



A.S.L. NO
AZIENDA SANITARIA LOCALE di NOVARA
Viale Roma 7 - NOVARA

***DELIBERAZIONE
DEL DIRETTORE GENERALE***

N° 382 del 30/06/2023

***OGGETTO:* APPROVAZIONE E ADOZIONE DELLA RELAZIONE
SULLA PERFORMANCE A.S.L. "NO" - ANNO 2022.**

***PROPONENTE:* S.S.D. GOVERNO CLINICO E SVILUPPO STRATEGICO**

§§§§§§§§§§

IL DIRETTORE GENERALE
(nominato con d.G.R. n° 10-3292 del 28 maggio 2021)

Nella data sopra indicata, su conforme proposta istruttoria della competente Struttura aziendale (sopra individuata), previa acquisizione del parere del Direttore Amministrativo, stante l'assenza del Direttore Sanitario, ha assunto, in Novara, presso la sede dell'Ente, la deliberazione di cui all'interno.

OGGETTO: APPROVAZIONE E ADOZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE A.S.L. “NO” - ANNO 2022.

*Il Dirigente Responsabile della s.s.d. Governo Clinico e Sviluppo Strategico
Dott.ssa Daniela Sarasino
Formula la sotto estesa proposta istruttoria*

§§§§§§§§§§

- RICHIAMATO*** l’art. 10 del D. Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150, che prevede – alla lettera b), la predisposizione di “un documento, da adottare entro il 30 giugno, denominato “Relazione sulla performance” che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all’anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati e alle risorse ...”;
- RICHIAMATE*** le Linee guida per la Relazione annuale sulla performance del novembre 2018 della Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento della Funzione Pubblica Ufficio di cui al punto precedente, che prevedono – tra l’altro – che la relazione sia predisposta entro il 30 giugno;
- RICHIAMATA*** la D.G.R. 25-6944 del 23.12.13 che – nell’Allegato B – fornisce indirizzi per la gestione del Ciclo della Performance, individuando – entro il 31 luglio – la data entro la quale redigere la Relazione Annuale sulla Performance (RAP);
- VISTO*** il comma 522 della Legge 28 dicembre 2015, n. 208;
- ESAMINATA*** la Relazione sulla Performance predisposta dalle singole strutture aziendali per quanto di competenza, in coerenza con le linee guida sopracitate e con la D.G.R. 25-6944/2013;
- DATO ATTO*** che l’Organismo Indipendente di Valutazione ha proceduto all’esame ed alla validazione della Relazione sulla Performance dell’A.S.L. “NO” per l’anno 2022 nella seduta del 20 giugno 2023, come da verbale disponibile agli atti e ha confermato la validazione attraverso successiva verifica in remoto a seguito di richiesta di specifica integrazione (mail del 30 giugno 2023 disponibile agli atti);
- ATTESO*** che – ai sensi dell’art. 11, comma 8, del D. Lgs. 150/2009 – corre l’obbligo di pubblicare sul sito istituzionale aziendale, nella sezione denominata “Trasparenza, valutazione e merito” la Relazione sulla Performance;

DELIBERA

per tutto quanto in premessa indicato:

1. **di approvare e adottare** il documento allegato quale parte integrante e sostanziale al presente provvedimento, denominato “Relazione Annuale sulla Performance Aziendale e sugli esiti del monitoraggio delle attività assistenziali e della loro qualità – Anno 2022”;
2. **di pubblicare** sul sito istituzionale aziendale, nella sezione denominata “Trasparenza, valutazione e merito” il documento di cui al punto precedente.

IL DIRETTORE GENERALE

VISTA la sopra estesa proposta istruttoria;

con il concorso del parere del Direttore Amministrativo e stante l’assenza del Direttore Sanitario;

DECIDE DI APPROVARLA INTEGRALMENTE

ADOTTANDOLA QUALE PROPRIA DELIBERAZIONE

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Angelo Penna

(Firmato digitalmente ai sensi dell’art. 21 D.Lgs. n. 82/2005)

§§§§§§§§§§

Il presente provvedimento si compone di un documento principale di n. 3 pagine e di n. 1 allegati

Allegato n. 1 “Relazione annuale sulla performance aziendale e sugli esiti del monitoraggio delle attività assistenziali e della loro qualità – anno 2022” n. 125 pagine



REGIONE PIEMONTE
AZIENDA SANITARIA LOCALE NO
NOVARA

**RELAZIONE ANNUALE SULLA *PERFORMANCE*
AZIENDALE
E SUGLI ESITI DEL MONITORAGGIO
DELLE ATTIVITÀ ASSISTENZIALI
E DELLA LORO QUALITÀ**

ANNO 2022

Novara, 30 giugno 2023

Relazione validata dall'O.I.V. il 30 giugno 2023

INDICE

Premessa	Pag.	3
1. Il contesto	Pag.	4
1.1 Territorio servito	Pag.	4
1.2 Popolazione	Pag.	5
1.3 Stili di vita	Pag.	6
1.4 Malattie infettive	Pag.	6
1.5 Sicurezza sul lavoro	Pag.	7
1.6 Sicurezza stradale	Pag.	7
1.7 Sicurezza alimentare	Pag.	8
1.8 Ambienti di vita	Pag.	9
1.9 Condizioni di salute	Pag.	9
2. L'organizzazione dei servizi e l'atto aziendale	Pag.	11
2.1 Personale impiegato	Pag.	15
2.2 Attività libero professionale intra moenia	Pag.	19
3. I risultati 2022	Pag.	20
3.1 Obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi del Direttore Generale di cui alla DGR n. 23-5653 del 19/09/2022	Pag.	20
3.2 Performance organizzativa dell'ASL NO	Pag.	67
3.3 Performance individuale dell'ASL NO	Pag.	70
4. Gli indicatori di monitoraggio dell'assistenza e della loro qualità	Pag.	71
Appendice – Schede di approfondimento	Pag.	85

PREMESSA

La presente relazione, nella quale viene dato conto del raggiungimento degli obiettivi strategici correlati al sistema di incentivazione, della performance aziendale, nonché degli esiti del monitoraggio delle attività assistenziali e della loro qualità dell'ASL NO per l'anno 2022, è strutturata come di seguito dettagliato:

1. Il contesto dell'ASL NO, capitolo nel quale vengono rappresentate le principali caratteristiche del territorio (popolazione, determinanti dello stato di salute) dove l'ASL NO espleta la propria *mission*. Tale capitolo è strutturato prevedendo un testo sintetico e il rimando a specifiche schede di approfondimento per i diversi argomenti, riportate in appendice;
2. La struttura e l'organizzazione dei servizi dell'ASL NO che delineano la dotazione organica e l'articolazione in servizi e per macrolivelli di assistenza;
3. I risultati 2022. In questo capitolo viene dato conto dei principali esiti dei diversi sistemi di monitoraggio aziendali (obiettivi assegnati alle strutture, valutazione del personale), nonché degli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi del Direttore Generale di cui alla DGR n. 23-5653 del 19/09/2022, assegnati ai fini dell'attribuzione della quota integrativa del trattamento economico dei Direttori Generali delle Aziende sanitarie regionali per l'anno 2022. In particolare, rispetto a questo punto è riportata integralmente la relazione predisposta dal Direttore Generale e inviata ai competenti settori regionali nei tempi previsti dalla normativa, ad esclusione degli allegati che non sono riportati e restano disponibili agli Atti.
4. Indicatori di monitoraggio dell'assistenza e della loro qualità, in cui viene dato conto del livello di *performance* di alcuni indicatori previsti dal Piano Nazionale Esiti nell'ultimo aggiornamento disponibile.

La stesura della relazione è stata curata dalla s.s.d. Governo Clinico e Sviluppo Strategico, con il contributo dei Servizi dell'ASL NO, ciascuno per la sua parte specifica.

1. IL CONTESTO

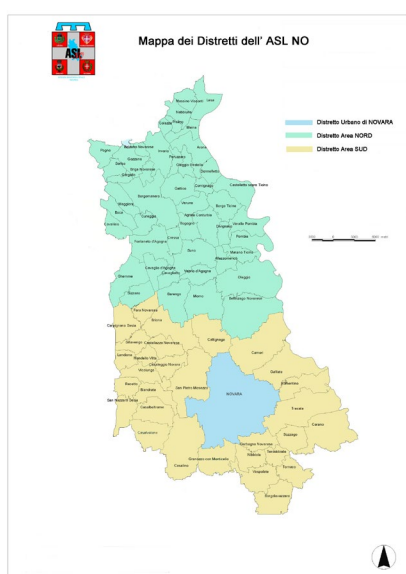
1.1 Territorio servito

L'ASL NO di Novara, collocata nel Piemonte Nord Orientale, opera su un territorio in gran parte coincidente con quello della Provincia di Novara (sono esclusi 11 Comuni).

Il territorio (fig. 1) ha un'estensione di 1.203 km² e dal punto di vista oro-geografico è composto prevalentemente da aree pianeggianti (pari a circa il 70% del territorio).

L'ASL NO confina a nord con l'ASL VCO, a ovest e sud-ovest con l'ASL VC, a est e sud-est con la Lombardia. La distanza tra Novara e Milano è circa la metà di quella da Torino (54 km. vs 103 km.).

I 76 comuni dell'ASL NO sono raggruppati in 3 distretti, e segnatamente:



Distretto Urbano di Novara

Comune: Novara
Superficie: 103 km²

Distretto Area Nord

Comuni: Agrate Conturbia, Arona, Barengo, Bellinzago Nov., Boca, Bogogno, Bolzano Nov., Borgo Ticino, Borgomanero, Briga Nov., Castelletto Ticino, Cavaglietto, Cavaglio D'Agogna, Cavallirio, Colazza, Comignago, Cressa, Cureggio, Divignano, Dormelletto, Fontaneto D'Agogna, Gargallo, Gattico-Veruno, Ghemme, Gozzano, Inverio, Lesa, Maggiora, Marano Ticino, Massino Visconti, Meina, Mezzomerico, Momo, Nebbiuno, Oleggio, Oleggio Castello, Paruzzaro, Pisano, Pogno, Pombia, Sizzano, Soriso, Suno, Vaprio D'Agogna, Varallo Pombia.,
Superficie: 559 km²

Distretto Area Sud

Comuni: Biandrate, Borgolavezzaro, Briona, Caltignaga, Cameri, Carpignano Sesia, Casalbeltrame, Casaleggio Novara, Casalino, Casalvolone, Castellazzo Nov., Cerano, Fara Nov.se, Galliate, Garbagna Nov., Granozzo, Landiona, Mandello Vitta, Nibbiola, Recetto, Romentino, S. Nazzaro Sesia, S. Pietro Mosezzo, Sillavengo, Sozzago, Terdobbiato, Tornaco, Trecate, Vespolate, Vicolungo.
Superficie: 541 km²

1.2 Popolazione

(cfr. schede sezione I - Demografia)

Al 31.12.2021 risultano residenti sul territorio dell'ASL di Novara 341.391 persone. Il 44% della popolazione risiede nel Distretto Area Nord che comprende 46 Comuni, mentre nel Distretto Urbano di Novara risiede il 30%; una quota di poco inferiore (26%) risiede nel Distretto Area Sud che comprende 30 Comuni.

Uomini e donne non sono ugualmente distribuiti nelle diverse fasce della popolazione: nelle età avanzate prevalgono decisamente le donne.

Complessivamente le donne rappresentano il 51% della popolazione e sono più numerose degli uomini nelle classi di età più avanzate, costituendo il 57% della popolazione con più di 65 anni e il 64% di quella con più di 80 anni. Nelle classi di età infantili la differenza è più contenuta ed è a favore del sesso maschile (< 15 anni: 51% vs 49%).

Quasi due terzi della popolazione ha un'età compresa tra 15 e 64 anni. Rispetto all'anno 2001 si registra un invecchiamento della popolazione, con un incremento degli ultra 64enni (24% vs 20%) a scapito della classe di età 15-64 anni (63% vs 67%); i minori di 15 anni rimangono invece costanti (13%).

Nel 2021 in ASL NO, ogni 100 giovani con meno di 15 anni risiedono 192 ultra64enni. Nell'ultimo ventennio l'indice di vecchiaia è aumentato su tutto il territorio. Superiori al valore aziendale (192) risultano gli indici dei Distretti Area Nord (206) e Urbano di Novara (193), mentre il Distretto Area Sud risulta inferiore (169). Il Distretto Area Nord rappresenta il Distretto più "vecchio", caratterizzandosi per i maggiori indici di vecchiaia e dipendenza.

Ogni 100 persone tra i 15 ed i 64 anni se ne registrano poco più della metà (58) nelle altre classi di età, considerate "non attive"; questo indice "di dipendenza" risulta in aumento, con differenze contenute tra i Distretti (Distretti Area Sud e Urbano di Novara: 58; Distretto Area Nord: 59).

Gli indici di vecchiaia e dipendenza dell'ASL NO sono entrambi inferiori a quelli regionali (Piemonte: vecchiaia 220; dipendenza 62).

Nel 2021 la popolazione nell'ASL NO è diminuita, confermando l'andamento iniziato nel 2014. Il bilancio demografico infatti risulta negativo, in quanto il saldo migratorio costantemente positivo (più iscrizioni che cancellazioni anagrafiche), non riesce a "compensare" il saldo naturale che si conferma negativo (più morti che nuovi nati). Da alcuni anni la natalità risulta in diminuzione sul territorio dell'ASL NO. Nel 2021, si sono registrati 2.254 nuovi nati, corrispondenti a 6,6 nuovi nati ogni 1.000 residenti, valore in ulteriore diminuzione rispetto agli anni precedenti, anche se superiore alla natalità del Piemonte (6,3 per 1.000). La natalità più elevata si registra nel Distretto Area Sud (7,6 nuovi nati per 1.000 residenti).

La natalità più bassa si registra nel Distretto Area Nord (5,6). Nel Distretto Urbano di Novara il tasso di natalità registra un valore di 7,2 nuovi nati per 1.000 residenti.

I neonati stranieri sono il 23% di tutti i neonati, ma con differenze tra i Distretti: 13,4% nel Distretto Area Nord, più del doppio (31,6%) nel Distretto Urbano di Novara e nel Distretto Area Sud (25,4%).

Dopo la crescita dei decenni precedenti, dal 2013 la quota di neonati stranieri ha iniziato a scendere e nel 2021 è di 1,5 nuovi nati ogni 1.000 residenti. I residenti stranieri continuano comunque ad avere una maggiore natalità degli italiani: nel 2021 si sono registrati 14 nati stranieri ogni 1.000 stranieri e 6 nati italiani ogni 1.000 italiani.

Gli stranieri (35.937) costituiscono da alcuni anni l'11% dei residenti con proporzioni che risultano più elevate nel Distretto Urbano di Novara (15%) rispetto a quelli di Area Nord (8%) e Area Sud (11%). Gli stranieri continuano ad essere rappresentati prevalentemente da soggetti in età produttiva e bambini: il 60% ha meno di 40 anni, il 20% ha meno di 15 anni e il 7% ha meno di 5 anni.

L'Europa centro-orientale costituisce la principale area di provenienza degli stranieri, ma le provenienze sono diversificate per genere e mostrano una diversa distribuzione nei tre Distretti dell'ASL NO.

L'Europa centro-orientale costituisce la principale area di provenienza degli stranieri, ma le provenienze sono diversificate per genere e mostrano una diversa distribuzione nei tre Distretti dell'ASL NO.

1.3 Stili di vita

(cfr. schede sezione II – Stili di vita)

L'abitudine tabagica

L'abitudine tabagica si conferma in diminuzione e la Legge che ha vietato di fumare nei locali pubblici e sui luoghi di lavoro ha contribuito a diminuire l'accettabilità sociale del fumo di sigaretta. Il divieto di fumare continua ad essere sostanzialmente rispettato; le diffuse conoscenze sui danni del fumo di sigaretta comportano sue limitazioni anche in ambito domestico.

Migliorare l'attenzione di medici e operatori sanitari agli stili di vita delle persone è un obiettivo dei Piani di Prevenzione. Solo poco più della metà dei fumatori riferisce di avere ricevuto nell'ultimo anno il consiglio di smettere di fumare da un operatore sanitario.

Nell'ASL NO l'attività del Centro di Trattamento del Tabagismo è in aumento e le azioni svolte mostrano risultati efficaci in termini di astensione dal fumo e riduzione del numero di sigarette quotidiane.

Il consumo di bevande alcoliche

Un'assunzione non corretta di alcol oltre ai danni diretti sulla salute fisica può causare comportamenti a rischio per se stessi e per gli altri.

Il consumo di alcol è il comportamento a rischio per l'insorgenza di malattie croniche che registra la minore attenzione da parte di medici ed operatori sanitari.

Il consumo di alcol prevalentemente fuori pasto e quello *binge* sono le modalità a rischio più diffuse.

La situazione nutrizionale

L'eccesso di peso accorcia la durata di vita e ne peggiora la qualità, favorendo l'insorgenza e/o l'aggravamento di diverse patologie.

Nell'ASL NO, a 8-9 anni più di 1 bambino su 4 è in eccesso ponderale (dato in peggioramento rispetto al 2016, dove era pari al 14%).

Gli adolescenti in eccesso ponderale invece sono di meno. Tale condizione aumenta però nelle età successive e tra i 50 ed i 69 anni l'eccesso ponderale coinvolge 1 persona su 2.

Aumentare il consumo di frutta e verdura in bambini ed adulti è obiettivo dei Piani di Prevenzione perché il consumo quotidiano di almeno 5 porzioni al giorno è protettivo nei confronti di alcune neoplasie.

Pertanto è necessario promuovere una maggiore consapevolezza del ruolo del consumo di frutta e verdura (e dell'alimentazione in generale) nella tutela della salute e nella prevenzione delle malattie e favorire lo sviluppo di comportamenti corretti anche attraverso la collaborazione con la scuola ed altri attori sociali.

1.4 Malattie infettive

(cfr. schede sezione III – Malattie infettive)

La pandemia SARS-CoV-2

Il 30 Marzo 2020 l'epidemia da SARS-Cov-2 è stata dichiarata dall'OMS un'emergenza di sanità pubblica di interesse internazionale. Il giorno seguente il Governo italiano ha proclamato lo stato di emergenza e messo in atto le prime misure di contenimento del contagio.

All'11/03/2022, il trend di soggetti attualmente positivi tra i residenti o domiciliati nel territorio dell'ASL NO è risultato in diminuzione: infatti il numero di soggetti positivi è passato da oltre 10.000 durante il picco della quarta ondata (gennaio 2022) agli attuali 958. I soggetti under 14 rappresentano circa il 16% dei soggetti attualmente positivi. Il picco raggiunto a gennaio 2022 è risultato molto più elevato rispetto a quello raggiunto nello stesso periodo dell'anno precedente.

L'arma più efficace a nostra disposizione nella lotta al SARS-CoV-2 è sicuramente quella della vaccinazione: i soggetti più anziani rappresentano la maggior parte di coloro che hanno completato il ciclo

vaccinale con la terza dose, mentre i livelli di non adesione più elevati si ritrovano nei soggetti più giovani (12-19 anni).

In relazione ai ricoveri presso il Presidio Ospedaliero di Borgomanero, sono state oltre 1400 le persone ricoverate in circa due anni di pandemia: tra queste, meno di un quarto è deceduta mentre i restanti sono stati dimessi o trasferiti. I ricoveri complessivi del periodo 2021-2022 sono risultati meno numerosi rispetto a quelli che si sono verificati nel 2020-2021: solamente i ricoveri nei reparti ad alta intensità hanno avuto un picco più elevato a marzo 2021 rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente.

La riduzione complessiva nel numero di ricoverati nell'ultimo anno è da attribuirsi verosimilmente all'intensa campagna di vaccinazione: 223.530 soggetti domiciliati sul territorio dell'ASL NO infatti hanno ricevuto la terza dose di vaccino, completando quindi il ciclo previsto.

La copertura vaccinale per morbillo, parotite e rosolia a 24 mesi nell'ASL NO nel 2019 risulta pari al 92,43%, lievemente inferiore quindi all'obiettivo previsto dal Piano Nazionale Vaccini.

L'entrata in vigore della Legge 119/2017 sull'obbligo vaccinale, ha consentito un recupero delle coperture vaccinali per morbillo, parotite e rosolia; nell'ASL NO il miglioramento era già in atto dagli anni precedenti, a seguito della messa in opera di attività di informazione e recupero dei soggetti da vaccinare.

A partire dalla coorte 2018 si è assistito ad un calo generalizzato delle coperture dovuto alle difficoltà create dalla pandemia. Si metteranno in atto opportune strategie di recupero.

L'efficacia di elevati livelli di coperture vaccinale della popolazione è da sempre ampiamente dimostrata. Infatti, i casi di morbillo nell'ASL NO negli ultimi anni sono stati rilevati in numero esiguo. In Regione, nel 2019 sono stati notificati appena 57 nuovi casi, mentre nel territorio di competenza ASL NO solo 13.

Nel corso del 2020 e nel 2021 le notifiche si sono attestate su livelli significativamente minori rispetto agli anni precedenti per via delle difficoltà dovute al COVID.

1.5 Sicurezza sul lavoro

(cfr. schede sezione IV – Sicurezza sul lavoro)

La struttura produttiva del territorio della ASL NO è composta soprattutto da aziende di piccole o piccolissime dimensioni, tuttavia la maggior parte degli addetti è impiegata in aziende di medie e grandi dimensioni. Il settore con il maggior numero di addetti (oltre 33.000) è quello delle attività manifatturiere, seguito con circa 10.000 dalla Sanità e Commercio.

Il territorio dell'ASL NO è caratterizzato dall'elevata presenza di stabilimenti a rischio di incidente rilevante sopra soglia, ai sensi del D. Lgs. 105/15.

I 20 stabilimenti della ASL NO rappresentano il 25% delle aziende di questo tipo in Piemonte.

Nel 2021 Gli infortuni sul lavoro gravi (mortalità o che hanno provocato un'inabilità permanente di qualunque grado o che hanno comportato più di 40 giorni di prognosi) risultano il 27% dei 1.483 infortuni definiti "in occasione di lavoro".

Gli infortuni gravi anche sul territorio dell'ASL NO sono in diminuzione e registrano valori inferiori a quelli nazionali, ma superiori a quella regionali.

1.6 Sicurezza stradale

(cfr. schede sezione V – Incidenti stradali)

Il parco veicolare della Provincia di Novara è particolarmente consistente: nel 2020 ogni 10 residenti risultavano in circolazione più di 6 automobili.

Il "Quinto Programma d'azione europeo per la sicurezza stradale" ha fissato l'obiettivo di ridurre la mortalità per incidente stradale del 50% tra il 2021 ed il 2030 e di avvicinarsi all'azzeramento di vittime e feriti entro il 2050.

In Provincia di Novara la riduzione della mortalità per incidente stradale tra il 2010 e il 2020 è stata del 56%, valore superiore a quello della Regione Piemonte (-44%) e a quello di tutti i Paesi Europei. Tale riduzione è verosimilmente da attribuire al minor utilizzo di autoveicoli che si è verificato durante il

periodo pandemico da SARS-CoV-2. Nello stesso periodo si sono ridotti in maniera importante anche il numero di incidenti stradali (-46%) e il numero di feriti da incidente stradale (-48%).

L'andamento complessivo degli incidenti stradali in tutte le Province del Quadrante Nord-Est del Piemonte (Novara, Biella, Vercelli, Verbano-Cusio-Ossola) mostra un significativo decremento tra il 2000 e il 2020.

Meno di un quarto dei decessi per incidente stradale si verifica a carico degli utenti "più deboli" della strada (20% pedoni, 6% ciclisti), mentre più della metà dei decessi si sviluppa a carico degli automobilisti (53%).

Gli incidenti che si verificano nelle ore notturne sono spesso più gravi di quelli accaduti di giorno: infatti sia la mortalità che la lesività sono massime durante la notte.

Per prevenire i danni causati dagli incidenti stradali è importante incrementare tra i residenti dell'ASL l'uso delle cinture di sicurezza (soprattutto posteriori) e del seggiolino per bambini. Il casco risulta invece utilizzato dalla totalità dei motociclisti.

Per la prevenzione degli incidenti stradali inoltre si deve continuare a lavorare per ridurre ulteriormente la guida in stato di ebbrezza (attualmente riferita dal 9% degli adulti tra i 18 e i 69 anni). I controlli delle Forze dell'Ordine con l'*etilotest* sono attualmente indirizzati ai bevitori a maggior rischio e stanno contribuendo alla riduzione della guida in stato d'ebbrezza; questa attività ha un impatto di un certo rilievo anche sulle prestazioni del Servizio di Medicina Legale.

1.7 Sicurezza Alimentare

(cfr. schede sezione VI – Sicurezza alimentare)

Presenza di fitosanitari nelle acque ad uso potabile

I fitosanitari più frequentemente riscontrati nel territorio dell'ASL sono i diserbanti.

I quantitativi rinvenuti consentono di escludere un pericolo immediato per la salute pubblica.

Le falde più interessate dalla contaminazione di prodotti fitosanitari sono nell'Area Sud del territorio dell'ASL, prevalentemente destinata a coltivazioni cerealicole (riso e mais). Impianti di trattamento vengono installati non solo per evitare il superamento dei parametri di legge ma anche a scopo precauzionale.

"Casette dell'acqua"

Le "casette dell'acqua" sono punti di erogazione automatica di acqua collegati all'acquedotto ed installati in spazi pubblici. Il loro scopo è offrire acqua refrigerata e/o addizionata di anidride carbonica (acqua gassata), variamente trattata. Attualmente sul territorio dell'ASL NO sono presenti 47 "casette dell'acqua" collocate in altrettanti Comuni. Gestori delle "casette" e operatori SIAN effettuano varie attività per garantire la salubrità dell'acqua erogata da questi impianti.

Distributori automatici di latte crudo

La vendita di latte crudo direttamente dal produttore al consumatore viene effettuata attraverso l'utilizzo di distributori automatici. Gli standard di produzione e distribuzione, richiesti alle aziende per questa attività, sono elevati e vengono costantemente controllati e verificati dal Servizio Veterinario dell'ASL NO.

Attualmente sul territorio dell'ASL di Novara sono presenti 4 distributori automatici, collocati nelle stesse aziende agricole di produzione del latte.

Carni di cinghiale

In provincia di Novara i cinghiali sono presenti e anche sottoposti a periodiche campagne di abbattimento. Prima di consumare carne di cinghiale è importante sottoporla a controlli sanitari che garantiscano l'assenza di *Trichinella spiralis*, parassita che provoca una malattia rara ma con esiti anche molto gravi. Al momento dell'acquisto, un bollo sanitario sull'etichetta garantisce il consumatore che la carne è stata ispezionata ed è risultata idonea al consumo. Solo nel 2020 in Piemonte si è registrato 1 solo caso di

infestazione umana da *Trichinella spiralis*, dovuto al consumo di cinghiale cacciato, non sottoposto ai controlli sanitari.

Il consumo dei funghi in sicurezza

Ogni anno vengono registrati episodi di intossicazione da funghi con casi di malattie che talvolta richiedono il ricovero e che possono anche risultare mortali. Per prevenire l'ingestione di funghi velenosi, non commestibili o mal conservati, i raccoglitori possono usufruire della consulenza gratuita dell'Ispettorato Micologico operativo presso il Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione. Nel periodo 2008-2022 l'Ispettorato ha registrato 1.454 accessi con identificazione di 2.548 specie fungine. Il ritiro e la distruzione del 30% dei funghi esaminati dimostrano come questo servizio fornito ai cittadini contribuisca a prevenire casi di intossicazione e avvelenamento da funghi.

Allerte alimentari

Per impedire la distribuzione di prodotti alimentari risultati non conformi, dal 2000 in Europa è attivo il RASFF (Rapid Alert System for Food and Feed - Sistema di Allerta Rapido per Alimenti e Mangimi). Il RASFF è costituito da punti di contatto attivi 24 ore su 24; nell'ASL NO è attivo un ufficio unico condiviso tra SIAV e SIAN che verifica il ritiro dei prodotti segnalati dal sistema e lo attiva nel caso di riscontro di non conformità sul proprio territorio.

1.8 Ambienti di vita

(cfr. schede sezione VII – Ambienti di vita)

Prevenzione del randagismo

Chi viene in possesso di un cane ha l'obbligo di verificarne la corretta identificazione così come i proprietari di cucciolate devono provvedere, prima della cessione dei cuccioli, ad identificarli. Tutti gli eventi che riguardano il cane (variazioni di detenzione, cessioni, o decessi) devono essere segnalati al Servizio Veterinario. La detenzione di animali di proprietà, non identificati o non in regola con le registrazioni degli eventi, comporta l'applicazione di sanzioni amministrative.

L'attività di sensibilizzazione e di vigilanza, svolta dal Servizio Veterinario dell'ASL NO nel corso degli anni, anche in collaborazione con altri Enti e associazioni, ha portato ad una lieve ma progressiva riduzione del numero di animali rinvenuti vaganti sul territorio e, in particolare, a un decremento del numero di cani ritrovati non identificati.

1.9 Condizioni di salute

(cfr. schede sezione VIII - Mortalità)

La *speranza di vita alla nascita*, per i residenti dell'ASL NO, nel 2019 risulta pari a 85,5 anni per le donne e 80,9 per gli uomini.

Negli anni l'incremento della speranza di vita si è associato ad una riduzione della differenza tra i generi: nel 2019, rispetto al 1999, la speranza di vita alla nascita è aumentata di 3,2 anni per le donne e di 4,5 anni per gli uomini.

Dal 2009 al 2019 la speranza di vita è aumentata ulteriormente di 1,4 anni per le donne e di 2,1 per gli uomini. Risulta quindi evidente che la speranza di vita tende ad aumentare soprattutto tra gli uomini.

La situazione osservata nell'ASL NO è analoga a quella del Piemonte.

Le *malattie dell'apparato circolatorio* e i *tumori* rappresentano le due principali cause di morte per entrambi i sessi. La terza causa di morte è rappresentata dalle malattie respiratorie.

Le principali cause di morte non sono uguali tra i due sessi.

Tra gli uomini il numero di decessi per questi due gruppi è sovrapponibile, infatti i decessi per tumore rappresentano il 33% e le malattie dell'apparato circolatorio il 31% dei 1.811 decessi maschili del 2019.

Tra le donne, le decedute per malattie dell'apparato circolatorio sono decisamente più numerose di

quelle decedute per tumore (36% vs 24% dei 2.079 decessi femminili medi annui del 2019).

Le *malattie cardiovascolari* mostrano da più di 30 anni una diminuzione costante di mortalità in entrambi i sessi. Il dato riguarda sia la mortalità complessiva che quella specifica per ischemie cardiache e malattie cerebrovascolari che rappresentano il 56% dei decessi per questa causa. Nell'ASL NO la mortalità per ischemie cardiache è superiore a quella regionale; la mortalità per malattie cerebrovascolari è invece inferiore a quella del Piemonte.

Per i *tumori* la mortalità complessiva sempre in diminuzione negli ultimi anni, in entrambi i generi nel 2019 è leggermente aumentata nell'ASL NO.

