurne orientate a favorire il rientro dell'ospite nel proprio contesto familiare e sociale. Oltre al miglioramento della qualità assistenziale per i pazienti e le loro famiglie, assicurato da un percorso più completo, l'attività dovrebbe generare anche una riduzione della mobilità passiva;

- l'ampliamento della ricettività dell'SPDC del Presidio Ospedaliero Martini da 10 a 15 posti letto, per adeguare il numero a quello previsto dalla Proposta di Piano Socio Sanitario Regionale 2006-2010, necessari per il completamento della rete degli SPDC, attraverso interventi di tipo strutturale previsti nel piano pluriennale degli investimenti;
- la sperimentazione d'interventi a supporto di pazienti psichiatrici con condanne penali in residenzialità alternative all'invio in Ospedali Giudiziari;
- l'attivazione di ambulatori specialistici dedicati al trattamento dei disturbi dell'umore, d'ansia e della personalità, da gestirsi in modo integrato sull'intero territorio aziendale.

Indicatori:

- numero pazienti trattati in semi-residenzialità nella nuova struttura;
- incremento dell'indice di rotazione dei ricoveri in SPDC;
- numero prestazioni erogate dai nuovi ambulatori specialistici.

### ***Mobilità passiva***

Per l'anno **2008-2010** si prevede in termini generali una possibile riduzione della mobilità sanitaria passiva, inerente le prestazioni di ricovero, a seguito dell'integrazione delle attività delle attuali ASL 1 e ASL 2 nell'Asl To1.

Infatti la realizzazione di una rete integrata dei presidi ospedalieri e l'ampliamento delle strutture d'offerta potranno garantire una maggiore capacità di risposta diretta ai bisogni dei Residenti. Si prevede inoltre che, in rapporto con la rideterminazione della reale residenza dei pazienti in mobilità passiva da parte della Regione, sia possibile realizzare più approfondite analisi della appropriatezza delle prestazioni e dei conseguenti interventi organizzativi sul suo contenimento.

Indicatore:

- report sulla mobilità sanitaria passiva.

## ASSISTENZA OSPEDALIERA

### *Tasso di ospedalizzazione*

L'ASL 1 si caratterizza per essere – unica nell'area torinese – priva di un ospedale generale di riferimento, essendo l'Oftalmico specializzato ed il Presidio Ospedaliero Evangelico Valdese privo di Pronto Soccorso e – storicamente – plurispecialista senza vincolo territoriale. Per contro, nel territorio hanno sede tutte le ASO torinesi: Molinette, Regina Margherita-Sant'Anna, CTO, Mauriziano e due strutture private: "Cellini" e "Promea".

La popolazione servita nel proprio bacino è di 251.449 al 31 dicembre 2006.

Il tasso di ospedalizzazione, pari a 218,64 per mille abitanti, si presenta sicuramente alto e superiore agli obiettivi regionali, per le ragioni sopra indicate nonché per la presenza di alcune importanti strutture sanitarie accreditate presenti nel territorio della ASL 1. Si dà peraltro evidenza che contribuisce alla rilevanza di tale indicatore la prassi amministrativa seguita da varie Aziende sanitarie piemontesi di assegnare – nei casi dubbi o in assenza di adeguate informazioni documentali – l'appartenenza del cittadino fruitore delle prestazioni all'ASL 1.

L'ASL 2 serve nel proprio bacino una popolazione indicata al 31 dicembre 2006 in 235.099 persone, caratterizzate un alto indice di vecchiaia: la Circostrizione 2 registra l'indice più alto della città (224, contro un valore medio della città di 188).

L'ASL 2 ha come presidio di riferimento il "Martini", ospedale a carattere generale, sede di DEA di 1° livello. Sul suo territorio l'assistenza ospedaliera svolta dal settore privato è rappresentata da una struttura accreditata per il ricovero ("Koelliker").

Il tasso di ospedalizzazione, pari a 173 per mille abitanti, si situa al di sotto dei valori dello standard previsto a livello nazionale e dalla D.G.R. 27 settembre 2005, n. 2-944, che indica come obiettivo il tasso di 180 per mille abitanti. Anche in questo caso deve essere valutata la conseguenza di un corretto addebito della mobilità passiva alla Asl.

L'Asl To1 servirà un bacino di popolazione di circa 486.548 persone (stimato sui valori dell'anno 2006) afferente alle Circostrizioni 1-2-3-8-9-10, che rappresenta più della metà della popolazione torinese. La nuova ASL sarà caratterizzata dalla presenza di tre presidi ospedalieri: l'Ospedale "Martini", il Presidio Ospedaliero "Evangelico Valdese" e l'Ospedale Oftalmico "Sperino".

Sulla base dei dati attualmente disponibili, il tasso di ospedalizzazione risultante dalla integrazione delle due ASL, con situazioni nettamente diverse rispetto al parametro nazionale, sarà superiore allo standard di 180 per mille abitanti. Prima d'intraprendere azioni correttive per riportare il tasso di ospedalizzazione nei parametri di riferimento è necessario procedere ad una verifica e revisione dei meccanismi di attribuzione della mobilità passiva, in quanto la ASL 1, come si evince dai documenti di analisi regionale, "è gravata da mobilità impropria che dovrebbe essere addebitata alle ASL cittadine".

Per gli anni **2008-2010** sono previsti per la Asl To1:

- la riduzione dei ricoveri prevenibili per diabete mellito e scompenso cardiaco, attraverso l'attivazione di percorsi di prevenzione secondaria gestiti in modo integrato nei tre presidi ospedalieri aziendali e sviluppando sinergie operative per la gestione di questi pazienti con gli MMG e specialisti territoriali.

L'efficacia delle azioni intraprese potrà anche essere valutata attraverso il miglioramento dei valori registrati per l'indicatore regionale che mette in rapporto il numero di dimissioni per le patologie scompenso cardiaco e diabete mellito per i residenti e la popolazione residente e che attualmente risultano superiori alla mediana regionale;

- un maggiore sviluppo delle cure domiciliari che permetta la presa in carico a domicilio di pazienti affetti da patologie croniche attraverso l'elaborazione di percorsi di cura integrati tra MMG e specialisti ospedalieri e territoriali e personale infermieristico ed assistenziale a livello distrettuale.

Indicatori:

- percorsi integrati di prevenzione secondaria per diabete mellito e scompenso cardiaco e numero pazienti gestiti nell'anno;
- percorsi integrati per la gestione domiciliare di pazienti con patologie croniche e numero pazienti presi in carico.

### ***Miglioramento dell'appropriatezza dell'assistenza ospedaliera***

- *Drg Lea*

L'analisi effettuata sui DRG LEA prodotti nell'anno 2006 dall'Ospedale Oftalmico "Sperino" e dal Presidio Ospedaliero "Evangelico Valdese" evidenzia nel suo complesso valori entro i parametri regionali indicati dalla D.G.R. del 2 dicembre 2004, n. 37, pur riscontrando limitate criticità nei drg chirurgici.

L'analisi effettuata sui DRG LEA prodotti nell'anno 2006 dall'Ospedale "Martini" evidenzia positivamente valori ben al di sotto di quelli soglia indicati dalla D.G.R. del 2 dicembre 2004, n.37. Per l'anno 2007 nei Presidi Ospedalieri dell'Asl To1 è stato perseguito l'obiettivo del mantenimento del livello di appropriatezza già raggiunto, attraverso il monitoraggio delle percentuali di ricoveri LEA.

Si proseguirà per il **2008-2010** nel mantenimento entro gli standard regionali dei valori di appropriatezza dei DRG individuati a livello centrale ad alto rischio di inappropriatezza.

Indicatore:

- presenza di report relativi ai Drg LEA.

- *Day-service*

Molte sono state le azioni organizzative fin qui condotte per il miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni di ricovero che hanno interessato i presidi dell'ASL 1 e 2 e, in particolar modo, quelle inerenti la trasformazione dei day-hospital medici a carattere diagnostico in percorsi di day-service.

Dalle analisi aziendali effettuate rimangono ancora delle piccole aree di inappropriata nel Presidio Ospedaliero Evangelico Valdese e nell'Ospedale Oftalmico "Sperino" che interessano alcune prestazioni di day-hospital medico a carattere diagnostico.

Per gli anni **2008-2010** si intende migliorare l'appropriatezza delle attività erogate in day-hospital presso il Presidio Ospedaliero Evangelico Valdese e presso l'Ospedale Oftalmico "Sperino", trasformando ulteriormente i day-hospital diagnostici in prestazioni ambulatoriali, sviluppando così ulteriormente le modalità organizzative di day-service.

Inoltre, un'ulteriore azione organizzativa, finalizzata al miglioramento dell'appropriatezza, che s'intende perseguire presso il Presidio Ospedaliero Evangelico Valdese è l'attivazione di un nuovo percorso relativo alle patologie della tiroide, nell'ambito di un percorso diagnostico terapeutico concordato con i medici specialisti, ed erogato con modalità di day-service.

Per il presidio ospedaliero "Martini" s'intende proseguire con il solo monitoraggio dell'attività svolta in day-hospital e la formalizzazione dei percorsi di day-service già adottati, alla luce dei buoni livelli di appropriatezza già ad oggi raggiunti.

Indicatori:

- numero day-hospital diagnostici rispetto al pregresso;
- presenza di percorso integrato per la gestione delle patologie tiroidee presso il Presidio Ospedaliero Evangelico Valdese;
- reportistica sull'appropriatezza delle prestazioni erogate (numero day-hospital diagnostici) per l'Ospedale Martini.

### ***Potenziamento delle attività di dimissione protetta***

Lo sviluppo dei collegamenti tra ospedale e cure primarie sarà realizzato con un incremento della tipologia di erogazione di assistenza territoriale distrettuale ed in particolare delle cure domiciliari.

Per l'anno 2007 è prevista:

- l'applicazione di linee guida aziendali per l'integrazione dell'assistenza ospedaliera alle cure primarie condotte dal MMG, con una gestione terapeutica integrata che comprenda le pianificazioni, verifiche e controlli terapeutici ambulatoriali e domiciliari; prevedendo, anche una gestione assistenziale congiunta da parte della geriatria territoriale per i ricoveri residenziali di sollievo;
- lo sviluppo delle Cure Domiciliari attraverso prestazioni di ADI con potenziamento dell'

erogazione a domicilio di prestazioni specialistiche e riabilitative rivolte preminentemente alle aree di cronicità e delle cure palliative;

- il collegamento ed integrazione delle cure domiciliari con i servizi sociali per la continuità dell'assistenza nelle aree della cronicità stabilizzata con bisogni preminenti di assistenza tutelare.

Per gli anni **2008-2010** si prevede per l'Asl To1:

- il consolidamento delle azioni iniziate nell'anno 2007 con l'estensione delle modalità d'integrazione ospedale territorio a tutte le "aree di bisogno";
- la ridefinizione dei percorsi ospedalieri per creare collegamenti diretti con le aree di post-acuzie per quelle patologie che non richiedano erogazioni in contesti ospedalieri organizzati per acuzie;
- la definizione di percorsi per la diagnosi ed il trattamento di patologie oculari emergenti: degenerazione maculare legata all'età, neurite ottica, uveite e patologie della regione orbito-palpebro-lacrimale;
- il potenziamento delle attività rivolte alla riabilitazione dei soggetti ipovedenti;
- la definizione di un percorso di prevenzione-diagnosi- cura-riabilitazione dei soggetti obesi.

Indicatori:

- presenza di linee guida per la gestione integrata ospedale –territorio;
- numero prestazioni specialistiche e riabilitative erogate in ADI per pazienti cronici e in palliazione;
- protocolli operativi di integrazione tra cure domiciliari e servizi sociali;
- presenza di percorsi diagnostico-terapeutici per le patologie oculari emergenti;
- numero ipovedenti in carico alla riabilitazione;
- evidenza documentale di un percorso per pazienti obesi.

### ***Forme di collaborazione ed integrazione funzionale tra ASL e ASO***

Si prevede per gli anni **2008-2010** la realizzazione di una rete interaziendale per la gestione integrata della patologia complessa e semplice otorinolaringoiatrica del distretto capo/collo in età adulta e pediatrica tra ASO OIRM-SANT'ANNA e Asl To1. Le finalità del progetto sono quelle di rispondere in modo adeguato al trattamento delle patologie complesse ORL in età pediatrica, garantendo interventi sanitari appropriati, percorsi di cura predefiniti e razionalizzando l'uso delle risorse professionali, tecnologiche e strutturali, attraverso lo scambio reciproco delle equipe professionali e l'utilizzo integrato della strumentazione disponibile.

La collaborazione e l'integrazione tra l'Asl To1 e le altre ASL e ASO verranno perseguite attraverso le seguenti attività:

con l'ASO Molinette per quanto riguarda il Dipartimento integrato di Salute Mentale Torino Sud;

con l'ASO Mauriziano per quanto riguarda il Dipartimento interaziendale di Salute Mentale To1-

Mauriziano;

con l'ASO Molinette per la gestione di n. 40 letti di degenza presso il Presidio Valletta;

con l'Asl To2 (già Asl 4) per la gestione di n. 10 letti di continuità assistenziale presso il Presidio Valletta;

con l'ASO CTO per la gestione del centro Dialisi ad assistenza limitata presso il presidio Valletta.

Indicatori:

- progettazione della rete interaziendale;
- ricoveri eseguiti nelle strutture coinvolte nelle collaborazioni.

### *Sperimentazione di modalità di gestione dei posti letto per aree*

L'attuale organizzazione dei Presidi ospedalieri garantisce già una gestione delle attività di ricovero indirizzata alla razionalizzazione delle risorse strutturali e professionali. In particolar modo le attività di day surgery sono organizzate e gestite in modo dipartimentale all'interno di Day-Surgery multidisciplinari che garantiscono l'utilizzo comune tra le specialità dei posti letto, delle risorse umane e delle attrezzature.

Per gli anni **2008-2010** è prevista la realizzazione di un modello di gestione dei ricoveri chirurgici secondo un'organizzazione del tipo "week surgery" per l'esercizio dell'attività su cinque giorni presso il Presidio Ospedaliero Evangelico Valdese, con la centralizzazione degli interventi relativi a patologie che, pur afferenti a diverse specialità chirurgiche, sono caratterizzate da una degenza media breve; tale organizzazione prevede l'uso integrato delle risorse professionali e logistiche di tutti i presidi dell'Asl To1.

Indicatori:

- protocolli operativi;
- interventi eseguiti secondo il nuovo modello organizzativo.

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

Dall'analisi dei dati regionali, si evince che l'andamento della spesa convenzionata è allineato ai valori medi presenti in Regione Piemonte.

Per gli anni **2008-2010** si prevede che l'andamento della spesa rimanga sostanzialmente costante con un lieve incremento fisiologico.