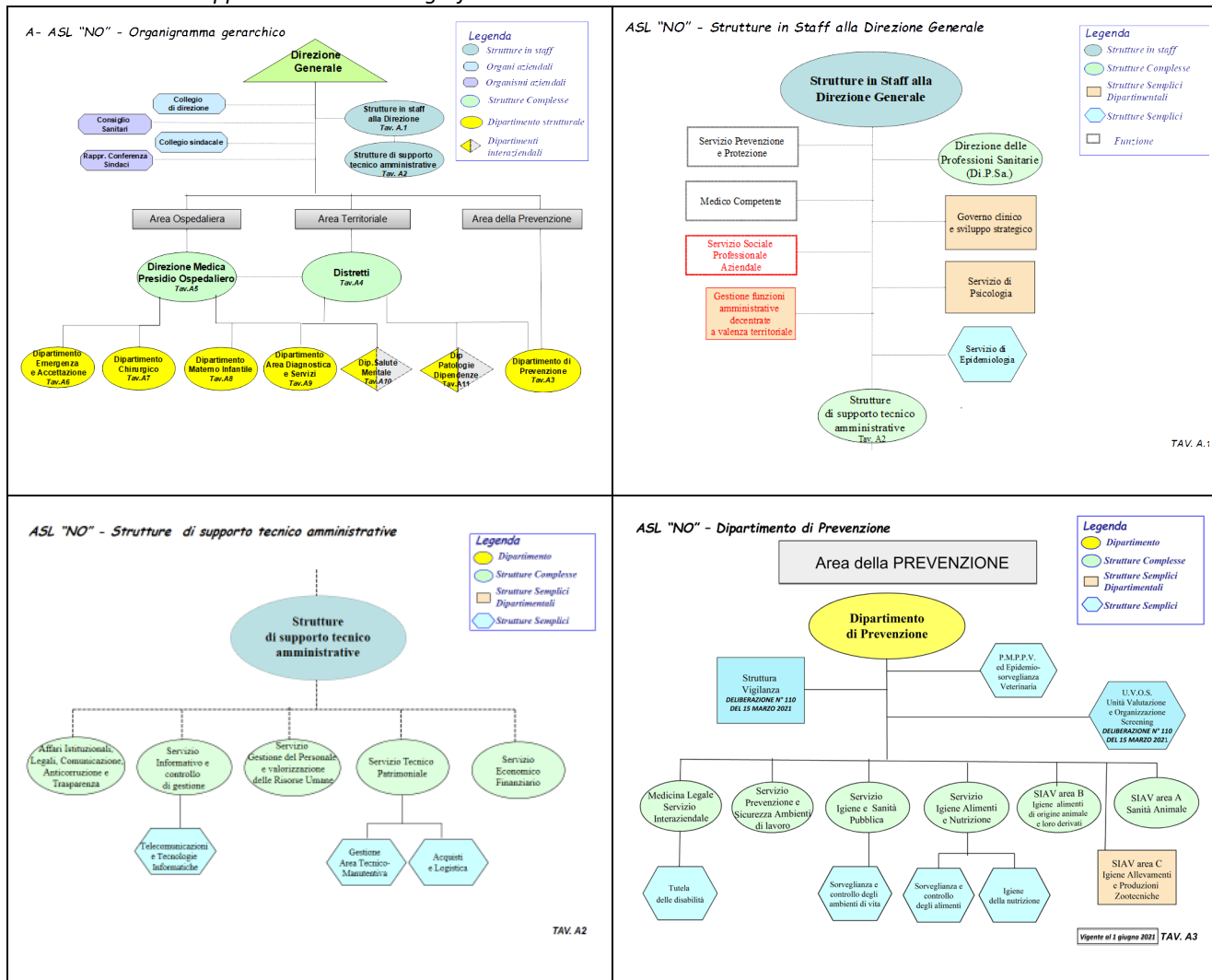
Considerando i tumori più frequenti, la mortalità per tumore del polmone nel 2019 è aumentata tra gli uomini ed è invece in diminuzione tra le donne; quella per tumore della mammella è in diminuzione anche grazie alla progressiva diffusione dello screening preventivo.

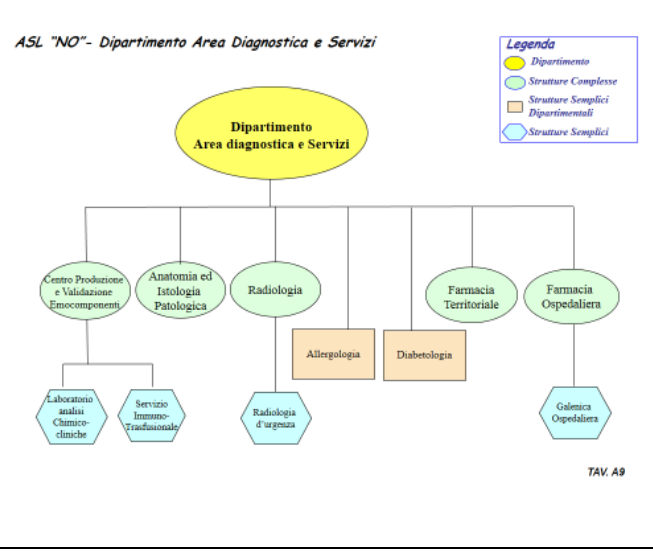
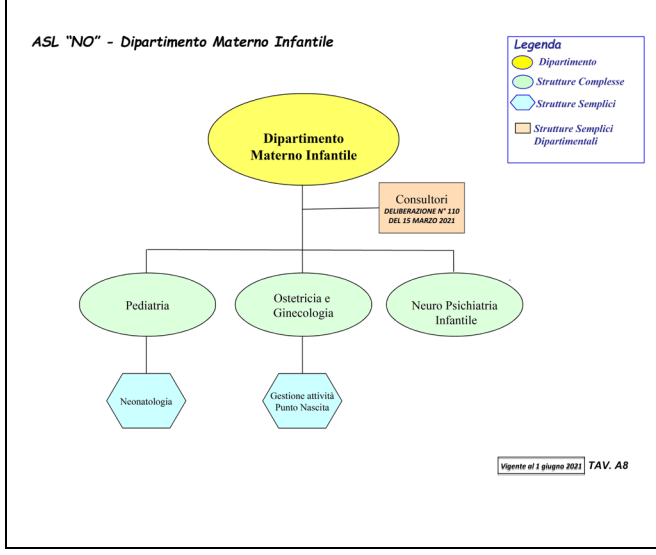
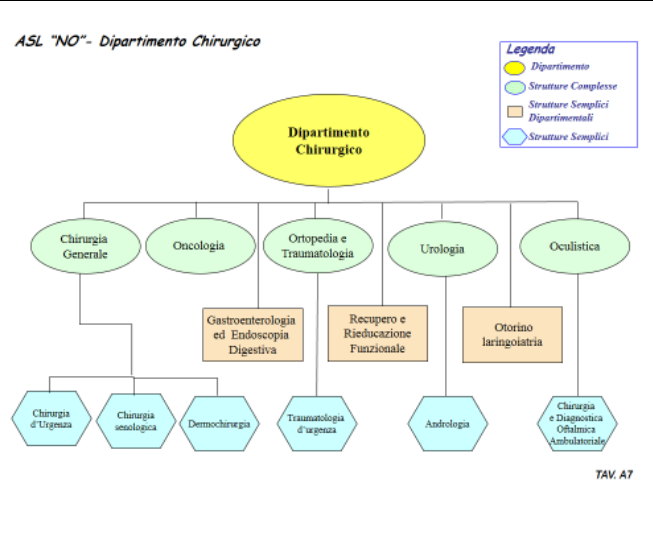
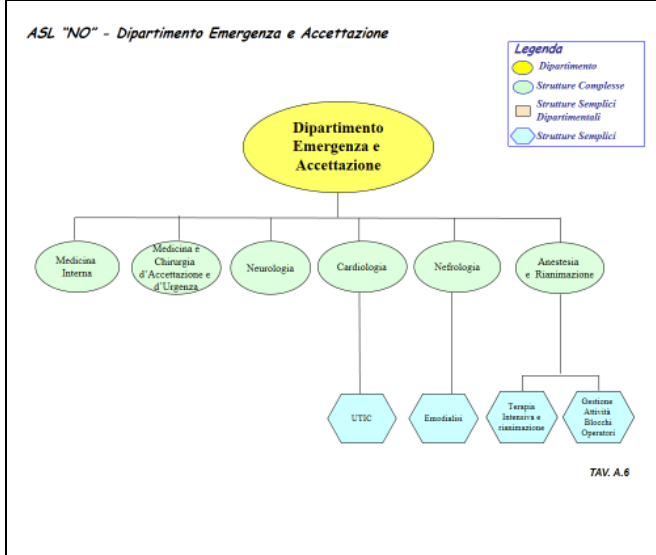
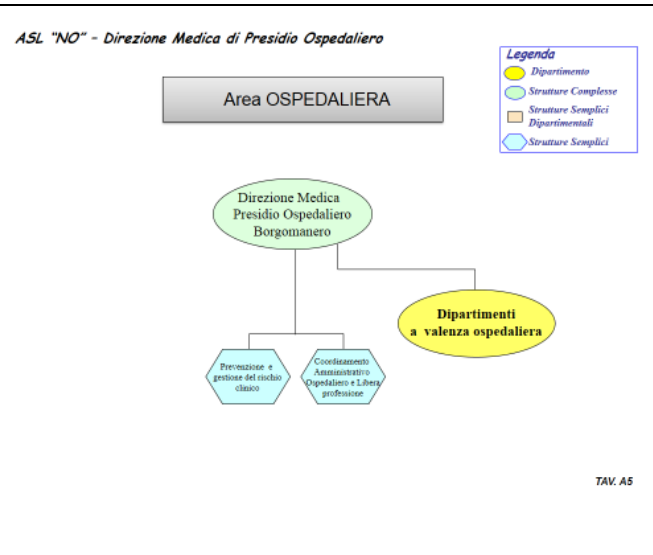
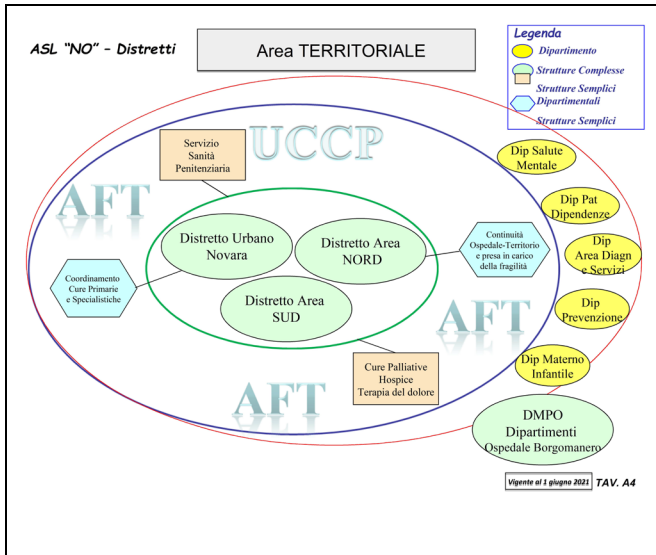
2. L'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI E L'ATTO AZIENDALE

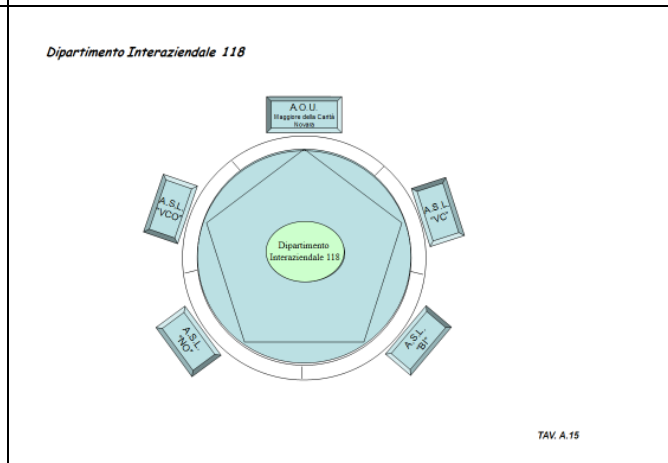
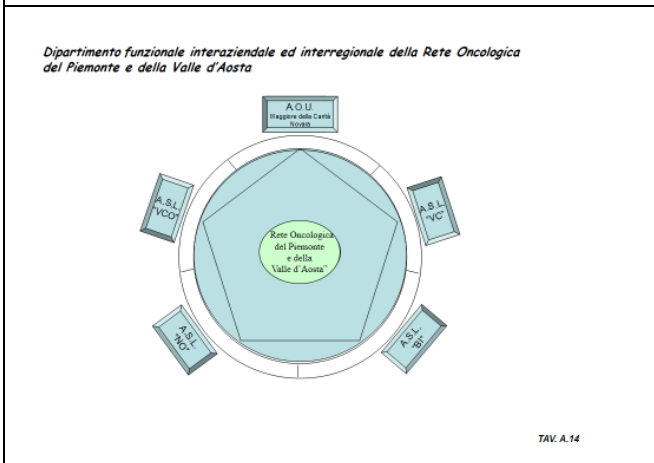
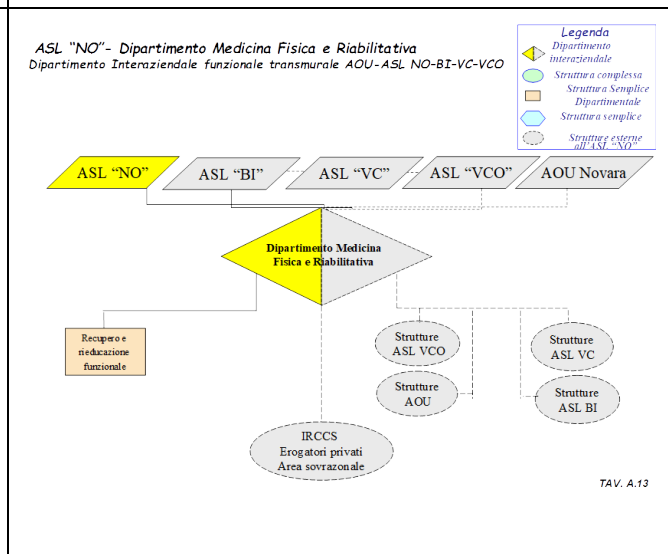
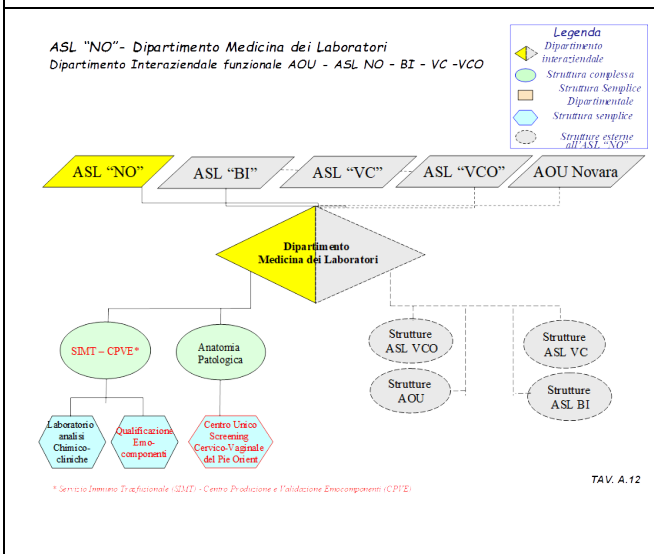
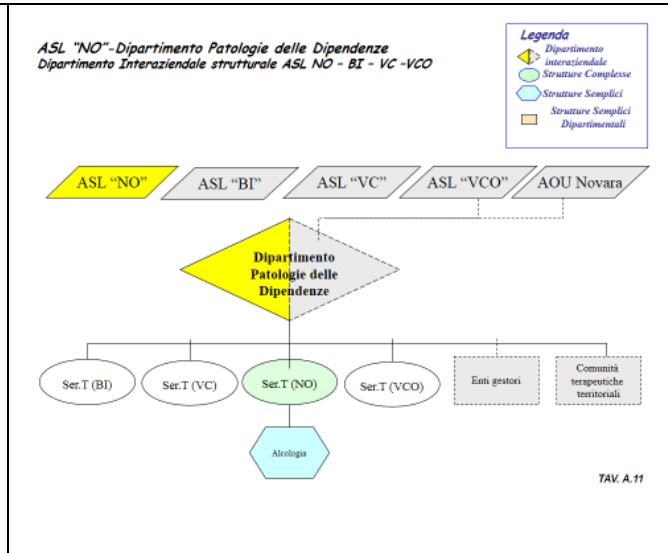
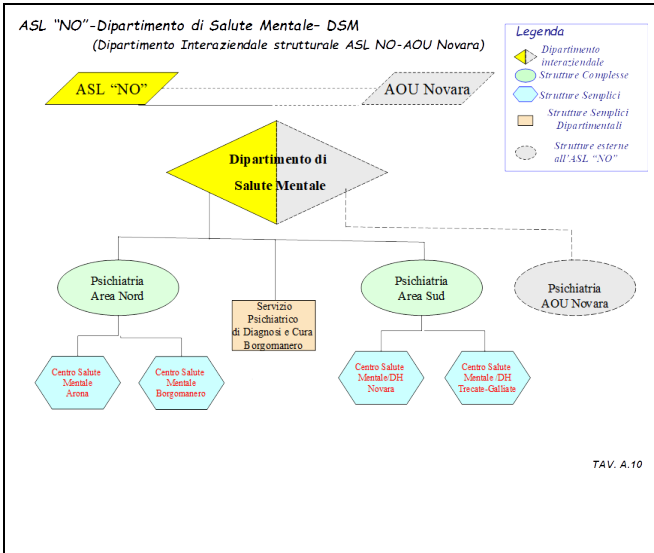
L'ASL di Novara è organizzata secondo l'Atto Aziendale recepito con deliberazione del Direttore Generale n. 352 del 18/06/2021.

Di seguito la rappresentazione iconografica dell'organizzazione aziendale.

Atto aziendale – Rappresentazione iconografica







L'ASL NO opera mediante i seguenti presidi a gestione diretta:

- 6 Poliambulatori distrettuali rispettivamente con sede in Novara, Arona, Oleggio, Borgomanero, Ghemme, Trecate;
- 5 Case della Salute rivolte all'età adulta (Arona CAP- presso il Presidio Territoriale di Arona, Antenna di Oleggio, Antenna di Ghemme, Novara, Cerano) e 1 per quella pediatrica (Trecate). Tali servizi rappresentano un punto di riferimento al di fuori dell'ospedale per malati cronici e cittadini che necessitano di accesso alle cure primarie e costituiscono il luogo dove si concretizza l'accoglienza, l'orientamento ai servizi, la continuità assistenziale, la gestione delle patologie croniche e la medicina d'iniziativa.
- 10 punti di continuità assistenziale (ex Guardia Medica);
- 2 Punti di assistenza pediatrica territoriale (PAPT) a Borgomanero e a Novara;
- 1 Hospice;
- 1 CureOT;
- 2 RSA a gestione diretta (Gattico e Oleggio);
- 2 Strutture residenziali Psichiatriche: Comunità "Oasi" e "Tigli"
- 1 Centrale Operativa Territoriale secondo indicazioni DM 77/2022 sita a Trecate;
- 1 Presidio Ospedaliero a Borgomanero, ospedale "spoke" con DEA di I livello, dotato di 203 posti letto di ricovero ordinario, 23 per ricovero diurno e 20 culle, che copre circa il 18% del fabbisogno dei residenti dell'ASL NO; nel 2022 ha registrato circa 10.736 dimessi, 4.498 interventi chirurgici e 43.419 accessi al DEA.

Sul territorio aziendale insistono i seguenti ulteriori erogatori di assistenza ospedaliera:

- Azienda Ospedaliero-Universitaria di Novara – Ospedale Maggiore della Carità;
- Strutture private accreditate convenzionate e rispettivamente:
 - nel Distretto Area Nord: due strutture con degenza (Casa di cura San Carlo di Mercurago – struttura di lungodegenza; Casa di cura neuropsichiatrica Villa Cristina di Nebbiuno). In tale Distretto insiste anche l'IRCCS Maugeri di Veruno;
 - nel Distretto Area Sud: una struttura con degenza e specialistica ambulatoriale (Casa di Cura I Cedri di Fara Novarese);
 - nel Distretto Urbano di Novara una struttura con attività di degenza e specialistica ambulatoriale (Casa di Cura San Gaudenzio) e due con attività specialistica ambulatoriale (DOC Service e CDC).

Sono inoltre presenti sul territorio 219 presidi convenzionati eroganti assistenza semi-residenziale e residenziale per anziani, disabili ed altri utenti. In particolare:

- 54 strutture per anziani tra: RSA – RA- RAA – CDI – CDAI- NAT, per un totale di 2.721 assistiti;
- 95 strutture relative a servizi per la prima infanzia tra: asili nido – micronidi – sez. primavera – centro custodia oraria totale 2.440 bambini (0-3 anni);
- 26 strutture per minori tra: comunità mamma bambino – centri diurni – accoglienza minori non accompagnati – comunità educativa socio assistenziale – gruppi appartamento numero di presenti altamente variabile;
- 44 strutture per disabili tra: gruppi appartamento – RAF – CD – comunità alloggio, numero di presenti in corso di verifica per quelli di Novara mentre per il Distretto Sud e Nord un totale di 300 persone.
- centri estivi con un numero variabile di anno in anno che va dai 70 a 100.

2.1 Personale impiegato

Il **personale dipendente** dell'ASL ha subito l'evoluzione numerica presentata nella tabella sottostante.

Andamento personale dipendente ASL NO, per qualifica. Periodo 2019-2022

Raggruppamento qualifica	31/12/2019	31/12/2020	31/12/2021	31/12/2022
Medici e Veterinari	319	306	290	281
Odontoiatri e altro personale sanitario laureato	28	31	30	35
Personale infermieristico	783	817	811	801
Personale riabilitativo	72	71	94	90
Altro personale sanitario	125	135	138	133
Personale professionale dirigente	3	3	3	3
Personale tecnico dirigente	1	1	1	-
Personale tecnico comparto	242	275	286	275
Personale amministrativo dirigente	8	7	7	9
Personale amministrativo comparto	274	297	352	303
TOTALE COMPLESSIVO	1.855	1.943	2.012	1.930

Si osserva nell'anno 2022 una diminuzione del numero complessivo del personale dipendente.

L'incremento rilevato nel 2021 rispetto all'anno 2020 era dovuto al reclutamento di personale a tempo determinato (con particolare riferimento al personale infermieristico, al personale tecnico della prevenzione, al personale tecnico di laboratorio, OSS e al personale del ruolo amministrativo) per il potenziamento delle strutture territoriali ed ospedaliere impegnate nella gestione dell'emergenza epidemiologica Covid-19.

La riduzione di personale rilevata al 31/12/2022 rispetto all'anno 2021 è in gran parte riconducibile a:

- cessazione dei rapporti di lavoro a tempo determinato che erano stati costituiti per l'emergenza Covid 19. Ciò con particolare riferimento al personale del ruolo amministrativo che era stato reclutato per l'attività di supporto presso i centri vaccinali, per l'attività di *contact tracing* e per l'attività di gestione e rendicontazione COVID;
- difficoltà rilevate nel reperimento, soprattutto di personale medico, nonostante l'indizione di molteplici procedure assuntive di seguito elencate.

Area della Dirigenza:

- n. 11 procedure di mobilità interaziendale per Dirigente Medico (Otorinolaringoiatria, n. 2 per Cure Palliative, Struttura Vigilanza, Chirurgia Generale, Ortopedia e Traumatologia, UVOS, Igiene degli Alimenti e della Nutrizione, Psichiatria, Gastroenterologia, Igiene e Sanità Pubblica);
- n. 1 procedura di mobilità per dirigente Amministrativo da destinare al Magazzino Unico Sanitario;
- n. 19 concorsi per dirigente medico (n. 2 MECAU, Oftalmologia, Organizzazione dei Servizi Sanitari di Base, n. 2 di Medicina Interna, SER.D, Pediatria, Anatomia Patologica, Ostetricia e Ginecologia, Ortopedia e Traumatologia, SIAN, Oncologia, Cardiologia, Medicina Legale, Cure Palliative, Direzione Medica di Presidio Ospedaliero, Gastroenterologia, Psichiatria);
- n. 4 selezioni per incarichi di Direzione di struttura complessa (Distretto Urbano Novara, Pediatria, SPRESAL, SIAN);
- n. 1 concorso per Dirigente di Farmacia Territoriale;
- n. 1 concorso per Dirigente Amministrativo da assegnare alla s.c. SEF;
- n. 1 concorso per Dirigente Analista;
- n. 2 avvisi a tempo determinato per Dirigente Amministrativo (SEF e MUSA);
- n. 10 selezioni comparative ex art. 7, comma 6, D.Lgs. 165/2001 per Medici (Radiodiagnostica, Cure Palliative, Medicina Legale, Neurologia, Gastroenterologia, Medico Competente, n. 2 Igiene Epidemiologia e Sanità Pubblica, Psichiatria, Pediatria);
- n. 1 selezione comparativa ex art. 7, comma 6, D.Lgs. 165/2001 per Farmacista di Farmacia Territoriale;
- n. 2 selezioni comparative ex art. 7, comma 6, D.Lgs. 165/2001 per Psicologi (progetto cyberbullismo e progetto demenze).

Area del Comparto

- n. 1 avviamento a selezione tramite Centro per l'Impiego Operatore Tecnico Centrale 116/117;
- n. 1 avviamento a selezione tramite Centro per l'Impiego per coadiutore amministrativo ex legge 68/99;
- n. 1 avviamento a selezione tramite Centro per l'Impiego per operatore tecnico/magazzino;
- n. 2 procedure di mobilità interaziendale per collaboratore amministrativo professionale;
- n. 5 avvisi a tempo determinato per assistente sociale, assistente amministrativo, infermiere, tecnico di laboratorio biomedico e terapeuta occupazionale;
- n. 3 concorso per educatore professionale, infermiere, assistente sanitario;
- n. 1 concorso per collaboratore tecnico professionale - ingegnere ex legge 68/99;
- n. 1 concorso per collaboratore tecnico professionale - informatico ex legge 68/99;
- n. 1 concorso per assistente tecnico - geometra ex legge 68/99;
- n. 1 concorso per assistente tecnico – perito elettrotecnico ex legge 68/99;
- n. 2 selezioni comparative ex art. 7, comma 6, D.Lgs. 165/2001 per logopedista e per terapeuta occupazionale.

Al fine di reclutare personale del comparto per fronteggiare l’Emergenza COVID-19 sono state inoltre emanate dall’ASL NO le seguenti specifiche procedure che si aggiungono a quelle “ordinarie”: n. 2 avvisi per l’assunzione di infermieri a tempo determinato.

Un altro fattore che ha comportato la riduzione di personale è rappresentato dall'elevato *turn over* di personale dipendente soprattutto per quanto riguarda il personale infermieristico e del ruolo tecnico unitamente alla sopra richiamata difficoltà reclutativa, come si evince dalla seguente tabella indicante per ciascun raggruppamento di qualifica il numero di assunzioni e cessazioni intervenute nel corso dell'anno 2022.

Personale dipendente ASL NO, per qualifica. Confronto assunzioni/cessazioni 2021 vs 2022

Raggruppamento qualifica	TOTALE al 31/12/2021	ASSUNTI 2022	CESSATI 2022	TOTALE al 31/12/2022
Medici e Veterinari	290	44	53	281
Odontoiatri e altro personale sanitario laureato	30	13	8	35
Personale infermieristico	811	88	98	801
Personale riabilitativo	94	10	14	90
Altro personale sanitario	138	13	18	133
Personale professionale dirigente	3	-	-	3
Personale tecnico dirigente	1	-	1	-
Personale tecnico comparto	286	33	44	275
Personale amministrativo dirigente	7	4	2	9
Personale amministrativo comparto	352	86	135	303
TOTALE COMPLESSIVO	2.012	291	373	1.930

A seguito delle difficoltà riscontrate nell'assunzione di talune qualifiche di personale, si è fatto ricorso anche all'istituto dello scorrimento di graduatorie concorsuali di altre aziende, non sempre con esito positivo.

Si è fatto inoltre ricorso a incarichi di lavoro autonomo di tipo libero professionale conferiti a Medici ai sensi dell'art 7, comma 6, D.Lgs. 165/2001. Trattasi questi ultimi di rapporti di lavoro resisi necessari per sopperire alla carenza di personale strutturato sia a tempo indeterminato che a tempo determinato e per l'abbattimento delle liste d'attesa.

Inoltre per l'emergenza COVID nel corso dell'anno 2022 si è fatto ancora ricorso a numeroso personale con contratto libero professionale reclutato nel 2020 e nel 2021. Ciò è particolarmente evidente per il personale medico reclutato con incarichi libero professionali ai sensi dell'art. 2 bis del DL. 18/2020. Infatti i contratti di lavoro sono stati prorogati anche per l'anno 2022 (anche dopo la conclusione dello stato di emergenza) al fine di non interrompere le attività di contenimento della pandemia Covid-19, svolta 7 giorni su 7, con particolare riferimento a:

- prosecuzione della campagna vaccinale;
- effettuazione e refertazione dei tamponi;
- attività di *contact tracing*, attività di gestione dei casi positivi, attività di chiusura dei percorsi con inserimento della guarigione, attività di supporto ai Medici di Medicina Generale effettuata tramite una linea telefonica dedicata;
- attività di monitoraggio e gestione focolai in RSA e in ambito scolastico;

- attività di gestione alle problematiche connesse al procedimento sanzionatorio per mancato adempimento all'obbligo vaccinale. La proroga dei contratti in essere ha consentito di disporre di personale già addestrato, che nel frattempo aveva raggiunto elevati livelli di autonomia e conoscenza e che potesse effettuare anche attività di formazione per eventuale ulteriore nuovo personale.

Anche relativamente al personale infermieristico si è resa necessaria nel 2022, dopo la conclusione dello stato di emergenza, la prosecuzione dell'attività di contenimento della pandemia Covid-19 con particolare riferimento a:

- attività svolte presso gli HUB vaccinali a livello territoriale;
- permanenza delle modifiche dei livelli di complessità assistenziali attesi in ambito ospedaliero, elevatisi a causa delle conseguenze dell'evento pandemico;
- necessità di dover garantire l'attività assistenziale a seguito dell'attivazione di nuovi posti letto di terapia intensiva e sub intensiva.

Una parte dei contratti di lavoro a tempo determinato del suddetto personale infermieristico sono stati "stabilizzati" nel mese di dicembre 2022 ai sensi della L. 234/2021.

Infine per il personale avente qualifica di Medico ed Infermiere sono stati mantenuti in essere diversi rapporti di somministrazione lavoro tramite Randstad. Le procedure per il reclutamento del suddetto personale erano state indette dal Commissario straordinario per l'emergenza COVID (somministrazione Randstad).

MEDICINA GENERALE, MEDICINA PEDIATRICA E MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE INTERNA

L'Azienda impiega stabilmente **personale non dipendente**, generalmente medici convenzionati, ed in particolare Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatri di Libera Scelta (PLS), Medici di Continuità Assistenziale, Medici Specialisti ambulatoriali.

Medici Cure Primarie – consuntivo anno 2022 (situazione al 31/12/2022)

Consuntivo ANNO 2022	MEDICI di MEDICINA GENERALE	PEDIATRI di LIBERA SCELTA	MEDICI di CONTINUITA' ASSISTENZIALE (ex GUARDIA MEDICA)*	TOTALE MEDICI IN CONVENZIONE PER LE CURE PRIMARIE
	213	31	54 (unità equivalenti)	298
Distretto Urbano di Novara	70	10	14	94
Distretto Area Sud	53	7	15	75
Distretto Area Nord	90	14	25	129

Al 31/12/2022 risultano ulteriori:

- n. 14 unità equivalenti aggiuntive con incarico a tempo determinato per l'attività di Continuità Assistenziale Diurna;
- n. 7 equivalenti unità aggiuntive addette in qualità di medico aAsp per assistenza medica penitenziaria.

Specialisti ambulatoriali convenzionati – consuntivo anno 2022 (situazione al 31/12/2022)

AREA DELLA MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE	
ANNO	SPECIALISTI AMBULATORIALI CONVENZIONATI a tempo indeterminato e determinato (DI CUI PSICOLOGI)
2022 consuntivo	60 (13)

2.2 Attività libero professionale intra moenia

Nell'ASL NO l'attività libero professionale intra moenia è organizzata nel rispetto della normativa in vigore (D.lgvo 502/92 e succ.mod. ed int.; DPCM 27.03.2000, DGR 8-9278 del 28.07.2008; L.120/2007; L. 189/2012; DGR 19-5703 del 23.04.2013; DGR 20-1086 del 23.02.2015, DGR 17-4817, 18-4818 del 27.03.2017, DGR DGR Regione Piemonte n. 22-2702 del 29.12.2020; con regolamento aziendale aggiornato con deliberazione n. 531 del 17.10.2022.

L'attività libero professionale intra moenia si svolge:

1. In regime di attività ambulatoriale così suddiviso:

- Individuale presso:

- le strutture dell'ASL NO (Ospedale di Borgomanero e Strutture Territoriali);
- n. 27 Studi Privati in rete regolarmente autorizzati previa convenzione sottoscritta dal dipendente e dal Direttore Generale, ai sensi della L. 189/12;
- n. 20 Centri Privati non accreditati in rete con l'ASL NO previa stipula di accordo convenzionale.

- In equipe presso: i Laboratori Diagnostici ASL NO (Laboratorio Analisi, Radiologia, Anatomia Patologica, Servizio Immunotrasfusionale).

2. In regime di attività di ricovero: presso il Presidio Ospedaliero di Borgomanero.

Di seguito si riportano i dati riferiti ai dipendenti che esercitano l'attività libero professionale intra moenia alla data del 31 dicembre 2022 confrontandoli con i dati del personale dipendente forniti dal Servizio Personale.