L'ASL 1 da tempo procede alla consegna di medicinali e dispositivi medici alle RSA gestite e convenzionate. L'ASL 2, pur garantendo la distribuzione diretta dei farmaci alle RSA direttamente gestite non serve con distribuzione diretta due RSA convenzionate per un totale di 104 pazienti. Prevedendo di estendere nel 2008 la distribuzione diretta anche a queste strutture, si attende una maggior spesa per distribuzione diretta di farmaci pari a circa Euro 180.000 per farmaci e dispositivi, a cui far corrispondere un minor costo nella farmaceutica convenzionata pari a circa Euro 350.000.

È inoltre previsto un progetto per la distribuzione a domicilio di farmaci e dispositivi a pazienti in ADP.

È stata costituita nel corrente anno la CFI e sono state definite le procedure per la verifica dei Prontuari Terapeutici e delle prescrizioni effettuate negli ospedali. L'attività della Commissione consiste nell'analisi dell'influenza della prescrizione specialistica ospedaliera sulla spesa territoriale, cui seguono proposte di modelli prescrittivi in sinergia con il progetto regionale di farmacovigilanza sull'appropriatezza prescrittiva.

La presenza del farmacista dell'Azienda alle CFI delle ASO che insistono sul territorio aziendale è fondamentale per governare parte della spesa indotta da medici non dipendenti dell'Asl. In questo quadro assumono particolare significatività il Manuale sull'Appropriatezza prescrittiva edito dall'Asl 1 ed il sito Internet dell'Asl 1, accessibile sia ai medici dipendenti territoriali ed ospedalieri che a medici di medicina generale e specialisti convenzionati che garantisce puntuale informazione sia sui farmaci in generale e sulle note Cuf, sia sul Prontuario terapeutico aziendale.

La CTA attraverso il Prontuario Terapeutico Aziendale promuove l'uso di medicinali equivalenti scelti in classi farmacologiche omogenee, compatibilmente con le aggiudicazioni delle gare per la fornitura di medicinali. In questo ambito viene promossa anche la prescrizione per principio attivo all'interno dei tre ospedali dell'Azienda.

Per gli anni **2008-2010** si intende confermare l'insieme di questi strumenti gestionali ed operativi.

### ***Distribuzione diretta dei farmaci***

Oltre alla distribuzione diretta dei farmaci e presidi, ampliata e completata così come descritto, si sottolinea come l'ossigenoterapia domiciliare abbia coperto tutta la domanda espressa e si sia stabilizzata come spesa anche a seguito di gara d'appalto pluriennale.

L'implementazione della distribuzione in dimissione consente di controllare il percorso prescrittivo, adeguandolo al Prontuario terapeutico aziendale ed alla normativa, garantendo la continuità assistenziale.

È in progettazione l'implementazione della distribuzione diretta dei farmaci ai pazienti affetti da malattia di Alzheimer (spesa territoriale stimata in Euro 600.000 annui).

### ***Centro Regionale di Documentazione sul Farmaco***

L'attuale contesto, orientato all'appropriatezza nell'utilizzo dei farmaci e alla qualità della assistenza, verrà sviluppato anche attraverso l'attività del Centro Regionale di Documentazione del Farmaco, e, più precisamente attraverso le seguenti iniziative:

- trasferimento delle informazioni sui farmaci ai diversi operatori sanitari ed ai cittadini, anche in caso di emergenze informative;
- coordinamento delle iniziative regionali nell'ambito della farmacovigilanza, quale attività irrinunciabile a tutela della salute pubblica;
- aggiornamento puntuale circa gli orientamenti e le decisioni regolatorie degli organi centrali in tema di farmaci;
- collaborazione e supporto agli uffici regionali per la rilevazione e la valutazione degli andamenti prescrittivi e consumi dei farmaci, sia a carico del SSN sia dei privati, sulla base delle banche dati disponibili.

## PARTE II

# RIORDINO ATTIVITÀ

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

La gestione commissariale 2006-2007 (unificata per le ASL 1 e 2) è stata indirizzata al mantenimento della situazione organizzativa, considerati anche i limiti temporali dell'incarico e della possibilità di modificare l'Atto aziendale. In tale quadro è prevalso il compito ricognitivo, propedeutico alla preparazione di progetti da inserire nel PRR 2008-2010.

Nel periodo si sono comunque fronteggiate le esigenze conseguenti alle dimissioni di alcuni dirigenti amministrativi in posizione apicale per unificare – tramite apposite convenzioni – nella persona di uno stesso dirigente incarichi analoghi presso le due Aziende. In particolare, sono stati incaricati a scavalco i direttori delle Strutture Complesse Economico-Finanziaria, Personale, Controllo di Gestione, nonché delle Strutture Affari Generali (semplice presso l'ASL1 e complessa presso l'ASL 2), Legale-Contenzioso e Patrimonio (complesse presso l'ASL1 e semplici presso l'ASL 2). In parallelo sono stati indicati quali componenti dei due Nuclei di Valutazione gli stessi membri, si sono adottate – previ accordi sindacali preceduti da un tavolo tecnico unificato – le stesse articolazioni degli incarichi dirigenziali (associati alle medesime indennità) e si sono assunte alcune disposizioni regolamentari analoghe per le due aziende (formulazione degli obiettivi, struttura delle deliberazioni, sistema degli acquisti sotto soglia comunitaria).

Nell'anno trascorso si è dato corso alle seguenti indicazioni organizzative presenti nel PRR 2006-2007:

nell'ASL1:

- assegnazione della S.C. Neuropsichiatria Infantile, già inserita nel DSM Torino Nord, al Dipartimento del Territorio.
- assegnazione della S.C. Farmacia, già direttamente in dipendenza alla Direzione Generale, alla line operativa sanitaria;
- assegnazione della S.S. Vigilanza e Assistenza in Ambiente di Lavoro dalla S.C. SPRESAL alla direzione del dipartimento di Prevenzione;
- assegnazione della S.C. Attività Consultoriali, della S.C. UVOS e della S.S. Call Center, già staff della direzione aziendale, al Dipartimento del Territorio;
- incarico di facente funzione nelle direzioni sanitarie del Presidio Evangelico Valdese e dell'ospedale Oftalmico;
- mantenimento della vacanza degli incarichi di direttore delle SS.CC. Unità Modulare 8, Unità Modulare 9, Unità Modulare 10, Oculistica 1, Ufficio Qualità e Informazione, con assorbimento delle competenze da parte del direttore di dipartimento;
- mantenimento della vacanza degli incarichi di responsabile delle SS.SS. Igiene Umana e Profilassi, Igiene Alimenti e Bevande, Igiene della nutrizione, Autorizzazioni Amministrative, Call Center, Commissione Provinciale Patenti Speciali, Riabilitazione, Attività d'Urgenza,

Attività Trapianti e Prelievo Cornee, Attività di Strabologia, Centro di Riabilitazione Visiva Regionale Neuroftalmologia, Prevenzione e Protezione, Relazioni Esterne/Urp/Marketing;

nell'ASL 2:

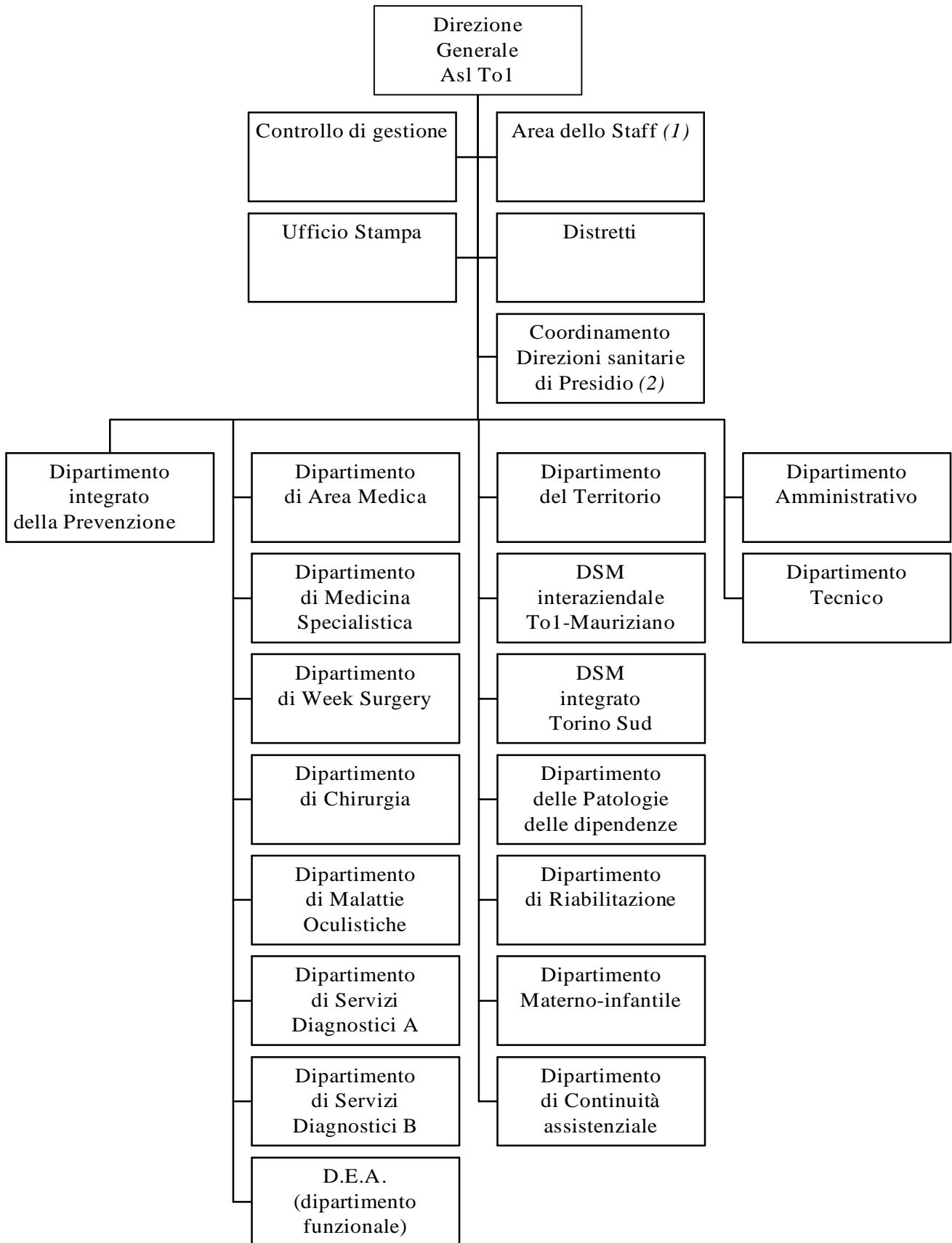
- avvio della sostituzione del dipartimento interaziendale di Medicina Legale costituito con la ASL 5 con altra configurazione organizzativa in convenzione con l'ASL 1;
- assunzione dell'incarico di direzione della S.C. Servizi Alberghieri da parte del competente direttore di dipartimento;
- mantenimento della vacanza degli incarichi di direttore delle SS.CC. Medicina Generale, Nefrologia, Gastroenterologia, Anatomia Patologica, Psicologia, con opportuno coinvolgimento del direttore di dipartimento competente;
- gestione della trasformazione della S.S. Comitato Zonale in S.S Cure Domiciliari;
- mantenimento della vacanza degli incarichi di responsabile delle SS.SS. Biochimica Clinica e Gestione Informatica, Chirurgia Oncologica, Degenza, Chirurgia Orale, Patrimonio

Richiamato quanto sopra, appare opportuno condurre a termine l'attività di revisione dell'articolazione delle strutture al fine di dare piena operatività al mandato di gestione direzionale unificata e completo utilizzo della dirigenza aziendale facendo venir meno la criticità oggi rilevata, rappresentata dalla coesistenza di strutture gemelle non in grado di operare con effetti sinergici.

La struttura organizzativa della nuova Azienda To 1 si baserà su una logica dipartimentale, peraltro già rafforzata e utilizzata nell'ultimo biennio. Ovviamente la concreta definizione del nuovo organigramma, in quanto fondato sulla concreta e attuale situazione organizzativa delle due aziende, dovrà garantire la continuità operativa delle migliori professionalità e, altresì, risolvere caso per caso le sovrapposizioni fra i centri di responsabilità affini, valutando se questi costituiscano duplicazione di competenze, con conseguente intervento di razionalizzazione, ovvero se svolgano attività effettivamente differenziate al di là dell'elemento nominalistico. Laddove tale lavoro di razionalizzazione conduca alla necessità di unificare strutture sovrapponibili, l'analisi dovrà estendersi alla valutazione della modalità di utilizzo delle risorse liberate in altre attività, utili per l'Azienda, anche se attualmente limitatamente presidiate.

Si ritiene di rinviare l'elencazione di tali nuove attribuzioni al momento della redazione dell'Atto aziendale riferito alla nuova azienda, richiamando comunque la necessità di emanare un provvedimento provvisorio, valido dalla data di operatività della nuova azienda fino alla adozione del sopra citato nuovo Atto aziendale, che anticipi transitoriamente le disposizioni organizzative necessarie ad evitare una confusa duplicazione di competenze e responsabilità.

Lo schema della nuova articolazione aziendale, ferme restando eventuali modifiche che intervengano in sede di definizione del nuovo Atto Aziendale, è il seguente:



(1) Area dello Staff: eventualmente organizzata in forma dipartimentale

(2) Funzione considerata al rango della Direzione di dipartimento

Premesso quanto sopra, rinviando – come esposto – le trasformazioni di strutture e l’eventuale rassegnazione di strutture semplici e competenze ad altri dipartimenti ovvero redistribuzione di funzioni o cambiamento di denominazioni esistenti, alle previsioni dell’Atto aziendale, ricordato che l’organizzazione del nuovo Dipartimento della prevenzione è rinviata ad apposita e separata analisi.

In particolare, per quanto riguarda i presidi ospedalieri, appare necessario confermare le tre strutture con compiti di direzione del Presidio, con le denominazioni di SC Direzione Presidio Ospedaliero Sperino, SC Direzione Presidio Ospedaliero Evangelico Valdese, SC Direzione Presidio Ospedaliero Martini. I necessari coordinamento e integrazione operativa fra le tre strutture saranno conferiti mediante apposito incarico, assimilabile a incarico di direzione di dipartimento, che permetterà al suo titolare di partecipare alle attività del collegio di direzione.

L’organizzazione ospedaliera presenterà un ospedale generalista, il Martini, che si integrerà, per la parte medica, con le professionalità presenti nel Presidio Evangelico Valdese. Quest’ultimo si caratterizzerà invece per un dipartimento di Week Surgery di nuova costituzione, così come il Presidio Sperino manterrà la propria caratteristica organizzazione incentrata sul dipartimento integrato Malattie Oculistiche. L’integrazione fra i presidi pone anche la necessità di suddividere l’area medica, troppo complessa per essere ricondotta ad un solo dipartimento, in due diverse strutture, il dipartimento interospedaliero di Area Medica e il dipartimento interospedaliero di Medicina Specialistica. I servizi (laboratorio, radiologia, anatomia patologica, senologia, ecodoppler) troveranno un’iniziale organizzazione dipartimentale integrata fra i soli presidi Sperino e Evangelico Valdese, da ricondurre nel tempo ad un unico dipartimento dei Servizi diagnostici con quello presente presso il presidio Martini. La coesistenza nel singolo presidio fra le varie componenti dipartimentali interospedaliere sarà garantita dalle direzioni sanitarie di ciascun presidio.

Si prospetta l’opportunità di considerare il DEA quale dipartimento funzionale, per meglio garantire la compresenza di tutti i contributi professionali necessari al pieno raggiungimento degli obiettivi sanitari attribuiti alla funzione di emergenza e accettazione.

Il dipartimento di Medicina scorporerà alcune strutture da inserire nel nuovo dipartimento Medicina specialistica e assumerà la denominazione di Area Medica.

La trasformazione del dipartimento di Postacuzie, lung’assistenza e anziani permetterà di configurare il dipartimento di Continuità assistenziale in ottica di organica revisione dei percorsi di assistenza e cura nella nuova e ampliata dimensione territoriale. ”. La gestione delle attività per disabili attraverso le prestazioni in regime semiresidenziale e residenziale a gestione diretta ed accreditata sarà affidata alla S.C. “Assistenza disabili”.

Tutte le attività territoriali saranno rette da un dipartimento del Territorio, al cui interno sarà prevista una S.C. denominata “Igiene ed organizzazione dei poliambulatori” per la direzione dei sei poliambulatori aziendali. Le attività in materia di salute mentale saranno egualmente ricondotte ad

un unico dipartimento, fatto salvo quanto già assegnato al Dipartimento interaziendale costituito con l'ASO Molinette cui saranno ricondotte tutte le competenze relative alle attività svolte nel Distretto "B".

Fin d'ora in attuazione del processo di organizzazione sopra delineato si dovrà procedere alla selezione dei direttori delle strutture complesse Direzione Sanitaria Presidio Evangelico Valdese, Direzione Sanitaria Presidio ospedaliero Sperino, Medicina interna (ASL 2)<sup>1</sup>, Pediatria<sup>2</sup>, Nefrologia e dialisi, Gastroenterologia (ASL 1), Unità modulare 1-8 (ASL 1), Unità modulare 9-10 (ASL 1)<sup>3</sup>, S.C. Igiene ed organizzazione dei poliambulatori, S.C. Assistenza disabili, SC Gestione Attrezzature Sanitarie, struttura derivante dalla trasformazione della SS Ingegneria Clinica dell'ASL1 con attribuzione sia dei compiti in materia già assegnati alla SS Ingegneria clinica dell'ASL1 (struttura che viene conseguentemente soppressa) sia quelli ricondotti alla SC Manutenzione e Patrimonio dell'ASL 2 (compiti svolti essenzialmente mediante consulenze esterne).

## SVILUPPI ORGANIZZATIVI

Al fine di dare evidenza ai nuovi progetti, volti all'incremento dell'efficienza e dell'efficacia dell'organizzazione dell'azienda sanitaria che nascerà dall'unione fra ASL 1 e ASL 2, nonché all'incremento della capacità produttiva che riduca il bisogno di ricorso a strutture esterne, con la ipotizzata riduzione dell'onere della mobilità passiva, e che conduca le strutture ospedaliere aziendali verso l'equilibrio economico, si dà nel seguito evidenza di tali progetti. Si avverte che l'impatto economico di tali progetti non risulta evidenziato nel prospetto economico riportato nella parte III, in quanto la proiezione ivi contenuta assume in quota fissa il trasferimento di fondi regionali e la mobilità passiva.

### *Dipartimento di Prevenzione*

Il dipartimento di Prevenzione dell'attuale ASL 1 è competente – secondo una soluzione organizzativa unica nella realtà piemontese – per l'intero territorio torinese, esercitando pertanto funzioni che sarebbero di competenza delle attuali AA.SS.LL. 2, 3, e 4: nel nuovo assetto regionale, tali caratteristiche permarrebbero, in quanto assommerebbe le funzioni riconducibili alle nuove

---

<sup>1</sup> La richiesta di assegnazione dell'incarico di direzione della SC Medicina interna è stata presentata nel PRR 2007

<sup>2</sup> La richiesta di assegnazione dell'incarico di direzione della SC Pediatria è stata presentata nel PRR 2007

<sup>3</sup> L'assegnazione degli incarichi di direzione delle SS.CC. Unità modulari è già stata autorizzata con DGR 57-4786 del 4 dicembre 2006.

AA.SS.LL. To 1 e 2. Tale soluzione mantiene la propria validità, a condizione che si traduca in un profondo rinnovamento dell'impianto organizzativo e del modo di operare del dipartimento. In particolare, si ritiene di proporre la costituzione di un dipartimento forte che, pur incardinato nell'Azienda, costituisca una sorta di agenzia cittadina per la prevenzione, che assorba anche tutte le risorse facenti capo alle attuali quattro AA.SS.LL. al di fuori dell'esistente Dipartimento di Prevenzione.

In ossequio a quanto previsto nella D.D. regionale n. 85 del 25 maggio 2007, che prevede:

“In particolare:

- **Dipartimento di Prevenzione**

Riorganizzazione del Dipartimento di prevenzione attraverso analisi, valutazione e interventi relativi a:

- a) Attività svolte (definizione degli obiettivi; integrazione delle informazioni ed azioni con altri servizi; applicazione di metodologie che permettano di avere una visione organica del territorio; individuazione di indicatori standard; valutazione degli interventi);
- b) Definizione del “Piano integrato della Prevenzione” per la città di Torino come obiettivo del Comitato di Dipartimento.

- **Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali**

- a) Devono essere messe in atto azioni finalizzate a migliorare il coordinamento tra diversi punti vaccinali per una conduzione omogenea delle attività Vaccinali, dei progetti in corso e delle attività di comunicazione;
- b) Devono essere individuate azioni finalizzate all'integrazione e coordinamento delle attività vaccinali con le attività di sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive.

- **Sorveglianza e Prevenzione Nutrizionale**

Prevedere la progettazione e l'attivazione di attività di sorveglianza e prevenzione nutrizionale (già attivate in vario modo in tutte le ASL) per:

- a) attuazione degli obiettivi relativi alle attività nutrizionali presenti nel piano di attività SIAN 2007;
- b) interventi nelle scuole per la realizzazione delle attività di sorveglianza previste dal Piano Nazionale di Prevenzione.

- **Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro**

Sulla base dell'analisi pluriennale delle attività svolte dalla S.C. negli anni dal 2001 al 2005, è presente un livello di attività particolarmente basso per quanto attiene alle malattie professionali e agli infortuni sul lavoro.

Devono pertanto essere messe in atto prioritariamente azioni finalizzate a:

- a) valutare l'attuale modello organizzativo in funzione di una sua possibile evoluzione finalizzata a migliorare l'utilizzo delle risorse umane e strumentali anche attraverso la migliore definizione delle competenze della struttura complessa e della struttura semplice

dipartimentale;

- b) un recupero di efficacia ed efficienza con l'obiettivo di raggiungere il livello di attività previsto dal documento regionale sulla "programmazione delle attività dei Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione 2007" di cui alla nota prot. n. 3839/27 del 19/3/2007."

si è dato l'avvio ad uno specifico lavoro di analisi ancora in corso la cui prima ipotesi di attuazione prevede:

- la caratterizzazione del ruolo di direzione del dipartimento con una figura dotata di capacità di leadership e di adeguata competenza manageriale;
- l'inserimento presso il dipartimento di funzioni di supporto organizzativo dedicate;
- l'incorporazione nel dipartimento di attività di prevenzione attualmente incardinate in altre unità organizzative;
- la ricomposizione delle attività operative per categorie di interlocutori invece che per categorie professionali;
- l'articolazione delle attività operative tale da favorire contemporaneamente la flessibilità delle risorse, le sinergie a livello territoriale, particolarmente verso i distretti, lo sviluppo sistematico di competenze specialistiche;
- l'introduzione di meccanismi che consentano gli adeguati coinvolgimento e responsabilizzazione dell'altra ASL cittadina;
- il rafforzamento delle attività a carattere propriamente preventivo.

Per l'attuazione di tali principi risulta auspicabile l'innovazione organizzativa del dipartimento, prevedendo la costituzione e la piena operatività di un comitato di dipartimento integrato, ossia di un organismo che unisca e rappresenti sia tutte le competenze professionali dell'area sia i responsabili di funzioni che – pur esterne al dipartimento – permettano a questo di garantire la sua integrazione nella realtà cittadina: in tale novero si comprendono, in particolare, i direttori sanitari e di distretto delle due aziende cittadine, il responsabile piemontese del C.P.O..

Un secondo elemento qualificante, dal punto di vista organizzativo, è la costituzione di uno staff alla direzione del dipartimento, raggruppato all'interno di un apposita struttura complessa, che comprenda le funzioni di comunicazione interna ed esterna, di amministrazione e controllo, di organizzazione e sviluppo delle risorse umane, di sviluppo dei sistemi informativi ed informatici. Tali attività, funzionalmente coordinate agli staff aziendali, dovrebbero permettere al dipartimento la concreta attuazione del nuovo modello organizzativo, colmando, in particolare, la significativa carenza di procedure informatizzate per la gestione delle pratiche dipartimentali e di *office automation*.

L'attuazione di tali interventi organizzativi appare comunque propedeutica al necessario potenziamento dell'organico, che aumenti concretamente la capacità produttiva del servizio. Tale necessità complessiva si può quantificare in almeno 40 unità, da assumere nel triennio 2008-2010 in specifica deroga ai limiti di contenimento della spesa per il personale, con un effetto economico

stimabile nei valori contenuti nella seguente tabella:

Anno	Qualifiche	Costo Annuo Unitario (valori in migliaia di €)	N° Unità	Costo Totale (valori in migliaia di €)
2008	Medici	117,71	4	470,84
	Tecnici sanitari	43,39	7	303,73
	Dietisti	37,95	2	75,90
	Psicologo	93,58	1	93,58
	Ingegnere	67,05	1	67,05
	Infermiere Professionale	45,00	-	-
	<b>Totale</b>			<b>15</b>
2009	Medici	119,48	8	955,81
	Tecnici sanitari	44,04	17	748,69
	Dietisti	38,52	2	77,04
	Psicologo	94,98	1	94,98
	Ingegnere	68,06	1	68,06
	Infermiere Professionale	45,68	5	228,38
	<b>Totale</b>			<b>34</b>
2010	Medici	121,27	10	1.212,68
	Tecnici sanitari	44,70	30	1.341,04
	Dietisti	39,10	2	78,19
	Psicologo	96,41	1	96,41
	Ingegnere	69,08	1	69,08
	Infermiere Professionale	46,36	5	231,80
	<b>Totale</b>			<b>49</b>

#### *Attuazione della DGR 19-6647 del 03/08/2007*

L'attività di laboratorio analisi è effettuata attualmente all'interno delle due AA.SS.LL. in tre strutture collocate rispettivamente nell'Ospedale Martini (ASL2), nell'Ospedale Oftalmico e nell'Ospedale Valdese (ASL1) con dimensioni operative diverse e vocazioni diverse. Se il Laboratorio situato presso l'Ospedale Martini opera per circa il 50 % dell'attività per i pazienti ricoverati e per il DEA, le altre due strutture hanno una vocazione volta da un lato ad attività analitiche che supportano attività cliniche specialistiche e dall'altro, oltre l'80% dell'attività complessiva, a pazienti ambulatoriali.

L'integrazione tra le tre strutture confluenti è stata programmata nel 2007, anche alla luce

dell'indirizzo contenuto nella DGR 19-6647 del 3/8/, secondo le seguenti linee operative:

- integrazione analitica: a decorrere dal mese di ottobre 2007 sono accentrati in una sola sede alcuni gruppi di analisi (specialistica coagulazione, allergologia, proteine specifiche non di routine), tenendo conto della loro numerosità relativa, della situazione strumentale dei laboratori e della specialistica clinica presente nelle varie sedi;
- integrazione specialistica: durante il triennio 2008-2010 saranno progressivamente uniformati i cataloghi delle prestazioni delle tre sedi con particolare sviluppo della presa in carico di analisi specialistiche (S) non effettuate direttamente ma da inviare ai centri di riferimento;
- integrazione informatica: durante il biennio 2008-2009 sarà progettato e attuato il progressivo collegamento informatico tra le tre sedi analitiche in modo da poter trasferire in via informatica richieste e referti e da poter ulteriormente proseguire nei processi di razionalizzazione;
- centri prelievo: alla luce della carenza di centri prelievo insistenti sul territorio della futura ASL (per tale motivo infatti attualmente circa il 50 % dell'attività di laboratorio dell'ASL 2 è svolta in centri convenzionati), nel biennio 2008-2009 saranno approntati almeno due centri prelievo opportunamente ubicati.

Valutazioni approfondite saranno svolte sull'opportunità di centralizzare ulteriormente gli esami di tipo S rispetto alla situazione attuale. In tale contesto si ritiene necessario procedere preventivamente ad una accurata valutazione sia dei costi logistici che del reale beneficio complessivo riguardo all'invio all'esterno di gruppi di esami di tipo S attualmente eseguiti all'interno delle AA.SS.LL. 1 e 2.

### ***Organizzazione delle professioni sanitarie***

#### ***· Riferimenti normativi***

- Decreti del Ministero della Sanità n. 739, n. 740, n. 741, n. 742, n. 743, n. 744, n. 745 e n. 746 del 14 e 26 settembre 94: "Regolamenti concernenti l'individuazione della figura e relativo profilo professionale" rispettivamente dell'infermiere, dell'ostetrica, del fisioterapista, del logopedista, dell'ortottista-assistente di oftalmologia, del dietista, del tecnico sanitario di laboratorio biomedico, del tecnico sanitario di radiologia medica.
- Legge 42 del 26 febbraio 1999 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie"
- Dlgs n. 229 del 19 giugno 1999 Norme per la razionalizzazione del SSN, a norma dell'art. 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419.
- Legge 10 agosto 2000, n. 251 "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica"
- Decreto Ministeriale 29 marzo 2001 "Definizione delle figure professionali" di cui all'art. 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, da includere nelle fattispecie previste dagli articoli 1, 2, 3, 4 della legge 10 agosto 2000, n. 251 (art. 6, comma 1, legge 251/2000)

- Deliberazione Giunta Regione Piemonte 17 ottobre 2006, n. 42 – 4062 “Dirigenza del Servizio Infermieristico, Tecnico, della Riabilitazione, della Prevenzione e della Professione Ostetrica”.

· **Progetto**

**a) Obiettivi della Struttura per la Organizzazione delle Professioni Sanitarie**

Gli obiettivi sono assegnati dalla Direzione Aziendale in coerenza con quelli attribuiti alle altre strutture aziendali e possono essere :

- specifici per la Struttura Organizzazione delle Professioni Sanitarie;
- condivisi con i Dipartimenti cui il personale gestito dalla Struttura è assegnato.