Attività libero professionale intramoenia – Anno 2022

Attività libero professionale svolta presso	Nr. Dirigenti Medici	Nr. Dirigenti Sanitari Psicologi	Nr. Dirigenti Veterinari	TOTALE Dirigenti esercenti la libera professione
Esclusivamente in strutture ASL sia per attività ambulatoriale svolta in modo individuale e in équipe (compresa attività di Laboratorio Analisi e CPVE), che per attività di ricovero	43	0	0	43
Sia in strutture ASL che in studi in rete e presso Centri Privati non accreditati	63	7	1	71
Totale	106	7	1	114

Incidenza dirigenti che svolgono la libera professione rispetto al totale dei dipendenti – Anno 2022

Dirigenti medici che esercitano la libera professione	TOTALE Dirigenti Medici in servizio presso l'ASL NO in rapporto esclusivo al 31.12.2022	% Dirigenti Medici che esercita la libera professione
106	246	43%
Dirigenti Veterinari che esercitano la libera professione	TOTALE Dirigenti Veterinari in servizio presso l'ASL NO in rapporto esclusivo al 31.12.2022	% Dirigenti Veterinari che esercita la libera professione
1	27	4%
Dirigenti Sanitari (Psicologi) che esercitano la libera professione	TOTALE Dirigenti Sanitari (Psicologi) in servizio presso l'ASL NO in rapporto esclusivo al 31.12.2022	% Dirigenti Sanitari (psicologi) che esercita la libera professione
7	17	41%

I RISULTATI 2022

3.1 OBIETTIVI ECONOMICO-GESTIONALI, DI SALUTE E DI FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI DEL DIRETTORE GENERALE DI CUI ALLA DGR N. 23-5653 DEL 19/09/2022

Per il 2022 ai Direttori Generali delle ASR della Regione Piemonte sono stati assegnati gli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai fini del riconoscimento della quota integrativa al trattamento economico, corredati dei necessari criteri di valutazione con DGR n. 23-5653 del 19/09/2022.

Gli obiettivi assegnati per il 2022 in alcuni casi ripartiti in sub-obiettivi, sono suddivisi in cinque aree articolate come segue.

Obiettivo	Sub-obiettivo
1. Gestione piani di sviluppo e consolidamento	1.1 Completamento degli interventi ex DGR n. 7-1492 del 12 giugno 2020 (PL di terapia intensiva; semi-intensiva e PS) - PNRR - M6C2 1.2 Potenziamento dell'Assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale - PNRR - M6C1 1.3 Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) - PNRR - M6C2
2. Qualità	2.1 Area osteomuscolare 2.2 Tempestività nell'effettuazione di ptca nei casi di ima stemi 2.3 Appropriately nell'assistenza al parto (NO AOU S. LUIGI) 2.4 Donazioni d'organo 2.5 Miglioramento nella gestione e misurazione del boarding 2.6 Monitoraggio attivo del Nuovo Sistema di garanzia (NSG)
3. Farmaci e dispositivi	3.1 Miglioramento della qualità flussi informativi farmaceutica 3.2 Assistenza farmaceutica - appropriatezza prescrittiva 3.3 Affidabilità dati rilevati da flussi informativi dei dispositivi medici
4. Transizione post-emergenza	4.1 Piano di recupero delle liste di attesa delle prestazioni di ricovero 4.2 Piano di recupero delle prestazioni di screening oncologici 4.3 Piano di recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale 4.4 Piano di recupero vaccinazioni programmate 4.5 Tamponi e vaccini Anti Covid-19 4.6 PanFlu
5. Prevenzione	5.1 Piano della Prevenzione 5.2 Piano regionale integrato per il controlli sulla sicurezza alimentare (PRISA)

Per ciascun sub-obiettivo vengono proposti:

- una sintetica descrizione di quanto indicato nella D.G.R. di riferimento;
- il livello prefissato di raggiungimento dell'obiettivo e dei sub obiettivi (INDICATORE e VALORE ATTESO);
- le azioni intraprese (AZIONI);
- il livello raggiunto dall'Azienda al 31 dicembre 2022 (RISULTATI);
- i documenti più rilevanti prodotti in corso d'anno che comprovano azioni e risultati conseguiti (allegati).

Agli obiettivi sopra citati si deve aggiungere lo specifico obiettivo volto al rispetto dei tempi di pagamento previsto dall'art. 1, comma 865 della legge n. 145/2018 (Legge di Bilancio 2019).

Per l'ASL NO quest'ultimo obiettivo risulta raggiunto completamente in quanto l'indicatore di tempestività dei pagamenti risulta addirittura negativo per l'anno 2022 ed è così suddiviso:

- ITP I TRIMESTRE: - 21 GIORNI;
 - ITP II TRIMESTRE: - 15 GIORNI;
 - ITP III TRIMESTRE: - 17 GIORNI
 - ITP IV TRIMESTRE: - 19 GIORNI
- INDICATORE ANNUALE 2022 - 18 GIORNI

Tale indicatore è pubblicato alla seguente pagina web del sito dell'ASL NO:

<https://trasparenza.asl.novara.it/pagamenti-dellamministrazione/indicatore-tempestivita-pagamenti>

1. Gestione piani di sviluppo e consolidamento

1.1. OBIETTIVO: Completamento degli interventi ex DGR n. 7-1492 del 12 giugno 2020 (PL di terapia intensiva; semi-intensiva e PS) - PNRR - M6C2

A cura del Direttore della s.c. Servizio Tecnico Patrimoniale

DESCRIZIONE

Completamento degli interventi previsti per la realizzazione dei posti letto di terapia intensiva e di terapia semi intensiva nonché degli interventi previsti di adeguamento dei Pronto Soccorso, in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 2 del D.L. n.34 del 19 maggio 2020, la Regione Piemonte con DGR del 12 giugno 2020, n. 7-1492 ha deliberato il Piano Straordinario di riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza COVID-19 approvato dal Ministero della Salute in data 13 luglio 2020.

INDICATORE

- Sub-obiettivo 1.1.1: PL terapia intensiva: Interventi programmati e realizzati al 31.12.2022
- Sub-obiettivo 1.1.2: PL terapia semi-intensiva: Interventi programmati e realizzati al 31.12.2022
- Sub-obiettivo 1.1.3: Interventi adeguamento PS: Interventi programmati e realizzati al 31.12.2022
- Sub-obiettivo 1.1.4: Completamento provvedimenti: Provvedimenti idonei a garantire il rispetto del calendario previsto per gli esercizi successivi da adottare entro il 31.12.2022

VALORE DELL'OBIETTIVO

- Sub-obiettivo 1.1.1: 100%
- Sub-obiettivo 1.1.2: 100%
- Sub-obiettivo 1.1.3: 100%
- Sub-obiettivo 1.1.4: 100%

AZIONI - RISULTATI

Sub-obiettivo 1.1.1

I lavori del primo lotto con la realizzazione e messa in funzione di n. 6 posti letto di Terapia Intensiva sono stati completati il 21.10.2021. Questa attuazione ha consentito di affrontare la terza ondata pandemica con n. 12 posti letto di Terapia Intensiva invece di 6.

I lavori del secondo lotto sono iniziati in data 14.10.2022.

In assenza di imprevisti i lavori edili ed impiantistici saranno ultimati entro il 31.12.2023.

Sub obiettivo 1.1.2

I lavori sono iniziati in data 14 novembre 2022

In assenza di imprevisti i lavori edili ed impiantistici saranno ultimati entro il 31.12.2023.

Sub-obiettivo 1.1.3

I lavori sono iniziati in data 14 novembre 2022

In assenza di imprevisti i lavori edili ed impiantistici saranno ultimati entro il 31.12.2023.

Sub-obiettivo 1.1.4

I provvedimenti sono stati adottati in riferimento all'avanzamento dei lavori, in allineamento agli obiettivi richiesti.

Allegato 1.1 : Verbale inizio lavori DEA

1. Gestione piani di sviluppo e consolidamento

1.2. OBIETTIVO: PNRR - M6C1 - Case di Comunità; Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali

A cura del Direttore della s.c. Servizio Tecnico Patrimoniale

DESCRIZIONE

Alla luce della straordinaria opportunità costituita dal PNRR, il presente obiettivo ha come finalità il conseguimento degli obiettivi programmati dalla Regione Piemonte e validati dai Ministeri competenti per i diversi investimenti che compongono la pianificazione relativamente a: Case di Comunità, Ospedali di Comunità, Centrali Operative Territoriali.

INDICATORE

- Sub-obiettivo 1.2.1: Assegnazione dei codici CUP (Codice Unico di Progetto) ai progetti per la realizzazione delle Case della Comunità entro il 2° trimestre 2022
- Sub-obiettivo 1.2.2: Assegnazione dei progetti idonei per indizione della gara per la realizzazione delle Case della Comunità entro il 4° trimestre 2022
- Sub-obiettivo 1.2.3: Assegnazione codici CUP (Codice Unico di Progetto) per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali entro il 2° trimestre 2022
- Sub-obiettivo 1.2.4: Assegnazione codici CUP (Codice Unico di Progetto) per l'interconnessione aziendale delle Centrali Operative Territoriali entro il 2° trimestre 2022
- Sub-obiettivo 1.2.5: Assegnazione dei progetti idonei per indizione della gara per l'implementazione delle Centrali Operative Territoriali entro il 3° trimestre 2022
- Sub-obiettivo 1.2.6: Assegnazione codici CIG/provvedimento di convenzione per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali entro il 4° trimestre 2022
- Sub-obiettivo 1.2.7: Assegnazione codici CIG/provvedimento di convenzione per l'interconnessione aziendale delle Centrali Operative Territoriali entro il 4° trimestre 2022
- Sub-obiettivo 1.2.8: Assegnazione dei codici CUP (Codice Unico di Progetto) per la realizzazione degli Ospedali di Comunità entro il 2° trimestre 2022
- Sub-obiettivo 1.2.9: Approvazione dei progetti idonei per indizione della gara per la realizzazione degli Ospedali di Comunità entro il 4° trimestre 2022

VALORE DELL'OBIETTIVO

- Sub-obiettivo 1.2.1: 100%
- Sub-obiettivo 1.2.2: 100%
- Sub-obiettivo 1.2.3: 100%
- Sub-obiettivo 1.2.4: 100%
- Sub-obiettivo 1.2.5: 100%
- Sub-obiettivo 1.2.6: 100%
- Sub-obiettivo 1.2.7: 100%
- Sub-obiettivo 1.2.8: 100%
- Sub-obiettivo 1.2.9: 100%

AZIONI – RISULTATI

Sub-obiettivo 1.2.1

CUP acquisiti entro la milestone.

Sub-obiettivo 1.2.2

Incarico professionale per la redazione dei P.F.T.E.

Autorizzazione a contrarre tramite Invitalia S.P.A. con Delibera n. 359 del 30.06.2022 per l'adesione alle gare di appalto integrato.

Sub-obiettivo 1.2.3

CUP acquisiti entro la milestone.

Sub-obiettivo 1.2.4.

Indicatore non applicabile perché a seguito dell'aggiornamento relativo alla programmazione dell'intervento la Regione ha attribuito le attività ad Azienda Zero. Mentre il CUP è stato preso a livello regionale (unico) entro il 2 trimestre 2022.

Sub-obiettivo 1.2.5

Incarico professionale per la redazione dei P.F.T.E.

Autorizzazione a contrarre tramite Invitalia S.P.A. con Delibera n. 359 del 30.06.2022 per l'adesione alle gare di appalto integrato.

Sub obiettivo 1.2.6

Acquisito CIG per redazione PFTE.

Sub-obiettivo 1.2.7

Indicatore non applicabile perché a seguito dell'aggiornamento relativo alla programmazione dell'intervento la Regione ha attribuito le attività ad Azienda Zero. Mentre il CUP è stato preso a livello regionale (unico) entro il 2 trimestre 2022.

Sub obiettivo 1.2.8

CUP acquisiti entro la milestone.

Sub obiettivo 1.2.9

Incarico professionale per la redazione dei P.F.T.E.

Autorizzazione a Contrarre tramite Invitalia S.P.A. con Delibera n°359 del 30.06.2022 per l'adesione alle gare di appalto integrato.

RISULTATI

Sub-obiettivo 1.2.1

Raggiunto

Sub-obiettivo 1.2.2

Raggiunto

Sub-obiettivo 1.2.3

Raggiunto

Sub-obiettivo 1.2.4

Indicatore non applicabile perché a seguito dell'aggiornamento relativo alla programmazione dell'intervento la Regione ha attribuito le attività ad Azienda Zero. Mentre il CUP è stato preso a livello regionale (unico) entro il 2 trimestre 2022.

Sub-obiettivo 1.2.5

Raggiunto

Sub obiettivo 1.2.6

Raggiunto

Sub-obiettivo 1.2.7


Indicatore non applicabile perché a seguito dell'aggiornamento relativo alla programmazione dell'intervento la Regione ha attribuito le attività ad Azienda Zero. Mentre il CUP è stato preso a livello regionale (unico) entro il 2 trimestre 2022.

Sub obiettivo 1.2.8

Raggiunto

Sub obiettivo 1.2.9

Raggiunto

Allegato 1.2 : CUP acquisiti per progetti PNRR per Case della Comunità, Centrali Operative Territoriali e Ospedali di Comunità; Delibera n. 598 del 25.11.2022 di affidamento diretto progettazione alla D&D (società di progettazione); Delibera n. 359 del 30.06.2022 di richiesta a Invitalia di procedere all'indizione della gara per affidamento progettazione/lavori.

1. Gestione piani di sviluppo e consolidamento

1.3. OBIETTIVO: PNRR – M6C2: Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)

A cura del Direttore f.f della s.c. Servizio Informativo e Controllo di gestione

DESCRIZIONE

L'investimento Missione 6 C2 del PNRR prevede tra gli altri ambiti di intervento "il potenziamento del FSE al fine di garantirne la diffusione, l'omogeneità e l'accessibilità su tutto il territorio nazionale da parte degli assistiti e operatori sanitari. Il FSE svolgerà tre funzioni chiave: (i) punto di accesso per le persone e pazienti per la fruizione di servizi essenziali forniti dal SSN; (ii) base dati per i professionisti sanitari contenente informazioni cliniche omogenee che includeranno l'intera storia clinica del paziente; (iii) strumento per le ASL che potranno utilizzare le informazioni cliniche del FSE per effettuare analisi di dati clinici e migliorare la prestazione dei servizi sanitari."

INDICATORE

Aziende con Repository NON interoperabile con FSE nel 2021:

- Sub-obiettivo 1.3.4: Interoperabilità del repository aziendale con FSE
- Sub-obiettivo 1.3.5: Distribuzione degli strumenti di firma digitale per digitalizzare i documenti sanitari (LDO, VPS, RIS-PACS, AP, e Tutti i restanti referti ambulatoriali)
- Sub-obiettivo 1.3.6: Assicurare alimentazione dei documenti FSE firmati digitalmente
- Sub-obiettivo 1.3.7: Interventi di adeguamento dei documenti clinico sanitari alle specifiche HL7 CDA R2

VALORE DELL'OBIETTIVO

Aziende con Repository NON interoperabile con FSE nel 2021:

- Sub-obiettivo 1.3.4: Avvio interventi interoperabilità entro dicembre 2022
- Sub-obiettivo 1.3.5: > 95 % entro e non oltre agosto 2022
- Sub-obiettivo 1.3.6:
 - entro giugno 2022 non inferiore al 30% (Ricoveri, Ambulatoriale e PS)
 - entro ottobre 2022 non inferiore al 60% delle attività ospedaliere complessive (Ricoveri, Ambulatoriale e PS)
 - entro dicembre 2022 non inferiore al 85% delle attività ospedaliere complessive (Ricoveri, Ambulatoriale e PS)
- Sub-obiettivo 1.3.7: Avvio degli interventi entro il 31/12/2022 con previsione di conclusione attività entro I sem. 2023

AZIONI

Sub-obiettivo 1.3.4

Nel corso dell'anno 2021 sono state condotte le attività necessarie all'attivazione del Repository Clinico Documentale aziendale (affidamento del progetto di realizzazione con determina n. 848 del 25.05.2021, chiusura delle attività di test in data 23.12.2021, comunicazione di fine attività a Regione con nota prot. 91595/21 del 31.12.2021 indirizzata a Regione - Settore "Controllo di Gestione, Sistemi Informativi, Logistica Sanitaria e Coordinamento Acquisti").

Nel mese di gennaio 2022 è stata progressivamente sostituita la modalità tecnica "invio del metadati e del documento clinico all'ILEC" con la modalità "invio dei soli metadati all'ILEC e recupero del documento clinico dal repository" per i documenti di ricovero (LDO), verbali DEA (VPS) e referti di laboratorio (LIS).

Sub-obiettivo 1.3.5

È garantita l'attribuzione della firma digitale a tutto il personale che gestisce la refertazione.

Gli applicativi di produzione referti sono stati integrati al sistema di firma digitale ARUBA in modalità remota automatica, acquisito nell'ambito del Contratto quadro SPC - Lotto 2 (Servizi di Identità Digitale e Sicurezza Applicativa).

L'ASL è CDRL (Centro Di Registrazione Locale) di ARUBA e la richiesta delle firme digitali è censita nell'ambito dell'applicativo CredNet al fine di garantire la tracciatura del processo.

Sono in corso valutazioni per gestire al meglio l'attribuzione della firma a personale temporaneamente presente nelle Strutture, fattispecie che inizia ad estendersi in termini numerici rispetto al passato.

Sub-obiettivo 1.3.6

Ai documenti già conferiti nel 2021 (LIS, VPS, LDO) si sono aggiunti a partire dal 31.03.2022 i referti/immagini di radiodiagnostica (RIS) e dal 10.06.2022 i referti di anatomia patologica (AP).

Tutte le tipologie di documenti sono prodotte con firma digitale (soluzione di firma remota applicativa ARUBA) e sono conferite in formato PAdES. I referti LIS e RIS nel formato pdf/A con CDA2.

Gli applicativi in cui è introdotta la refertazione con firma digitale vincolano la produzione del referto all'apposizione della firma digitale; l'integrazione con il Repository Clinico Aziendale garantisce il conferimento a FSE. Il livello di alimentazione del FSE è pertanto elevato e lo scostamento dal 100% nel caso dei documenti LIS, RIS, AP e VPS è dovuto ad errori per la maggior parte riconducibili ad anagrafiche di assistiti extra regione o stranieri.

Per quanto riguarda le Lettere di Dimissione Ospedaliera nel corso del monitoraggio condotto nell'ambito dell'iniziativa Crash program sono emersi alcuni dubbi sulla necessità di conferimento LDO in caso di decesso; il completamento del conferimento richiede inoltre l'integrazione delle cartelle verticali di Nefrologia-Dialisi e di Oncologia.

A partire dal 18.07.2022 è stata attivata la funzione di firma ed invio a RCD/FSE dei referti ambulatoriali sull'applicativo di base (TrakCare), mentre dal 04.08.2022 è attiva l'integrazione per l'invio a RCD/FSE dei referti prodotti dal dipartimentale di diabetologia. Sono in corso le attività di integrazione della cartella clinica di Nefrologia e Dialisi (invio LDO e referti ambulatoriali) ed è stata aggiudicata la gara per la cartella clinica di gastroenterologia che include gli sviluppi per conferire a RCD/FSE il referto ambulatoriale specialistico.

Sub-obiettivo 1.3.7

Sono state avviate le verifiche di adeguamento da parte dei fornitori di software.

RISULTATI

Sub-obiettivo 1.3.4

Il Repository è interoperabile dal gennaio 2022.

Sub-obiettivo 1.3.5

La distribuzione delle firme digitali ai medici è garantita dal personale dell'ASL e copre il 100% degli operatori che utilizzano gli applicativi che generano referti con firma digitale.

Sub obiettivo 1.3.6

Il monitoraggio quindicinale effettuato nell'ambito del progetto Crash Program, con i criteri concordati per il conteggio delle attività ambulatoriali, indica livelli superiori al target obiettivo (entro giugno 2022 non inferiore al 30%): nel mese di giugno la percentuale complessiva di referti correttamente inviati a FSE è del 73%; tale valore include anche i referti ambulatoriali che nel mese di giugno non erano ancora oggetto di invio a FSE (avvio nel mese di luglio).


Il dettaglio delle percentuali sulle singole tipologie di documento è riepilogato nella tabella seguente:

LDO	89%
VPS	95%
RIS	98%
AP	84%
LIS	99%
AMBU	0%

Sub-obiettivo 1.3.7

Indicatore al momento non calcolabile.

Si ritiene, pertanto, che gli obiettivi sono stati raggiunti.

Allegato 1.3 : Nota protocollo n. 6452/23/DG del 31.01.2023 con allegato rendicontazione obiettivo FSE

2. Qualità

2.1. OBIETTIVO: Area osteomuscolare

A cura del Direttore della s.c. Ortopedia e Traumatologia

DESCRIZIONE

Proporzione di ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro 48 ore in pazienti ultrasessantacinquenni.

INDICATORE

Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore in cui il paziente sia stato operato entro 48 ore dal ricovero o dall'accesso in PS.

VALORE DELL'OBIETTIVO

Tasso aggiustato >70%

AZIONI

L'ASL di Novara persegue da tempo l'obiettivo di salute che prevede l'intervento chirurgico entro 48 ore per i soggetti ultrasessantacinquenni ricoverati per frattura di femore.

Con questa finalità tra gli obiettivi assegnati alla s.c. Ortopedia e Traumatologia per il 2022 è stato previsto un obiettivo relativo a questo argomento.

Al fine di operare i pazienti con frattura del collo di femore di età superiore ai 65 anni entro le 48 ore, in accordo con la s.c. Radiologia e con il personale di sala operatoria, i pazienti con tale tipologia di frattura vengono sottoposti ad intervento chirurgico nella sala di elezione al termine della seduta, nella sala dedicata alle urgenze, nei giorni festivi e prefestivi.

RISULTATI

Considerando i criteri previsti per il calcolo dell'indicatore, al 31 dicembre 2022 sono stati ricoverati presso la U.O. di Ortopedia e Traumatologia 245 pazienti con frattura di femore oggetto di studio. Di questi, 159 sono stati sottoposti ad intervento chirurgico entro le 48 ore, pari al 65 % (standard >70%).

I restanti pazienti non sono stati operati nelle 48 ore principalmente per le motivazioni di seguito descritte:

- 35 Pazienti erano in trattamento con farmaci che non hanno consentito l'intervento entro le 48 ore (anticoagulanti ed antidiabetici).
- 2 Pazienti non sono stati operati per controindicazioni assolute all'intervento e/o per volontà dei familiari.
- In 8 casi i Pazienti erano positivi al Coronavirus, per cui, non avendo una sala dedicata, si è dovuto attendere la negativizzazione o che fossero presenti in sala operatoria le condizioni di sicurezza necessarie richieste dall'ospedale stesso (es. sale libere sullo stesso piano).

Pertanto si ritiene che l'obiettivo, compatibilmente con l'operabilità dei Pazienti stessi, sia stato sostanzialmente raggiunto.

2. Qualità

2.2. OBIETTIVO: Tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di IMA Stemi

A cura del Direttore della s.c. Cardiologia

DESCRIZIONE

Proporzione di episodi di STEMI trattati con PTCA entro 2 giorni.

INDICATORE

Numero di episodi di STEMI, in cui il paziente abbia eseguito una PTCA entro 2 giorni/ Numero di episodi di STEMI.

N.B.: L'indicatore viene calcolato in termini di tutela, ovvero sui residenti ovunque ricoverati in Regione Piemonte.

VALORE DELL'OBIETTIVO

Tasso grezzo >85%.

AZIONI

Il Presidio Ospedaliero SS. Trinità di Borgomanero non dispone di emodinamica propria, pertanto nel caso di pazienti con un episodio di STEMI la procedura della Rete STEMI prevede l'invio diretto presso l'AOU Maggiore della Carità di Novara (ospedale di riferimento), senza accedere al Pronto Soccorso del Presidio Ospedaliero. La tempistica di esecuzione della procedura, è gestita direttamente dall'AOU o – in caso di indisponibilità ad accogliere il paziente da parte dell'AOU - da altra struttura dell'Area Omogenea dotata di emodinamica.

Di fatto il Presidio Ospedaliero di Borgomanero è chiamato a gestire solo:

- i pazienti che giungono con mezzi propri presso il Pronto Soccorso;
- in casi di mancato riconoscimento dell'episodio;
- secondo le più recenti Linee Guida Europee della Società Europea di Cardiologia (Guidelines on Management of Acute Myocardial Infarction in Patients Presenting with ST-Segment Elevation. ESC Clinical Practice Guidelines 2017) i pazienti affetti da infarto STEMI, solo se in fase sub acuta, se gravati da comorbidità tali da controindicare uno studio coronarografico;
- per proseguimento di cure dopo esecuzione di PTCA in centro Hub per STEMI.

RISULTATI

Considerando i criteri previsti, nel corso del 2022 sono stati 188 i casi di IMA STEMI sottoposti a PTCA entro lo standard su 210. L'indicatore risulta entro il valore atteso ($\geq 85\%$) essendo pari a 89,5%.

2. Qualità

2.3. OBIETTIVO: Appropriately nell'assistenza al parto

A cura del Direttore della s.c. Ostetricia e Ginecologia

DESCRIZIONE

Proporzione di parti con taglio cesareo primario.

INDICATORE

- Sub-obiettivo 2.3.1: Numero di parti con cesareo primario/Numero di parti con nessun pregresso cesareo
- Sub-obiettivo 2.3.2: Coerenza tra cartella SDO e scheda CEDAP con DRG di parto da 370 a 375

VALORE DELL'OBIETTIVO

- Sub-obiettivo 2.3.1: maternità di I livello: tasso aggiustato $\leq 15\%$
- Sub-obiettivo 2.3.2: 100%

AZIONI

L'ASL di Novara persegue da tempo l'obiettivo di salute di promuovere il parto vaginale.

In quest'ottica sono state messe in atto misure per favorire il parto vaginale attraverso comunicazione durante i controlli in gravidanza (screening prenatale, ecografie programmate, bilancio di salute), disponibilità per attuare rivolgimento per manovre esterne nella presentazione podalica, counseling nei casi di richiesta di parto cesareo per volontà materna e nel caso di precedente taglio cesareo, favorendo le possibilità di contenimento del dolore, l'appropriatezza dell'assistenza ostetrica.

RISULTATI

Sub-obiettivo 2.3.1

Considerando i criteri previsti per il calcolo dell'indicatore, nel corso del 2022 sono stati 782 i parti primari di cui 134 cesarei. L'indicatore risulta pari al 17%.

Sub-obiettivo 2.3.2

L'obiettivo risulta raggiunto al 100% in quanto i 2 casi non coerenti risultano in dimissione nel 2023.

Allegato 2.3 : Report CEDAP (fonte PADDI).

2. Qualità

2.4. OBIETTIVO: Donazioni d'organo

A cura del Referente per le donazioni d'organo

DESCRIZIONE

Piena attuazione, attraverso il Coordinamento Ospedaliero delle donazioni e dei prelievi di organi e tessuti, dei parametri fissati dal Coordinamento Regionale delle donazioni e dei Prelievi di organi e tessuti finalizzati per il 2022 a mantenere il procurement di organi rispetto al 2021 e a ravviare il procurement di cornee, rallentato dalla pandemia da SARS-CoV-2.

INDICATORE

- Sub-obiettivo 2.4.1 – BDI = n° morti encefaliche segnalate nei reparti di rianimazione afferenti al Presidio Ospedaliero/n° decessi di soggetti ricoverati nei reparti di rianimazione afferenti al Presidio Ospedaliero con una patologia compatibile con l'evoluzione verso la morte encefalica.
- Sub-obiettivo 2.4.2 – Opposizioni alla donazione di organi nei reparti di rianimazione afferenti al Presidio Ospedaliero/segnalazioni di morte encefalica nei reparti di rianimazione afferenti al Presidio Ospedaliero
- Sub-obiettivo 2.4.3 – N° donatori di cornea 75% dell'obiettivo previsto per il 2019 con DGR 2 agosto 2019, n. 12-156

VALORE DELL'OBIETTIVO

- Sub-obiettivo 2.4.1 – BDI: 20%-40%
- Sub-obiettivo 2.4.2 – Opposizioni alla donazione di organi: ≤33%
- Sub-obiettivo 2.4.3 – N° donatori di cornea: 7 donatori

AZIONI

Nel corso dell'anno si è cercato di attuare un'attenta sorveglianza dei pazienti, sia in Rianimazione che nei vari reparti dell'Ospedale di Borgomanero, al fine di identificare quelli con patologia potenzialmente evolutiva in morte encefalica e pertanto potenziali donatori multiorgano. In caso di morte cardiaca, non solo in Rianimazione, ma anche negli altri reparti, sono stati identificati potenziali donatori di cornee.

RISULTATI

Si elencano di seguito i risultati ottenuti come attestato dal Centro regionale donazioni d'organo.

Sub-obiettivo 2.4.1

- Numero morti encefaliche segnalate nella Rianimazione del Presidio Ospedaliero di Borgomanero: 3
- DLCA (decessi per lesione cerebrale acuta): 6
- Il BDI della rianimazione è: 67% (standard 20%-40%)
- I donatori DBD utilizzati sono stati: 3.

Sub-obiettivo 2.4.2

Non sono state registrate opposizioni.

Sub-obiettivo 2.4.3

Numero donatori di cornee complessivi registrati nel 2022: 13 (standard 7).

Pertanto si ritiene che l'obiettivo sia stato raggiunto.

Allegato 2.4 : Report attività 2022 Centro donazioni d'organo.

2. Qualità

2.5. OBIETTIVO: Miglioramento nella gestione e misurazione del boarding

A cura del Direttore della s.c. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza

DESCRIZIONE

Consolidare un percorso di monitoraggio, valutazione e revisione delle modalità di gestione dei DEA/PS, e dei processi organizzativi correlati al DEA/PS (boarding da parte delle Unità Organizzative ospedaliere; percorsi di dimissione; presa in carico territoriale) al fine di garantire un miglior servizio ai pazienti e di supportare le Aziende attraverso la condivisione di una metodologia uniforme a livello regionale basata sui flussi informativi disponibili.

Il termine boarding si riferisce al prolungato stazionamento in PS dei pazienti già valutati e in attesa di un posto letto per il ricovero.

INDICATORE

- Sub-obiettivo 2.5.1 - Attivazione dei percorsi di fast-track: Rapporto trimestrale con n° di accessi di PS/DEA avviati ai percorsi fast-track e chiusi dagli specialisti competenti, per ogni PO sede di DEA/PS dell'ASR a partire da aprile 2022 compreso.
- Sub-obiettivo 2.5.2 - Corretta misurazione del boarding: Differenza tra data/ora dimissione PS e data/ora indicazione al ricovero diversa da 0,00
- Sub-obiettivo 2.5.3 Piano di Gestione del Sovraffollamento: PGS aziendale e per ogni singolo Presidio ospedaliero dell'ASR sede di PS/DEA da deliberare ed inviare alla Direzione Sanità e Welfare entro il 30/09/22
- Sub-obiettivo 2.5.4 - Monitoraggio per la riduzione del *boarding*, (fonte EPICLIN): Rilevazione giornaliera ed audit almeno mensile per ogni singolo Presidio ospedaliero dell'ASR sede di PS/DEA tra le Unità Operative coinvolte
- Sub-obiettivo 2.5.5:

(data/ora di dimissione dal PS – data/ora di accesso al PS)

N° di accessi in PS

Sono esclusi dalla selezione i giunti cadavere.

VALORE DELL'OBIETTIVO

- Sub-obiettivo 2.5.1: 100%. Presenza dei rapporti trimestrali riferiti ai singoli Presidi ospedalieri dell'ASR sede di PS/DEA. (3 rapporti/3 trimestri)
- Sub-obiettivo 2.5.2: ≥75% su base mensile per tutti i Presidi ospedalieri dell'ASR sede di PS/DEA
- Sub-obiettivo 2.5.3: 100%. Presenza Piano di Gestione del sovraffollamento riferito ai singoli Presidi ospedalieri dell'ASR sede di PS/DEA
- Sub-obiettivo 2.5.4: Report con rilevazione giornaliera su *boarding* per ogni Presidio Ospedaliero sede di PS/DEA. Un audit clinico assistenziale organizzativo almeno mensile per ogni Presidio Ospedaliero sede di PS/DEA
- Sub-obiettivo 2.5.5: Tempo medio di permanenza in PS. Valore medio regionale per ciascun livello organizzativo di complessità assistenziale individuato dalla rete di Emergenza Urgenza (DEA II, DEA I, PS di base, PS di area disagiata):
 - DEA II ≤6 ore
 - DEA I ≤6 ore
 - PS di Base ≤4 ore
 - PS di area disagiata ≤5 ore

AZIONI

Sub-obiettivo 2.5.1

I percorsi fast track attivati presso la MeCAU del P.O. di Borgomanero (redatti entro il 21/12/2021; verificati il 28/12/2021, approvati il 31/12/2021) sono rispettivamente:

- percorso oculistico;
- percorso ORL.

Dal 01/04/2022 sono stati estratti mensilmente gli accessi alla MeCAU del P.O. di Borgomanero avviati ai percorsi fast-track e chiusi dagli specialisti competenti, (fonte dati Sistema Informativo Ospedaliero MedTrak), riportati in dettaglio nella seguente tabella.

ANNO 2022	N. ACCESSI FAST TRACK		
	OCULISTICA	ORL	TOT
II TRIM (aprile-giugno)	149	19	168
III TRIM (luglio-settembre)	271	34	305
IV TRIM (ottobre-dicembre)	243	35	278

Sub-obiettivo 2.5.2

Mensilmente sono stati estratti i dati per la costruzione dell'indicatore riportati in dettaglio nella seguente tabella (fonte dati Sistema Informativo Ospedaliero MedTrak).

Tempo da indicazione ricovero a dimissione (solo pazienti ricoverati)							
2022							
Valore singolo trimestre							
I trim		II Trim		III Trim		IV Trim	
1 h 31'	1.208	1 h 29'	1.145	1 h 14'	1.161	1 h 37'	1.280
Valore cumulato							
Gen-Mar		Gen-Giu		Gen-Set		Gen-Dic	
1 h 31'	1.208	1 h 30'	2.353	1 h 25'	3.514	1 h 28'	4.794

Valore mensile					
Gennaio		Febbraio		Marzo	
1 h 34'	435	1 h 28'	373	1 h 32'	400

Aprile		Maggio		Giugno	
1 h 31'	380	1 h 37'	387	1 h 18'	378

Luglio		Agosto		Settembre	
1 h 11'	394	1 h 20'	386	1 h 11'	381

Ottobre		Novembre		Dicembre	
1 h 17'	406	2 h 0'	418	1 h 35'	456

Sub-obiettivo 2.5.3

Il Piano di Gestione del Sovraffollamento (PGS) per il DEA del Presidio Ospedaliero di Borgomanero è stato completato l'11 agosto 2022 dal Gruppo di Lavoro, verificato il 5 settembre, approvato il 7 settembre e deliberato il 29 settembre con Delibera del Direttore Generale n. 502.

Sub-obiettivo 2.5.4

Si è proceduto al monitoraggio per la riduzione del boarding, (fonte EPICLIN) con rilevazione giornaliera ed audit mensili effettuati nelle seguenti date:

- 26.10.2022;
- 15.11.2022;
- 29.12.2022.

Il rapporto giornaliero e i verbali degli audit sono disponibili presso la DMPO.

Sub-obiettivo 2.5.5

I dati (fonte: Sistema Informativo Ospedaliero MedTrak) sono riportati in dettaglio nella seguente tabella:

Differenza tra DIMISSIONE e INGRESSO							
2022							
Valore singolo trimestre							
I trim		II Trim		III Trim		IV Trim	
4 h 31'	9.211	4 h 29'	11.356	4 h 34'	11.306	5 h 00'	11.546
Valore cumulato							
Gen-Mar		Gen-Giu		Gen-Set		Gen-Dic	
4 h 31'	9.211	4 h 30'	20.567	4 h 32'	31.873	4 h 39'	43.419

RISULTATI

Sub-obiettivo 2.5.1

Sono disponibili tutti i report previsti nell'anno che sono stati trasmessi a cura del Direttore SC MECAU al Direttore del DEA, al Direttore Medico P.O. e alla Direzione Generale per opportuna conoscenza.

Sub-obiettivo 2.5.2

Il tempo di boarding dalla decisione di ricovero al ricovero effettivo calcolato per il periodo 2022 (gennaio – dicembre) risulta sempre sotto lo standard massimo di 2 ore.

Sub-obiettivo 2.5.3

IL PGS è stato inviato ai competenti settori regionali con nota prot. n. 58293 del 07.09.2022, formalizzato con Delibera del Direttore Generale n. 502/2022. La Regione ha dato riscontro alla ricezione del PGS con propria nota prot. n. 37394/A1413C del 10.10.2022.

Sub-obiettivo 2.5.4


Il primo audit si è svolto il 26 ottobre 2022 con ordine del giorno come da PGS seguito da successivi audit a cadenza mensile:

- 26.10.2022;
- 15.11.2022;
- 29.12.2022.

Il rapporto giornaliero e i verbali degli audit sono disponibili presso la DMPO.

Sub-obiettivo 2.5.5

Il P.O. di Borgomanero ha un DEA di I livello che prevede come standard un tempo medio di permanenza in PS inferiore alle 6 ore. Il valore dell'indicatore è sempre al di sotto di tale standard.

Allegato 2.5 : Determina n. 1941 del 31.12.2021_Adozione dell'aggiornamento delle modalita' operative per la gestione intraospedaliera dei flussi MECAU; Delibera n. 502 del 29.09.2022_Piano gestione sovraffollamento DEA PO Borgomanero; Lettera prot. n. 58293 del 07.09.2022 Trasmissione PGS; Lettera prot. n. 37394/A1413C Regione Piemonte del 10.10.2022.

2. Qualità

2.6. OBIETTIVO: Monitoraggio attivo del Nuovo Sistema di garanzia (NSG)

A cura del Direttore della s.c. Servizio Informativo e Controllo di gestione

DESCRIZIONE

Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), è lo strumento che consente, con le numerose informazioni ad oggi disponibili sul Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), di misurare secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e della appropriatezza che tutti i cittadini italiani ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei Livelli essenziali di assistenza (LEA).

INDICATORE

- Sub-obiettivo 2.6.1: Completezza e Qualità dei dati dichiarati nel flusso STS24, ovvero assenza di correzione rilevata nell'annualità 2023 rispetto ai dati dichiarati per l'annualità 2022. Riscontro tempestivo di eventuali rilievi segnalati dal Ministero per l'annualità 2021.
- Sub-obiettivo 2.6.2: Trasmissione del Piano degli interventi di breve, medio e lungo periodo da avviare/avviati per migliorare la *performance* aziendale desumibile dagli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia.

VALORE DELL'OBIETTIVO

- Sub-obiettivo 2.6.1:
 - Trasmissione al 31.12.2022 di una relazione delle attività svolte (all'indirizzo sanita@regione.piemonte.it e per conoscenza all'indirizzo obiettividgres@regione.piemonte.it)
 - Assenza di correzione rilevata nell'annualità 2023 rispetto ai dati dichiarati per l'annualità 2022.
- Sub-obiettivo 2.6.2: Trasmissione del Piano degli interventi di monitoraggio e miglioramento entro il 31.12.2022 (all'indirizzo sanita@regione.piemonte.it e per conoscenza all'indirizzo obiettividgres@regione.piemonte.it)

AZIONI

Sub-obiettivo 2.6.1

In continuità con le iniziative attivate nell'anno 2021 (incontri con i referenti dei Distretti, ricognizione sulle strutture per disabili e semi-residenziali non soggette a rilevazione su applicativo FAR-SIAD), si è gestita all'inizio dell'anno un'attività di comunicazione rivolta ai Direttori di Distretto, con indicazioni per la corretta gestione delle rilevazioni che alimentano ARPE e i modelli FIM (nota prot. 0000268/22 del 03.01.2022).

Sono stati effettuati tempestivamente i controlli di coerenza tra i dati comunicati dai Distretti e il flusso FAR; con nota prot. n. 0004407 del 20.01.2022 sono state fornite ulteriori indicazioni e si sono richieste verifiche sulla qualità dei dati.

É stato dato puntuale riscontro alle richieste di verifica delle anomalie pervenute dal Referente FIM Regione Piemonte.

Con riferimento alla richiesta di aggiornamento delle informazioni relative ai Presidi Sanitari e Socio-Sanitari (nota prot. 38483/A14000 del 14.10.2022), è stata condotta l'attività di verifica sulla completezza/correttezza delle informazioni registrate in ARPE; con nota prot. 0074156/22 ASL Novara del 17.11.2022 si sono comunicati i criteri per l'attribuzione dei nuovi codici attività e sono state ribadite alle Direzioni dei Distretti le regole di corretta gestione dei flussi STS11 e STS24, afferenti alle Strutture residenziali e semiresidenziali di competenza.

Le registrazioni in ARPE dei nuovi codici sono state effettuate nel gennaio 2023, non appena avuta la disponibilità dell'adeguamento dell'applicativo regionale.

Sub-obiettivo 2.6.2

Gli indicatori per i quali la Regione ha posto particolare attenzione sono i seguenti:

- P10Z - Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, dell'alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino
- P14C - Indicatore composito sugli stili di vita (fonte PASSI)
- P15C - Proporzioni di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per mammella, cervice uterina e colon retto
- D22Z - Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA2, CIA 3)
- D27Z - Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche.
- D30Z - Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore
- H02Z - Proporzioni di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui.

Nei mesi di agosto ed ottobre 2022 le strutture interessate al monitoraggio/gestione dei diversi indicatori, assegnati secondo lo schema seguente, hanno proceduto ad aggiornare/integrare il Piano per il monitoraggio attivo del nuovo sistema di garanzia.

Indicatore	Strutture coinvolte
P10Z - Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino	Area veterinaria
P14C - Indicatore composito sugli stili di vita (fonte PASSI)	s.c. SISP
P15C - Proporzioni di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per mammella, cervice uterina e colon retto	s.s. UVOS
D22Z - Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA2, CIA 3)	Distretti, s.s.d. UOCP
D27Z - Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche	DSM
D30Z - Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	s.s.d. UOCP
H02Z - Proporzioni di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui	s.c. Chirurgia nell'ambito della Breast Unit interaziendale ASL NO-ASL VCO

RISULTATI

Sub-obiettivo 2.6.1

L'indicatore di assenza di correzione nell'annualità 2023 rispetto ai dati dichiarati per l'annualità 2022 non è ad oggi rilevabile.

E' stato dato riscontro tempestivo ai rilievi segnalati dal Ministero per l'annualità 2021.


In linea con le scadenze indicate, con nota prot n. 82736 del 28/12/2022 è stato inviato ai competenti settori regionali la relazione delle attività svolte.

Gli indicatori non sono ad oggi rilevabili.

Sub obiettivo 2.6.2

In linea con le scadenze indicate, con nota prot n. 82736 del 28/12/2022 è stato inviato ai competenti settori regionali l'aggiornamento del Piano per il monitoraggio attivo del nuovo sistema di garanzia.

Pertanto si ritiene che l'obiettivo sia stato raggiunto.

Allegato 2.6 : Nota protocollo n. 82736 del 28/12/2022/DG_Lettera trasmissione a Regione e allegati.

3. Farmaci e dispositivi medici

3.1. OBIETTIVO: Affidabilità dati rilevati da flussi informativi della farmaceutica

A cura del Direttore della s.c. Farmacia Ospedaliera; Responsabile ss Acquisti e Logistica

DESCRIZIONE

Affidabilità dei dati rilevati da flussi informativi della farmaceutica.

INDICATORE

- Sub-obiettivo 3.1.1:

Rapporto tra i costi aziendali rilevati dal Modello di Conto Economico (CE) ed i costi aziendali rilevati dai flussi informativi della farmaceutica (DD, CO), come di seguito formulato:

costi aziendali rilevati dal Modello di Conto Economico (CE) nella voce BA0040 - B.1.A.1.1 - Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale, e nella voce

BA2670 B.15.A –

Variazione rimanenze sanitarie, limitatamente ai prodotti farmaceutici

costi aziendali rilevati attraverso il flusso informativo della distribuzione diretta (DM 31 luglio 2007 e s.m.i.) e il flusso dei consumi ospedalieri (DM 4 febbraio 2009), tenendo conto delle eventuali note di credito

- Sub-obiettivo 3.1.2:

Rapporto tra i costi aziendali rilevati mensilmente dai flussi informativi della farmaceutica (DD, CO) e gli analoghi costi mensili consolidati a fine anno, come di seguito formulato:

costi aziendali rilevati mensilmente, attraverso il flusso informativo della distribuzione diretta e il flusso dei consumi ospedalieri

costi aziendali mensili rilevati ad annualità conclusa, attraverso il flusso informativo della distribuzione diretta e il flusso dei consumi ospedalieri

- Sub-obiettivo 3.1.3: Trasmissione da parte delle AA.SS.RR., dello strumento di rilevazione, completo di tutti i dati richiesti, entro i termini stabiliti, stante la rilevanza delle informazioni fornite attraverso l'indagine suddetta. Trasmissione di eventuali integrazioni, modifiche o chiarimenti da parte delle Aziende sanitarie, entro i termini a tal fine specificamente previsti.

VALORE DELL'OBIETTIVO

- Sub-obiettivo 3.1.1: 100% con uno scostamento massimo ammissibile scostamento pari al ± 2 % sul valore annuale e ± 5 % sui valori trimestrali.
- Sub-obiettivo 3.1.2: Il sub-obiettivo sarà valutato positivamente se l'indicatore raggiunge un valore obiettivo pari al 100 % per almeno 10 mesi su dodici, con uno scostamento massimo ammissibile pari al 2 % limitatamente a 2 mesi su 12.
- Sub-obiettivo 3.1.3: Accuratezza e coerenza nella compilazione e trasmissione dei questionari.

AZIONI

Sub-obiettivo 3.1.1 e 3.1.2

Effettuare una corretta parametrizzazione delle tipologie di consumi ospedalieri e del File F affinché non vengano esclusi dal flusso.

In seguito alla consueta richiesta del NSIS e del MEF relativa agli allineamenti dei dati trimestrali dei flussi CE e flussi informativi della farmaceutica, si verificano periodicamente i motivi delle differenze fra i valori riportati nelle tabelle che vengono inviate dal Settore Farmaceutico.

Viene posta particolare attenzione nel caso in cui tra i due flussi si riscontri una differenza superiore al +/- 2%.

Sub-obiettivo 3.1.3

È stato trasmesso da parte di questa ASL lo strumento di rilevazione, completo di tutti i dati richiesti.

RISULTATI

Sub-obiettivo 3.1.1

Anno 2022 Codice Regione: 010 - Piemonte 1° trimestre - Aggiornamento dati al 01 luglio 2022 - VALORI IN EURO; flussi DD e CO aggiornati al 28/06/2022. Medicinali con AIC, esclusi vaccini (ATC J07), emoderivati di produzione regionale (ditta Kedrion), ossigeno e altri gas medicali																				
Codice Regione	Codice azienda	Colonna di compilazione regionale		Colonna di compilazione regionale		BA2671	Colonna di compilazione regionale		CodASL	IndaSanit	Consumi ospedalieri	Distribuzione diretta	Distribuzione per conto	Distribuzione + per conto (centrale unica di acquisto)	Distribuzione e Diretta totale	Totale flussi	Δ In valore assoluto	Δ In valore %	Note	
		B.1.A.1.1) Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale, ossigeno e altri gas medicali	Importo note di credito	Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale, lordo note di credito	B.13.A.1) Variazione delle rimanenze - Prodotti farmaceutici ed emoderivati		Valore finale da confrontare con i flussi DD, CO e TRACCIA	(1)												(1-bis)
010	000		0	0	0		0	0												
010	203	12.561.901	215.329	12.777.230	0		12.777.230	0	010202	TO2					0	0	0	0,0%		
010	204	17.396.580	313.985	17.710.565	-2.510.661		15.199.904	0	010203	TO3	2.126.717	9.660.922	6.075.464		9.660.922	11.787.639	-989.591	-7,7%		
010	205	7.365.947	188.073	7.555.020	0		7.555.020	0	010204	TO4	3.588.269	10.971.831	5.054.672		10.971.831	14.560.100	-699.804	-4,2%		
010	206	5.993.226	137.023	6.130.249	-660.556		5.469.693	0	010205	TOS	2.205.505	5.114.515	3.028.183		5.114.515	7.320.020	-235.800	-3,1%		
010	207	8.817.623		8.817.623	-388.198		8.429.425	0	010206	VC	2.283.104	3.120.353	1.509.041		3.120.353	5.403.457	-66.296	-1,2%		
010	208	7.908.101	76.860	7.984.960	-2.046.089		5.938.871	0	010207	BI	2.748.207	5.517.862	1.567.349		5.517.862	8.266.069	-163.356	-1,9%		
010	209	6.241.112	58.724	6.299.836	-331.111		5.968.725	0	010208	NO	1.112.032	4.808.587	3.327.095		4.808.587	5.920.619	-18.253	-0,3%		
010	210	12.085.016	364.634	12.449.650	-2.903.206		9.529.323	0	010209	VCO	1.547.579	4.220.822	1.048.452		4.220.822	5.768.401	-200.324	-3,4%		
010	211	7.073.334	117.503	7.190.837	-296.211		6.894.626	0	010210	CN1	1.817.376	7.805.601	3.494.483		7.805.601	9.622.976	93.653	1,0%		
010	212	72.370.526	14.209	72.384.734	-21.740.985		50.643.750	0	010211	CN2	2.321.889	4.036.141	1.514.198		4.036.141	6.358.031	-536.596	-7,8%		
010	213	13.068.173	63.633	13.131.806	-1.795.611		11.336.195	0	010212	AT	2.506.191	5.434.987	1.889.537	41.103.992	46.538.979	49.045.170	-1.598.580	-3,2%		
010	301	32.667.556	360.524	33.028.080	-858.398		32.169.682	0	010213	AL	3.885.634	7.875.341	3.969.655		7.875.341	11.760.974	424.779	3,7%		
010	904	14.436.217	139.873	14.576.090	-2.595.911		11.980.178	0	010301	ASL CITTA	6.967.283	23.644.423	8.625.862		23.644.423	30.611.706	-1.557.976	-4,8%		
010	905	15.141.443	165.295	15.306.739	-647.435		14.659.303	0	010904	S. LUIGI G	6.157.255	5.690.288	0		5.690.288	11.847.543	-132.635	-1,1%		
010	906	11.468.680	30.056	11.498.736	-1.729.372		9.770.364	0	010905	MAGGIOE	7.952.700	6.464.611	0		6.464.611	14.417.311	-241.992	-1,7%		
010	907	10.077.512	1.247	10.078.760	975.109		11.053.869	0	010906	S. CROCE	5.580.787	4.350.378	0		4.350.378	9.931.165	160.801	1,6%		
010	908	6.429.845	1.826	6.431.672	143.966		6.575.638	0	010907	SS. ANTONI	6.264.127	4.506.377	0		4.506.377	10.770.504	-283.365	-2,6%		
010	909	33.520.161	9.441	33.529.602	108.381		33.637.983	0	010908	ADINDA	4.163.028	2.792.141	0		2.792.141	6.955.168	379.531	5,8%		
	totale aziende	294.624.952	2.258.235	296.883.187	-37.293.407		259.589.780	0	010909	A.O. CITT.	21.853.048	11.452.196	0		11.452.196	33.305.244	-332.739	-1,0%		
	Totale regionale										85.080.729	127.467.375	41.103.992		168.571.368	253.652.097	-5.937.683	-2,3%		


Sono disponibili unicamente i dati relativi al primo trimestre 2022 e come riportato in tabella l'ASL NO è in linea con il valore dell'obiettivo.

Sub-obiettivo 3.1.2

I dati non sono ancora stati resi disponibili sulla piattaforma PADDI per poter effettuare le opportune valutazioni.

Sub-obiettivo 3.1.3

È stato trasmesso da parte di questa ASL lo strumento di rilevazione, completo di tutti i dati richiesti con note protocollo n. 53821 del 10.08.2022 e n. 54747 del 16.08.2022.

Allegato 3.1 : Nota protocollo n. 53821 del 10.08.2022_Actività di logistica sanitaria del Farmaco. Raccolta dati; nota protocollo n. 54747 del 16.08.2022_Integrazione.

3. Farmaci e dispositivi medici**3.2. OBIETTIVO: Assistenza farmaceutica appropriatezza prescrittiva**

A cura del Direttore della s.c. Farmacia Ospedaliera; Direttore F.F. della s.c. Farmacia Territoriale

DESCRIZIONE

Riduzione nel 2022 della spesa pro-capite pesata complessiva (conv. + dd + dpc) avendo come obiettivo il valore dell'ASL *best performer* nell'anno 2021.

INDICATORE

Spesa pro-capite pesata complessiva (conv. + dd + dpc) anno 2022.

VALORE DELL'OBIETTIVO

Spesa pro-capite pesata complessiva (conv. + dd + dpc) anno 2022 ≤ al valore dell'ASL *best performer* nell'anno 2021.

AZIONI

La S.C. Farmacia Ospedaliera effettua un monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva su tutte le prescrizioni in dimissione da ricovero ospedaliero, DH e visita ambulatoriale che pervengono alla Struttura. Al termine di ogni mese viene inoltrato apposito report a ciascun prescrittore per il quale siano state rilevate prescrizioni non appropriate corredato da idonea documentazione a supporto.

Anche la S.C. Farmacia Territoriale ha monitorato costantemente i flussi della Distribuzione Diretta di farmaci utilizzati nelle terapie croniche di assistiti ASLNO ed afferenti a Centri Specialisti aziendali ed extraaziendali, spesa fortemente aumentata come da indicazioni regionali. Come si evince dal portale regionale PADDI nel periodo gennaio-ottobre 2022 la spesa in DD per farmaci in fascia "H" ha registrato un aumento per ASLNO del +20,91% rispetto all'anno 2021, percentuale superiore a quella regionale rispettivamente del +7,49%, mentre per l'Azienda Ospedaliera presente sul territorio aziendale la spesa ha registrato una forte contrazione del -11,16% in valore - €-2.058.128 rispetto all'anno precedente. In valore la spesa sostenuta dall'ASL NO per erogazione di farmaci prescritti da Centri di riferimento ospedalieri extra aziendali è stata di € 6.750.095, di cui €4.826.963 per spesa indotta dall'AOU Maggiore della Carità di Novara e € 1.860.663 per AOU Città della Salute e della Scienza di Torino.

Azienda Prescrizione	904 - AZIENDA OSP. S.LUIGI	905 - AZIENDA OSP. MAGGIORE DELLA CARITA'	906 - AZIENDA OSP. S.CROCE E CARLE	907 - AZIENDA OSP. S.ANTONIO BIAGIO/ARRIGO	908 - AZIENDA OSP. ORDINE MAURIZIANO DI TORINO	909 - AZIENDA OSP. CITTA DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA DI TORINO	Totale 01 - 11 - Anno - 2022
Azienda Erogazione							
301 - A.S.L. CITTA' DI TORINO	3.476.393	21.764	53.652	3.453	4.238.829	29.194.900	36.988.990
203 - A.S.L. TORINO 3	3.505.483	166.756	77.469	1.222	1.700.802	12.376.759	17.828.492
204 - A.S.L. TORINO 4	2.170.379	178.929	14.999	12.663	1.366.461	11.482.211	15.225.643
205 - A.S.L. TORINO 5	1.241.007	23.331	71.828	7.790	1.334.581	7.294.424	9.972.962
206 - A.S.L. VERCELLI	102.861	1.284.262	20.051	161.152	75.990	745.754	2.390.071
207 - A.S.L. BIELLA	269.448	1.018.097	0	5.221	71.982	881.674	2.246.422
208 - A.S.L. NOVARA	27.043	4.826.963	89	450	34.886	1.860.663	6.750.095
209 - A.S.L. VERBANO-CUSIO-OSSOLA	28.762	706.148	0	18.936	788	65.914	820.548
210 - A.S.L. CUNEO 1	419.528	9.078	5.244.570	6.732	455.679	5.044.235	11.179.822
211 - A.S.L. CUNEO 2	322.724	248	361.565	241.590	166.661	2.494.589	3.587.376
212 - A.S.L. ASTI	77.887	0	31.181	663.962	84.650	1.708.292	2.565.971
213 - A.S.L. ALESSANDRIA	484.171	76.151	0	5.326.351	196.693	1.483.815	7.567.182
904 - AZIENDA OSP. S.LUIGI	2.735.140	0	0	0	0	0	2.735.140
905 - AZIENDA OSP. MAGGIORE DELLA CARITA'	0	6.474.287	0	0	0	0	6.474.287
906 - AZIENDA OSP. S.CROCE E CARLE	0	0	4.866.273	0	0	0	4.866.273
907 - AZIENDA OSP. S.ANTONIO BIAGIO/ARRIGO	0	9.528	43	12.508.054	51.936	3.131	12.572.692
908 - AZIENDA OSP. ORDINE MAURIZIANO DI TORINO	0	0	0	0	1.421.287	0	1.421.287
909 - AZIENDA OSP. CITTA DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA DI TORINO	0	0	0	0	0	8.198.405	8.198.405
Totale 01 - 11 - Anno - 2022	14.860.826	14.795.543	10.741.721	18.957.577	11.201.227	82.834.765	153.391.659

* Viene esposto l'importo cumulato (Gennaio-Novembre) rilevato da flusso fileF per quanto attiene alla Distribuzione Diretta di Tipo 03: Farmaci distribuiti direttamente ai pazienti cronici soggetti ai piani terapeutici o presi in carico, a partire dal primo ciclo di terapia, incluse le terapie ancillari. L'importo su citato viene riportato al netto della quota parte inerente ai farmaci esclusi (si veda Esclusioni: foglio di lavoro Parametri)

In linea con gli Accordi aziendali con i MMG anno 2022 sull'appropriatezza prescrittiva, dalla S.C. Farmacia Territoriale sono stati inviati report periodici ai Direttori di Distretto e Capo Equipe per monitorare la spesa procapite pesata per Distretto, Equipe e MMG e promuovere mediante analisi dei profili prescrittivi delle singole Equipe il confronto tra pari. I dati di monitoraggio della spesa farmaceutica sono stati discussi anche negli incontri della Commissione Farmaceutica sia aziendale che interaziendale con AOU Maggiore della Carità, identificando le azioni da mettere in atto per valutare l'appropriatezza prescrittiva

e il contenimento della spesa farmaceutica. Nel dettaglio si illustrano le azioni messe in atto per le categorie che hanno inciso maggiormente sulla spesa farmaceutica:

SPESA CONVENZIONATA

- antibiotici per uso sistemico – è stato diffuso a tutti i Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta un report con indicate le maggiori antibiotico-resistenze presenti a livello nazionale, regionale ed aziendale e si è sottolineata l'importanza di utilizzare gli antibiotici in modo corretto secondo i criteri OMS indicati nella campagna AWaRE, prediligendo la categorie degli antibiotici Access, rispetto a Watch e Reserve;
- Statine ed ezetimibe – nei report inviati alle Equipe è stata sottolineata l'indispensabilità di attenersi alle limitazioni di nota AIFA 13, soprattutto nei grandi anziani, e monitorare l'aderenza alla terapia, fondamentale per raggiungere il target terapeutico, evitando anche le iperprescrizioni;
- Inibitori di Pompa protonica – la prescrizione di confenzionamenti con miglior profilo costo beneficio, soprattutto nell'utilizzo cronico degli IPP come indicazioni di nota AIFA 1 e 48, è stata richiesta negli obiettivi aziendali con i MMG.
- Vitamina D – sia in Commissione Farmaceutica Aziendale che nelle UCAD distrettuale sono stati discussi i dati sui consumi e spesa dei farmaci a base di vitamina D che dimostrano una maggior appropriatezza prescrittiva dopo l'introduzione della nota 96 AIFA e la diffusione delle raccomandazioni aziendali.

SPESA IN DISTRIBUZIONE PER CONTO

- antidiabetici orali – in seguito all'introduzione della nota AIFA 100 con redazione del Piano Terapeutico tramite sistema TS anche da parte dei MMG è stato organizzato un corso ECM con la collaborazione dei Medici Diabetologici aziendali per promuovere la prescrizione appropriata e di farmaci con miglior costo/beneficio;
- nuovi anticoagulanti orali – è stata ribadita l'importanza del monitoraggio delle terapie, la prescrizione dei dosaggi corretti e numero di confezioni adeguato evitando le iperprescrizioni, il puntuale rinnovo dei Piani Terapeutici tramite il sistema TS per non interrompere la terapia anticoagulante;
- Eritropoietina– negli incontri della Commissione Farmaceutica aziendale ed interaziendale è stata ribadita l'importanza della distribuzione diretta del farmaco per paziente onco-ematologici che nefropatici non solo in dimissione ospedaliera, ma anche in seguito a DH e visita ambulatoriale.

SPESA IN DISTRIBUZIONE DIRETTA

- farmaci sottoposti a monitoraggio AIFA – essendo notevolmente aumentata la spesa per Inibitori - PCSK9 prescritti dai Medici Specialisti dell'AOU Maggiore della Carità di Novara da aprile 2022 secondo indicazioni regionali, è stata inviata una nota alla Direzione informandoli sull'alto costo della terapia ed invitando i Prescrittori ad individuare le categorie di pazienti per i quali l'utilizzo di questi farmaci rappresenta effettivamente un valore aggiunto dal punto di vista clinico, valutando con attenzione le terapie precedenti e l'aderenza terapeutica;
- farmaci per psoriasi – è stato messo in atto un monitoraggio periodico dei farmaci biologici utilizzati, con nota aziendale è stato richiesto ai Prescrittori dell'AOU Maggiore della Carità di privilegiare la prescrizioni di farmaci di prima scelta e farmaci biosimilari a minor costo, pur rispettando la libertà prescrittiva, ma coinvolgendoli nell'uso appropriato delle risorse;
- farmaci utilizzati nelle malattie rare – sono stati contattati i Prescrittori sia regionali che extra-regionali di farmaci emofilici e di nuovi farmaci per la gestione della fibrosi cistica invitandoli ad utilizzare farmaci aggiudicati in gara regionale ed a privilegiare i farmaci a miglior profilo costo/beneficio. Nell'incontro con il Settore farmaceutica regionale è stata sottolineata l'importanza della valutazione delle terapie per malattie rare da parte della rete regionale MARARE e la successiva autorizzazione delle terapie ad altissimo costo, per esempio idursulfasi

per il trattamento a lungo termine dei due pazienti con sindrome di Hunter - mucopolisaccaridosi II, MPS II con un costo nel semestre di € 749.000,00 per due fratellini.

RISULTATI

ASL di Residenza	IMPORTO* CONVENZIONATA DISTRIBUZIONE DIRETTA e DPC - 2022 - Gennaio- Aprile	IMPORTO* CONVENZIONATA - 2022 - Gennaio- Aprile	IMPORTO* DISTRIBUZIONE DIRETTA - 2022 - Gennaio- Aprile	IMPORTO* DPC - 2022 - Gennaio- Aprile	RESIDENTI** PONDERATI - 2021	IMPORTO (Gennaio- Aprile 2022) PER RESIDENTE PONDERATO	VARIAZIONE RILEVATA RISPETTO AL VALORE DEL BEST PERFORMER 2021 PARI A EURO: 261,44
301 - A.S.L. CITTA' DI TORINO	90.206.886	41.548.778	37.000.583	11.657.525	850.996	106,00	-155,44
203 - A.S.L. TORINO 3	59.340.710	28.609.370	22.518.709	8.212.631	575.415	103,13	-158,31
204 - A.S.L. TORINO 4	50.797.715	24.306.359	19.641.767	6.849.588	503.919	100,81	-160,63
205 - A.S.L. TORINO 5	29.800.165	14.573.631	11.118.007	4.108.526	298.252	99,92	-161,52
206 - A.S.L. VERCELLI	15.713.114	8.503.857	5.171.823	2.037.434	169.386	92,76	-168,68
207 - A.S.L. BIELLA	17.631.285	8.215.642	7.302.137	2.113.506	173.031	101,90	-159,54
208 - A.S.L. NOVARA	33.122.110	15.865.672	12.780.217	4.476.222	331.640	99,87	-161,57
209 - A.S.L. VERBANO-CUSIO-OSSOLA	15.180.492	7.703.560	6.069.707	1.407.225	170.954	88,80	-172,64
210 - A.S.L. CUNEO 1	37.687.143	17.291.596	15.592.779	4.802.768	399.460	94,35	-167,09
211 - A.S.L. CUNEO 2	16.106.152	7.752.265	6.247.698	2.106.189	163.824	98,31	-163,13
212 - A.S.L. ASTI	20.325.543	9.856.973	7.895.940	2.572.630	200.036	101,61	-159,83
213 - A.S.L. ALESSANDRIA	43.401.645	22.012.730	15.588.691	5.800.223	438.030	99,08	-162,36
Valore Residenti Regione Piemonte	429.312.959	206.240.433	166.928.058	56.144.468	4.274.945	100,43	

* Viene rappresentato il valore rilevato dai diversi flussi informativi inerente ai farmaci con AIC. Il dato di residenza viene rilevato da quanto inviato attraverso i diversi flussi informativi.