La Struttura opera in conformità alla pianificazione strategica, in linea con gli specifici obiettivi individuati dalla Direzione d’Azienda, ha responsabilità attinenti le attività di programmazione, organizzazione e valutazione dei risultati conseguiti nell’ambito delle proprie competenze. In particolare è richiesto alla Struttura di:

- garantire la assegnazione di idonee risorse ai dipartimenti ed ai distretti;
- partecipare alla definizione delle politiche aziendali in materia di assistenza sanitaria e di formazione nell’ambito delle competenze relative alle figure professionali Infermieristiche, Tecniche, della Riabilitazione, della Prevenzione e della Professione Ostetrica;
- garantire efficacia, efficienza, qualità ed adeguatezza delle prestazioni assistenziali anche attraverso la realizzazione di strumenti per il monitoraggio del rischio clinico e la prevenzione degli eventi potenzialmente avversi;
- ricercare ed elaborare modelli organizzativi finalizzati a migliorare gli standard assistenziali e implementare indicatori di monitoraggio e di valutazione dei processi e dei risultati ottenuti;
- attivare strategie di collaborazione con le associazioni di volontariato e con gli organismi per la tutela dei diritti dei cittadini, con l’obiettivo di ricercare la soluzione migliore per la qualità percepita dagli utenti che fruiscono delle prestazioni fornite nei diversi ambiti (ospedale, territorio, cure domiciliari);
- identificare le migliori strategie per le pratiche di competenza relative alla continuità assistenziale.

Il responsabile della Struttura, insieme con le figure professionali afferenti, persegue in particolare i seguenti obiettivi:

- progettare modelli organizzativi finalizzati al miglioramento continuo della qualità in coerenza con gli obiettivi aziendali;
- promuovere un sistema informativo che faciliti la diffusione delle conoscenze, delle informazioni e la corretta analisi delle criticità, attraverso la partecipazione e la condivisione delle professionalità afferenti alla struttura;

- definire gli standard di riferimento da adottare per determinazione del fabbisogno di risorse umane, strutturali e implementare un sistema di indicatori per la valutazione dei risultati;
- promuovere l'adozione di strumenti di sistema formalizzati e condivisi.

### ***b) Articolazione della Struttura***

La Struttura è funzionale e trasversale all'organizzazione aziendale e si esplica nella pianificazione e programmazione delle attività assistenziali nell'ottica del miglioramento dell'efficienza, della qualità totale e dello sviluppo professionale delle risorse umane assegnate.

L'articolazione organizzativa prevede:

- responsabilità della Struttura (posizione dirigenziale): responsabile di struttura semplice, da individuarsi – in fase di prima applicazione – ai sensi dell'art. 15 – septies, D.Lvo 30 dicembre 1992, n. 502;
- area per lo sviluppo organizzativo (posizione organizzativa);
- area per lo sviluppo professionale (posizione organizzativa);
- area per lo sviluppo della ricerca (posizione organizzativa).

#### *b.1) Responsabilità della Struttura*

Il responsabile della Struttura segue le linee generali di sviluppo ed indirizzo previste dalla Direzione Aziendale. In particolare:

- dirige la Struttura;
- propone l'identificazione dei propri collaboratori tenendo conto delle diverse professionalità che afferiscono alla struttura (area infermieristica, tecnica diagnostica, della riabilitazione e della prevenzione);
- ripartisce gli obiettivi alla Struttura in coerenza con gli obiettivi della Direzione Aziendale;
- nell'ambito delle specifiche competenze, definisce le linee di indirizzo operativo per le aree funzionali del servizio;
- controlla il raggiungimento dei risultati attesi in relazione agli obiettivi fissati;
- collabora con l'università e con le agenzie formative esterne per la progettazione di percorsi formativi specifici e per l'accoglimento degli studenti in tirocinio;
- redige annualmente per la Direzione Aziendale una relazione che consuntivi i risultati raggiunti ed individui il programma operativo successivo.

#### *b.2) Area per lo sviluppo organizzativo*

Il responsabile dell'Area per lo sviluppo organizzativo collabora con il responsabile della Struttura. In particolare:

- supporta il responsabile nelle attività di programmazione relativa alla acquisizione e assegnazione del personale delle qualifiche afferenti;

- partecipa e collabora alla definizione di strategie di organizzazione e sviluppo del personale;
- ricerca e propone soluzioni organizzative adatte alla soluzione di specifiche criticità organizzative.

#### *b.3) Area per lo sviluppo professionale*

Il responsabile dell'Area per lo sviluppo professionale collabora con il responsabile della Struttura. In particolare:

- elabora percorsi di individuazione del fabbisogno formativo e contribuisce alla organizzazione e valutazione delle iniziative di formazione;
- progetta programmi per l'inserimento e l'addestramento dei nuovi assunti attraverso l'organizzazione di percorsi formativi specifici;
- fornisce supporto metodologico per la progettazione delle iniziative di formazione e aggiornamento professionale.

#### *b.4) Area per lo sviluppo della ricerca*

Il responsabile dell'Area per lo sviluppo della ricerca collabora con il responsabile della Struttura. In particolare:

- ricerca e diffonde gli strumenti formativi e di metodo finalizzati ad adeguare i comportamenti professionali a contenuti innovativi e qualitativamente idonei a rispondere ai bisogni rilevati;
- coordina e organizza, con il necessario supporto, ricerche finalizzate a valutare i costi e l'appropriatezza di differenti modelli organizzativi e assistenziali, promuovendone infine l'adozione;
- ricerca pubblicazioni specifiche riguardanti lo studio e la condivisione delle evidenze scientifiche, raccoglie e codifica documenti aziendali di sistema di interesse comune e ne facilita la condivisione tramite l'adozione di idonei strumenti di diffusione (intranet, forum aziendali).

#### ***c) Integrazione con le articolazioni organizzative aziendali***

I coordinatori infermieristici di dipartimento e di distretto dipendono in via gerarchica dal responsabile della Struttura ed in via funzionale dal Direttore del Dipartimento o Distretto cui sono assegnati. Devono partecipare ai rispettivi comitati di dipartimento e agli uffici di coordinamento distrettuali assicurandone l'integrazione con queste articolazioni della Azienda.

In considerazione delle dimensioni aziendali, si prevede la designazione di tre coordinatori infermieristici di dipartimento con funzioni di referente per i presidi ospedalieri Martini, Evangelico Valdese e Sperino.

#### ***c) Costi della Struttura***

<b>Profilo professionale</b>	<b>N° operatori in dotazione organica</b>	<b>Maggiori costi per persona</b>	<b>Utilizzo %</b>	<b>Maggiori costi totali €</b>
Dirigente responsabile della Struttura	1	77.500	100%	77.500
Responsabile area sviluppo organizzativo	1	45.500	100%	45.500
Responsabile area sviluppo professionale	1	45.500	100%	45.500
Responsabile area della ricerca	1	45.500	100%	45.500
Coordinatore infermieristico di Dipartimento	11	4.200	10%	46.200
Coordinatore dei tecnici della prevenzione	1	42.000	10%	4.200
Coordinatore dei tecnici di laboratorio	1	42.000	10%	4.200
Coordinatore dei tecnici di radiologia	1	42.000	10%	4.200
Coordinatore dei tecnici di R.R.F.	1	42.000	10%	4.200
Coadiutore amministrativo	2	31.000	100%	62.000
<b>Totale</b>				<b>339.000</b>

### **POTENZIAMENTO DELLE ATTIVITA'**

Il percorso di adeguamento e potenziamento della capacità produttiva dei presidi ospedalieri delle due AA.SS.LL. che ha previsto, in particolare, significativi investimenti ancora in corso di realizzazione, permetterà alla loro ultimazione, di incrementare i volumi prestazionali: l'effetto di tali investimenti è ricompreso nel successivo paragrafo "Rimodulazione della rete dei presidi", con la precisazione che il loro effetto economico differenziale non è riportato nelle tabelle delle parti III, IV e V. Nella tabella seguente viene indicato il numero ed il costo del personale previsto, ad esclusione di quanto già indicato per quanto riguarda il dipartimento di Prevenzione.

*Valori in migliaia di €*

Anno	Qualifiche	Costo Annuo Unitario	Sale Operatorie Presidio Valdese		RSA Psichiatria Saint Gobin 20 PL		DLA 20 PL e Geriatria 5 PL Geriatria Ospedale Martini	
			N° Unità	Costo Totale	N° Unità	N° Unità	Costo Totale	Costo Totale
2008	Medici	117,71	2	235,42	2	235,42	3	353,13
	Infermiere Professionale	45,00	32	1.440,00	7,5	337,50	9	405,00
	Operatore socio-sanitario	32,45	18	584,10	4	129,80	12	389,40
	Educatori	40,50	0	-	7	283,50	0	-
	Tecnici sanitari	43,39	0	-	0	-	0	-
	<b>Totale</b>			<b>52</b>	<b>2.259,52</b>	<b>20,5</b>	<b>986,22</b>	<b>24</b>
2009	Medici	119,48	2	238,95	2	238,95	3	358,43
	Infermiere Professionale	45,68	32	1.461,60	7,5	342,56	9	411,08
	Operatore socio-sanitario	32,94	18	592,86	4	131,75	12	395,24
	Educatori	41,11	0	-	7	287,75	0	-
	Tecnici sanitari	44,04	0	-	0	-	0	-
	<b>Totale</b>			<b>52</b>	<b>2.293,41</b>	<b>20,5</b>	<b>1.001,01</b>	<b>24</b>
2010	Medici	121,27	2	242,54	2	242,54	3	363,80
	Infermiere Professionale	46,36	32	1.483,52	7,5	347,70	9	417,24
	Operatore socio-sanitario	33,43	18	601,75	4	133,72	12	401,17
	Educatori	41,72	0	-	7	292,07	0	-
	Tecnici sanitari	44,70	0	-	0	-	0	-
	<b>Totale</b>			<b>52</b>	<b>2.327,81</b>	<b>20,5</b>	<b>1.016,03</b>	<b>24</b>

*Valori in migliaia di €*

Anno	Qualifiche	Costo Annuo Unitario *	Separazione Reparti Martini ORL Urologia		SPDC 5 PL Asi 2		Totale	
			N° Unità	Costo Totale	N° Unità	Costo Totale	N° Unità	Costo Totale
2008	Medici	117,71	1	117,71	3	353,13	11	1.294,81
	Infermiere Professionale	45,00	9	405,00	0	-	57,5	2.587,50
	Operatore socio-sanitario	32,45	9	292,05	0	-	43	1.395,35
	Educatori	40,50	0	-	0	-	7	283,50
	Tecnici sanitari	43,39	0	-	0	-	-	-
	<b>Totale</b>			<b>19</b>	<b>814,76</b>	<b>3</b>	<b>353,13</b>	<b>118,5</b>
2009	Medici	119,48	1	119,48	3	358,43	11	1.314,23
	Infermiere Professionale	45,68	9	411,08	0	-	57,5	2.626,31
	Operatore socio-sanitario	32,94	9	296,43	0	-	43	1.416,28
	Educatori	41,11	0	-	0	-	7	287,75
	Tecnici sanitari	44,04	0	-	0	-	-	-
	<b>Totale</b>			<b>19</b>	<b>826,98</b>	<b>3</b>	<b>358,43</b>	<b>118,5</b>
2010	Medici	121,27	1	121,27	3	363,80	11	1.333,95
	Infermiere Professionale	46,36	9	417,24	0	-	57,5	2.665,71
	Operatore socio-sanitario	33,43	9	300,88	0	-	43	1.437,52
	Educatori	41,72	0	-	0	-	7	292,07
	Tecnici sanitari	44,70	0	-	0	-	-	-
	<b>Totale</b>			<b>19</b>	<b>839,39</b>	<b>3</b>	<b>363,80</b>	<b>118,5</b>

Complessivamente il costo previsto per il potenziamento delle attività è il seguente:

*Valori in migliaia di €*

Anno	Potenziamento del dipartimento di prevenzione		Potenziamento altre strutture		Totale	
	N.	Costo	N.	Costo	N.	Costo
2008	15	1.011,10	118,5	5.561,16	133,5	6.572,26
2009	34	2.172,95	118,5	5.644,58	152,5	7.817,53
2010	49	3.029,20	118,5	5.729,25	167,5	8.758,45

## 4. RIMODULAZIONE DELLA RETE DEI PRESIDII

Il profilo dei tre presidi ospedalieri facenti capo alle attuali AA.SS.LL. è stato riassunto nella prima parte del presente documento.

In questo quadro emergono le seguenti evidenze:

1. l'Ospedale Martini è l'unico fra i tre presidi ad avere una vocazione generalista accentuata dalla presenza del Pronto soccorso;
  2. l'Ospedale Oftalmico Sperino, ospedale spiccatamente monospecialistico anche per le prestazioni di pronto soccorso, alla luce anche della trasformazione avvenuta nell'ultimo decennio di prestazioni chirurgiche effettuate in ricovero ordinario in prestazioni in *day surgery* o in ambulatorio, presenta un numero di posti letto eccedenti le esigenze operatorie e alcuni spazi ospedalieri non pienamente utilizzati;
  3. il Presidio Ospedaliero Evangelico Valdese è un ospedale multidisciplinare per il quale l'attività può essere programmata con rigore stante l'assenza del pronto soccorso; la necessità di avviare un programma pluriennale di adeguamento edilizio ha comportato un'alterazione dei programmi gestionali che occorrerà progressivamente riportare a normalità;
  4. la limitata dimensione dei predetti presidi ospedalieri ha comportato l'istituzione di partizioni organizzative attualmente non più rispondenti alle previsioni programmatiche regionali, con particolare riguardo alla D.G.R. 2-944 del 27 settembre 2005;
  5. l'interazione fra le strutture potrà permettere una miglior articolazione di percorsi assistenziali, stante l'arricchimento dell'offerta prestazionale conseguente all'integrazione organizzativa.
- Pertanto si configura una serie articolata di adeguamenti organizzativi.

### *Interventi riguardanti il Presidio Ospedaliero Martini*

Nello schema è individuata la dotazione attuale e l'evoluzione proposta:

Specialità	Dotazione attuale		Evoluzione proposta	
	Ricovero Ordinario	Day Hospital	Ricovero Ordinario	Day Hospital
Cardiologia	12		14	
Medicina generale	30		31	
Nefrologia	9		9	
Neurologia	9		9	
Geriatrics	14		20	
Chirurgia generale	20		21	
Ortopedia e Traumatologia	19		19	
Otorinolaringoiatria	8		14	

Urologia	8		14	
Nido	8		8	
Ostetricia e Ginecologia	21		21	
Pediatria	15	1	15	1
Neonatologia	5		5	
Medicina D'urgenza	12		12	
Terapia Intensiva	6	1	6	1
Unità Coronarica	3		5	
Psichiatria	10		15	
Oncologia		3		3
Odontostomatologia		*		*
Day Hospital Multispecialistico		3		3
Day-Surgery multispecialistico		12		12
Totale	209	20	238	20

\*L'attività di ricovero è svolta nell'ambito dei posti letto della Day- Surgery multidisciplinare

Presso il Presidio, oltre alle strutture dotate di posti letto, sono presenti le specialità di Anatomia Patologica, Radiologia e Patologia Clinica

Il Presidio Ospedaliero Martini si connota, per le caratteristiche precedentemente descritte, come punto di riferimento per la diagnosi e trattamento di patologie di più elevata complessità e per l'emergenza intensiva nell'ambito della rete ospedaliera delle AA.SS.LL..