** La popolazione residente ponderata consiste nel dato ISTAT al 01/01/2021, gli approfondimenti vengono proposti attraverso il foglio di lavoro: Popolazione residente ISTAT

Dai dati di spesa disponibili dal sistema PADDI sull'obiettivo assegnato e relativi al primo quadrimestre, la spesa pro-capite pesata complessiva (conv. + dd + dpc) anno 2022 risulta in linea con la media regionale ovvero € 99,87 verso € 100,43.

3. Farmaci e dispositivi medici

3.3. OBIETTIVO: Affidabilità dati rilevati da flussi informativi dei dispositivi medici

A cura del Direttore della s.c. Farmacia Ospedaliera; Direttore f.f. della s.c. Farmacia Territoriale

DESCRIZIONE

Verifica di disponibilità, completezza e qualità, nonché del miglioramento nel tempo dell'acquisizione nel flusso informativo regionale dei dati relativi al monitoraggio dei consumi e dei contratti dei dispositivi medici (Decreto Ministeriale 11 giugno 2010 "Istituzione del flusso informativo per il monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici direttamente acquistati dal Servizio Sanitario Nazionale").

INDICATORE

- Sub-obiettivo 3.3.1: Rapporto tra spesa rilevata dal Flusso Consumi di Dispositivi medici, esclusa quella rilevata per le CND W e Z - a eccezione delle CND Z13, Z12040115 e Z12040216 – e i costi imputati a Conto Economico alle voci B.1.A.3.1 e B.1.A.3.2.

Sommatoria dei costi dei Dispositivi medici rilevati nel flusso DMRP-Consumi 2022, esclusi quelli rilevati per le CND W e Z – a eccezione delle CND Z13, Z12040115 e Z12040216

Somma dei costi rilevati da Modello di Conto Economico 2022 alle voci B.1.A.3.1 e B.1.A.3.2

- Sub-obiettivo 3.3.2: Rapporto tra il numero di record validi con "Forma di negoziazione" compilata e il numero complessivo di record validi inviati al flusso DMRP- Contratti (sia a numeratore che a denominatore record validi con medesima chiave univoca di identificazione, pur eventualmente oggetto di invii plurimi in inserimento e/o sostituzione, sono conteggiati una sola volta; esclusi dal conteggio i record oggetto di cancellazione)

$$\frac{100 \times \text{Numero record validi con "Forma di negoziazione" compilata}}{\text{Numero di record validi}}$$

- Sub-obiettivo 3.3.3: Rapporto tra quantità contrattualizzata rilevata dal Flusso Contratti di Dispositivi medici, distintamente per le CND J0101, P0704, P0908, e quantità distribuita di dispositivi medici rilevata da Flusso Consumi di dispositivi medici. Tre distinti per ASR inviante:

Sommatoria delle quantità di dispositivi medici contrattualizzate nel quinquennio 2018-2022, rispettivamente differenziando nelle tre CND J0101, P0704, P0908

Sommatoria delle quantità di dispositivi medici distribuite nel quinquennio 2018- 2022, rispettivamente differenziando nelle tre CND J0101, P0704, P0908

VALORE DELL'OBIETTIVO

- Sub-obiettivo 3.3.1: Coerenza, con un margine di tolleranza compreso tra -5% e +10%, tra la spesa aziendale per DM rilevata da flusso DMRP (al netto dei dispositivi di CND Z – a eccezione delle Z13, Z12040115, Z12040216 – e di CND W) rispetto ai costi
- Sub-obiettivo 3.3.2: Almeno il 95% dei record inviati al flusso DMRP-Contratti nel 2022 deve presentare la compilazione del campo "Forma di negoziazione". I record oggetto di valutazione sono tutti i record inviati al flusso DMRP-Contratti dal primo gennaio 2022 alla data di consolidamento iscritta per tale flusso nella DGR succitata (al netto dei record oggetto di cancellazione), indipendentemente dalla data di stipula del contratto cui si riferisce il record.
- Sub-obiettivo 3.3.3: Risultato dei tre sub indicatori $\geq 50\%$ (l'indicatore complessivamente è valutato positivamente solo se il risultato di tutti i tre sub indicatori è non inferiore al cinquanta per cento).

AZIONI

Sub-obiettivo 3.3.1

Si è mantenuta l'attenzione sulla corretta gestione delle anagrafiche aziendali dei dispositivi medici oggetto del flusso, verificando che per ogni singolo prodotto fosse stato attribuito il numero di repertorio.

È entrata a regime la gestione della distinta base per i Kit di “trattamento dialitico” con conseguente individuazione dei numeri di repertorio delle diverse componenti.

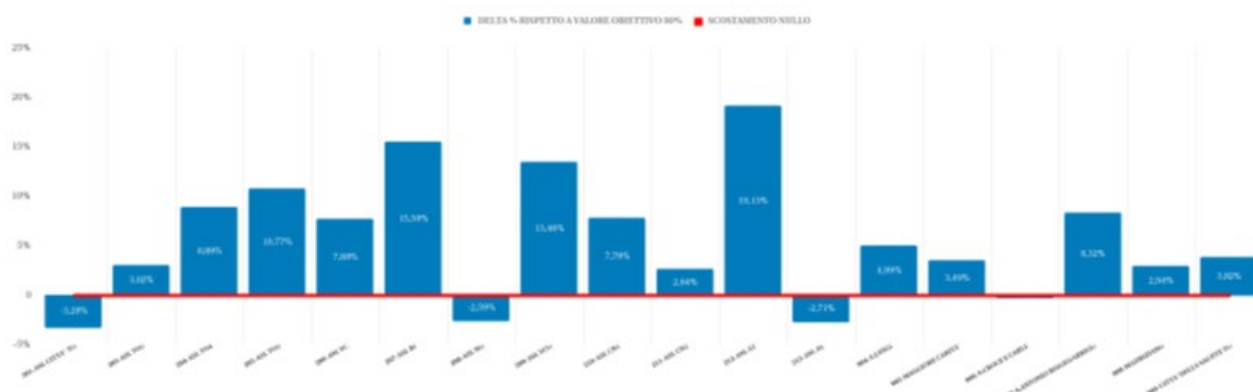
Sub-obiettivo 3.3.2

È stata richiesta al Sistema Informativo Controllo di Gestione (SICG) una estrapolazione di tutti i record inviati al flusso DMRP-Contratti nel 2022. Per tutti quelli con il campo “Forma di negoziazione” non compilato è stata richiesta al Centro Ordinatore competente la valorizzazione per un successivo invio del flusso da parte del SICG.

RISULTATI

Sub-obiettivo 3.3.1

Il calcolo dell’indicatore secondo la formula indicata nella DGR n. 4-92 del 19/07/2019 per il periodo Gennaio – Settembre 2022 (dato il momento disponibile) pone l’ASL all’interno dello standard.



L'indicatore regionale si basa sul presupposto che i prodotti della CND Z (fatta eccezione per CND Z13) siano da imputare su conti diversi dal 3100164; tuttavia, dalle verifiche effettuate presso i servizi che gestiscono gli acquisti e distribuzione dei dispositivi presso l’ASL di Novara, risulta che molti dispositivi della CND Z (non Z13) sono contabilizzati in ASL NO nei conti CE considerati al denominatore in quanto materiale di consumo.

Peraltro l'indicazione regionale a suo tempo pervenuta sul conto in questione è la seguente:

"Rileva il costo per l'acquisto di dispositivi medici di cui alla normativa europea (Direttiva 93/42/CEE-D.Lgs.46/1997 e smi). Sono incluse tutte le classi CND, compresa la classe Z, solo per il materiale di consumo (esclusi i beni capitalizzabili in SP), e ad esclusione di quelli di classe W, da imputare al 3100107 (cod.min. B.1.A.3.1)"

Inoltre le ultime linee guida ai modelli ministeriali CE forniscono questa definizione:

"Qualsiasi strumento, apparecchio, impianto, sostanza o altro prodotto, utilizzato da solo o in combinazione (compreso il software informatico impiegato per il corretto funzionamento) e destinato dal fabbricante ad essere impiegato nell'uomo a scopo di diagnosi, prevenzione, controllo, terapia o attenuazione di una malattia; di diagnosi, controllo, terapia, attenuazione o compensazione di una ferita o di un handicap; di studio, sostituzione o modifica dell'anatomia o di un processo fisiologico; di intervento sul concepimento, il quale prodotto non eserciti l'azione principale, nel o sul corpo umano, cui è destinato, con mezzi farmacologici o immunologici né mediante processo metabolico ma la cui funzione possa essere coadiuvata da tali mezzi (D.Lgs. 46/1997).

Contiene il costo riferito sia ai dispositivi medici dotati di numero di iscrizione nel sistema Banca dati/Repertorio ai sensi del Decreto del Ministro della Salute 21 dicembre 2009, sia ai dispositivi medici non dotati di numero di iscrizione nel sistema Banca dati/Repertorio.

La voce non accoglie i dispositivi medici ad utilità pluriennale che sono iscritti nello Stato Patrimoniale tra le immobilizzazioni materiali e che rientrano nel processo contabile dell’ammortamento (sia ammortamento integrale sia ammortamento pluriennale).

Sub-obiettivo 3.3.2

AZIENDA INVIANTE	Nr. Record Contratti con Forma di Negoziazione compilata (A)	di cui Movimenti "I" Invenimento	di cui Movimenti "O" Costituzione	Nr. Record Contratti (B)	Rapporto % C= (A / B)
301-A.S.L. CITTA' DI TORINO	8.908	39,80%	60,20%	8.908	100,00%
203-A.S.L. TORINO 3	4.056	89,89%	10,11%	4.056	100,00%
204-A.S.L. TORINO 4	3.150	27,83%	72,17%	3.206	98,53%
205-A.S.L. TORINO 5	815	42,82%	57,18%	864	94,33%
206-A.S.L. VERCELLI	1.223	100,00%	0,00%	1.223	100,00%
207-A.S.L. BIELLA	2.613	13,55%	86,45%	2.613	100,00%
208-A.S.L. NOVARA	366	100,00%	0,00%	445	82,25%
209-A.S.L. VERBANO-CUSIO-OSOLA	2.286	33,38%	66,62%	2.306	99,13%
210-A.S.L. CUNEO 1	8.601	52,65%	47,35%	8.608	99,92%
211-A.S.L. CUNEO 2	4.972	84,33%	15,67%	5.017	99,10%
212-A.S.L. ASTI	7.745	37,93%	62,07%	8.743	88,59%
213-A.S.L. ALESSANDRIA	2.551	86,75%	13,25%	2.551	100,00%
904-AZIENDA OSP. S. LUIGI	1.226	50,98%	49,02%	1.228	99,84%
905-AZIENDA OSP. MAGGIORE DELLA CARITA'	6.470	60,43%	39,57%	6.473	99,95%
906-AZIENDA OSP. S. CROCE E CARLE	1.336	86,22%	13,78%	1.341	99,56%
907-AZIENDA OSP. S. ANTONIO BIAGIOARRIGO	9.339	77,87%	22,13%	9.480	98,51%
908-AZIENDA OSP. ORDINE MAURIZIANO DI TORINO	6.310	16,78%	83,22%	6.310	100,00%
909-AZIENDA OSP. CITTA DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA DI TORINO	9.865	58,87%	41,13%	10.261	96,14%
Valore di periodo	81.840	54,08%	45,92%	83.633	97,86%

Per il periodo 01.01.2022 – 30.09.2022 (dati al momento disponibili) la rilevazione pone l'ASL ancora al di fuori dello standard. Per tutti quelli con il campo "Forma di negoziazione" ancora non compilato è stata richiesta al Centro Ordinatore competente la valorizzazione con invio del flusso corretto da parte del SICG. Pertanto la rilevazione per il periodo 01.01.2022 – 31.12.2022 porrà l'ASL all'interno dello standard.

Sub-obiettivo 3.3.3

Causa problemi di inserimento dati in via di risoluzione, le quantità contrattualizzate non possono essere rilevate dal Flusso Contratti di Dispositivi Medici.

Si comunica comunque che la quantità contrattualizzata per le CND J0101 (Pace Maker), contabilizzata sulla base dei provvedimenti amministrativi adottati, risulta pari a 593, mentre la quantità distribuita risulta pari a 880 (Fonte PADDI). L'indicatore così calcolato risulta quindi pari a 67,4%.

La quantità contrattualizzata per le CND P0908 (Protesi d'anca), contabilizzata sulla base dei provvedimenti amministrativi adottati, risulta pari a 3.203, mentre la quantità distribuita risulta pari a 3.324 (Fonte PADDI). L'indicatore così calcolato risulta quindi pari a 96,4%.

La classe CND P0704 (Endoprotesi Vascolari e Cardiache) risulta non calcolabile in quanto l'ASL NO non ha contrattualizzato/acquistato i suddetti Dispositivi Medici nel periodo considerato.

4. Transizione post-emergenza

4.1. OBIETTIVO: Attuazione Piano di recupero delle liste di attesa delle prestazioni di ricovero

A cura della s.c. Direzione Medica Presidio Ospedaliero

DESCRIZIONE

La D.G.R. n. 2-1980 del 23.09.2020, titolata "Decreto-Legge 14 agosto 2020, n. 104. Obiettivi programmatici e riparto risorse alle Aziende pubbliche del SSR per il recupero delle liste di attesa relative a prestazioni ambulatoriali, di screening oncologici e di ricovero ospedaliero non erogate nel periodo dell'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-Cov-2" ha approvato, all'allegato A, il Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di ricovero.

INDICATORE

- Sub-obiettivo 4.1.1:

$$\frac{\text{n° prestazioni di ricovero prodotte nell'anno 2022}}{\text{n° prestazioni di ricovero prodotte nell'anno 2019}} \times 100$$

- Sub-obiettivo 4.1.2: Percentuale interventi chirurgici in regime di ricovero recuperati per classe di complessità (1 2 3) e di priorità (A B C D) rispetto al fabbisogno stimato nel piano aziendale di utilizzo risorse ex. DGR 4- 4878/2022 del 14.4.2022 e s.m.i.
- Sub-obiettivo 4.1.3: Utilizzo, secondo criteri di appropriatezza e in coerenza con il fabbisogno stimato, delle risorse residue ex DL 104/DGR 2-1980 entro il 31/12/2022.

VALORE DELL'OBIETTIVO

- Sub-obiettivo 4.1.1: ≥100%
- Sub-obiettivo 4.1.2: 100%
- Sub-obiettivo 4.1.3: 100%

AZIONI

Dal mese di marzo 2022, terminata l'ondata epidemica Sars-Cov2 che ha impegnato risorse umane e strutturali per la sua gestione, il Presidio Ospedaliero è rientrato in un modello di gestione ordinaria con la riapertura dei reparti chirurgici e delle sale operatorie. La riapertura delle sale operatorie non ha comunque raggiunto il livello del 2019 per la mancanza di personale (in parte chirurghi e anestesisti; in parte strumentisti già formati, nonostante siano state attuate tutte le procedure concorsuali e contrattuali possibili).

Dal mese di marzo sono proseguite in modo costante le riunioni organizzative settimanali del Gruppo Aziendale Sale Operatorie. L'incontro congiunto tra anestesista referente del Blocco, Coordinatore, chirurghi e RUA ha consentito di ottimizzare l'utilizzo degli spazi operatori disponibili.

Come da indicazione regionale sono stati svolti gli audit periodici per la valutazione congiunta di strategie, criticità e obiettivi.

Dal mese di luglio è stata attrezzata una sala all'interno del reparto di Oculistica per l'esecuzione delle iniezioni intravitreali in modo da recuperare spazio utile in sala operatoria per tipologie di interventi più complessi. Dal mese di ottobre si è ottimizzato l'utilizzo di una sala piccoli interventi dell'area ginecologica prevedendone l'utilizzo anche da parte di altre specialità.

Dal mese di marzo, con l'esclusione dei mesi estivi, sono stati organizzati prolungamenti dell'orario di sala operatoria e sedute aggiuntive al sabato utilizzando il finanziamento ex DL 104/DGR 2-1980.

RISULTATI**Sub-obiettivo 4.1.1**

Tipo di ricovero	2022 (gennaio-dicembre)	2019 (gennaio-dicembre)	Differenza
Programmati	4.310	5.017	-707
Urgenti/Neonati	6.432	6.668	-236
Totale	10.742	11.685	-943

Tipo di ricovero	2022 (marzo-dicembre)	2019 (marzo-dicembre)	Differenza
Programmati	3.423	3.743	-320
Urgenti/Neonati	4.886	4.920	-34
Totale	8.309	8.663	-354

Sub-obiettivo 4.1.2

I dati sugli interventi, suddivisi per classe di complessità e di priorità, ci portano, nel periodo marzo-dicembre, al 90% dell'attività del 2019 per il solo PO di Borgomanero. Per la classe di priorità A il numero di interventi è stato superiore nel 2022 rispetto al 2019; per le classi B e C è sovrapponibile; solo per la classe D il dato è inferiore.

Considerando anche gennaio e febbraio la percentuale si abbassa a 84%.

Includendo l'attività delle strutture private presenti sul territorio, il dato supera il 100%.

MARZO-DICEMBRE							
Pubb/Priv	ASR Erogante/ASL Territ.		Classe	Tot Casi 2019	Tot Casi 2022	Diff. casi 2022 vs 2019	Perc. 2022 vs 2019
PUBB	208	A.S.L. NOVARA	1	305	286	-19	94 %
PUBB	208	A.S.L. NOVARA	2	1.643	1.343	-300	82 %
PUBB	208	A.S.L. NOVARA	3	1.119	1.146	27	102 %
PUBB	208	A.S.L. NOVARA	Tot	3.067	2.775	-292	90 %

GENNAIO-DICEMBRE							
Pubb/Priv	ASR Erogante/ASL Territ.		Classe	Tot Casi 2019	Tot Casi 2022	Diff. casi 2022 vs 2019	Perc. 2022 vs 2019
PUBB	208	A.S.L. NOVARA	1	362	331	-31	91 %
PUBB	208	A.S.L. NOVARA	2	1.997	1.528	-469	77 %
PUBB	208	A.S.L. NOVARA	3	1.338	1.256	-82	94 %
PUBB	208	A.S.L. NOVARA	Tot	3.697	3.115	-582	84 %
PRIV	208	A.S.L. NOVARA	1	396	258	-138	65 %
PRIV	208	A.S.L. NOVARA	2	947	976	29	103 %
PRIV	208	A.S.L. NOVARA	3	1.790	2.901	1.111	162 %
PRIV	208	A.S.L. NOVARA	Tot	3.133	4.135	1.002	132 %
Totale				6.830	7.250	420	106 %

Sub-obiettivo 4.1.3

Finanziamento complessivo utilizzato (gennaio-dicembre)	Di cui quota a valere sui fondi assegnati con DL 104/2020 e s.m.i.	Di cui quota a valere sui fondi assegnati con L. 234/2021
€ 154.192,12	€ 38.046,50	€ 116.145,62

Le risorse residue ex DL 104/2020 sono state tutte utilizzate entro il primo semestre 2022 (pari a €38.046,50).

Il finanziamento per i ricoveri definito dalla Deliberazione del Direttore Generale N° 227 del 03/05/2022 in recepimento della DGR 4-4878 del 14/04/2022 - inizialmente pari a € 423.648,00 e dopo richiesta regionale, ricalcolato a € 186.000,00 - è stato utilizzato quasi per intero con un residuo di quota per i ricoveri pari a € 31.807,88.

4. Transizione post-emergenza

4.2. OBIETTIVO: Attuazione Piano di recupero delle prestazioni di screening oncologici

A cura del Responsabile s.s.d Unità Valutazione Organizzazione Screening

DESCRIZIONE

La D.G.R. n. 2-1980 del 23.09.2020, titolata "Decreto-Legge 14 agosto 2020, n. 104. Obiettivi programmatici e riparto risorse alle Aziende pubbliche del SSR per il recupero delle liste di attesa relative a prestazioni ambulatoriali, di screening oncologici e di ricovero ospedaliero non erogate nel periodo dell'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-Cov-2" ha approvato, all'allegato A, il Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di screening oncologici.

INDICATORE

- Sub-obiettivo 4.2.1:
 - COPERTURE INVITI: N° persone invitate + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale.
 - COPERTURA ESAMI: N° persone sottoposte al test di screening, incluse le adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale
- Sub-obiettivo 4.2.2: Deliberazione del Direttore Generale di approvazione del Piano di Attività per il 2022

VALORE DELL'OBIETTIVO

- Sub-obiettivo 4.2.1: Cfr. tabella seguente con dettaglio delle coperture

	ATTESO	MINIMO
SCREENING MAMMOGRAFICO ETÀ 50-69 ANNI COPERTURA INVITI: NUMERO DI DONNE INVITATE AD EFFETTUARE IL TEST DI SCREENING + ADESIONI SPONTANEE / POPOLAZIONE BERSAGLIO ANNUALE	100%	97%
SCREENING MAMMOGRAFICO ETÀ 50-69 ANNI COPERTURA ESAMI: NUMERO DI DONNE SOTTOPOSTE AL TEST DI SCREENING + ADESIONI SPONTANEE / POPOLAZIONE BERSAGLIO ANNUALE	55%	50%
SCREENING CERVICO-VAGINALE ETÀ 25-64 ANNI COPERTURA INVITI: NUMERO DI DONNE INVITATE AD EFFETTUARE IL TEST DI SCREENING + ADESIONI SPONTANEE / POPOLAZIONE BERSAGLIO ANNUALE (SONO CONTEGGIATI TRA GLI INVITI SIA QUELLI RELATIVI AL PAP-TEST CHE AL TEST PER L'HPV PRIMARI)	100%	97%
SCREENING CERVICO-VAGINALE ETÀ 25-64 ANNI COPERTURA ESAMI: NUMERO DI DONNE SOTTOPOSTE AL TEST DI SCREENING + ADESIONI SPONTANEE / POPOLAZIONE BERSAGLIO ANNUALE (SONO CONTEGGIATI TRA I TEST DI SCREENING SIA I PAP TEST CHE IL TEST PER L'HPV PRIMARI)	50%	45%
	ATTESO	MINIMO

SCREENING COLO-RETTALE ETÀ 58 ANNI COPERTURA INVITI: NUMERO PERSONE INVITATE A SIGMOIDOSCOPIA + ADESIONI SPONTANEE / POPOLAZIONE BERSAGLIO ANNUALE	100%	97%
SCREENING COLO-RETTALE ETÀ 58-69 ANNI COPERTURA ESAMI: NUMERO PERSONE SOTTOPOSTE A SIGMOIDOSCOPIA O FIT (INCLUSE ADESIONI SPONTANEE) / POPOLAZIONE BERSAGLIO ANNUALE	40%	35%

- Sub-obiettivo 4.2.2: Con atto deliberativo n. 664 del 23/12/2022 del Direttore Generale, è stato formalizzato il Piano annuale di Attività 2022.

AZIONI

Sub-obiettivo 4.2.1:

L'andamento dell'attività di screening nei tre programmi è stata monitorata nel corso dell'anno; a seguito di evidenze che segnavano uno scostamento dagli obiettivi, sono state attivate alcune azioni correttive.

Screening Mammografico

Il volume di risorse messe a disposizione è sempre stato considerato sufficiente al raggiungimento degli obiettivi di copertura di invito. La copertura di popolazione, in parte funzione del tasso di adesione, è risultata ai limiti dell'accettabilità; per questo per implementare il tasso di adesione della popolazione agli screening, agli inviti sono seguiti i solleciti.

Per ottimizzare il sistema è stata effettuata una riconfigurazione delle zone statistiche che afferiscono alle diverse U.O.

Screening Citologico

Ad una analisi di inizio anno, risultava che il volume di risorse messo a disposizione fosse sufficiente per il raggiungimento degli obiettivi di copertura di invito; successivamente (dopo l'estate) è emerso che sarebbe stato necessario aumentare la disponibilità di risorse. Per questo motivo sono state aggiunte ore prelievo citologico come di seguito descritto:

- Settembre: + 60 ore
- Ottobre: + 48 ore
- Novembre: + 72 ore
- Dicembre: + 45 ore

In media si tratta di + 15 ore circa alla settimana da Settembre a Dicembre compresi.

Per ottimizzare il sistema è stata effettuata una riconfigurazione delle zone statistiche che afferiscono alle diverse U.O.

Screening Colon-Retto

Presso l'AOU Maggiore è stato operato un profondo cambiamento del tipo di attività erogato: per i primi mesi dell'anno la stessa azienda ha effettuato esclusivamente CT da Fobt, tralasciando completamente l'attività di FS. Da luglio è iniziata un'opera di conversione degli spazi CT in spazi FS. Ad oggi, presso la Endoscopia digestiva dell'AOU Maggiore, sono erogate 9FS e 3 CT alla settimana dedicate alle attività di screening.

Viceversa l'endoscopia digestiva di Borgomanero (ASL NO) ha operato sia con FS che con CT da Fobt per i primi 5 mesi dell'anno. A giugno – a causa di comprovate carenze di personale – c'è stata una sospensione totale delle attività di screening di primo livello.

Grazie ad alcuni adeguamenti organizzativi e di personale, da ottobre anche presso il centro di Borgomanero sono riprese le attività che però, ad oggi, si limitano alle CT da Fobt. Il ramo FS risulta tuttora sospeso.

Sub-obiettivo 4.2.2:

È stata formulata una bozza di piano di attività nel mese di maggio; il piano indicava le azioni da intraprendere ed i volumi di attività necessari per il raggiungimento degli obiettivi di cui al presente report (basati sugli obiettivi 2021).

Per lo screening colon-retto molte attività non sono state messe in atto per mancanza di risorse medico.

RISULTATI

Sub-obiettivo 4.2.1:

Vengono presentati i dati a livello di Programma 5 di prevenzione secondaria dei tumori a cui partecipa l'ASL NO e dettagliati quelli relativi alla sola ASL NO.

Nome indicatore	Valore atteso locale 2022	Valore osservato al 31/12/2022	Motivazione eventuale scostamento
Copertura da esami Numero di persone sottoposte al test di screening del tumore della cervice nell'anno di riferimento + adesioni spontanee/ popolazione bersaglio annuale	47%	36,1%	ASL NO: 29,9% Si segnala che i valori osservati nell'ASL NO e nell'ASL VCO sono valori storici e consolidati
Copertura da inviti: Numero di persone invitate a sottoporsi a screening del tumore della cervice nell'anno di riferimento + adesioni spontanee/ popolazione bersaglio annuale	97%	116,8%	Valore ASL NO: 113,5% Tutte le ASL che afferiscono al Pr 5 raggiungono abbondantemente questo obiettivo
Copertura da esami: Numero di persone sottoposte al test di screening del tumore della mammella nell'anno di riferimento + adesioni spontanee/popolazione bersaglio annuale	58%	51,9%	Valore ASL NO: 47,9% Il valore osservato, comunque molto prossimo all'obiettivo, è frutto anche del completamento di tutte le attività previste dal Coordinamento regionale per il potenziamento del tasso di adesione. Nel corso dell'anno sono state sollecitate con lettera specifica tutte le donne che non avevano aderito al primo invito, si è tornati alla modalità di "lettera con appuntamento prefissato". La sc. Radiologia può contare solo sulla metà della dotazione organica di dirigenti previsti (6 presenti su 11 previsti) nonostante l'attivazione di ripetute procedure di reclutamento. Si segnala che ASL BI (59%) raggiunge l'obiettivo di copertura esami.

Nome indicatore	Valore atteso locale 2022	Valore osservato al 31/12/2022	Motivazione eventuale scostamento
<p>Copertura da inviti: Numero di persone invitate a sottoporsi a screening per il tumore della mammella nell'anno di riferimento + adesioni spontanee/ popolazione bersaglio annuale</p>	<p>97%</p>	<p>95,3%</p>	<p>ASL NO: 94,3%</p> <p>Si segnala che, come anche verificato in sede di Coordinamento regionale, nel corso dell'anno non vi è sempre stato un numero di soggetti inevitabili tali da saturare il potere d'invito dei vari centri. Vale a dire che per alcuni mesi, spesso il gruppo oggetti invito non era costituito da un numero di assistiti tale da consentire di saturare gli inviti. Questo ha di fatto reso inefficace il potere di invito per un periodo di circa 6 mesi (da marzo e settembre).</p> <p>Questo fatto è stato determinato dal fermo dell'attività dovuta alla Pandemia registrato nel medesimo periodo del 2020 con la conseguente mancata maturazione dei "secondi round" nel periodo segnalato del 2020. In quel periodo si è provveduto ad invitare tutte donne le "non aderenti" (chiedendo anche di sbloccare in anticipo i gruppi dei quali non erano ancora maturati i due anni di periodismo), tuttavia i numeri non risultavano ancora sufficienti a coprire le disponibilità delle UO nel lungo periodo. Successivamente i gruppi oggetto invito sono tornati ad essere ricchi di utenti e questo ha consentito di raggiungere un risultato molto prossimo all'obiettivo richiesto. Questo fenomeno ha interessato praticamente tutti i programmi regionali di screening mammografico, come si evince dai risultati prodotti dal CPO.</p> <p>Si segnala, da ultimo, che gli archivi UVOS registrano una percentuale della copertura di invito molto più alta, nel dettaglio:</p> <p>ASL NO: 113%</p> <p>Si segnala pertanto che il numero di inviti emessi nell'anno dalle UVOS sono sufficienti a raggiungere la copertura di invito, che viene meno però se si considera la data di invito riportata sugli inviti, che – negli ultimi mesi dell'anno – ricade nel 2023.</p>

Nome indicatore	Valore atteso locale 2022	Valore osservato al 31/12/2022	Motivazione eventuale scostamento
Copertura da inviti: Numero di persone invitate a sottoporsi a screening del tumore del colon-retto nell'anno di riferimento + adesioni spontanee/ popolazione bersaglio annuale	97%	55,2%	Valore ASL NO: 24,6% Il mancato raggiungimento dell'obiettivo è ascrivibile a criticità di personale ed organizzative che hanno interessato in particolare l'ASL NO e l'AOU Maggiore della Carità di Novara. La ssd. Gastroenterologia ha potuto contare su un organico composto solo da 2 dirigenti medici che non è stato possibile per tutto l'anno incrementare nonostante la reiterata attivazione di procedure per l'acquisizione.
Copertura da esami: Numero di persone sottoposte al test di screening del tumore del colon-retto nell'anno di riferimento + adesioni spontanee/popolazione bersaglio annuale	47%	25,5%	Valore ASL NO: 29,1%

Sub-obiettivo 4.2.1:

Con atto deliberativo n. 664 del 23/12/2022 del Direttore Generale, è stato formalizzato il Piano annuale di Attività 2022.

Allegato 4.2 : Delibera n. 664 del 23/12/2022 del Direttore Generale.

4. Transizione post-emergenza

4.3. OBIETTIVO: Attuazione Piano di recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale

A cura della s.c. Direzione Medica Presidio Ospedaliero e della s.s.d. Governo Clinico e Sviluppo Strategico

DESCRIZIONE

La D.G.R. n. 2-1980 del 23.09.2020, titolata "Decreto-Legge 14 agosto 2020, n. 104. Obiettivi programmatici e riparto risorse alle Aziende pubbliche del SSR per il recupero delle liste di attesa relative a prestazioni ambulatoriali, di screening oncologici e di ricovero ospedaliero non erogate nel periodo dell'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-Cov-2" ha approvato, all'allegato A, il Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale.

INDICATORE

- Sub-obiettivo 4.3.1:

$$\frac{\text{n° prestazioni di spec. amb. prodotte nell'anno 2022}}{\text{n° prestazioni di spec. amb. prodotte nell'anno 2019}} \times 100$$

- Sub-obiettivo 4.3.2: Percentuale prestazioni di specialistica ambulatoriale recuperate rispetto al fabbisogno stimato nel piano aziendale di utilizzo risorse ex. DGR 4- 4878/2022 del 14.4.2022 e s.m.i.
- Sub-obiettivo 4.3.3: Utilizzo, secondo criteri di appropriatezza e in coerenza con il fabbisogno stimato, delle risorse residue ex DL 104/DGR 2-1980 entro il 31/12/2022.

VALORE DELL'OBIETTIVO

- Sub-obiettivo 4.3.1: ≥100%
- Sub-obiettivo 4.3.2: 100%
- Sub-obiettivo 4.3.3: 100%

AZIONI

L'ASL NO ha applicato le disposizioni attuative e modalità organizzative per il recupero delle liste di attesa nelle strutture pubbliche e private accreditate previste dalla D.G.R. n. 4-4878 del 14.04.2022 prevedendo l'utilizzo, ad integrazione delle risorse già assegnate con D.G.R. del 24 novembre 2021, n. 2-4147, delle ulteriori risorse previste dall'art. 1, comma 278, della legge 30 dicembre 2021, n. 234.

Le modalità operative adottate hanno riguardato:

- Reclutamento di Risorse per le prestazioni aggiuntive da parte del personale dipendente (Dirigenza medica e Comparto, Specialisti Ambulatoriali Convenzionati) per le branche di:
 - Allergologia (incluso visite allergologiche pediatriche)
 - Cardiologia
 - Chirurgia
 - Diabetologia ed Endocrinologia
 - Immunoematologia
 - Nefrologia
 - Neurologia
 - Neuro-Psichiatria Infantile
 - Oculistica (ortottica)
 - Odontoiatria
 - Oncologia
 - Ortopedia
 - Otorinolaringoiatria
 - Ginecologia
 - Radiodiagnostica

- Reumatologia
- Recupero e Rieducazione Funzionale
- Urologia
- Stipula di Contratti integrativi con le Strutture Private Accreditate: con Deliberazione del DG n. 296 del 27/05/2022 sono state approvate le riformulazioni a valere per l'anno 2022 degli Accordi Contrattuali già sottoscritti (deliberazioni 498, 568, 590 e 591 del 2021) per l'integrazione di acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale per le seguenti strutture:
 - società Policlinico di Monza – Struttura “Clinica San Gaudenzio” di Novara
 - società Habilita s.p.a. - Presidio “I Cedri” di Fara Novarese
 - società C.D.C. s.p.a. - Presidio “C.D.C.” di Novara
 - società Casa di Cura San Carlo s.r.l. - Presidio “San Carlo” di Arona;
- Attivazione dei contratti a tempo indeterminato per la Specialistica Ambulatoriale Convenzionata per le branche di:
 - Cardiologia
 - ORL
 - Dermatologia
 - Neurologia
- Nuove assunzioni:
 - n. 1 CARDIOLOGO
 - n. 1 ALLERGOLOGO (medico già in incarico a tempo determinato)
 - n. 4 CHIRURGHI
 - n. 2 NEFROLOGI (di cui 1 medico già in incarico a tempo determinato)
 - n. 1 NEUROLOGO (medico già in incarico a tempo determinato)
 - n. 2 OCULISTI
 - n. 1 ORL (medico già in incarico a tempo determinato)
 - n. 1 ORTOPEDICO
 - n. 3 GINECOLOGI (di cui 2 medici per consultorio)
 - n. 2 RADIOLOGI (di cui 1 medico già in servizio a tempo determinato)
 - n. 1 RRF
 - n. 1 ANATOMO PATOLOGO
- Appropriately Prescrittiva: Attivato il corso di formazione “Appropriatezza prescrittiva in gastroenterologia”, accreditato per 4 crediti ECM, in presenza (due edizioni)
- Tra le altre azioni:
 - Si è provveduto alla revisione delle tempistiche di erogazione delle prestazioni per riportarle, laddove possibile nel rispetto delle norme di distanziamento, alle durate pre-Covid;
 - E' stato implementato sull'applicativo del CUP Unico regionale, sulle fasce esclusive, l'automatismo di rilascio selettivo in “pubblica” dei posti non occupati favore delle prenotazioni di primo accesso di classe B e D.

RISULTATI

Sub-obiettivo 4.3.1

La tabella seguente riporta il confronto della produzione specifico per le prestazioni PNGLA per gli anni 2019 e 2022 delle strutture a gestione diretta dell'ASL NO, dei Privati Accreditati ed IRCCS del territorio di competenza aziendale 2022 (fonte dati flusso C prestazioni ambulatoriali).

Pubb/ Priv	ASR Erogante/ASL territ.	Prest 2019	Prest 2022	Diff.Prest 2022 vs 2019	Percentuale 2022 vs 2019
PUBB	208 A.S.L. NOVARA	115.085	73.890	41.195	64,20 %
EQUIP	208 A.S.L. NOVARA	10.997	9.562	1.435	86,95 %
PRIV	208 A.S.L. NOVARA	70.047	57.053	12.994	81,45 %
TOTALE		196.129	140.505	55.624	71,64 %

La tabella sottostante riporta la produzione complessiva di prestazioni ambulatoriali del 2022 (con esclusione di quelle afferenti alla branca 98 – laboratorio analisi, inclusa la Chirurgia Ambulatoriale complessa), delle Strutture a gestione diretta dell’ASL NO a confronto con la produzione del 2019 (fonte dati: flusso C).

	gennaio - dicembre 2022	gennaio - dicembre 2019	Δ 2022/2019
	Qta	Qta	
Produzione Strutture ASL NO	475.577	549.941	86%

Quanto implementato non è riuscito a compensare il calo di prestazioni determinato da diverse cause di seguito descritte:

- la maggior parte dei reparti/ambulatori soffre da tempo di una grave carenza di personale. In generale rispetto al 2019 si osserva una generalizzata diminuzione nel numero di dirigenti medici in servizio pari al 10% circa (n. 28 dirigenti medici in meno). Questo comporta in alcuni casi la necessità di concentrare le risorse umane disponibili sulle attività che non possono essere rimandate o ridimensionate (es: turni nelle degenze) a discapito delle sedute ambulatoriali per esterni. Si segnalano in particolare la SSD Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva che al momento può contare solo su 2 operatori medici compreso il Responsabile della struttura nonostante sia già stato effettuato un concorso per l’assunzione a tempo indeterminato di altri operatori ma in graduatoria sono presenti solo medici specializzandi; la SC Radiodiagnostica la quale dispone di soli 6 dirigenti medici incluso il Direttore su un organico di 11 nonostante siano stati espletati più di un concorso per l’assunzione a tempo indeterminato che non sono riusciti a rimpiazzare gli effettivi carenti; l’allontanamento dal luogo di lavoro di operatori che non hanno adempiuto agli obblighi vaccinali contro COVID-19;
- le norme sul distanziamento, anche se rimodulate, limitano comunque il numero di persone che possono accedere a diverse sale d’attesa in particolare presso i poliambulatori dei Distretti in relazione al minor spazio disponibile;
- il confronto della produzione di specialistica ambulatoriale sull’intera annualità è condizionato negativamente dai valori di produzione del primo trimestre 2022 in cui l’attività risultava ancora sospesa/ridotta per far fronte alle necessità legate alla recrudescenza dell’epidemia COVID.

Si segnala infine che per le prestazioni ginecologiche i dati 2019/2022 non sono confrontabili in quanto, mentre per l’anno 2019 le prestazioni considerate comprendono anche quelle erogate dai consultori, a seguito delle modifiche introdotte dalla Regione Piemonte (istituzione del Catalogo delle prestazioni consultoriali), per il 2022 suddette prestazioni non sono valorizzate nel flusso C e questo comporta la perdita dai dati analizzati, per la sola prima visita ginecologica, di circa 8.500 prestazioni, per l’anno 2022, che però sono state effettivamente comunque erogate.

Inoltre si segnala che, seppur per volumi inferiori, anche l’utilizzo delle nuove codifiche del catalogo regionale per le prestazioni del CDCD hanno determinato una riduzione apparente delle prestazioni oggetto di monitoraggio PNGLA in quanto non si utilizza più il codice di “prima visita neurologica”.

Sub-obiettivo 4.3.2

Di seguito si riportano il volume di prestazioni erogate per il recupero delle Liste di Attesa e la percentuale sul fabbisogno stimato totale, aggiornati al 31/12/2022.

Si precisa che l'ASL NO ha puntualmente applicato le disposizioni regionali entro le tempistiche previste relativamente all'avvio del progetto di presa in carico attiva per le prescrizioni di primo accesso delle prestazioni pilota (visita cardiologica con ecg e mammografia).

VOLUME PRESTAZIONI EROGATE RISPETTO AL FABBISOGNO STIMATO	19.923
% PRESTAZIONI RECUPERATE SUL TOTALE DEL FABBISOGNO STIMATO	19,14

Sub-obiettivo 4.3.3

La tabella seguente illustra, per le diverse modalità organizzative, gli importi spesi al 31/12/2022 ripartiti sui fondi assegnati (dato inviato a Regione con nota prot. 5063 del 24/01/203 – Preconsuntivo Attività Liste di Attesa 2022).

PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI	CUMULATIVO 1 GENNAIO – 31 DICEMBRE				
	VOLUME DI PRESTAZIONI	% Recupero	Finanziamento complessivo utilizzato	Di cui quota a valere sui fondi assegnati con DL 104/2020 e s.m.i.	Di cui quota a valere sui fondi assegnati con L. 234/2021
MODALITA' ORGANIZZATIVE	(numero prestazioni effettuate)	Realizzato sul Totale stimato			
PROGRAMMI DI PRESTAZIONI AGGIUNTIVE	11.274	10,83	519.948,62	103.163,26	416.785,36
INCREMENTO MONTE ORE DELL'ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE CONVENZIONATA INTERNA PRESTAZIONI AGGIUNTIVE SPECIALISTI AMBULATORIALI CONVENZIONATI	1.322	1,27	46.456,84	20.118,14	26.338,70
ASSUNZIONE/RIALLOCAZIONE PERSONALE	1.296	1,25	31.998,00	0,00	31.998,00
COMMITTENZA A PRIVATO ACCREDITATO	6.031	5,79	354.224,50	0,00	354.224,50

4. Transizione post-emergenza**4.4. OBIETTIVO: Piano di recupero vaccinazioni programmate**

A cura del Direttore della s.c. Servizio d'Igiene e Sanità Pubblica

DESCRIZIONE

Offrire e implementare le vaccinazioni antiinfluenzale, pneumococcica e herpes zoster agli ospiti delle RSA.

INDICATORE

- Sub-obiettivo 4.4.1: Copertura degli ospiti delle RSA per pneumococco e zoster nell'ultimo trimestre 2022
- Sub-obiettivo 4.4.2: Copertura degli ospiti delle RSA per vaccinazione antinfluenzale entro il 31 dicembre 2022

VALORE DELL'OBIETTIVO

- Sub-obiettivo 4.4.1: Copertura di almeno il 50% degli ospiti delle RSA per pneumococco e zoster
- Sub-obiettivo 4.4.2: Copertura di almeno il 75% degli ospiti delle RSA per antinfluenzale

AZIONI**Sub-obiettivo 4.4.1**

Con nota prot. 46892 del 08.07.2022, la Direzione Generale ha comunicato a tutte le strutture residenziali le modalità di impostazione della campagna per la vaccinazione contro il pneumococco e contro lo zoster, assicurando la collaborazione della Farmacia Territoriale e del SISP, rispettivamente per la consegna e per la registrazione delle dosi eseguite; successivamente, con nota prot. 68517 del 24.10.2022 è stata inviata una nuova comunicazione alle strutture con cui le si invitava a coordinare l'attività vaccinale per pneumococco e zoster con la somministrazione della vaccinazione antinfluenzale e delle dosi booster di vaccino Covid; anche in questo caso la Farmacia Territoriale e il SISP hanno offerto la propria collaborazione, sia per l'evasione in tempi rapidi delle richieste di vaccino sia per la fase di selezione dei pazienti da sottoporre a vaccinazione.

Al fine di migliorare ulteriormente la compliance delle strutture all'iniziativa, il Direttore del SISP ha sviluppato un programma di incontri con i responsabili delle principali strutture residenziali del territorio; nell'occasione, oltre a confermare gli aspetti organizzativi già comunicati, ha rinnovato la disponibilità del Servizio a fornire assistenza sia al momento della somministrazione sia in fase di registrazione; a seguito di tali incontri, è stata raccolta la disponibilità di molti responsabili di struttura a collaborare all'iniziativa. Il calendario degli incontri è riassunto nella tabella seguente.

APPUNTAMENTI HZ -P RSA

	Martedì 01/11	Mercoledì 02/11	Giovedì 03/11	Venerdì 04/11	Sabato 05/11	Domenica 06/11	
Lunedì 07/11 DE PAGAVE (Novara)	Martedì 08/11	Mercoledì 09/11 PARCO DEL WELFARE (Novara)	Giovedì 10/11 MATER DEI (Novara)	Venerdì 11/11	Sabato 12/11	Domenica 13/11	
Lunedì 14/11 DON MASSERONI (Bellinzago) PARIANI (Oleggio)	Martedì 15/11 SAN SERENO (Biantrate) GIOVANNI PAOLO II (Gattico)	Mercoledì 16/11	Giovedì 17/11 SAN FRANCESCO (Novara)	Venerdì 18/11	Sabato 19/11	Domenica 20/11	
Lunedì 21/11	Martedì 22/11	Mercoledì 23/11	Giovedì 24/11 ANNICHINI (Bozomanero) RSA GHEMME	Venerdì 25/11	Sabato 26/11	Domenica 27/11	
Lunedì 28/11	Martedì 29/11	Mercoledì 30/11					

E' stata tuttavia più volte registrata la criticità relativa alla mancata adesione degli ospiti o dei loro familiari alla vaccinazione; l'offerta vaccinale è stata formulata in un momento in cui la vaccinazione Covid era ancora in corso, e ad essa si sovrapponeva quella per l'influenza, e anche per questo non ha raccolto l'adesione auspicata. A ciò si aggiunge, in alcuni casi, una certa "resistenza" da parte dei MMG o dei Direttori Sanitari, che avrebbero dovuto aggiungere un ulteriore carico di lavoro a quello, già importante, legato alla campagna antinfluenzale, alle dosi booster del vaccino Covid e, nel caso dei MMG, all'impegno legato all'esplosione di sindromi similinfluenzali registrato nella parte finale dell'anno.

Sub-obiettivo 4.4.2

La campagna di vaccinazione antinfluenzale in RSA è stata organizzata con modalità sovrapponibile a quelle degli anni precedenti, fatta eccezione per l'utilizzo del vaccino specifico per gli ospiti di RSA (Elfluelda), la cui fornitura è stata assicurata sulla base di una previsione di somministrazione; per realizzare tale previsione, il SISP ha chiesto a ciascuna struttura di indicare il presumibile numero di vaccinazioni da somministrare agli ospiti, e su questa base ha effettuato la richiesta alla Regione; il vaccino è stato consegnato alle AA.SS.LL. ed è stato definito il percorso di richiesta e acquisizione dei vaccini da parte della strutture (in collaborazione con la Farmacia Territoriale) e le modalità di somministrazione e registrazione delle dosi da parte dei medici di struttura e dei MMG attraverso le riunioni UCAD.

RISULTATI

Sub-obiettivo 4.4.1

In allegato sono riassunti sia i dati relativi alla copertura vaccinale per antinfluenzale, sia il n. di dosi somministrate nei vaccini antipneumococco e herpes Zoster.


Al 31/12/2022 le dosi somministrate in RSA risultano 548 per il vaccino anti-pneumococco e 543 per il vaccino anti-herpes zoster (comprese le seconde dosi già somministrate). In base al totale di ospiti dichiarati da ciascuna struttura, la copertura vaccinale risulta pari al 25% per il pneumococco e al 21% per l'herpes zoster (sulla prima dose).

Su questa percentuale tuttavia pesano l'esplicito rifiuto alla somministrazione, su cui, in mancanza di obblighi, si può intervenire soltanto con l'informazione, e la mancata adesione di alcune strutture alla proposta vaccinale formulata; dove invece la struttura ha aderito alla proposta, i risultati sono stati confortanti; il calcolo delle coperture potrebbe quindi essere effettuato non sulla base del bacino di utenza teorico degli ospiti, ma sulla base delle sole strutture che hanno collaborato alla campagna vaccinale; i dati di copertura vaccinale nelle strutture che hanno attivato la campagna vaccinale sono pari al 68% per il pneumococco e al 58% per l'herpes Zoster (sempre sulla prima dose); va rilevato in aggiunta che in alcune strutture è già stata programmata, per le prime settimane del 2023, l'effettuazione delle vaccinazioni consigliate.

Sub-obiettivo 4.4.2

In allegato sono riassunti sia i dati relativi alla copertura vaccinale per antinfluenzale, sia il n. di dosi somministrate nei vaccini antipneumococco e herpes Zoster.

Al 31/12/2022 la copertura vaccinale per l'influenza nelle RSA dell'ASL NO è risultata pari al 86% (1.856 su 2.166 ospiti in RSA), valore superiore all'obiettivo assegnato del 75%.

Allegato 4.4 : Report copertura vaccinale antinfluenzale e dosi somministrate antipneumococco e herpes Zoster.

4. Transizione post-emergenza

4.5. OBIETTIVO: Prelievo ed effettuazione tamponi e vaccini anti Covid-19

A cura del Direttore della s.c. Servizio d'Igiene e Sanità Pubblica

DESCRIZIONE

Nonostante la fine dello stato di emergenza, l'infezione da SARS COV 2 richiede anche in fase interpandemica il mantenimento di attività per la gestione della diffusione del virus e la riduzione della gravità della malattia.

INDICATORE

- Sub-obiettivo 4.5.1: Presenza sul territorio delle ASL, anche mediante collaborazione con ASO-ASOU, di strutture in grado di assicurare la disponibilità per l'effettuazione di tamponi antigenici/molecolari ai fini di sorveglianza di sanità pubblica, per la popolazione piemontese
- Sub-obiettivo 4.5.2: Disponibilità di risorse umane e informatiche per assicurare la gestione dei periodi contumaciali e ove necessario, la ricerca attiva dei contatti stretti; l'azienda deve disporre di un piano per fronteggiare un eventuale richiesta di aumento in tempi brevi di personale
- Sub-obiettivo 4.5.3: Organizzazione di centri vaccinali e coordinamento delle attività degli MMG/PLS per la somministrazione di vaccini COVID 19 sulla base dei programmi nazionali

VALORE DELL'OBIETTIVO

- Sub-obiettivo 4.5.1: Presenza di strutture per accesso ai tamponi tutti i giorni compresi i prefestivi ed i festivi;
- Sub-obiettivo 4.5.2: Capacità di presa in carico dei nuovi positivi e di chiusura dei periodi di isolamento entro 48 ore;
- Sub-obiettivo 4.5.3: Presenza di centri vaccinali e di programmi con MMG/PLS a livello aziendale per assicurare le coperture vaccinali previste.

AZIONI

Sub-obiettivo 4.5.1

L'attività di effettuazione tamponi si è svolta con diverse modalità:

1. Tamponi molecolari al drive through di Novara e Borgomanero: prenotazione da parte di ASL in base agli esiti del contact tracing
2. Tamponi antigenici in hotspot di Novara e Borgomanero: programmazione da parte di ASL o MMG in base agli esiti del contact tracing + accesso diretto per categorie selezionate

Le successive indicazioni ministeriali e regionali hanno determinato un progressivo spostamento dal tampone molecolare verso l'antigenico, portando al sostanziale azzeramento dei molecolari a favore degli antigenici, e alla chiusura del drive through dei tamponi molecolari, implementando invece l'hotspot dei tamponi antigenici.

Sempre per effetto delle indicazioni nazionali, il numero totale di tamponi ha subito variazioni significative nel tempo, in relazione all'andamento della pandemia.

Progressivamente durante l'anno si è ampliata l'offerta di tamponi da parte di strutture private (in particolare farmacie e ambulatori infermieristici); ciò ha contribuito a modificare la richiesta di tamponi da effettuare in ASL e conseguentemente le risorse da destinare all'attività e il numero di tamponi eseguiti.

In alcune fasi della pandemia (introduzione del green pass da tampone) alle ASL è stato chiesto anche di attivare specifiche fasce di attività ad accesso libero (per tampone antigenico) per consentire l'accesso, gratuito o a pagamento, secondo i casi, alle fasce di età interessate dai provvedimenti di controllo del green pass; tali fasi hanno avuto durata limitata nel tempo, ma hanno richiesto un supplemento di sforzo organizzativo, generalmente non suffragato da un numero congruo di accessi.

Durante la fase epidemica che ha colpito il mondo scolastico nell'inverno 2021/2022, si è fatto ricorso a convenzioni con strutture private per l'esecuzione dei tamponi ai contatti scolastici; la durata di tale

iniziativa è stata breve, in quanto le nuove indicazioni, più permissive, sulla quarantena dei contatti scolastici hanno ridotto le esigenze.

Durante tutto l'anno sono state pertanto adottate le misure necessarie a cercare (nei limiti del possibile) di soddisfare le necessità di tamponi per il sistema di controllo, con risultati variabili in funzione delle richieste (meno brillanti nelle fasi di recrudescenza, più adeguate nelle fasi meno critiche).

Durante tutto l'anno l'hotspot tamponi di Novara è stato organizzato per erogare un servizio di effettuazione tamponi antigenici in tutti i giorni della settimana e nei giorni prefestivi e festivi; quello di Borgomanero, attivo tutti i giorni ad inizio anno, nella parte finale dell'anno è stato chiuso delle giornate di sabato e domenica.

Sub-obiettivo 4.5.2

Nel corso del 2022 l'attività di contact tracing e monitoraggio si è evoluta secondo le linee-guida di volta in volta emanate dal Ministero della Salute e integrate dalla Regione Piemonte.

La Direzione Aziendale dell'ASL NO ha istituito per tale attività contratti libero professionali per medici e a contratti a tempo determinato per personale sanitario non medico e personale amministrativo. L'attività di contact tracing e monitoraggio è stata centralizzata sulla sede SISP di Novara, ed è stata svolta al 100% con personale a tempo determinato, fatta eccezione per l'attività di coordinamento messa in capo al Direttore della struttura.

I volumi di attività si sono modificati in relazione all'andamento epidemico e al progressivo allentamento delle misure di isolamento e di quarantena, adattando le risorse a contratto sulla base del carico di lavoro. L'ASL NO ha cercato di mantenere attivi i passaggi del percorso dei casi positivi, dalla segnalazione alla prenotazione dei tamponi, all'esecuzione dei test, alla comunicazione degli esiti, al monitoraggio dei positivi e dei contatti, alla programmazione dei tamponi di fine isolamento e quarantena e alla chiusura dei percorsi; la progressiva automatizzazione dei meccanismi e dei percorsi ha ridotto il carico di lavoro che, nella parte finale dell'anno, si è concretizzata prevalentemente sulla programmazione dei tamponi di fine isolamento e sulla chiusura dei percorsi di guarigione, che è sempre avvenuta entro le 48 ore dalla data del tampone negativo, grazie al mantenimento dell'attività di servizio anche nel fine settimana.

Sub-obiettivo 4.5.3

Il coordinamento della campagna è stato assegnato al Direttore della struttura, che ha potuto avvalersi del coordinatore infermieristico, di figure sanitarie con contratto a tempo determinato (in parte fornite dalla struttura commissariale nazionale attraverso l'agenzia di lavoro interinale Randstad, in parte fornite attraverso i contratti libero professionali), e di personale amministrativo che ha potuto svolgere la maggior parte delle funzioni operative di programmazione e sorveglianza dell'andamento della campagna.

Nel 2022, l'attenzione si è concentrata sulla somministrazione delle dosi Booster, in particolare nei mesi di gennaio e febbraio, in cui la terza dose booster era indispensabile sia per l'adempimento all'obbligo vaccinale nei soggetti con più di 50 anni, sia per l'ottenimento del "Green Pass", necessario per l'accesso alle principali attività sociali.

Accanto a questa attività, all'inizio del 2022 è stata attivata la campagna di vaccinazione dei soggetti 5-11 anni, con la collaborazione dei PLS del territorio e della struttura ospedaliera di Pediatria di Borgomanero, attraverso l'istituzione di sedute dedicate ai bambini.

Dalla primavera in poi, esaurendosi la spinta propulsiva sulla terza dose, la campagna vaccinale è proseguita a ritmi progressivamente ridotti, attivando, dall'estate, la fase di somministrazione del "secondo booster", dapprima agli over 80 e soggetti fragili, poi agli over 60 (categorie per le quali la Regione Piemonte ha disposto la chiamata attiva) e infine a tutti i soggetti di età superiore a 12 anni (con preadesione sul sito Regionale); infine, nell'autunno è stata disposta l'attivazione della somministrazione della "quinta" dose per gli over 80 (chiamata attiva) e per gli over 60 per i quali siano decorsi 120 giorni dal secondo booster (a richiesta). Da ultimo, a partire dal 27 dicembre 2022 sono state aperte le preadesioni per la fascia di età 6 mesi-4 anni.

Per l'effettuazione della campagna vaccinale, sono stati allestiti specifici hub, per lo più posizionati in strutture esterne all'ASL (tranne per gli ambulatori del Medico competente, del Centro Covid Novara, dei reparti ospedalieri e del Centro Covid di Trecate, in cui si sono utilizzati spazi interni ad ASL), grazie alla

disponibilità manifestata da amministrazioni comunali o enti religiosi, che hanno reso disponibili strutture per gli hub vaccinali. Alla campagna hanno collaborato i MMG e i PLS del territorio, su base volontaria.

Negli ultimi mesi dell'anno, venendo meno la necessità di mantenere attivi numerosi punti di erogazione, l'attività vaccinale è stata concentrata sui due hub di Novara – Viale Roma (sede ASL) e Borgomanero – Santa Croce (con il supporto della Parrocchia), con l'aggiunta dell'hub di Biandrate, gestito dai MMG del territorio con il supporto dell'Amministrazione Comunale.

Gli assistiti NON TRASPORTABILI sono stati vaccinati al domicilio: per tale attività si è cercata la collaborazione dei MMG, fornendo, a richiesta, monodosi preparate dalla Farmacia Territoriale dell'ASL e distribuite direttamente ai Medici; per la somministrazione delle vaccinazioni a domicilio per pazienti in carico a MMG non collaboranti, sono state allestite equipe vaccinali ASL, che hanno svolto l'attività lungo tutto il corso dell'anno, per la somministrazione della terza, della quarta e della quinta dose ai pazienti non trasportabili.

Per la somministrazione delle dosi booster ai pazienti ospiti di strutture residenziali per anziani, invece, si è proceduto con la collaborazione dei medici e direttori sanitari delle strutture stesse, che, opportunamente formati, hanno proceduto alla somministrazione delle dosi booster in autonomia, utilizzando sempre le siringhe preimpilate fornite dalla Farmacia Territoriale, e avvalendosi del SISP per la registrazione delle dosi somministrate.

Alla s.c. SISP è stata assegnata anche la gestione delle problematiche inerenti l'obbligo vaccinale sia per gli operatori sanitari sia per i soggetti over 50, attività che ha richiesto uno sforzo notevole, per la complessità della procedura, e soprattutto per le notevoli pressioni da parte dei soggetti inadempienti, alla ricerca di giustificazioni per le loro decisioni; l'avvio dei procedimenti sanzionatori da parte dell'Agenzia delle Entrate, procedimento che prevedeva la possibilità per il contravventore di ottenere la sospensione del procedimento in caso di presentazione di motivate giustificazioni, ha creato una pressione notevole sulla s.c. SISP che ha dovuto, in alcuni momenti, destinare fino a 8 persone a tempo pieno per la risoluzione delle controversie.

Allo stesso modo, la s.c. SISP ha gestito la problematica dell'esenzione dalla vaccinazione per motivi di salute, ricevendo e gestendo centinaia di richieste di esenzione per motivazioni spesso futili, o a volte corredate di ricchissima ma inconsistente documentazione sanitaria da esaminare; per tale attività è stato istituito un gruppo tecnico aziendale, gestito con la collaborazione della s.c. Medicina Legale e della DMPO, come previsto dalla normativa sull'obbligo vaccinale.

Al momento non sono individuati obiettivi specifici di copertura né standard prestazionali in materia vaccinale, per cui l'offerta avviene secondo le possibilità offerte della logistica degli hub, dal personale disponibile e dall'adesione dei soggetti convocati; l'offerta appare al momento adeguata alla richiesta e agli obiettivi della campagna in corso.

Il numero di dosi somministrate in ASL NO da tutti i soggetti coinvolti è riassunto nella seguente tabella:

GENNAIO	FEBBRAIO	MARZO	APRILE	MAGGIO	GIUGNO	LUGLIO	AGOSTO	SETTEMBRE	OTTOBRE	NOVEMBRE	DICEMBRE	TOTALE 2022
99703	49307	13420	10243	17182	3515	5267	8266	4078	11886	10880	9658	243405

RISULTATI

Sub-obiettivo 4.5.1

È presente almeno una struttura che eroga tamponi in tutti i giorni, compresi festivi e prefestivi.

Sub-obiettivo 4.5.2

La presa in carico dei nuovi positivi avviene quotidianamente e la chiusura dei percorsi viene effettuata entro le 48 ore dalla data del tampone positivo o della decorrenza dei termini previsti dalla normativa.

Sub-obiettivo 4.5.3

Sono presenti centri vaccinali e modalità organizzative di gestione degli appuntamenti volte a realizzare gli obiettivi previsti per la somministrazione della vaccinazione Covid.

4. Transizione post-emergenza

4.6. OBIETTIVO: PanFlu

A cura della Direzione Generale e del Direttore del Dipartimento di Prevenzione

DESCRIZIONE

Elaborazione di un piano per la ripresa dell'operatività di tutte le attività, con particolare attenzione al mantenimento delle prestazioni del Dipartimento di Prevenzione che rientrano nei Livelli Essenziali di Assistenza.

INDICATORE

Trasmissione della relazione riepilogativa delle misure messe in atto per lo sviluppo delle azioni previste dal PanFlu e il recupero delle prestazioni dei dipartimenti di prevenzione, entro il 29.10.2022.

VALORE DELL'OBIETTIVO

100%

AZIONI - RISULTATI

Sono state espletate tutte le azioni utili alla ripresa dell'operatività del Dipartimento di Prevenzione e per lo sviluppo delle azioni previste dal PanFlu, come descritto nelle relazioni trasmesse in Regione in linea con le scadenze indicate, con nota prot n. 69598 del 28/10/2022.

Ad integrazione della relazione del PanFlu in data 24.02.2023, a seguito di richiesta regionale, si è provveduto ad inviare il report richiesto.

Allegato 4.6 : Nota prot n. 69598 del 28/10/2022 e n. 12345 del 24.02.2023.

5. Prevenzione

5.1. OBIETTIVO: Piano Nazionale della Prevenzione (PNP)

A cura del Direttore del Dipartimento di Prevenzione

DESCRIZIONE

I PLP rappresentano lo strumento per attuare sul territorio le azioni previste dal PRP, in attuazione del Piano nazionale di cui all'Intesa Stato-Regioni del 6 agosto 2020, e si configurano come documenti di pianificazione strategica delle ASL, in quanto implicano il coinvolgimento di numerose strutture aziendali (anche esterne al Dipartimento di Prevenzione), richiedono il coordinamento di diversi Piani settoriali e il raccordo con stakeholder e soggetti esterni al SSR. A tal fine, la DGR n. 16/4469 del 29/12/2021 stabilisce che le Aziende Sanitarie Locali approvino annualmente il PLP e producano una relazione sull'attività svolta nell'anno precedente, per ciascuna annualità.

INDICATORE

- Sub-obiettivo 5.1.1: Percentuale di indicatori di programma e di processo, aventi un valore atteso locale per il 2022, che raggiungono lo standard atteso
- Sub-obiettivo 5.1.2: Documento di proposte organizzative complete della definizione del fabbisogno di personale e dei profili professionali necessari
- Sub-obiettivo 5.1.3: Numero delle interviste effettuate

VALORE DELL'OBIETTIVO

- Sub-obiettivo 5.1.1: $\geq 60\%$
- Sub-obiettivo 5.1.2: documento trasmesso alla Direzione Sanità e Welfare entro il 31/12/2022 (all'indirizzo sanita@regione.piemonte.it e per conoscenza all'indirizzo obiettividgres@regione.piemonte.it)
- Sub-obiettivo 5.1.3: Numero di interviste concordato nel coordinamento regionale

AZIONI – RISULTATI

Sub-obiettivo 5.1.1


La percentuale di indicatori di programma e di processo aventi un valore atteso locale per il 2022, che raggiungono lo standard atteso è pari a più del 60% come si evince dalla relazione allegata.