Per il periodo 2008-2010 si prevede, pertanto, uno sviluppo delle attività presenti nel Presidio orientato, in modo particolare, al trattamento della patologia di media e alta complessità ed adeguato alla nuova domanda territoriale ed agli standard di posti letto previsti dalla bozza di Piano Socio-Sanitario Regionale mediante l'aumento della capacità di offerta.

Pertanto si programma un incremento della dotazione dei posti letto per:

- la ricollocazione delle attività di U.T.I.C. in locali già predisposti presso la S.C. Cardiologia e attualmente utilizzati per l'allocazione temporanea della sala parto in fase di ristrutturazione. Conseguirebbe l'aumento da 3 a 5 posti letto, con il raggiungimento della dotazione minima indicata dalla bozza di piano (pari a 4 posti letto), e l'incremento della attività della S.C. Cardiologia dovuto al maggior numero di posti letto (da 12 a 14);
- l'adeguamento dei posti letto di terapia intensiva alle norme di accreditamento istituzionale che prevedono un rapporto paritario tra letti di intensiva e di semintensiva, con incremento di 3 posti letto di semintensiva e conseguente aumento di 2 posti letto, uno nell'area medica e uno nella chirurgica, che comportano una maggior produzione nell'area dell'urgenza;
- l'adeguamento della struttura d'offerta dell'area chirurgica per attività di ricovero a seguito di maggior disponibilità operatoria derivante dalla riapertura del blocco parto ostetrico-ginecologico (chiuso per ristrutturazione) e nell'ottica delle sinergie operative con i Presidi della

rete; in particolar modo, indirizzato al potenziamento delle specialità di otorinolaringoiatria e di urologia con un aumento di 6 posti letto per ciascuna delle suddette specialità.

- l'adeguamento della struttura d'offerta dell'area medica ai bisogni espressi dalla nuova realtà territoriale attraverso sia l'utilizzo integrato e sinergico dei posti letto tra il Presidio Ospedaliero Martini e il Valdese sia l'incremento di 6 posti letto inerenti la specialità di geriatria presso il Presidio Martini;
- l'adeguamento della struttura di offerta per rispondere anche ai bisogni che interessano l'area di post-acuzie, che attualmente sono soddisfatti da strutture in convenzione per entrambe le AA.SS.LL., attraverso l'attivazione di un nucleo di 20 posti letto all'interno del Presidio dedicati ai casi di lungodegenza ed afferenti funzionalmente al Dipartimento di Continuità assistenziale. Questa soluzione garantisce anche un miglioramento del tourn-over dei pazienti nell'area medica rispondendo ad un bisogno di cure intermedie, prima dell'inserimento in strutture di tipo residenziale, che al momento non trova una risposta adeguata;
- l'incremento della recettività dell'SPDC del Presidio Ospedaliero Martini da 10 a 15 posti letto per adeguare il numero (attuali 10 posti letto) a quello previsto dalla Proposta di Piano Socio-Sanitario Regionale 2006-2010 necessario per il completamento della rete degli SPDC, attraverso interventi di tipo strutturale previsti nel piano pluriennale degli investimenti.

Si programma per l'anno 2010 un potenziamento tecnologico del Presidio attraverso l'acquisizione di una apparecchiatura per la Risonanza Magnetica Nucleare. Tale acquisizione si rende necessaria per rispondere in modo diretto ai bisogni della popolazione afferente alla nuova ASL, tenendo anche in considerazione che nel nuovo ambito territoriale non sono presenti apparecchiature RMN gestite in modo diretto dal settore pubblico.

Le strutture complesse con una dotazione inferiore ai 10 posti letto sono organizzate in modo da condividere spazi e risorse di personale non medico con altre strutture appartenenti allo stesso dipartimento o ad altri dipartimenti. Permane la S.S. Oncologia, con propri posti letto di day hospital e una dotazione autonoma di personale, motivata dalle caratteristiche dell'attività svolta, ossia dalla necessità di limitare l'esposizione del personale nelle fasi di preparazione e somministrazione di citostatici.

Gli interventi strutturali di umanizzazione previsti nel Piano Pluriennale degli Investimenti del Presidio Ospedaliero Martini consentiranno di rimodulare l'attuale organizzazione dipartimentale dell'assistenza ottimizzandone l'utilizzo delle risorse strutturali e professionali.

### ***Interventi riguardanti il Presidio Ospedaliero Oftalmico Sperino***

Nello schema è individuata la dotazione attuale e l'evoluzione proposta:

Specialità	Dotazione attuale		Evoluzione proposta	
	Ricovero Ordinario	Day Hospital	Ricovero Ordinario	Day Hospital
Oculistica 1	5	5	5	5
Oculistica 2	5	5	5	5
Oculistica 3	6	5	6	5
Traumatologia	5	5	5	5
Clinica Oculistica	20	5	20	5
Diabetologia		2		2
Anestesia				1
Totale	41	27	41	28
<i>“Service” oftalmico(in temporaneo distacco dal Presidio Ospedaliero Evangelico Valdese)</i>	<i>1</i>	<i>16</i>	<i>1</i>	<i>15</i>

Per il periodo 2007-2010 si prevede di mantenere invariata la capacità di offerta del Presidio ospedaliero e di effettuare un recupero in termini di efficienza attraverso l’inserimento di nuove specialità cliniche necessarie per il completamento degli attuali percorsi diagnostico-terapeutici, in modo particolare per la presa in carico completa del paziente con malattie demielinizzanti.

Si prevede la trasformazione di un posto letto di day-hospital attualmente assegnato al service esterno in un posto letto di day-hospital dedicato agli impianti di sistemi per il trattamento e controllo del dolore, gestito dalla S.C. Anestesiologia.

E’ prevista una serie di interventi di tipo organizzativo, in quanto l’emergere di nuove patologie impone una inversione di tendenza rispetto al passato. In particolare dovrà essere dato impulso ai seguenti settori:

- trattamento della degenerazione maculare legata all’età: che è la prima causa di cecità nei Paesi industrializzati negli ultrasettantenni;
- trattamento dei traumi: sono in netto aumento sia gli infortuni sul lavoro che gli incidenti stradali;
- trattamento delle patologie orbito-palpebro-lacrimali: a livello regionale non esiste un centro con competenze specifiche sul trattamento dei tumori orbitari;
- riabilitazione visiva degli ipovedenti, settore solo marginalmente preso in considerazione dal SSR, e al momento principalmente demandato al privato o a strutture extra regionali;
- trattamento della neurite ottica patologia che può manifestarsi o come processo infiammatorio o infettivo primitivo del nervo ottico oppure come sintomo locale di malattie demielinizzanti quali la sclerosi multipla (30% dei casi). L’accesso del paziente è al pronto soccorso per un calo improvviso della vista o per l’insorgere acuto di diplopia o di nistagmo;
- trattamento dell’uveite, patologia infiammatoria che può essere immunologica oppure che può

essere secondaria alla presenza di focolai infiammatori cronici extraoculari, di solito circoscritti e clinicamente silenti che determinano, mediante l'immissione in circolo di tossine o con un meccanismo di microsetticiemia, la flogosi dell'uvea. Le affezioni più frequentemente sospette di esserne le responsabili sono i focolai tonsillari, sinusali, annessiali, prostatici nonché i granulomi dentali o le affezioni croniche del parodonto.

Da quanto sovra esposto appare evidente come sia necessaria l'integrazione multispecialistica per il trattamento e la gestione dei percorsi assistenziali più complessi afferenti al Presidio.

Sarebbe pertanto utile, nell'ambito del Presidio, per una corretta programmazione, prevedere collaborazioni specialistiche di due livelli:

- livello ambulatoriale: per supportare la diagnosi nei casi più complessi, anche tenuto conto del fatto che i pazienti che afferiscono all'Oftalmico sono anziani e affetti da più patologie croniche. Gli ambulatori necessari sono quelli di Cardiologia, Otorinolaringoiatria, Geriatria che potranno essere gestiti in modo integrato nell'ambito della rete dei presidi delle AA.SS.LL.;
- Tutti gli ambulatori potranno essere utilizzati anche per i pazienti esterni migliorando così l'offerta territoriale delle prestazioni;
- livello ospedaliero: per supportare i casi più critici in cui è necessaria, oltre all'inquadramento diagnostico, anche la presa in carico del paziente. Si tratta di specialità quali la Chirurgia Plastica e la Neurologia che potrebbero avere in un primo tempo una funzione di supporto e quindi acquisire una propria autonomia anche con una dotazione di posti letto di day hospital o day surgery e messa a disposizione di sedute operatorie autonome;
- collaborazione con altri Ospedali: fondamentale, per il trattamento di patologie che vedono coinvolto l'occhio, l'orbita e gli annessi, è l'integrazione professionale per il trattamento di patologie importanti, quali i tumori dell'orbita, con neurochirurghi e chirurghi maxillo-facciali. Per tali patologie va creato un centro di riferimento a cui il paziente può rivolgersi per la diagnosi e l'individuazione del percorso terapeutico più idoneo.

Anche altre specialità già presenti all'interno del Presidio dovranno ampliare il loro campo d'azione.

In particolare l'Anestesiologia, a cui afferisce l'attività di Cure Palliative, in casi gravi selezionati, necessita talora del supporto della struttura ospedaliera: ad esempio, quando si deve posizionare un catetere venoso centrale per un paziente trattato a domicilio, è necessario effettuare l'impianto in una struttura protetta.

Anche la Diabetologia dovrà razionalizzare all'interno della propria struttura tutta l'attività aziendale di ricovero diurno, sgravando così di posti letto gli altri Presidi.

E' già in fase avanzata la collaborazione con la Divisione di Pediatria dell'Ospedale Martini che offre l'assistenza pediatrica per i piccoli pazienti dell'Oftalmologia Infantile.

### *Interventi riguardanti il Presidio Ospedaliero Evangelico Valdese*

Il Presidio Ospedaliero Evangelico Valdese è un ospedale multispecialistico, privo di pronto soccorso, dotato di una propria specificità che deve operare, però, in un ambito strutturale ristretto, per cui, la dotazione di posti letto non può subire variazioni sufficienti a consentire la piena espressione delle potenzialità che l'Ospedale possiede.

Presso il Presidio, oltre alle strutture dotate di posti letto, operano la S.C. di Laboratorio Analisi, la S.C. di Radiologia, la S.C. di Anatomia Patologica.

La dotazione dei posti letto è la seguente:

Specialità	Ricovero Ordinario	Day Hospital
Chirurgia	10	5
Oculistica (temporaneamente distaccati presso Ospedale Oftalmico)	1	16
Chirurgia Plastica	1	8
Ginecologia	5	3
Ortopedia	5	2
Medicina	11	2
Diabetologia	3	2
Neurologia	3	1
Cardiologia	4	1 Recupero e Riabilitazione Cardiologica
Oncologia	6	8
Anestesia		1
Chirurgia Vascolare		2
Nutrizione Clinica		6
Totale	49	57

Le specialità di Oculistica, Chirurgia plastica e Dermatologia, Ginecologia, Ortopedia, Neurologia, Chirurgia vascolare, Nutrizione clinica, Angiologia e Radiologia senologica sono gestite mediante contratti di “service” con associazioni di medici. Questa specifica forma organizzativa dell’attività clinica era stata introdotta dalla precedente gestione del Presidio in un quadro normativo di tipo privatistico, e confermato dalla Legge regionale 11/2004 con la quale il Presidio Ospedaliero Evangelico Valdese era stato assegnato in gestione all’ASL 1.

L’attività dei “service” rappresenta circa l’80% dei ricoveri e circa il 20% della specialistica ambulatoriale.

Essa è inserita in maniera organica nell'organizzazione del Presidio, in particolare all'interno dei percorsi di diagnosi e cura che rappresentano l'offerta di servizio del presidio agli utenti. I "service", infatti, apportano all'organizzazione del Presidio specifiche professionalità, prevalentemente mediche, integrandosi con le risorse messe a disposizione dal Presidio. Anche in considerazione della natura del Presidio, volta soltanto all'attività d'elezione, è stata sviluppata un'organizzazione che permette alti volumi di attività pur all'interno di una struttura di dimensioni ridotte, con risparmi notevoli.

E' in atto il processo di integrazione dei "service" nel quadro normativo di tipo pubblicistico con la messa in gara, allo scadere dei contratti in essere, delle attività svolte dagli stessi, mediante procedura ad evidenza pubblica, nel quadro della normativa europea.

I servizi del Presidio sono già ampiamente integrati con le corrispondenti strutture dell'Ospedale Oftalmico. Una più ampia integrazione, che coinvolga anche il Presidio Martini, potrà aumentare ulteriormente la gamma delle prestazioni offerte all'utenza: questo vale particolarmente per i laboratori analisi e le anatomie patologiche, per i quali non sono necessari spostamenti di utenti, e per le radiologie che potranno ottenere benefici in termini di efficienza organizzativa.

In particolare l'iniziativa assunta dalle AA.SS.LL. 1 e 2 (ed ora estesa a tutte quelle cittadine) per una completa informatizzazione delle radiologie e per la loro messa in rete permetterà di attuare forme di integrazione e comunicazione nuove, capaci di incidere sulla efficacia, produttività ed economicità dei servizi sanitari resi.

L'integrazione con l'Ospedale Martini consentirà un ottimale utilizzo sia degli spazi di ricovero che delle professionalità presenti, con l'ulteriore possibilità di arricchire ancora il numero delle specialità esistenti. In quest'ottica è da prospettare, al termine dei lavori di ristrutturazione che restituiranno al Presidio l'uso di due sale operatorie, l'implementazione delle specialità con l'inserimento nel Presidio di attività provenienti dall'Ospedale Martini, quali l'Urologia per l'effettuazione di interventi di cistoscopia interventistica, l'Otorinolaringoiatria per la gestione di tutta la patologia rinologica della branca, nonché il rientro in sede dell'Oculistica, attualmente distaccata presso l'Ospedale Oftalmico, e della Ginecologia, attualmente operativa presso la casa di cura Cellini.

### ***Interventi riguardanti le Residenze Sanitarie***

Completano il quadro della rete ospedaliera dell' AA.SS.LL. le seguenti residenze sanitarie per anziani a gestione diretta:

ASL 1: due R.S.A. ubicate in Via Farinelli 25 e Via Plava 75 per un totale di 262 posti letto, un Centro Diurno, ambulatorio di Geriatria, con conduzioni assistenziali esercitate mediante appalti comprensivi di valenze mediche igienico-organizzative sotto la direzione gestionale della Struttura Semplice Residenzialità e Semiresidenzialità della ASL 1;

ASL 2: due R.S.A. ubicate in Via Gradisca 10 e Via Spalato 14 per un totale di 173 letti, un Centro

Diurno Alzheimer, ambulatori di geriatria, un centro specialistico per le funzioni di Unità di Valutazione Alzheimer, con conduzioni assistenziali esercitate mediante appalti comprensivi di valenze mediche e di ruoli di psicologia per la partecipazione e supporto alla conduzione clinica delle attività per la continuità assistenziale sotto la direzione gestionale della Struttura Complessa di Geriatria. Sono inoltre attivi otto posti letto di postacuzie presso la R.S.A “Vittorio Valletta” utilizzati per le dimissioni protette ospedaliere e gestiti dal Dipartimento di Medicina dell’ASL 2.

Per il periodo 2008-2010 è prevista per le Residenze sanitarie per anziani l’integrazione dei livelli di assistenza territoriale con competenze specialistiche derivate dal contesto ospedaliero e la trasformazione di una parte della residenzialità in cure temporanee, riattivanti e risocializzanti.

Nelle quattro RSA delle AA.SS.LL. 1 e 2, con una disponibilità di 445 posti letto totali e di due Centri Diurni, si rende possibile un’organizzazione flessibile dell’assistenza mediante l’attivazione di nuclei dedicati a disturbi specifici, organizzati con livelli assistenziali differenziati, coniugando la assistenza medica generale con competenze specialistiche. Tale nuova modalità organizzativa consentirà di intervenire positivamente attraverso ricoveri temporaneamente limitati, prima della istituzionalizzazione definitiva.

Si prevede l’attivazione di otto posti letto di Hospice presso il Presidio “Valletta” e la realizzazione di un altro Hospice, sempre con otto posti letto, a potenziamento dell’offerta di servizi.

E’ prevista l’apertura della struttura semiresidenziale in corso di realizzazione sull’area ex Saint Gobain dell’ASL 2 con dieci posti letto dedicati al ricovero in continuità assistenziale per i dimessi dell’SPDC. L’intervento, autorizzato dalla Regione nell’ambito del PRR 2006-2007, consentirà di assistere direttamente il paziente psichiatrico – a fase acuta superata – con un contenimento maggiore di quello garantito dagli interventi ambulatoriali o domiciliari.

**PARTE III**

**CONTO ECONOMICO PREVENTIVO 2007-2010**

**C.E. PREVENTIVO 2007 ASL 1**

	Cons. 2006	Prev. 2007	% incr. 2007/06	
Quota FSN e Contributi regionali	438.611	434.435	-	0,95
Contributi da altri enti pubblici	1.151	1.222		6,21
Contributi da privati	117	60	-	48,68
Ricavi per prestazioni	1.817	1.732	-	4,67
Recuperi e rimborsi	4.609	6.405		38,98
Ticket	4.379	4.807		9,77
Ricavi vari	4.303	4.261	-	0,97
Ricavi intramoenia	1.228	990	-	19,40
<b>Totale ricavi gestione ordinaria</b>	<b>456.214</b>	<b>453.912</b>	<b>-</b>	<b>0,50</b>
Acquisti e manutenzioni	23.170	23.877		3,05
Assistenza sanitaria di base	23.707	23.707		0,00
Farmaceutica	52.518	51.500	-	1,94
Specialistica	38.364	39.053		1,80
Riabilitativa	12.848	13.286		3,41
Integrativa	11.243	11.524		2,49
Ospedaliera da privato (case di cura)	16.162	16.161	-	0,01
Ospedaliera da privato (presidi)	9.499	9.499		0,00
Altra assistenza	29.518	34.287		16,15
Altri servizi	15.110	15.131		0,14
Godimento di beni e servizi	1.972	2.127		7,88
Personale dipendente	68.788	69.149		0,52
Spese amministrative e generali	7.070	6.753	-	4,49
Servizi appalti	5.249	5.388		2,65
Accantonamenti	2.199	271	-	87,68
Imposte e tasse	6.001	5.770	-	3,85
Oneri finanziari	947	1.283		35,47
Variazione delle rimanenze	- 117	-	-	100,00
Compartecipazioni personale intramoenia	1.034	941	-	8,99
<b>Totale costi gestione ordinaria</b>	<b>325.283</b>	<b>329.707</b>		<b>1,36</b>
<b>Risultato gestione ordinaria</b>	<b>130.931</b>	<b>124.205</b>	<b>-</b>	<b>5,14</b>
Mobilità attiva extra	4.516	4.516	-	0,01
Mobilità passiva extra	7.985	7.985	-	0,00
Mobilità attiva intra	84.556	84.556		0,00
Mobilità passiva intra	216.477	203.477	-	6,01
<b>Margine operativo lordo</b>	<b>- 4.458</b>	<b>1.815</b>	<b>-</b>	<b>140,71</b>

**C.E. PREVENTIVO 2007 ASL 2**

	Cons. 2006	Prev. 2007	% incr. 2007/2006
Quota FSN e Contributi regionali	341.093	354.624	3,97
Contributi da altri enti pubblici	565	670	18,54
Contributi da privati	425	290	- 31,74
Ricavi per prestazioni	176	211	19,62
Recuperi e rimborsi	2.823	5.482	94,18
Ticket	2.188	2.188	- 0,02
Ricavi vari	912	406	- 55,48
Ricavi intramoenia	1.581	1.800	13,83
<b>Totale ricavi gestione ordinaria</b>	<b>349.765</b>	<b>365.671</b>	<b>4,55</b>
Acquisti e manutenzioni	21.421	22.946	7,12
Assistenza sanitaria di base	19.557	20.121	2,88
Farmaceutica	46.214	45.000	- 2,63
Specialistica	23.015	24.788	7,70
Riabilitativa	10.095	11.225	11,20
Integrativa	8.872	9.990	12,60
Ospedaliera da privato (case di cura)	8.817	8.821	0,05
Ospedaliera da privato (presidi)	-	-	-
Altra assistenza	27.964	33.485	19,74
Altri servizi	7.341	5.686	- 22,54
Godimento di beni e servizi	1.097	1.302	18,63
Personale dipendente	65.219	64.747	- 0,72
Spese amministrative e generali	4.059	4.396	8,30
Servizi appalti	4.236	4.499	6,20
Accantonamenti	1.591	310	- 80,51
Imposte e tasse	5.240	5.185	- 1,05
Oneri finanziari	20	200	892,36
Variazione delle rimanenze	- 61	-	- 100,00
Compartecipazioni personale intramoenia	1.417	1.615	14,00
<b>Totale costi gestione ordinaria</b>	<b>256.114</b>	<b>264.316</b>	<b>3,20</b>
<b>Risultato gestione ordinaria</b>	<b>93.650</b>	<b>101.355</b>	<b>8,23</b>
Mobilità attiva extra	2.007	2.007	0,02
Mobilità passiva extra	6.859	6.859	- 0,00
Mobilità attiva intra	42.811	42.811	0,00
Mobilità passiva intra	132.801	138.801	4,52
<b>Margine operativo lordo</b>	<b>- 1.193</b>	<b>513</b>	<b>- 143,01</b>

**C.E. PREVENTIVO 2008-2010 ASL TO1**

	Prev. 2008	% incr. 2008/2007	Prev. 2009	% incr. 2009/2008	Prev. 2010	% incr. 2010/2009
Quota FSN e Contributi regionali	796.505	0,94	813.289	2,11	838.381	3,09
Contributi da altri enti pubblici	1.915	1,22	1.926	0,57	1.938	0,62
Contributi da privati	360	2,86	360	-	360	-
Ricavi per prestazioni	2.070	6,54	2.122	2,51	2.175	2,50
Recuperi e rimborsi	12.423	4,51	12.991	4,57	13.586	4,58
Ticket	7.105	1,57	7.174	0,97	7.245	0,99
Ricavi vari	4.969	6,47	5.137	3,38	5.260	2,39
Ricavi intramoenia	2.876	3,08	2.964	3,06	3.056	3,10
<b>Totale ricavi gestione ordinaria</b>	<b>828.223</b>	<b>1,05</b>	<b>845.963</b>	<b>2,14</b>	<b>872.001</b>	<b>3,08</b>
Acquisti e manutenzioni	50.269	7,36	51.767	2,98	53.424	3,20
Assistenza sanitaria di base	44.573	1,70	45.241	1,50	45.920	1,50
Farmaceutica	98.141	1,70	99.613	1,50	101.107	1,50
Specialistica	63.905	0,10	64.070	0,26	64.236	0,26
Riabilitativa	27.089	10,52	29.451	8,72	32.046	8,81
Integrativa	22.454	4,37	23.416	4,28	24.415	4,27
Ospedaliera da privato (case di cura)	24.988	0,02	24.993	0,02	25.000	0,03
Ospedaliera da privato (presidi)	9.499	-	9.499	-	9.499	-
Altra assistenza	73.920	9,07	79.414	7,43	84.962	6,99
Altri servizi	21.516	3,36	21.792	1,28	22.233	2,02
Godimento di beni e servizi	4.198	22,43	4.293	2,26	4.391	2,28
Personale dipendente	134.803	0,68	134.516	- 0,21	134.229	- 0,21
Spese amministrative e generali	11.189	0,36	11.500	2,78	11.820	2,78
Servizi appalti	10.107	2,23	10.264	1,55	10.503	2,33
Accantonamenti	3.695	535,97	6.511	76,21	9.369	43,89
Imposte e tasse	11.100	1,32	11.164	0,58	11.233	0,62
Oneri finanziari	1.515	2,16	1.545	1,98	1.576	2,01
Variazione delle rimanenze	-	-	-	-	-	-
Compartecipazioni personale intramoenia	2.635	3,09	2.717	3,11	2.803	3,17
<b>Totale costi gestione ordinaria</b>	<b>615.596</b>	<b>3,63</b>	<b>631.766</b>	<b>2,63</b>	<b>648.766</b>	<b>2,69</b>
<b>Risultato gestione ordinaria</b>	<b>212.627</b>	<b>- 5,73</b>	<b>214.197</b>	<b>0,74</b>	<b>223.235</b>	<b>4,22</b>
Mobilità attiva extra	6.523	-	6.523	-	6.523	-
Mobilità passiva extra	14.844	-	14.844	-	14.844	-
Mobilità attiva intra	127.366	-	127.366	-	127.366	-
Mobilità passiva intra	342.278	-	342.278	-	342.278	-
<b>Margine operativo lordo</b>	<b>- 10.606</b>		<b>- 9.036</b>		<b>2</b>	

## PARTE IV

# PREVENTIVO COSTI PER FUNZIONE 2007-2010

**PIA Preventivo dell'ASL 1 - Torino (€1000) - Anno 2007**

	Fabbisogno lordo	Entrate dirette	Fabbisogno netto	Mob. Pass. Interreg.	Mob. Pass. Infrareg.	Mob. Att. Interreg.	Mob. Att. Infrareg.	Acquisto	Produzione
<b>Assistenza collettiva</b>									
SIAN + SIS +SPRESAL	15.661	1.820	13.841	-	20	25	8	4	15.670
Assistenza veterinaria	1.795	57	1.738	-	-	-	-	-	1.795
PMPV	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SEPI	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Prevenzione individuale	814	20	794	-	514	-	432	-	732
Medicina legale	5.669	1.057	4.612	-	-	-	-	-	5.669
<b>Totale assistenza collettiva</b>	<b>23.939</b>	<b>2.954</b>	<b>20.985</b>	<b>-</b>	<b>534</b>	<b>25</b>	<b>440</b>	<b>4</b>	<b>23.866</b>
<b>Assistenza distrettuale</b>									
Medicina di base	28.622	2.764	25.858	51	200	387	252	23.707	5.303
Assistenza farmaceutica	62.270	57	62.213	722	14.340	497	8.510	51.500	4.715
Assistenza specialistica	97.676	6.397	91.279	837	48.614	1.369	29.885	34.033	45.446
Assistenza anziani	28.714	4.818	23.896	-	-	-	-	18.817	9.897
Assistenza psichiatrica	17.633	1.495	16.138	-	22	-	12	6.953	10.670
Assistenza dipendenze (+ HIV)	11.819	1.551	10.268	-	72	2	57	3.691	8.115
Assistenza disabili	13.385	27	13.358	-	-	-	-	13.222	163
Assistenza materno infantile	9.746	495	9.251	-	46	2	58	1.493	8.267
Altra assistenza	14.970	793	14.177	291	133	-	-	11.075	3.471
Emergenza sanitaria territoriale	986	-	986	81	-	-	-	-	905
<b>Totale assistenza distrettuale</b>	<b>285.821</b>	<b>18.397</b>	<b>267.424</b>	<b>1.982</b>	<b>63.427</b>	<b>2.257</b>	<b>38.774</b>	<b>164.491</b>	<b>96.952</b>
<b>Assistenza ospedaliera</b>									
Ricoveri ordinari diurni	164.781	1.688	163.093	6.005	139.540	2.218	43.993	25.616	39.831
Costi strutturali DEA/PS	1.979	148	1.831	-	-	44	1.608	-	3.631
Osped. domicil. +serv. trasf. trapianti	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Totale assistenza ospedaliera</b>	<b>166.760</b>	<b>1.836</b>	<b>164.924</b>	<b>6.005</b>	<b>139.540</b>	<b>2.262</b>	<b>45.601</b>	<b>25.616</b>	<b>43.462</b>
<b>Totale fabbisogno</b>	<b>476.520</b>	<b>23.187</b>	<b>453.333</b>	<b>7.987</b>	<b>203.501</b>	<b>4.544</b>	<b>84.815</b>	<b>190.111</b>	<b>164.280</b>

**PIA Preventivo dell'ASL 2 - Torino (€1000) - Anno 2007**

	Fabbisogno lordo	Entrate dirette	Fabbisogno netto	Mob. Pass. Interreg.	Mob. Pass. Infrareg.	Mob. Att. Interreg.	Mob. Att. Infrareg.	Acquisto	Produzione
<b>Assistenza collettiva</b>									
SIAN + SISP +SPRESAL	210	-	210	-	-	-	-	-	210
Assistenza veterinaria	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PMPV	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SEPI	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Prevenzione individuale	667	2	665	-	632	-	122	-	157
Medicina legale	2.781	909	1.872	-	-	-	-	-	2.781
<b>Totale assistenza collettiva</b>	<b>3.658</b>	<b>911</b>	<b>2.747</b>	<b>-</b>	<b>632</b>	<b>-</b>	<b>122</b>	<b>-</b>	<b>3.148</b>
<b>Assistenza distrettuale</b>									
Medicina di base	20.389	64	20.325	-	99	-	404	20.121	573
Assistenza farmaceutica	55.690	150	55.540	-	11.795	-	7.363	45.000	6.258
Assistenza specialistica	65.080	3.530	61.550	710	26.471	-	16.187	19.038	35.048
Assistenza anziani	25.240	5.725	19.515	-	-	-	-	21.726	3.514
Assistenza psichiatrica	13.530	146	13.384	-	8	-	17	5.137	8.402
Assistenza dipendenze (+ HIV)	4.163	436	3.727	-	29	-	27	1.835	2.326
Assistenza disabili	12.459	310	12.149	-	-	-	-	11.460	999
Assistenza materno infantile	3.423	158	3.265	-	33	-	74	1.204	2.260
Altra assistenza	12.809	936	11.873	-	481	-	-	10.305	2.023
Emergenza sanitaria territoriale	240	-	240	-	-	-	-	-	240
<b>Totale assistenza distrettuale</b>	<b>213.023</b>	<b>11.455</b>	<b>201.568</b>	<b>710</b>	<b>38.916</b>	<b>-</b>	<b>24.072</b>	<b>135.826</b>	<b>61.643</b>
<b>Assistenza ospedaliera</b>									
Ricoveri ordinari e diurni	138.383	1.017	137.366	5.097	100.257	-	20.783	8.821	44.991
Costi strutturali DEA/PS	10.359	441	9.918	-	-	-	-	-	10.359
Osped. domicil. +serv. trasf. + trapianti	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Totale assistenza ospedaliera</b>	<b>148.742</b>	<b>1.458</b>	<b>147.284</b>	<b>5.097</b>	<b>100.257</b>	<b>-</b>	<b>20.783</b>	<b>8.821</b>	<b>55.350</b>
<b>Totale fabbisogno</b>	<b>365.423</b>	<b>13.824</b>	<b>351.599</b>	<b>5.807</b>	<b>139.805</b>	<b>-</b>	<b>44.977</b>	<b>144.647</b>	<b>120.141</b>