Sub-obiettivo 5.1.2

È stato predisposto a cura del Direttore del Dipartimento di Prevenzione e del Coordinatore del PLP il "Documento di proposte organizzative complete della definizione del fabbisogno di personale e dei profili professionali necessari". È stato effettuato in corso d'anno un incontro con i Direttori del Dipartimento di Prevenzione delle Asl dell'Area Nord Est (ASL BI, VC, VCO) per la discussione e condivisione delle varie proposte. È stato inviato il documento finale in data 28/12/2022 Prot. n. 82736 DG/22 a cura della Direzione Generale.

Sub-obiettivo 5.1.3

Sono state effettuate n. 290 interviste effettuate/ n. 275 interviste attese (105,5%).

Allegato 5.1 : Relazione indicatori; nota protocollo n. 82736/DG/22 del 28.12.2022.

5. Prevenzione

5.2. OBIETTIVO: Piano regionale integrato per i controlli sulla sicurezza alimentare (PRISA)

A cura del Direttore del Dipartimento di Prevenzione

DESCRIZIONE

Il PRISA è un adempimento LEA valutato annualmente attraverso indicatori di produttività che misurano la percentuale di controlli effettuati sul totale dei controlli previsti per i diversi settori di intervento.

Al fine di raggiungere gli obiettivi PRISA, le ASL dovranno, in collaborazione con i responsabili dei gruppi di progetto Piano aziendale integrato per i controlli sulla sicurezza alimentare (PAISA), formulare proposte organizzative (complete della definizione del fabbisogno di personale e dei profili professionali necessari), finalizzate a garantire la piena attuazione degli obiettivi PRISA.

INDICATORE

- Sub-obiettivo 5.2.1: Settori di intervento che per il 2022, che raggiungono lo standard atteso
- Sub-obiettivo 5.2.2: Documento di proposte organizzative complete della definizione del fabbisogno di personale e dei profili professionali necessari

VALORE DELL'OBIETTIVO

- Sub-obiettivo 5.2.1: 50% dei settori di controllo che abbiano raggiunto almeno l'80% dei controlli previsti.
- Sub-obiettivo 5.2.2: documento trasmesso alla Direzione Sanità e Welfare entro il 31/12/2022. (all'indirizzo sanita@regione.piemonte.it e per conoscenza all'indirizzo obiettividgres@regione.piemonte.it)


AZIONI – RISULTATI

Sub-obiettivo 5.2.1:

La percentuale di settori di intervento che, per il 2022, raggiungono lo standard atteso in almeno l'80% dei controlli previsti è pari al 100% come dettagliato nella relazione allegata.

Sub-obiettivo 5.2.2:

In linea con le scadenze indicate, con nota prot n. 82736 del 28/12/2022 è stato inviato ai competenti settori regionali il documento di proposte organizzative complete della definizione del fabbisogno di personale e dei profili professionali necessari.

Allegato 5.2 : Relazione protocollo n. 82711 del 28.12.2022 e nota protocollo n. 82736 del 28.12.2022.

3.2 PERFORMANCE ORGANIZZATIVA DELL'ASL NO

3.2.1 Progetto obiettivi infrannuali

Facendo seguito alla sperimentazione avviata nel corso del 2020 (cfr. Relazione Performance 2020 a cui si rimanda per approfondimenti), anche nel 2022 è proseguita la nuova modalità di valutazione della performance organizzativa che ha aggiunto agli obiettivi annuali specifici progetti-obiettivi infrannuali, valutati dall'O.I.V. in corso d'anno e per i quali, in caso di raggiungimento, è stato corrisposto il relativo incentivo.

In particolare sono stati assegnati 2 progetti-obiettivo declinati come segue:

- 1) **Promozione della politica della sicurezza in ASL NO contenente l'obiettivo:** Garantire il costante aggiornamento formativo, migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo come previsto dal D.lgs 81/08 rispettando la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra la funzione SPP e la s.s.d. GoCSS;
- 2) **Promozione della salute dei professionisti che operano presso l'ASL NO:** Garantire la sorveglianza sanitaria, migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema di sorveglianza sanitaria, come previsto dal D.lgs 81/08 rispettando la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra la funzione Medico Competente e la s.s.d. GoCSS.

La validazione da parte dell'O.I.V. degli obiettivi infrannuali, assegnati alle strutture per l'anno 2022 si è articolata in cinque incontri nell'arco dell'anno 2022, ovvero:

- 11 marzo 2022;
- 12 maggio 2022;
- 12 luglio 2022;
- 14 settembre 2022;
- 14 novembre 2022.

A seguito della verifica e della successiva validazione da parte dell'O.I.V., si è registrato un livello di raggiungimento degli obiettivi infrannuali, pari al 100% in tutti i progetti-obiettivo.

Grado di raggiungimento degli obiettivi infrannuali attribuiti nel 2022 suddivisi per progetto di riferimento e tipologia di area

	Promozione della politica della sicurezza in ASL NO	Promozione della salute dei professionisti che operano presso l'ASL NO
Area amministrativa	100%	100%
Area territoriale	99%	100%
Area ospedaliera	99%	100%
Dipartimento Materno Infantile	99%	100%
Dipartimento Salute Mentale	98%	100%
Dipartimento di Prevenzione	100%	100%
Strutture in staff alla Direzione Generale	100%	100%
Totale	100%	100%

I progetti obiettivo verificati in corso d'anno, pienamente raggiunti, hanno consentito a tutte le strutture di aver già raggiunto al 31/12/2022 il 50% degli obiettivi attribuiti alla dirigenza e il 92% degli obiettivi attribuiti al personale appartenente all'area del comparto, con il riconoscimento della relativa corresponsione economica.

3.2.2 Obiettivi annuali

Complessivamente sono stati attribuiti 492 obiettivi, di cui 28 ai Direttori di Dipartimento, ai fini del riconoscimento della quota integrativa al trattamento economico per l'anno 2022.

Mediamente ad ogni struttura (complessa/semplice dipartimentale) sono stati attribuiti 9 obiettivi per la quota integrativa, come dettagliato nella tabella sottostante.

Obiettivi attribuiti nel 2022 suddivisi per prospettiva di riferimento

Prospettiva di riferimento	N. medio obiettivi per struttura
Economici e di attività	4,8
Appropriatezza e qualità	3,1
Innovazione e sviluppo	1,2

Tenuto conto dell'articolazione dell'ASL NO, il 42% degli obiettivi è stato assegnato alle strutture dell'area ospedaliera, il 25% alle strutture dell'area territoriale, includendo il Dipartimento di Prevenzione. Il 14% degli obiettivi è stato assegnato a Dipartimenti con entrambe le componenti (Dipartimento di Salute Mentale e Dipartimento Materno Infantile), l'8% è rappresentato dagli obiettivi assegnati alle strutture amministrative e il restante 11% è stato attribuito alle strutture in staff.

La distribuzione nelle tre prospettive di riferimento è dettagliata nella tabella seguente:

Obiettivi attribuiti nel 2022 suddivisi per prospettive di riferimento e tipologia di area

	Economici e attività		Appropriatezza e qualità		Innovazione e sviluppo		Totale
	n	% riga	n	% riga	n	% riga	n
Area amministrativa	17	45%	13	34%	8	21%	38
Area territoriale	29	33%	16	25%	6	16%	51
Area ospedaliera	111	8%	69	6%	27	4%	207
Dipartimento Materno Infantile	21	44%	13	33%	5	21%	39
Dipartimento Salute Mentale	17	55%	10	42%	4	26%	31
Dipartimento di Prevenzione	38	24%	25	18%	9	11%	72
Strutture in staff alla Direzione Generale	26	31%	21	24%	7	15%	54
Totale	259	53%	167	34%	66	13%	492

Nel 2022 la scheda obiettivi è stata in parte modificata, previa validazione da parte dell'O.I.V. nella seduta del 31 gennaio 2022, e segnatamente gli obiettivi relativi al personale sanitario del comparto sono stati scorporati da quelli della dirigenza e del comparto tecnico amministrativo, creando una sezione a parte della scheda. Conseguentemente sono state rimodulate le colonne relative ai pesi dei diversi obiettivi per le diverse figure ed è stata individuata una colonna specifica per il Direttore/Responsabile della struttura.

Obiettivi specifici per il personale sanitario del comparto

Critério	Indicatore	Standard	Documento atteso
Promuovere la prevenzione e il monitoraggio delle cadute attraverso la realizzazione delle attività per quanto di competenza, previste dallo schema operativo aziendale predisposto dal GoCSS	Azioni previste per la gestione delle cadute secondo quanto previsto dallo schema operativo del progetto aziendale "prevenzione cadute"	Nei modi e nei tempi previsti dallo schema operativo	Documenti previsti dallo schema operativo
Monitorare l'appropriatezza di utilizzo dei DPI attraverso l'applicazione della checklist e rilevazione di eventuali criticità	Check-list compilata	Nel giorno indice del secondo semestre entro il 31/12/2022	Report con analisi delle criticità
Contribuire a garantire secondo le proprie competenze professionali al raggiungimento degli obiettivi della struttura	1) Riunione di diffusione obiettivi 2) Riunione di monitoraggio obiettivi 3) N. obiettivi di struttura raggiunti/Totale obiettivi assegnati alla struttura	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 3) 80%	1) Verbale/mail 2) Verbale 3) Report GoCSS

Complessivamente le strutture hanno raggiunto pienamente gli obiettivi in tutte le prospettive ("Economici e di attività", "Appropriatezza e qualità" e "Innovazione e sviluppo").

La distribuzione per area di competenza, descritta nella tabella sottostante, evidenzia una minima variabilità tra le diverse aree e professioni e conferma il pieno raggiungimento degli obiettivi da parte di tutte le aree.

	Obiettivi Direttori/Dirigenti Responsabili	Obiettivi Dirigenti	Obiettivi Comparto Sanità	Obiettivi Comparto Tecnico Amministrativo
Area amministrativa	99,9%	99,4%	100%	///
Area territoriale	97,8%	97,7%	98,4%	99,6%
Area ospedaliera	98,4%	98,2%	100%	99,9%
Dipartimento Materno Infantile	98,0%	97,5%	100,0%	99,6%
Dipartimento Salute Mentale	98,5%	98,2%	100,0%	99,6%
Dipartimento di Prevenzione	99,7%	99,9%	100%	99,9%
Strutture in staff alla Direzione Generale	100%	100%	100%	100%
Totale	98,9%	98,7%	99,7%	99,8%

Per quanto riguarda gli obiettivi relativi alla trasparenza e anticorruzione, sono stati pienamente raggiunti dalle strutture e l'ASL NO ha provveduto alla pubblicazione dell'attestazione dell'O.I.V. sulla trasparenza entro i termini di legge e alla definizione del Piano triennale della Trasparenza e della Prevenzione della Corruzione.

3.3 PERFORMANCE INDIVIDUALE DELL'ASL NO

Personale dirigente

Complessivamente saranno valutati 368 dirigenti così distribuiti:

- Personale dirigente medico: 76,4%
- Personale dirigente veterinario: 9,0%
- Personale dirigente biologo: 1,4%
- Personale dirigente farmacista: 3,0%
- Personale dirigente psicologo: 6,3%
- Personale dirigente tecnico/amministrativo: 3,8%
- Personale dirigente delle professioni sanitarie: 0,1%

Per quanto riguarda la distribuzione nelle diverse strutture, la maggior parte dei dirigenti si concentra nell'Area Ospedaliera (47,1%), seguita a distanza dal Dipartimento di Prevenzione (15,1%) e dall'Area Territoriale (8,5%), dal Dipartimento di Salute Mentale (10,2%) unitamente al Dipartimento delle Dipendenze, Dipartimento Materno Infantile (8,2%) e in Staff (7,1%). L'area meno rappresentata è quella relativa all'area amministrativa (3,8%).

Il punteggio medio assegnato è pari a 42/45, con una mediana del 44.

Raggruppando i punteggi per fasce, si riscontra come oltre la metà dei dirigenti (82%) abbia ottenuto un punteggio medio-alto, almeno di 40/45.

Personale comparto

Si riportano di seguito i dati relativi alla valutazione individuale del primo e secondo semestre 2022 del personale nel ruolo del comparto. Complessivamente nel primo semestre 2022 la valutazione ha riguardato 1.792 operatori appartenenti all'area del Comparto, coinvolgendo 80 valutatori.

Nel secondo semestre 2022 sono stati inseriti nel processo di valutazione 1.601 operatori appartenenti all'area del Comparto, coinvolgendo 81 valutatori.

Il processo di valutazione dell'area del Comparto prevede l'autovalutazione, l'eterovalutazione e la valutazione condivisa.

Nel primo semestre 2022 il punteggio medio della valutazione condivisa è risultato pari a 92,7/100, superiore all'autovalutazione (90,3) e appena superiore all'eterovalutazione (92,5).

Nel secondo semestre 2022 il punteggio medio della valutazione condivisa è risultato pari a 93,4/100, superiore sia all'autovalutazione (90,5) che all'eterovalutazione (93).

Nel primo semestre 2022 nessun dipendente ha ottenuto un punteggio inferiore a 60/100, ovvero considerato insufficiente, circa il 75,6% ha ottenuto un punteggio tra 90 e 100; nel secondo semestre 2022 nessun dipendente ha ottenuto un punteggio inferiore a 60/100, mentre l'81% ha ottenuto un punteggio tra 90 e 100.

4. GLI INDICATORI DI MONITORAGGIO DELL'ASSISTENZA E DELLA LORO QUALITÀ

L'appropriatezza rappresenta una tematica alla quale l'ASL NO ha da sempre dedicato particolare attenzione. Relativamente alla valutazione dell'appropriatezza, infatti, a livello di ASL sono state adottate diverse strategie di promozione: dall'attivazione di audit clinici, alla realizzazione di specifici corsi di formazione. Tale tematica rappresenta una delle prospettive utilizzate per la definizione degli obiettivi incentivanti e si rimanda ai relativi capitoli per specifiche.

Di seguito sono presentati alcuni indicatori di monitoraggio previsti a livello regionale e nazionale per quanto riguarda gli esiti dei ricoveri. Si è scelto di rappresentare gli indicatori relativi alle Aree Medica, Chirurgica e Materno-Infantile.

Attività di ricovero - Indicatori Piano Nazionale Esiti

L'ASL NO ha da tempo organizzato un sistema di controllo e sorveglianza di particolari indicatori con la finalità di individuare eventuali aree di inappropriata e, relativamente a queste, elaborare strategie condivise con i Direttori/Responsabili delle strutture di degenza per il rispetto degli standard. Il sistema si basa sull'analisi dei risultati ufficiali relativi agli indicatori della qualità dell'assistenza ospedaliera di cui al Piano Nazionale Esiti pubblicati sul portale PNE2022 (<https://pne.agenas.it/index.php>).

Secondo le ultime pubblicazioni ufficiali presenti sul portale PNE2022, **riferite agli anni 2020 e 2021**, il Presidio Ospedaliero di Borgomanero, unico erogatore diretto dell'ASL NO di assistenza ospedaliera, presenta aree di qualità consolidata nel tempo ed aree che sono meritevoli di approfondimento.

Vengono di seguito presentati i risultati di alcuni indicatori suddivisi per macroaree nell'ambito del Dipartimento Materno Infantile, della Chirurgia Generale, dell'Ortopedia-Traumatologia, della Chirurgia Oncologica e dell'Area Medica. Di ciascun indicatore viene presentata la frequenza grezza ed aggiustata con cui l'evento si manifesta espressa in percentuale ("% grezza" e "% Adj").

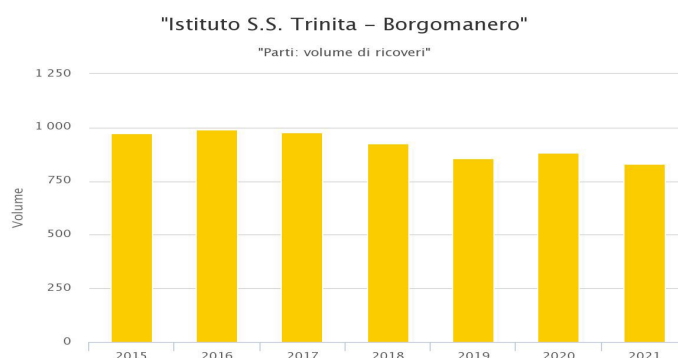
AREA MATERNO INFANTILE

OSTETRICIA

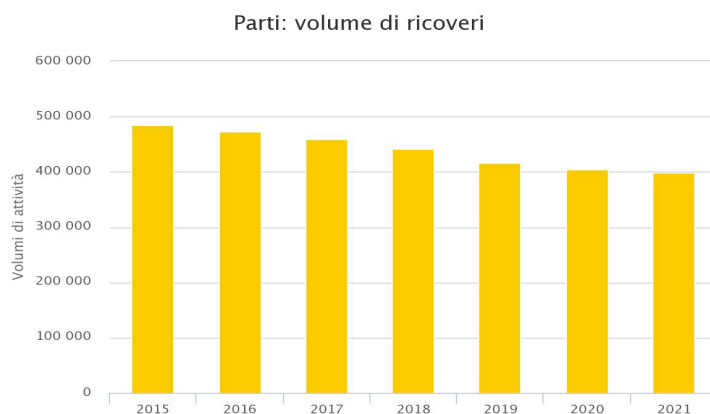
Parti – Volumi di attività

Il dati del PNE indicano che presso il PO di Borgomanero i ricoveri per parto nel 2021 sono stati 829 (-54 ricoveri rispetto all'anno precedente). L'andamento, dunque, segnala un leggero calo congruente con una contrazione del numero dei parti a livello nazionale.

Volumi di ricoveri per parto (PO Borgomanero) - 2015-2021



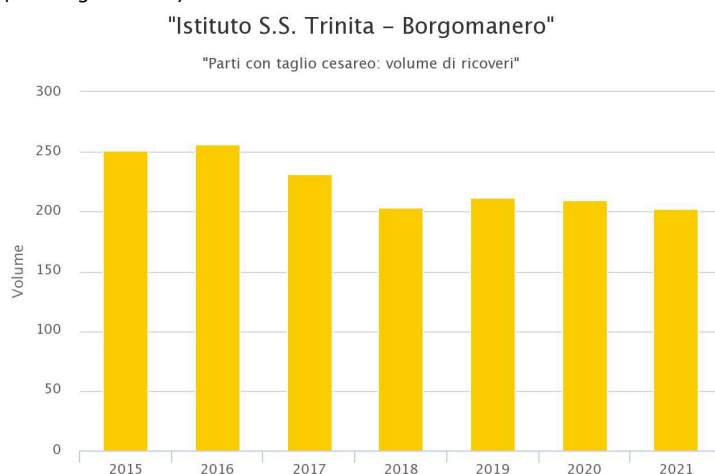
Volumi di ricoveri per parto (ITALIA) – 2015-2021



Cesarei Primari – Volumi 2021 e Percentuali grezze e standardizzate

Nel PO di Borgomanero i parti per taglio cesareo nel 2021 sono stati 202; questo dato è sovrapponibile a quello registrato nel 2020.

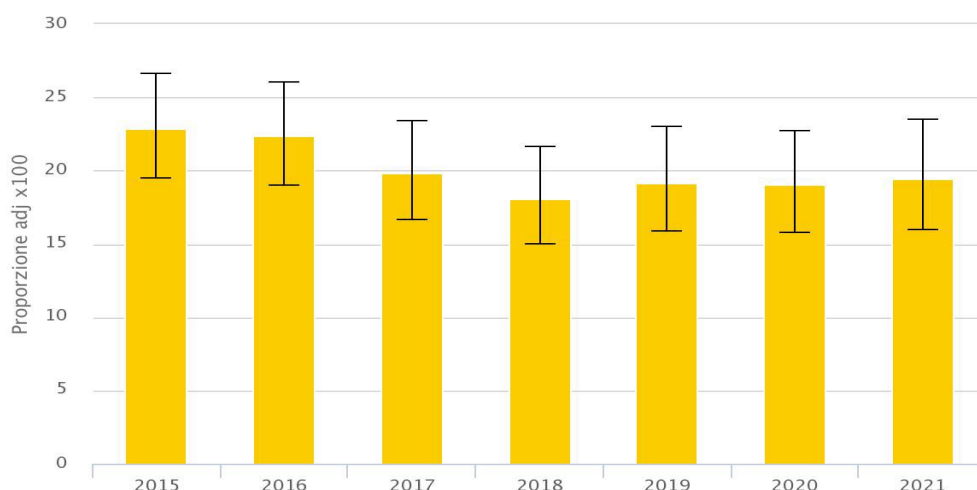
Volume di Cesarei primari (PO Borgomanero) – 2015-2021



La percentuale grezza dei cesarei primari nel 2021 è stata del 15,5% (17,78% Adj); come anche mostrato in figura, la proporzione di cesarei primari standardizzata mostra una costante riduzione dal 2015 al 2018 compreso ed una sostanziale stabilità negli anni successivi, ad eccezione del 2019. La diminuzione dei parti cesarei primari, ovvero non correlati a patologie materno-fetali, è l'esito di azioni di prevenzione e di buone pratiche cliniche.

Percentuale di Cesarei primari (PO Borgomanero) 2015-2021

"Istituto S.S. Trinita – Borgomanero"



Per il 2021, la proporzione standardizzata di parti cesarei primari relativa al punto nascita di Borgomanero si colloca al di sotto della media nazionale ed è sovrapponibile agli altri ospedali del Quadrante Nord-Est.

Proporzione di parti cesarei primari 2021 – confronto con media nazionale e ospedali del quadrante Nord-Est

STRUTTURA	PROVINCIA	REGIONE	N	%GREZZA	%ADJ	RR ADJ
Italia			300988	22,4	-	-
Stabilimento Ospedaliero Castelli - Verbania	VB	Piemonte	507	19,33	20,45	0,91
Istituto S.S. Trinita' - Borgomanero	NO	Piemonte	647	17,77	20,12	0,9
Ospedale Sant'andrea - Vercelli	VC	Piemonte	283	15,9	19,09	0,85
Ospedale Ss.Pietro E Paolo - Borgosesia	VC	Piemonte	193	17,62	18,35	0,82
Ospedale Degli Infermi - Ponderano	BI	Piemonte	610	17,71	18,46	0,82
Osp. Maggiore Della Carita' - Novara	NO	Piemonte	1489	17,8	12,9	0,58
Ospedale San Biagio - Domodossola	VB	Piemonte	13	0	-	-

Parti con nuovi ricoveri durante il puerperio

Le figure sottostanti dimostrano come la quota (tasso standardizzato %) di ricoveri successivi dopo parto naturale (anno 2020-2021) o per taglio cesareo (anno 2020-2021) durante il puerperio, per il punto nascita di Borgomanero sia abbondantemente sotto la media nazionale e tra le più basse del quadrante.

Nuovo ricovero dopo Parto Naturale - CONFRONTO DEL QUADRANTE (2020-2021)

STRUTTURA	% Grezza	% Adj
Osp. Maggiore della Carità	0,49	0,47
Istituto SS Trinità - Borgomanero	0,09	0,09
Osp. Ponderano - Biella	0,48	0,5
Sant'Andrea - Vercelli	0,18	0,18
Osp. Castelli - Verbania	0,88	0,9
ITALIA	0,51	

Nuovo ricovero **dopo Parto Cesareo** - CONFRONTO DEL QUADRANTE (2020-2021)

STRUTTURA	PROVINCIA	N	%GREZZA	%ADJ	RR ADJ	P
Italia		233117	0,79	-	-	-
Stabilimento Ospedaliero Castelli - Verbania	VB	277	0,36	0,38	0,48	0,458
Istituto S.S. Trinita' - Borgomanero	NO	381	0	-	-	-
Ospedale Sant'andrea - Vercelli	VC	192	0,52	0,5	0,63	0,645
Ospedale Ss.Pietro E Paolo - Borgosesia	VC	134	0	-	-	-
Ospedale Degli Infermi - Ponderano	BI	367	0,27	0,29	0,37	0,312
Osp. Maggiore Della Carita' - Novara	NO	801	0,62	0,59	0,76	0,53
Ospedale San Biagio - Domodossola	VB	14	7,14	-	-	-

Gli esiti – Complicanze e Ricoveri successivi al parto

Il dati del PNE indicano in generale una buona qualità degli esiti: la prevalenza relativa di complicanze post-partum (0,81% - 0,89Adj), infatti, segna una tendenza al miglioramento rispetto agli anni 2017 e 2018.

Come riportato nelle tabelle precedenti, nell'area perinatale sono pochissimi i ricoveri successivi ad un parto (per TC o naturale, dato 2021) durante il puerperio, dato molto al di sotto della media nazionale.

I dati per le complicanze dopo parto cesareo riferite al 2019 sono in continuo miglioramento e nettamente al di sotto della media nazionale; non disponibili i dati relativi al 2020.

GINECOLOGIA

Chirurgia per patologia Maligna

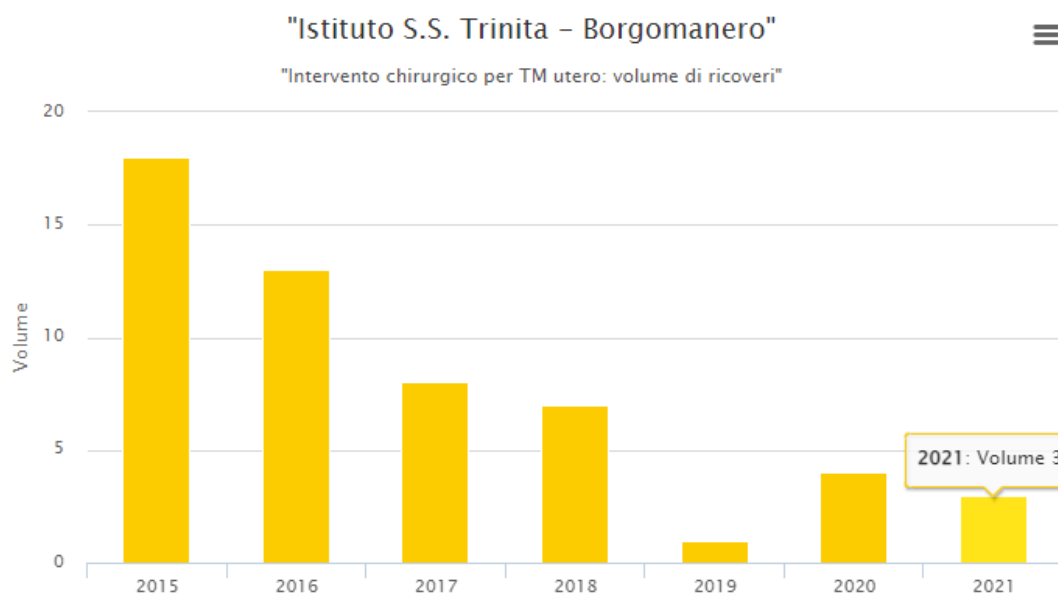
Nel corso del 2021 presso la SC di Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale di Borgomanero sono stati effettuati 3 ricoveri per intervento di Carcinoma uterino.

Si osserva un lieve incremento nel 2020 e nel 2021 di questa tipologia di ricoveri, senza comunque tornare ai dati del 2015.

Interventi per K Utero - confronto ospedali del quadrante

STRUTTURA	Ricoveri per K Utero
Osp. Maggiore della Carità	71
Istituto SS Trinità – Borgomanero	3
Osp. Ponderano - Biella	19
Sant'Andrea - Vercelli	21
Osp. Castelli - Verbania	17

Andamento interventi per Carcinoma dell'Utero – Ospedale di Borgomanero



Isterectomie

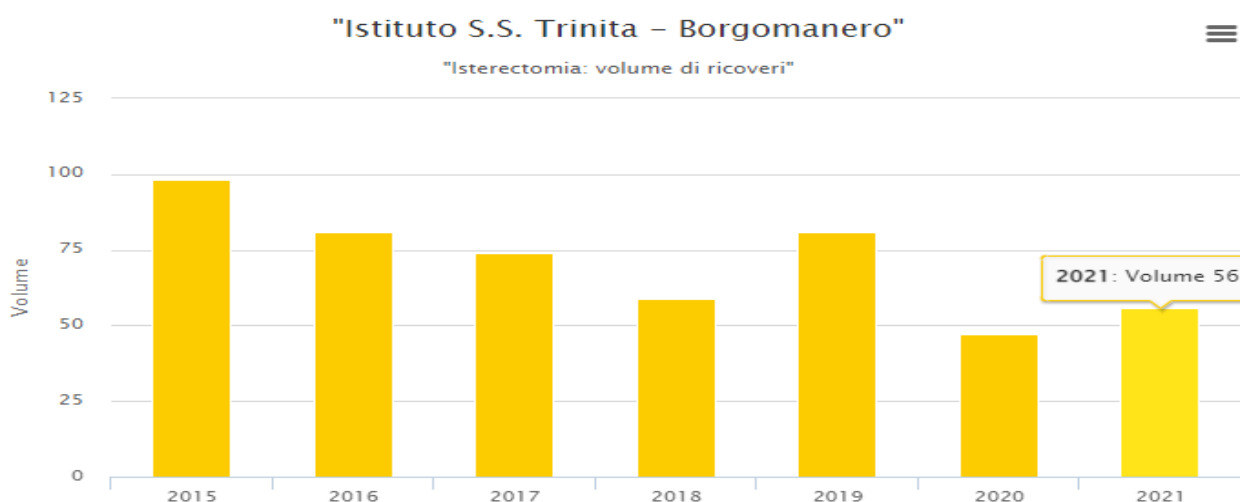
Nel 2021 le isterectomie eseguite presso il PO di Borgomanero sono state 56 (+9 rispetto all'anno precedente); segue confronto con gli altri ospedali di quadrante. Il volume di attività registra un calo costante negli ultimi anni.

Interventi di isterectomia - confronto ospedali del quadrante

STRUTTURA	Ricoveri per K Utero
Osp. Maggiore della Carità	274
Istituto SS Trinità - Borgomanero	56
Osp. Ponderano - Biella	99
Sant'Andrea - Vercelli	64
Osp. Castelli - Verbania	110
Osp. Domodossola	n.d.

Il volume di attività, dopo un andamento calante dal 2015 al 2018 e un picco nel 2019, registra una ripresa dal 2020.

Isterectomie eseguite presso PO Borgomanero: Andamento 2015 – 2021

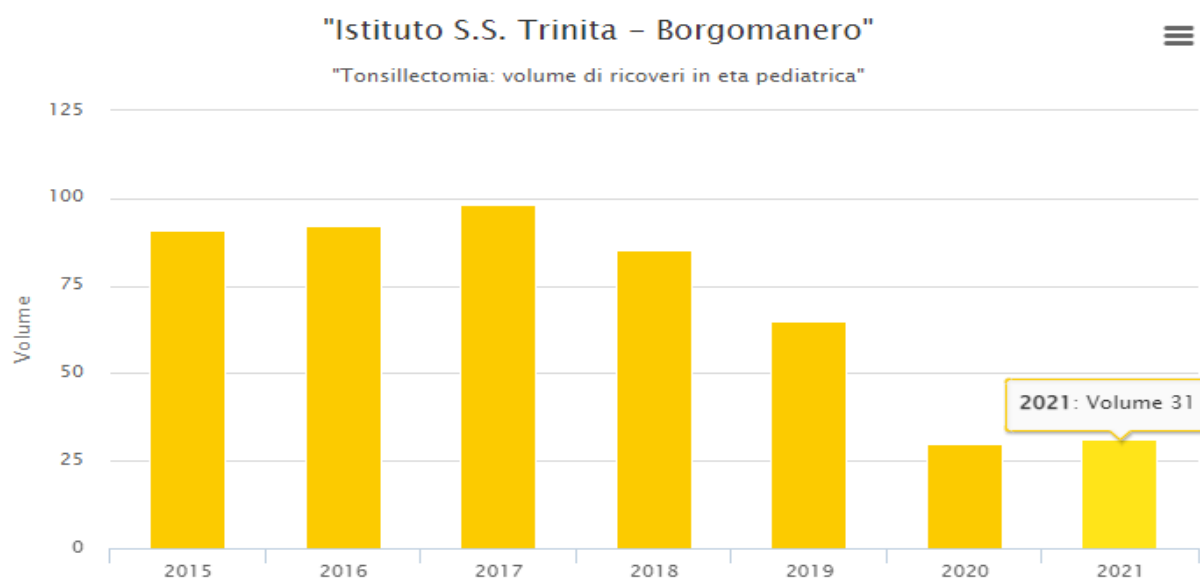


PEDIATRIA

I dati presenti nel PNE riguardanti la pediatria riportano solo volumi di attività relativi alle "Tonsillectomie" e alle "Tonsillectomie con e senza adenoidectomia"; non vengono riportati indicatori di esito.