**PIA Preventivo dell'ASL To1 - Torino (€1000) - Anno 2008**

	Fabbisogno lordo	Entrate dirette	Fabbisogno netto	Mob. Pass. Interreg.	Mob. Pass. Infrareg.	Mob. Att. Interreg.	Mob. Att. Infrareg.	Acquisto	Produzione
<b>Assistenza collettiva</b>									
SIAN + SISP +SPRESAL	16.427	1.897	14.530	-	-	-	-	-	16.427
Assistenza veterinaria	1.856	59	1.797	-	-	-	-	-	1.856
PMPV	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SEPI	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Prevenzione individuale	1.524	22	1.502	-	1.146	-	554	-	932
Medicina legale	8.700	2.021	6.679	-	-	-	-	-	8.700
<b>Totale assistenza collettiva</b>	<b>28.507</b>	<b>3.999</b>	<b>24.508</b>	<b>-</b>	<b>1.146</b>	<b>-</b>	<b>554</b>	<b>-</b>	<b>27.915</b>
<b>Assistenza distrettuale</b>									
Medicina di base	50.745	2.704	48.041	50	294	386	655	44.563	6.879
Assistenza farmaceutica	119.460	288	119.172	722	25.648	496	15.872	98.140	11.318
Assistenza specialistica	164.117	10.165	153.952	1.547	73.962	1.368	46.516	52.951	83.541
Assistenza anziani	59.015	10.769	48.246	-	-	-	-	45.144	13.871
Assistenza psichiatrica	32.790	1.670	31.120	-	30	-	29	12.745	20.044
Assistenza dipendenze (+ HIV)	16.523	1.983	14.540	-	102	2	84	5.777	10.730
Assistenza disabili	28.420	541	27.879	-	-	-	-	27.254	1.166
Assistenza materno infantile	13.741	566	13.175	-	79	2	131	2.018	11.777
Altra assistenza	28.981	1.796	27.185	291	529	-	-	23.377	4.784
Emergenza sanitaria territoriale	1.245	-	1.245	81	84	-	-	-	1.080
<b>Totale assistenza distrettuale</b>	<b>515.037</b>	<b>30.482</b>	<b>484.555</b>	<b>2.691</b>	<b>100.728</b>	<b>2.254</b>	<b>63.287</b>	<b>311.969</b>	<b>165.190</b>
<b>Assistenza ospedaliera</b>									
Ricoveri ordinari e diurni	307.849	2.959	304.890	11.102	241.457	2.218	64.797	34.442	87.863
Costi strutturali DEA/PS	12.726	616	12.110	-	-	44	1.607	-	14.377
Osped. domicil. +serv. trasf. + trapianti	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Totale assistenza ospedaliera</b>	<b>320.575</b>	<b>3.575</b>	<b>317.000</b>	<b>11.102</b>	<b>241.457</b>	<b>2.262</b>	<b>66.404</b>	<b>34.442</b>	<b>102.240</b>
<b>Totale fabbisogno</b>	<b>864.119</b>	<b>38.056</b>	<b>826.063</b>	<b>13.793</b>	<b>343.331</b>	<b>4.516</b>	<b>130.245</b>	<b>346.411</b>	<b>295.345</b>

**PIA Preventivo dell'ASL To1 - Torino (€1000) - Anno 2009**

	Fabbisogno lordo	Entrate dirette	Fabbisogno netto	Mob. Pass. Interreg.	Mob. Pass. Infrareg.	Mob. Att. Interreg.	Mob. Att. Infrareg.	Acquisto	Produzione
<b>Assistenza collettiva</b>									
SIAN + SIS +SPRESAL	16.731	1.951	14.780	-	-	-	-	-	16.731
Assistenza veterinaria	1.891	62	1.829	-	-	-	-	-	1.891
PMPV	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SEPI	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Prevenzione individuale	1.474	23	1.451	-	1.146	-	554	-	882
Medicina legale	8.838	2.060	6.778	-	-	-	-	-	8.838
<b>Totale assistenza collettiva</b>	<b>28.934</b>	<b>4.096</b>	<b>24.838</b>	<b>-</b>	<b>1.146</b>	<b>-</b>	<b>554</b>	<b>-</b>	<b>28.342</b>
<b>Assistenza distrettuale</b>									
Medicina di base	51.969	2.827	49.142	50	294	386	655	45.223	7.443
Assistenza farmaceutica	121.229	266	120.963	722	25.648	496	15.872	99.613	11.614
Assistenza specialistica	165.363	10.306	155.057	1.547	73.962	1.368	46.516	52.951	84.787
Assistenza anziani	63.280	10.965	52.315	-	-	-	-	49.129	14.151
Assistenza psichiatrica	34.006	1.710	32.296	-	30	-	29	13.464	20.541
Assistenza dipendenze (+ HIV)	16.973	1.995	14.978	-	102	2	84	6.051	10.906
Assistenza disabili	30.800	545	30.255	-	-	-	-	29.607	1.193
Assistenza materno infantile	13.895	313	13.582	-	79	2	131	2.161	11.788
Altra assistenza	30.481	2.100	28.381	291	529	-	-	24.476	5.185
Emergenza sanitaria territoriale	1.260	-	1.260	81	84	-	-	-	1.095
<b>Totale assistenza distrettuale</b>	<b>529.256</b>	<b>31.027</b>	<b>498.229</b>	<b>2.691</b>	<b>100.728</b>	<b>2.254</b>	<b>63.287</b>	<b>322.675</b>	<b>168.703</b>
<b>Assistenza ospedaliera</b>									
Ricoveri ordinari e diurni	309.595	3.013	306.582	11.102	241.457	2.218	64.797	34.447	89.604
Costi strutturali DEA/PS	13.163	627	12.536	-	-	44	1.607	-	14.814
Osped. domicil. +serv. trasf. + trapianti	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Totale assistenza ospedaliera</b>	<b>322.758</b>	<b>3.640</b>	<b>319.118</b>	<b>11.102</b>	<b>241.457</b>	<b>2.262</b>	<b>66.404</b>	<b>34.447</b>	<b>104.418</b>
<b>Totale fabbisogno</b>	<b>880.948</b>	<b>38.763</b>	<b>842.185</b>	<b>13.793</b>	<b>343.331</b>	<b>4.516</b>	<b>130.245</b>	<b>357.122</b>	<b>301.463</b>

**PIA Preventivo dell'ASL To1 - Torino (€1000) - Anno 2010**

	Fabbisogno lordo	Entrate dirette	Fabbisogno netto	Mob. Pass. Interreg.	Mob. Pass. Infrareg.	Mob. Att. Interreg.	Mob. Att. Infrareg.	Acquisto	Produzione
<b>Assistenza collettiva</b>									
SIAN + SISP +SPRESAL	17.071	2.009	15.062	-	-	-	-	-	17.071
Assistenza veterinaria	1.918	65	1.853	-	-	-	-	-	1.918
PMPV	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SEPI	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Prevenzione individuale	1.555	24	1.531	-	1.146	-	554	-	963
Medicina legale	9.031	2.100	6.931	-	-	-	-	-	9.031
<b>Totale assistenza collettiva</b>	<b>29.575</b>	<b>4.198</b>	<b>25.377</b>	<b>-</b>	<b>1.146</b>	<b>-</b>	<b>554</b>	<b>-</b>	<b>28.983</b>
<b>Assistenza distrettuale</b>									
Medicina di base	53.164	2.905	50.259	50	2.940	386	655	45.893	5.322
Assistenza farmaceutica	123.058	272	122.786	722	25.648	496	15.872	101.107	11.949
Assistenza specialistica	166.943	10.453	156.490	1.547	73.962	1.368	46.516	52.951	86.367
Assistenza anziani	67.504	11.189	56.315	-	-	-	-	53.033	14.471
Assistenza psichiatrica	35.226	1.752	33.474	-	30	-	29	14.256	20.969
Assistenza dipendenze (+ HIV)	17.429	2.007	15.422	-	102	2	84	6.347	11.066
Assistenza disabili	33.422	549	32.873	-	-	-	-	32.192	1.230
Assistenza materno infantile	14.425	407	14.018	-	79	2	131	2.317	12.162
Altra assistenza	31.645	2.129	29.516	291	529	-	-	25.628	5.197
Emergenza sanitaria territoriale	1.277	-	1.277	81	84	-	-	-	1.112
<b>Totale assistenza distrettuale</b>	<b>544.093</b>	<b>31.663</b>	<b>512.430</b>	<b>2.691</b>	<b>103.374</b>	<b>2.254</b>	<b>63.287</b>	<b>333.724</b>	<b>169.845</b>
<b>Assistenza ospedaliera</b>									
Ricoveri ordinari e diurni	310.940	-	310.940	11.102	-	2.218	64.797	34.452	332.401
Costi strutturali DEA/PS	13.521	-	13.521	-	-	44	1.607	-	15.172
Osped. domicil. +serv. trasf. + trapianti	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Totale assistenza ospedaliera</b>	<b>324.461</b>	<b>-</b>	<b>324.461</b>	<b>11.102</b>	<b>-</b>	<b>2.262</b>	<b>66.404</b>	<b>34.452</b>	<b>347.573</b>
<b>Totale fabbisogno</b>	<b>898.129</b>	<b>35.861</b>	<b>862.268</b>	<b>13.793</b>	<b>104.520</b>	<b>4.516</b>	<b>130.245</b>	<b>368.176</b>	<b>546.401</b>

# PARTE V

## EVOLUZIONE DOTAZIONE PERSONALE

### **AVVERTENZA**

**Le tabelle della stabilizzazione del precariato non sono state ancora inserite in attesa dei definitivi schemi di riferimento.**

**EVOLUZIONE DOTAZIONE DEL PERSONALE ASL 1**

	Consuntivo 2006 31.12	Cessati 2007	Assunti 2007	31.12.2007
<b>Rilevazione unità pesate di personale</b>				
<b>Settore assistenza collettiva</b>				
Ruolo sanitario/dirigenti	22,00	0	0,9	22,9
Ruolo sanitario/comparto	94,25	3,69	1,76	92,32
Ruolo professionale/dirigenti	1,00	0	0	1
Ruolo professionale/comparto	0	0	0	0
Ruolo tecnico/dirigenti	0	0	0	0
Ruolo tecnico/comparto	12,43	0,5	0	11,93
Ruolo amministrativo/dirigenti	0	0	0	0
Ruolo amministrativo/comparto	50,45	0,43	0	50,02
Altri rapporti di lavoro	4,75	0	2,4	7,14
Personale universitario	0	0	0	0
<b>Totale settore assistenza collettiva</b>	<b>184,87</b>	<b>4,62</b>	<b>5,06</b>	<b>185,31</b>
<b>Settore assistenza distrettuale</b>				
Ruolo sanitario/dirigenti	115,57	1,58	0,67	114,66
Ruolo sanitario/comparto	197,55	2,21	5,44	200,78
Ruolo professionale/dirigenti	0	0	0	0
Ruolo professionale/comparto	0	0	0	0
Ruolo tecnico/dirigenti	0	0	0	0
Ruolo tecnico/comparto	67,14	1,23	0	65,91
Ruolo amministrativo/dirigenti	0	0	0	0
Ruolo amministrativo/comparto	122,36	5,51	0	116,85
Altri rapporti di lavoro	28,18	1,24	22,4	49,34
Personale universitario	0	0	0	0
<b>Totale settore assistenza distrettuale</b>	<b>530,80</b>	<b>11,77</b>	<b>28,51</b>	<b>547,54</b>
<b>Settore assistenza ospedaliera</b>				
Ruolo sanitario/dirigenti	107,43	7,75	4,58	104,26
Ruolo sanitario/comparto	219,08	8,42	3,99	214,65
Ruolo professionale/dirigenti	0	0	0	0
Ruolo professionale/comparto	1,00	0	0	1
Ruolo tecnico/dirigenti	0	0	0	0
Ruolo tecnico/comparto	99,75	1,67	0,17	98,25
Ruolo amministrativo/dirigenti	0	0	0	0
Ruolo amministrativo/comparto	53,23	2,1	0	51,13
Altri rapporti di lavoro	27,69	0	32,96	60,65
Personale universitario	12,00	0	0	12
<b>Totale assistenza ospedaliera</b>	<b>520,18</b>	<b>19,94</b>	<b>41,70</b>	<b>541,94</b>
<b>Settore amministrazione e supporto</b>				
Ruolo sanitario/dirigenti	2,00	0	0	2
Ruolo sanitario/comparto	8,90	0	0	8,9

Ruolo professionale/dirigenti	1,00	0	0	1
Ruolo professionale/comparto	0	0	0	0
Ruolo tecnico/dirigenti	0	0	0	0
Ruolo tecnico/comparto	81,10	2,22	0	78,88
Ruolo amministrativo/dirigenti	12,00	2,08	1,71	11,63
Ruolo amministrativo/comparto	111,74	7,12	0,75	105,37
Altri rapporti di lavoro	0,36	0	0,39	0,75
<b>Tot. settore amministr. e supporto</b>	<b>217,10</b>	<b>11,42</b>	<b>2,85</b>	<b>208,53</b>
<b>Totale aziendale</b>				
Ruolo sanitario/dirigenti	247,00	9,33	6,15	243,82
Ruolo sanitario/comparto	519,78	14,32	11,19	516,65
Ruolo professionale/dirigenti	2,00	0	0	2
Ruolo professionale/comparto	1,00	0	0	1
Ruolo tecnico/dirigenti	0	0	0	0
Ruolo tecnico/comparto	260,42	5,62	0,17	254,97
Ruolo amministrativo/dirigenti	12,00	2,08	1,71	11,63
Ruolo amministrativo/comparto	337,78	15,16	0,75	323,37
Altri rapporti di lavoro	60,97	1,24	58,15	117,88
Personale universitario	12,00	0	0	12
<b>Totale aziendale</b>	<b>1452,95</b>	<b>47,75</b>	<b>78,12</b>	<b>1483,32</b>
<b>Rilevazione costo personale</b>				
Personale dipendente comparto	43.268.354,21	989.839,66	341.123,64	42.619.638,19
Personale dipendente dirigenza	28.436.229,76	769.037,96	509.438,54	28.176.630,35
<b>Totale costo personale dipendente</b>	<b>71.704.583,97</b>	<b>1.758.877,61</b>	<b>850.562,18</b>	<b>70.796.268,54</b>
Altre forme contrattuali	2.368.565,65	-	2.660.177,88	5.028.743,53
Personale universitario	50.000,00	-	-	50.000,00
<b>Totale costo personale</b>	<b>74.123.149,62</b>	<b>1.758.877,61</b>	<b>3.510.740,06</b>	<b>75.875.012,07</b>

## EVOLUZIONE DOTAZIONE DEL PERSONALE ASL 2

	Consuntio 2006 31.12	Cessati 2007	Assunti 2007	31.12.2007
<b>Rilevazione unità pesate di personale</b>				
<b>Settore assistenza collettiva</b>				
Ruolo sanitario/dirigenti	9,00	0	0	9
Ruolo sanitario/comparto	3,80	0	0	3,8
Ruolo professionale/dirigenti	0	0	0	0
Ruolo professionale/comparto	0	0	0	0
Ruolo tecnico/dirigenti	0	0	0	0
Ruolo tecnico/comparto	1,00	0	0	1
Ruolo amministrativo/dirigenti	0	0	0	0
Ruolo amministrativo/comparto	13,10	0	0	13,1
Altri rapporti di lavoro	0,60	0	0,07	0,67
Personale universitario	0	0	0	0
<b>Totale settore assistenza collettiva</b>	<b>27,50</b>	<b>0</b>	<b>0,07</b>	<b>27,57</b>
<b>Settore assistenza distrettuale</b>				
Ruolo sanitario/dirigenti	51,40	3,05	0,25	48,6
Ruolo sanitario/comparto	164,25	2,88	2,83	164,2
Ruolo professionale/dirigenti	0	0	0	0
Ruolo professionale/comparto	0	0	0	0
Ruolo tecnico/dirigenti	0	0	0	0
Ruolo tecnico/comparto	19,85	0	0	19,85
Ruolo amministrativo/dirigenti	0	0	0	0
Ruolo amministrativo/comparto	59,93	3,66	0	56,27
Altri rapporti di lavoro	13,55	0	0,18	13,73
Personale universitario	0	0	0	0
<b>Totale settore assistenza distrettuale</b>	<b>308,98</b>	<b>9,59</b>	<b>3,26</b>	<b>302,65</b>
<b>Settore assistenza ospedaliera</b>				
Ruolo sanitario/dirigenti	162,20	2,1	5,17	165,27
Ruolo sanitario/comparto	405,79	8,77	15,1	412,12
Ruolo professionale/dirigenti	0	0	0	0
Ruolo professionale/comparto	1,00	0	0	1
Ruolo tecnico/dirigenti	0	0	0	0
Ruolo tecnico/comparto	163,45	5,66	3,48	161,27
Ruolo amministrativo/dirigenti	0	0	0	0
Ruolo amministrativo/comparto	44,03	0,25	0	43,78
Altri rapporti di lavoro	47,71	7,44	0,05	40,32
Personale universitario	0	0	0	0
<b>Totale assistenza ospedaliera</b>	<b>824,18</b>	<b>24,22</b>	<b>23,8</b>	<b>823,76</b>
<b>Settore amministrazione e supporto</b>				
Ruolo sanitario/dirigenti	5,00	0	0	5
Ruolo sanitario/comparto	17,10	0,66	0	16,44

Ruolo professionale/dirigenti	3,00	0	0	3
Ruolo professionale/compart	0	0	0	0
Ruolo tecnico/dirigenti	0	0	0	0
Ruolo tecnico/comparto	70,00	3,58	0,83	67,25
Ruolo amministrativo/dirigenti	8,00	3,07	0	4,93
Ruolo amministrativo/comparto	85,95	1,59	0,33	84,69
Altri rapporti di lavoro	1,27	0	0,13	1,4
<b>Tot. settore amminist. e supporto</b>	<b>190,32</b>	<b>8,9</b>	<b>1,29</b>	<b>182,71</b>
<b>Totale aziendale</b>				
Ruolo sanitario/dirigenti	227,60	5,15	5,42	227,87
Ruolo sanitario/comparto	590,94	12,31	17,93	596,56
Ruolo professionale/dirigenti	3,00	0	0	3
Ruolo professionale/comparto	1,00	0	0	1
Ruolo tecnico/dirigenti	0	0	0	0
Ruolo tecnico/comparto	254,30	9,24	4,31	249,37
Ruolo amministrativo/dirigenti	8,00	3,07	0	4,93
Ruolo amministrativo/comparto	203,01	5,5	0,33	197,84
Altri rapporti di lavoro	63,13	7,44	0,43	56,12
Personale universitario	0	0	0	0
<b>Totale aziendale</b>	<b>1350,98</b>	<b>42,71</b>	<b>28,42</b>	<b>1336,69</b>
<b>Rilevazione costo personale</b>				
Personale dipendente comparto	40.367.134,32	677.501,50	623.118,15	40.312.750,97
Personale dipendente dirigenza	27.596.542,90	532.465,58	364.008,93	27.428.086,25
Totale costo personale dipendente	67.963.677,22	1.209.967,08	987.127,08	67.740.837,22
Altre forme contrattuali	2.449.987,82	394.509,08	37.113,02	2.092.591,76
Personale universitario	-	-	-	-
<b>Totale costo personale</b>	<b>70.413.665,04</b>	<b>1.604.476,16</b>	<b>1.024.240,10</b>	<b>69.833.428,98</b>

## EVOLUZIONE DOTAZIONE DEL PERSONALE ASL To1

	31.12.2008	31.12.2009	31.12.2010
<b>Rilevazione unità pesate di personale</b>			
<b>Settore assistenza collettiva</b>			
Ruolo sanitario/dirigenti	33,9	33,9	33,9
Ruolo sanitario/comparto	98,12	98,12	98,12
Ruolo professionale/dirigenti	1	1	1
Ruolo professionale/comparto	0	0	0
Ruolo tecnico/dirigenti	0	0	0
Ruolo tecnico/comparto	12,93	12,93	12,93
Ruolo amministrativo/dirigenti	0	0	0
Ruolo amministrativo/comparto	62,68	62,24	61,8
Altri rapporti di lavoro	7,81	7,81	7,81
Personale universitario	0	0	0
<b>Totale settore assistenza collettiva</b>	<b>216,44</b>	<b>216</b>	<b>215,56</b>
<b>Settore assistenza distrettuale</b>			
Ruolo sanitario/dirigenti	160,58	159,1	157,62
Ruolo sanitario/comparto	374,03	374,03	374,03
Ruolo professionale/dirigenti	0	0	0
Ruolo professionale/comparto	0	0	0
Ruolo tecnico/dirigenti	0	0	0
Ruolo tecnico/comparto	85,31	84,86	84,41
Ruolo amministrativo/dirigenti	0	0	0
Ruolo amministrativo/comparto	165,71	160,64	155,57
Altri rapporti di lavoro	70,13	70,13	70,13
Personale universitario	0	0	0
<b>Totale settore assistenza distrettuale</b>	<b>855,76</b>	<b>848,76</b>	<b>841,76</b>
<b>Settore assistenza ospedaliera</b>			
Ruolo sanitario/dirigenti	275,86	273,26	270,66
Ruolo sanitario/comparto	638,44	638,44	638,44
Ruolo professionale/dirigenti	0	0	0
Ruolo professionale/comparto	2	2	2
Ruolo tecnico/dirigenti	0	0	0
Ruolo tecnico/comparto	255,73	251,76	247,79
Ruolo amministrativo/dirigenti	0	0	0
Ruolo amministrativo/comparto	92,59	91,02	89,45
Altri rapporti di lavoro	93,97	93,97	93,97
Personale universitario	12	12	12
<b>Totale assistenza ospedaliera</b>	<b>1370,59</b>	<b>1362,45</b>	<b>1354,31</b>
<b>Settore amministrazione e supporto</b>			
Ruolo sanitario/dirigenti	7	7	7
Ruolo sanitario/comparto	25	25	25

Ruolo professionale/dirigenti	4	4	4
Ruolo professionale/compart	0	0	0
Ruolo tecnico/dirigenti	0	0	0
Ruolo tecnico/comparto	140,73	137,58	134,43
Ruolo amministrativo/dirigenti	15,63	15,63	15,63
Ruolo amministrativo/comparto	185,89	182,46	179,03
Altri rapporti di lavoro	1,84	1,84	1,84
<b>Tot. settore amminist. e supporto</b>	<b>380,09</b>	<b>373,51</b>	<b>366,93</b>
<b>Totale aziendale</b>			
Ruolo sanitario/dirigenti	477,34	473,26	469,18
Ruolo sanitario/comparto	1135,59	1135,59	1135,59
Ruolo professionale/dirigenti	5	5	5
Ruolo professionale/comparto	2	2	2
Ruolo tecnico/dirigenti	0	0	0
Ruolo tecnico/comparto	494,7	487,13	479,56
Ruolo amministrativo/dirigenti	15,63	15,63	15,63
Ruolo amministrativo/comparto	506,87	496,36	485,85
Altri rapporti di lavoro	173,75	173,75	173,75
Personale universitario	12	12	12
<b>Totale aziendale</b>	<b>2822,88</b>	<b>2800,72</b>	<b>2778,56</b>
<b>Rilevazione costo personale</b>			
Personale dipendente comparto	83.589.581,04	83.408.268,68	83.227.083,65
Personale dipendente dirigenza	56.082.329,53	55.938.457,28	55.794.565,36
Totale costo personale dipendente	139.671.910,57	139.346.725,96	139.021.649,02
Altre forme contrattuali	6.989.704,45	6.989.704,45	6.989.704,45
Personale universitario	50.000,00	50.000,00	50.000,00
<b>Totale costo personale</b>	<b>146.711.615,03</b>	<b>146.386.430,41</b>	<b>146.061.353,47</b>

# APPENDICE TABELLE COMPLEMENTARI

## PREVISIONE DEL COSTO DI ACQUISTO BENI

	2006	2007 Tend.	2007 Progr	2008 Tend.	2008 Progr.	2009 Tend.	2009 Progr.	2010 Tend.	2010 Progr.
Acquisti e manutenzioni	44.590,87	46.822,00	46.822,00	50.269,00	50.269,00	51.767,00	51.767,00	53.424,00	53.424,00
di cui Acq. Farmaci	9.852,92	16.154,00	16.154,00	17.267,00	17.267,00	17.861,00	17.861,00	18.478,00	18.478,00
Variazione delle rimanenze	- 178,27	-	-	-	-	-	-	-	-
Servizi appaltati	9.485,25	9.888,00	9.888,00	10.107,00	10.107,00	10.265,00	10.265,00	10.502,00	10.502,00
Godimento di beni e servizi	3.069,07	3.430,00	3.430,00	4.198,00	4.198,00	4.292,00	4.292,00	4.392,00	4.392,00
<b>Totale</b>	<b>56.966,92</b>	<b>60.140,00</b>	<b>60.140,00</b>	<b>64.574,00</b>	<b>64.574,00</b>	<b>66.324,00</b>	<b>66.324,00</b>	<b>68.318,00</b>	<b>68.318,00</b>
Economie attese per:									
Controllo consumi (quantità)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Controllo prezzi acquisto	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Totale	-	-	-	-	-	-	-	-	-

## PREVISIONE DEL COSTO DELL'ASSISTENZA FARMACEUTICA

	2006	2007	2008	2009	2010
<b>Assist. farmac. territoriale (convenzionata)</b>					
Assistenza farmaceutica erogata tramite le farmacie	98.732,83	96.500,00	98.141,00	99.613,00	101.107,00
- Mobilità attiva	15.364,00	15.364,00	15.365,00	15.365,00	15.365,00
+ Mobilità passiva	12.379,00	12.379,00	12.380,00	12.380,00	12.380,00
<b>Totale assis. farmac. convenzionata per residenti</b>	<b>95.747,83</b>	<b>93.515,00</b>	<b>95.156,00</b>	<b>96.628,00</b>	<b>98.122,00</b>
<b>Distribuzione diretta di farmaci acquistati dall'Azienda sanitaria (esclusi H)</b>					
Primo ciclo di terapia e farmaci inseriti PHT	3.507,00	3.626,00	3.776,00	3.894,00	4.021,00
Altri farmaci oggetto di distribuzione diretta	862,00	948,00	989,00	1.017,00	1.046,00
Farmaci distribuiti alle strutture socio-sanitarie	173,00	788,00	853,00	896,00	940,00
Distribuzione farmaci per conto	-	-	-	-	-
<b>Totale distribuzione diretta</b>	<b>4.542,00</b>	<b>5.362,00</b>	<b>5.618,00</b>	<b>5.807,00</b>	<b>6.007,00</b>
- Mobilità attiva	804,00	804,00	803,00	803,00	803,00
+ Mobilità passiva	11.421,00	11.421,00	11.421,00	11.421,00	11.421,00
<b>Totale distribuzione diretta per residenti</b>	<b>15.159,00</b>	<b>15.979,00</b>	<b>16.236,00</b>	<b>16.425,00</b>	<b>16.625,00</b>
<b>Farmaci H</b>					
Farmaci H distribuiti	3.618,00	3.984,00	4.351,00	4.499,00	4.608,00
- Mobilità attiva	201,00	201,00	201,00	201,00	201,00
+ Mobilità passiva	2.569,00	2.569,00	2.569,00	2.569,00	2.569,00
<b>Totale farmaci H distribuiti per residente</b>	<b>5.986,00</b>	<b>6.352,00</b>	<b>6.719,00</b>	<b>6.867,00</b>	<b>6.976,00</b>
Farmaci H utilizzati internamente	3.394,00	3.958,00	4.217,00	4.362,00	4.549,00
<b>Farmaci per la produzione</b>					
Farmaci utilizzati internamente	3.760,00	3.292,00	3.521,00	3.636,00	3.756,00
<b>Totale acquisto farmaci</b>	<b>15.314,00</b>	<b>16.596,00</b>	<b>17.707,00</b>	<b>18.304,00</b>	<b>18.920,00</b>
<b>Totale spesa farmaci</b>	<b>114.046,83</b>	<b>113.096,00</b>	<b>115.848,00</b>	<b>117.917,00</b>	<b>120.027,00</b>

Assist. farmac. erogata tramite le farmacie	98.732,83	96.500,00	98.141,00	99.613,00	101.107,00
di cui farmaci equivalenti (% o importo)	-	-	-	-	-
Farmaci utilizzati internamente	3.760,00	3.292,00	3.521,00	3.636,00	3.756,00
di cui farmaci equivalenti (% o importo)	-	-	-	-	-