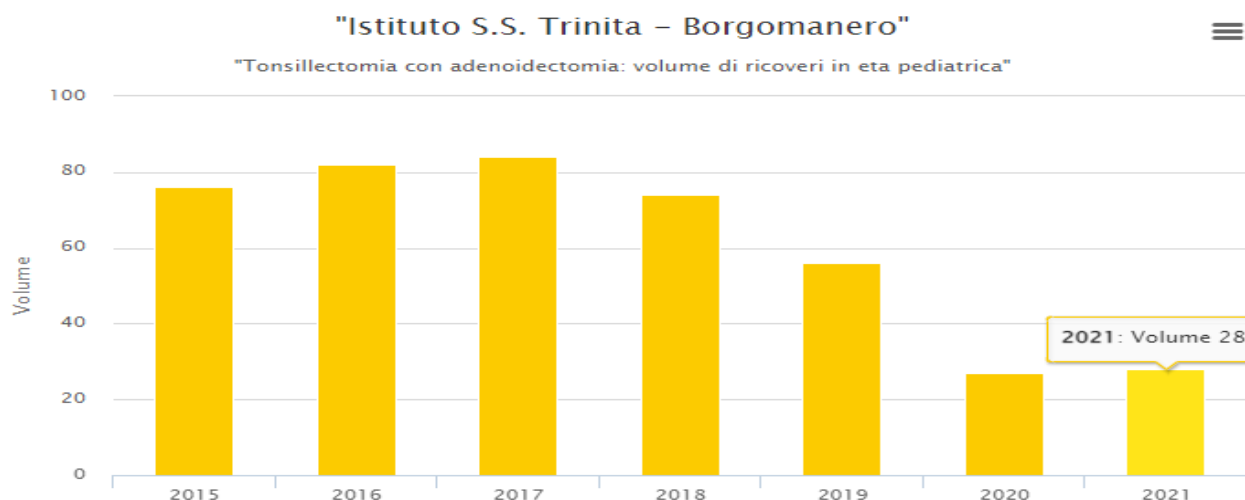
I ricoveri per tonsillectomia in età pediatrica, nel 2021, sono stati 31. Benché l'andamento degli ultimi anni sia in riduzione, si registra una forte contrazione dei volumi nel 2020, verosimilmente a causa della pandemia da Covid che potrebbe aver impattato anche in parte sui volumi del 2021.

Interventi di tonsillectomie - Andamento annuale



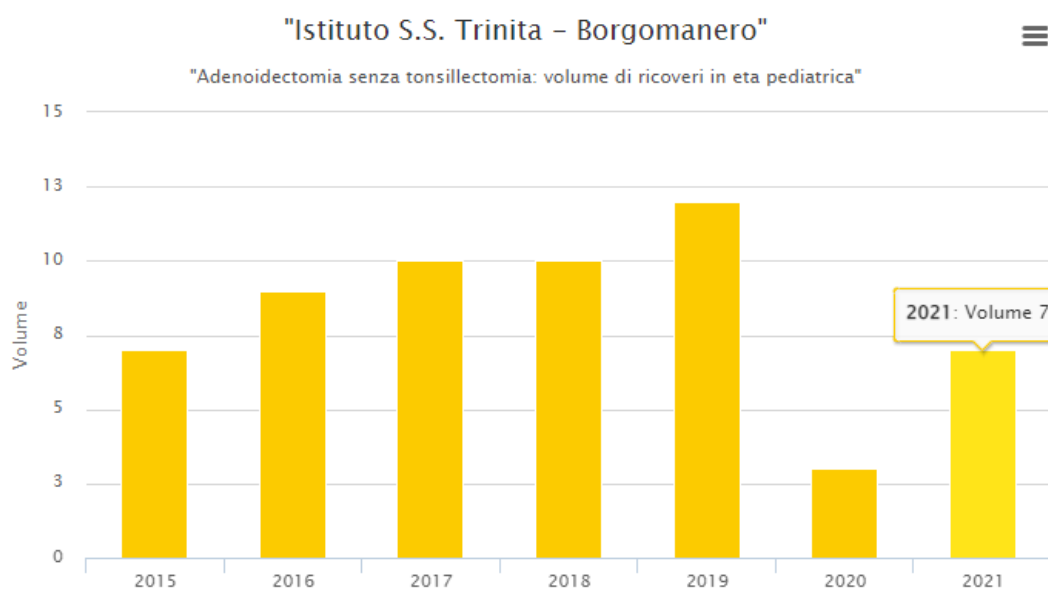
Le medesime considerazioni interessano le tonsillectomie con adenoidectomia che nel 2021 queste sono state 28; nonostante la riduzione, l'Ospedale di Borgomanero risulta il secondo in ordine al volume di attività nell'intero quadrante, dietro solo all'AOU Maggiore della Carità di Novara (71).

Interventi di tonsillectomie con adenoidectomie – andamento annuale



Anche per le Adenoidectomie senza Tonsillectomia, si registra un raddoppio delle prestazioni rispetto al 2020.

Interventi di adenoidectomia senza tonsillectomie – andamento annuale



Appare utile segnalare che gli andamenti dei ricoveri rappresentati sono sovrapponibili a quelli di tutti gli ospedali del quadrante.

AREA CHIRURGICA

Sono prese in considerazione procedure chirurgiche ad elevato volume o di particolare interesse clinico come le colecistectomie laparoscopiche, gli interventi per tumore maligno del colon, del rene ed alcune procedure della Traumatologia-Ortopedia (Frattura di femore, Artroscopie e Protesi d'anca)

CHIRURGIA GENERALE

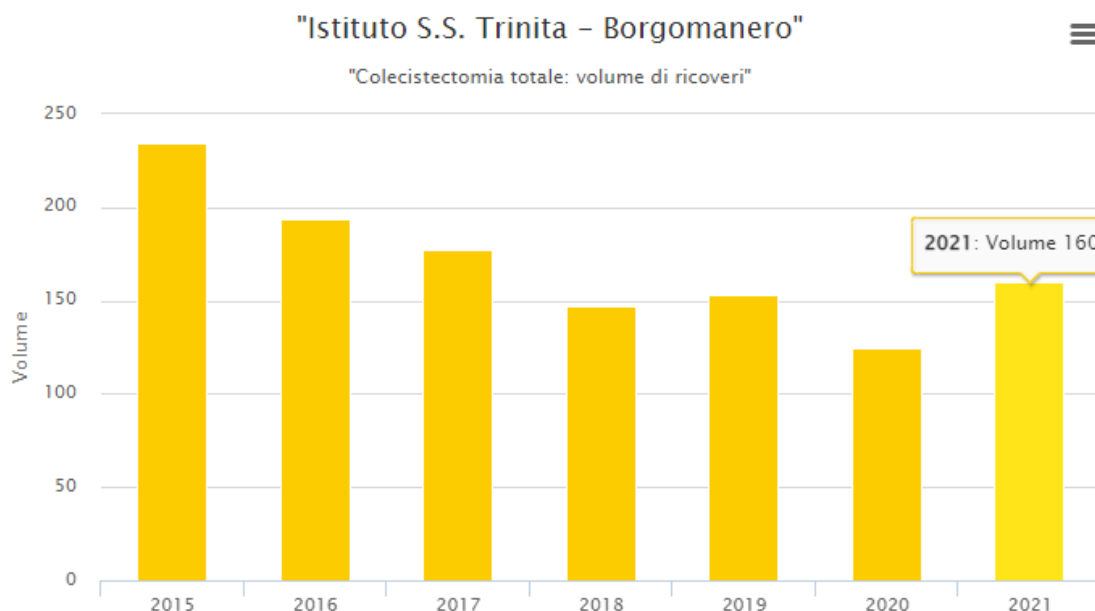
Colecistectomie Totali

Nel corso del 2021 i ricoveri per colecistectomia totale presso il PO di Borgomanero sono state 160; il presidio dell'ASL NO è il terzo per volume nel quadrante. Tale volume appare tuttavia in lieve aumento rispetto al 2020, dimostrando una forte ripresa post-COVID, e un ritorno ai valori del 2017.

Ricoveri per intervento di Colecistectomia - confronto ospedali del quadrante

Codice Struttura	STRUTTURA	PROVINCIA	REGIONE	N
0000001	Italia			92872
01000501	Ospedale San Biagio - Domodossola	VB	Piemonte	114
01000502	Stabilimento Ospedaliero Castelli - Verbania	VB	Piemonte	35
01000601	Istituto S.S. Trinita' - Borgomanero	NO	Piemonte	160
01000901	Ospedale Sant'andrea - Vercelli	VC	Piemonte	133
01000902	Ospedale Ss.Pietro E Paolo - Borgosesia	VC	Piemonte	12
01003201	Ospedale Degli Infermi - Ponderano	BI	Piemonte	258
01090501	Osp. Maggiore Della Carita' - Novara	NO	Piemonte	303
01062601	Policlinico Di Monza SPA - Vercelli	VC	Piemonte	109
01062801	Policlinico Di Monza SPA - Novara	NO	Piemonte	65
01064901	Habilita SPA - Presidio I Cedri - Fara Novarese	NO	Piemonte	2
01065601	Policlinico Di Monza SPA - Biella	BI	Piemonte	6

Ricoveri per Intervento di colecistectomia – Andamento PO di Borgomanero













Colecistectomie laparoscopiche

Nel 2021 le colecistectomie laparoscopiche sono state 144, di cui 6 in regime di Day Surgery, pari al 90% di tutte le Colecistectomie (89% registrato nel 2020). I pazienti operati presso il PO di Borgomanero si caratterizzano per una degenza post-operatoria leggermente superiore alla media nazionale, infatti la

proporzione di soggetti con una degenza post-operatoria inferiore ai 3 giorni è pari al 84,52% dei casi (82,97% adj), contro l'80% di media nazionale.

Riguardo alle complicanze a 30 giorni, in netto miglioramento l'indicatore rispetto all'anno precedente e alla media nazionale.

	% Grezza 2021	% Adj 2021	Media Nazionale 2021 %	% Grezza 2020	% Adj 2020	Media Nazionale 2020 %
Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	84,52	82,97	80,69	85,1 	84,7 	79,7
Colecistectomia laparoscopica in R.O.: complicanze a 30 giorni	0,65 	0,68 	1,97	4,1 	4,3 	2,2
Colecistectomia laparoscopica in R.O.: nuovo intervento a 30 giorni	1,95 	2,06 	1,24	1,1 	1,2 	1,2

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

Interventi di Artroscopia di ginocchio

In ambito ortopedico-traumatologico si raggiungono buoni livelli di *performance* per quanto riguarda le artroscopie di ginocchio: secondo l'indicatore PNE la performance relativa a "re-intervento entro 6 mesi dopo artroscopia di ginocchio", per l'ospedale di Borgomanero nel periodo 2018-2021 è in lieve crescita rispetto al triennio precedente.

Nuovo ricovero entro 6 mesi dalla prima artroscopia

Codice Struttura	STRUTTURA	PROVINCIA	REGIONE	N	%GREZZA	%A	RR AD	P
00000001	Italia			70859	0,98	-	-	-
01000503	C.O.Q. Ospedale Madonna Del Popolo - Omegna	VB	Piemonte	713	0,56	0,54	0,56	0,239
01000601	Istituto S.S. Trinita' - Borgomanero	NO	Piemonte	159	2,52	2,54	2,6	0,053
01062601	Policlinico Di Monza SPA - Vercelli	VC	Piemonte	164	0	-	-	-
01062801	Policlinico Di Monza SPA - Novara	NO	Piemonte	111	0	-	-	-
01000501	Ospedale San Biagio - Domodossola	VB	Piemonte	22	0	-	-	-
01000502	Stabilimento Ospedaliero Castelli - Verbania	VB	Piemonte	11	0	-	-	-
01000901	Ospedale Sant'andrea - Vercelli	VC	Piemonte	82	0	-	-	-
01000902	Ospedale Ss.Pietro E Paolo - Borgosesia	VC	Piemonte	4	0	-	-	-
01003201	Ospedale Degli Infermi - Ponderano	BI	Piemonte	48	0	-	-	-
01090501	Osp. Maggiore Della Carita' - Novara	NO	Piemonte	76	1,32	-	-	-
01064901	Habilita SPA - Presidio I Cedri - Fara Novarese	NO	Piemonte	48	2,08	-	-	-
01065601	Policlinico Di Monza SPA - Biella	BI	Piemonte	54	1,85	-	-	-

Interventi di Protesi d'Anca

Per quanto riguarda l'intervento di protesi d'anca, presso la SC di Ortopedia e Traumatologia dell'Ospedale di Borgomanero, nel 2021, la percentuale di ricoveri ripetuti: *episodio di ricovero entro 30 giorni dall'intervento* (3,92% e 3,54% Adj) è tra le migliori del quadrante e sostanzialmente in linea con la media nazionale. Questo dato è in netto miglioramento rispetto all'anno precedente (5,1% e 4,6% Adj).

Interventi per Frattura di Femore

La proporzione di interventi di riparazione di frattura del femore entro i tempi definiti (48 ore) nel 2021 è stata del 75,69% tasso grezzo – (75,49% Adj); questo valore, il migliore registrato nel quadrante, è anche in aumento rispetto all'anno precedente e superiore alla media nazionale.

Interventi per riparazione frattura di femore entro 48h

Codice Struttura	STRUTTURA	PROVINCIA	REGIONE	N	%GREZ	%AD	RR AD	P
00000001	Italia			76183	64,34	-	-	-
01000501	Ospedale San Biagio - Domodossola	VB	Piemonte	133	63,16	61,82	0,96	0,562
01000502	Stabilimento Ospedaliero Castelli - Verbania	VB	Piemonte	97	70,1	72,12	1,12	0,069
01000601	Istituto S.S. Trinita' - Borgomanero	NO	Piemonte	218	75,69	75,49	1,17	0
01000901	Ospedale Sant'andrea - Vercelli	VC	Piemonte	145	63,45	61,36	0,95	0,478
01000902	Ospedale Ss.Pietro E Paolo - Borgosesia	VC	Piemonte	69	56,52	54,92	0,85	0,15
01003201	Ospedale Degli Infermi - Ponderano	BI	Piemonte	300	44,67	43,12	0,67	0
01090501	Osp. Maggiore Della Carita' - Novara	NO	Piemonte	285	70,53	69,99	1,09	0,031
01000503	C.O.Q. Ospedale Madonna Del Popolo - Omegna	VB	Piemonte	4	25	-	-	-

CHIRURGIA PER TUMORE MALIGNO

Intervento per K del colon

Tra tutte le strutture sanitarie presenti nel quadrante Nord-Est del Piemonte, l'Ospedale di Borgomanero è il quarto per volume di attività negli interventi chirurgici per tumore maligno del Colon. Da segnalare l'andamento negli anni calante per tutte le strutture di questo tipo di intervento.

STRUTTURA	INTERVENTI				
	2021	2020	2019	2017	2016
Osp. degli Infermi-Ponderano	84	76	83	92	100
Pol.U. Maggiore della Carità-Novara	97	100	119	119	98
Osp. S.S. Trinità-Borgomanero	41	35	54	60	63
Osp. S. Andrea-Vercelli	37	31	54	56	51
Osp. S.S. Pietro e Paolo-Borgosesia	14	26	31	30	24
Osp. S. Biagio-Domodossola	45	19	18	32	18
Osp. Castelli-Verbania	17	25	35	42	29

In termini di qualità di esiti, la mortalità a 30 giorni dall'intervento nel 2021 è del 7.81% (6.89% Adj); questo valore è in linea con la media nazionale ed è tra i migliori ospedali del quadrante.

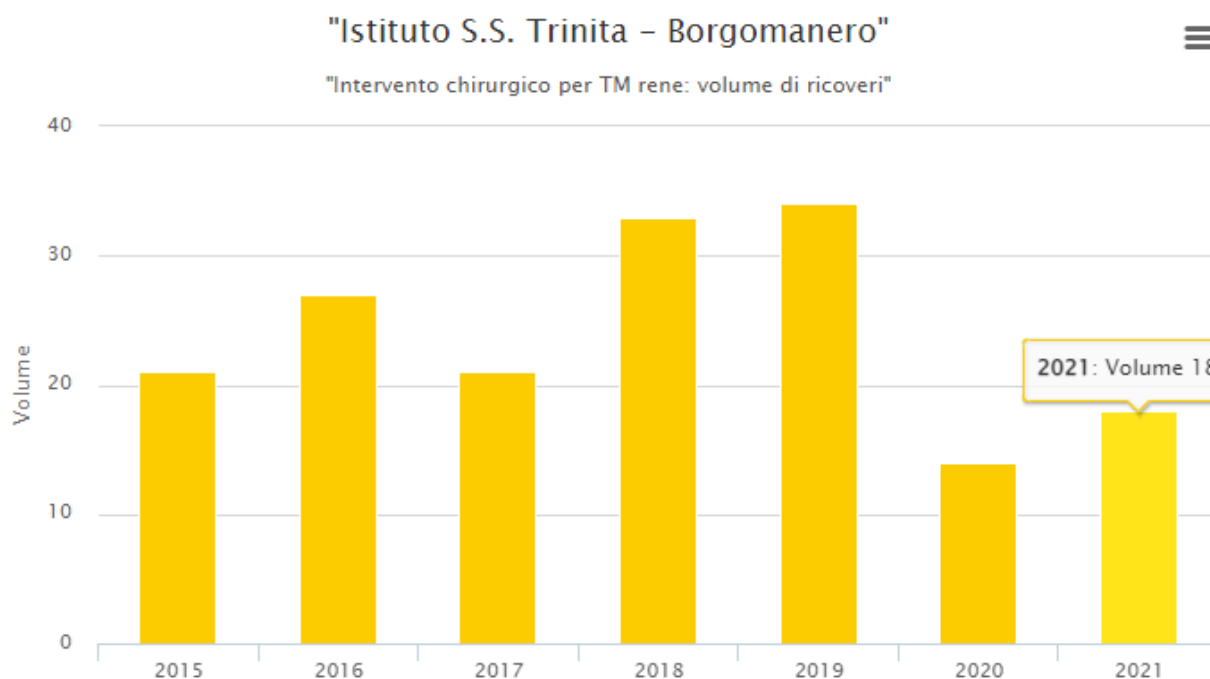
Interventi per Carcinoma Renale

Tra tutte le strutture sanitarie presenti nel quadrante Nord-Est del Piemonte, l'Ospedale di Borgomanero è il terzo per volume di attività negli interventi chirurgici per tumore maligno del Rene; nel 2021 gli interventi a Borgomanero sono stati 18, confermando la crescita degli ultimi anni.

Intervento per K Renale - Volumi attività nel quadrante, 2021

Codice Struttura	STRUTTURA	PROVINCIA	REGIONE	N
00000001	Italia			11676
01000501	Ospedale San Biagio - Domodossola	VB	Piemonte	13
01000601	Istituto S.S. Trinita' - Borgomanero	NO	Piemonte	18
01000901	Ospedale Sant'andrea - Vercelli	VC	Piemonte	21
01003201	Ospedale Degli Infermi - Ponderano	BI	Piemonte	39
01090501	Osp. Maggiore Della Carita' - Novara	NO	Piemonte	72
01062601	Policlinico Di Monza SPA - Vercelli	VC	Piemonte	3

Intervento per Carcinoma del Rene – Andamento ricoveri 2015-2021 PO Borgomanero



Un indicatore di qualità considerato dal PNE nell'ambito degli interventi per K renale è dato dalla mortalità a 30 gg dopo chirurgia; in quest'ottica nel triennio 2019-2021 la proporzione di casi su tutti i pazienti sottoposti a chirurgia è del 1,64% (Adj 2,02%); media nazionale 0,85%. In miglioramento rispetto al triennio precedente, tuttavia ancora al di sopra della media nazionale.

Interventi per Carcinoma della Mammella

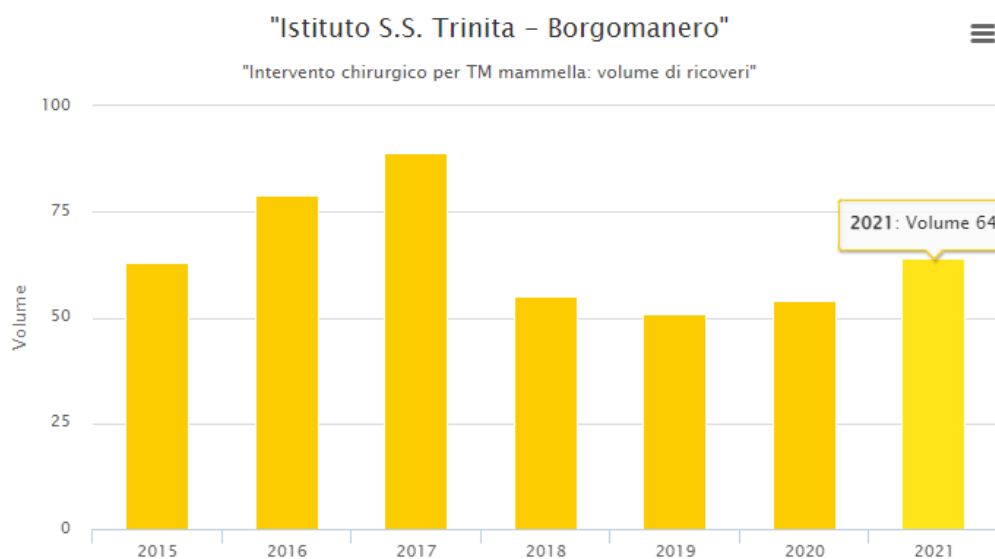
Nel 2021 i ricoveri per Carcinoma della Mammella presso il PO di Borgomanero sono stati complessivamente 64.

L'andamento nel tempo dei volumi di questa procedura si dimostra in lieve recupero nel dall'inizio della pandemia.

Ricoveri per Carcinoma della mammella nel quadrante, 2021

Codice Struttura	STRUTTURA	PROVINCIA	REGIONE	N
00000001	Italia			62764
01000501	Ospedale San Biagio - Domodossola	VB	Piemonte	3
01000502	Stabilimento Ospedaliero Castelli - Verbania	VB	Piemonte	142
01000601	Istituto S.S. Trinita' - Borgomanero	NO	Piemonte	64
01000901	Ospedale Sant'andrea - Vercelli	VC	Piemonte	31
01003201	Ospedale Degli Infermi - Ponderano	BI	Piemonte	127
01090501	Osp. Maggiore Della Carita' - Novara	NO	Piemonte	276
01062601	Policlinico Di Monza SPA - Vercelli	VC	Piemonte	48
01065601	Policlinico Di Monza SPA - Biella	BI	Piemonte	1

Ricoveri per Carcinoma della mammella. Andamento 2015 – 2021 PO di Borgomanero



AREA MEDICA

Sono presi in considerazione esiti relativi a condizioni cliniche di particolare interesse dell'ambito Cardio-Cerebrovascolare e Respiratorio

Mortalità per Ictus

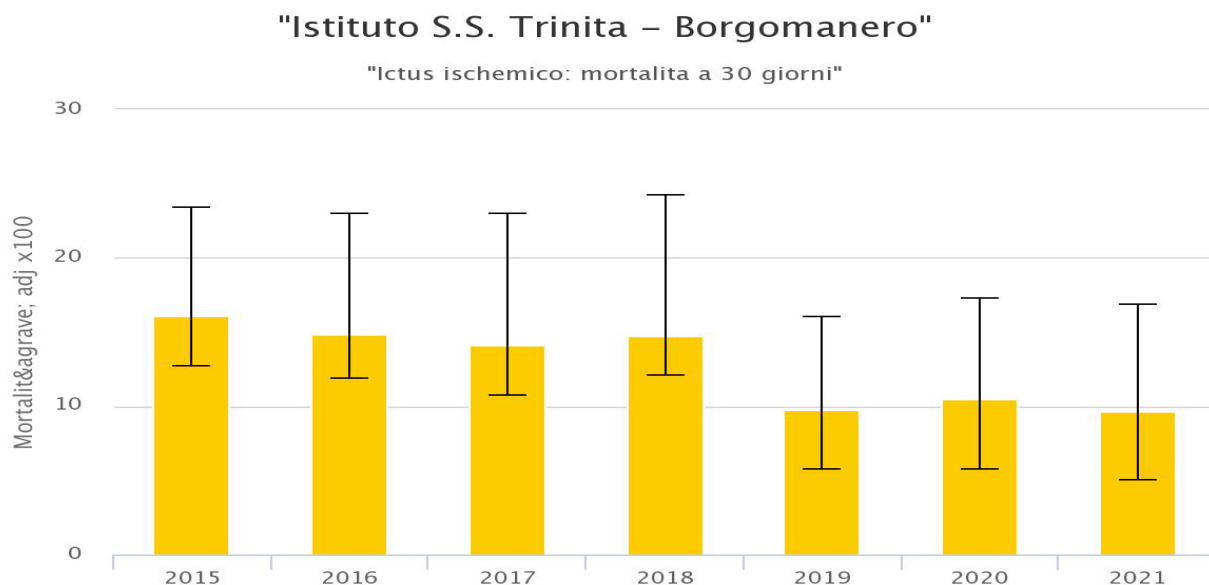
Nel 2021 la Mortalità a 30 giorni dalla dimissione per evento *Ictus* è del 9,38% (9,13% Adj). Un'analisi di confronto colloca questi valori come leggermente superiori a quelli registrati dalla maggior parte degli ospedali del quadrante ed alla media nazionale, come dimostra la seguente figura; non si apprezzano infatti differenze statisticamente significative sui valori standardizzati.

Mortalità a 30 giorni per Ictus, 2021: Confronto con ospedali di quadrante

Codice Struttura	STRUTTURA	PROVINCIA	REGIONE	N	%GREZ	%AD	RR AD	P
0000001	Italia			50885	10,84	-	-	-
01000501	Ospedale San Biagio - Domodossola	VB	Piemonte	131	12,21	10,1	0,93	0,789
01000601	Istituto S.S. Trinita' - Borgomanero	NO	Piemonte	96	9,38	9,13	0,84	0,621
01000901	Ospedale Sant'andrea - Vercelli	VC	Piemonte	128	10,16	9,75	0,9	0,713
01003201	Ospedale Degli Infermi - Ponderano	BI	Piemonte	247	10,12	9,01	0,83	0,37
01090501	Osp. Maggiore Della Carita' - Novara	NO	Piemonte	249	8,84	9,96	0,92	0,697
01000902	Ospedale Ss.Pietro E Paolo - Borgosesia	VC	Piemonte	7	0	-	-	-
01092001	Istituto Auxologico Italiano - Oggebbio	VB	Piemonte	1	0	-	-	-

Da notare che la mortalità a 30 giorni per Ictus, presso il PO di Borgomanero, ha registrato un sostanziale calo dal 2015, anche se con valori non statisticamente significativi.

Mortalità a 30 giorni per Ictus: Andamento 2015 – 2021 PO Borgomanero



I ricoveri ripetuti a seguito di Ictus per il 2021 presso il PO di Borgomanero sono stati il 3,23% (Adj 3,3%), valore che si attesta al di sotto della media nazionale che è di 7,25%:

Mortalità per BPCO

Per quanto riguarda la BPCO, si segnala che la mortalità a 30 giorni da un ricovero per riacutizzazione registrata nel 2021 presso il PO di Borgomanero, secondo i dati presentati dal PNE 2022, è piuttosto alta: si attesta su di una percentuale del 18,39% (Adj 18,34%); media nazionale 13,77%.

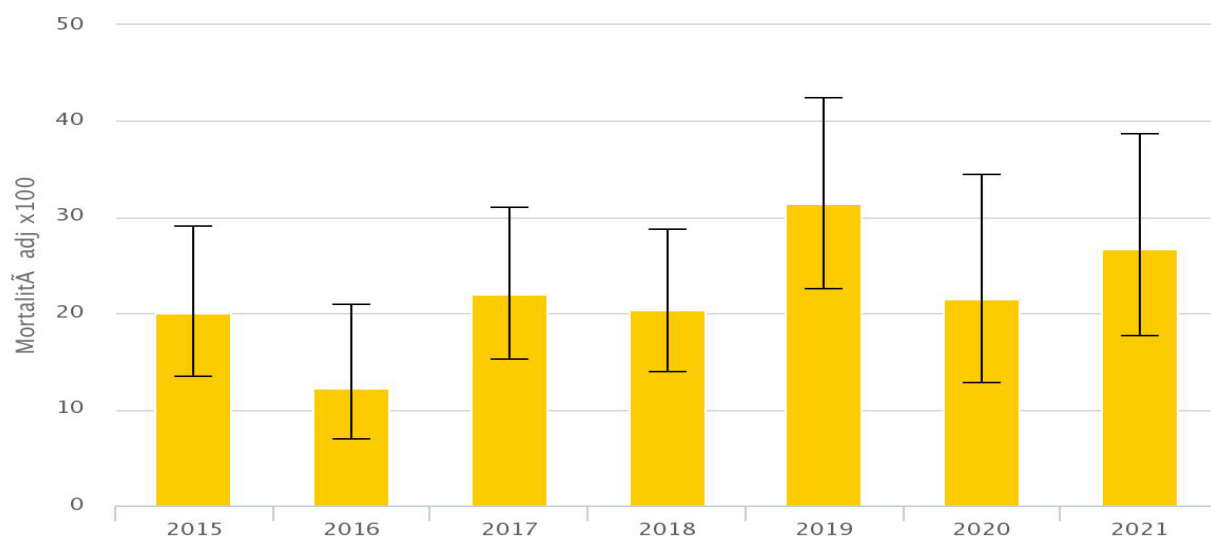
Mortalità a 30 giorni per BPCO riacutizzata: ospedali del quadrante, 2021

Codice Struttura	STRUTTURA	PROVINCIA	REGIONE	N	%GREZ	%AD	RR AD	P
0000001	Italia			39317	13,77	-	-	-
01000502	Stabilimento Ospedaliero Castelli - Verbania	VB	Piemonte	67	19,4	17,94	1,3	0,325
01000601	Istituto S.S. Trinita' - Borgomanero	NO	Piemonte	89	24,72	24,06	1,75	0,006
01000901	Ospedale Sant'andrea - Vercelli	VC	Piemonte	87	18,39	18,34	1,33	0,231
01003201	Ospedale Degli Infermi - Ponderano	BI	Piemonte	149	15,44	16,4	1,19	0,379
01090501	Osp. Maggiore Della Carita' - Novara	NO	Piemonte	130	14,62	13,27	0,96	0,872
01000501	Ospedale San Biagio - Domodossola	VB	Piemonte	39	10,26	-	-	-
01000503	C.O.Q. Ospedale Madonna Del Popolo - Omegna	VB	Piemonte	4	0	-	-	-
01000902	Ospedale Ss.Pietro E Paolo - Borgosesia	VC	Piemonte	23	8,7	-	-	-
01090502	Ospedale San Rocco - Galliate	NO	Piemonte	2	0	-	-	-
01092001	Istituto Auxologico Italiano - Oggebbio	VB	Piemonte	1	100	-	-	-

Anche l'andamento nel tempo, dopo un periodo di rialzo, è tornato ai valori del 2015.

Mortalità a 30 giorni per BPCO riacutizzata: Andamento 2015 – 2021 PO Borgomanero

"Istituto S.S. Trinita – Borgomanero"



Ricoveri ripetuti per BPCO

Anche le riammissioni in ospedale a seguito di dimissione per BPCO riacutizzata appaiono più frequenti presso il PO di Borgomanero, con valori al di sopra della media nazionale, peraltro in maniera statisticamente significativa.

Riammissione a 30 giorni per BPCO riacutizzata: ospedali del quadrante, 2021

Codice Struttura	STRUTTURA	PROVINCIA	REGIONE	N	%GREZ	%AD	RR AD	P
01000502	Stabilimento Ospedaliero Castelli - Verbania	VB	Piemonte	55	18,18	15,16	1,2	0,555
01000601	Istituto S.S. Trinita' - Borgomanero	NO	Piemonte	76	22,37	23,88	1,88	0,003
01000901	Ospedale Sant'andrea - Vercelli	VC	Piemonte	75	16	15,7	1,24	0,429
01003201	Ospedale Degli Infermi - Ponderano	BI	Piemonte	128	13,28	14,04	1,11	0,654
01090501	Osp. Maggiore Della Carita' - Novara	NO	Piemonte	117	13,68	13,34	1,05	0,831
01000501	Ospedale San Biagio - Domodossola	VB	Piemonte	34	23,53	-	-	-
01000503	C.O.Q. Ospedale Madonna Del Popolo - Omegna	VB	Piemonte	4	0	-	-	-
01000902	Ospedale Ss.Pietro E Paolo - Borgosesia	VC	Piemonte	21	9,52	-	-	-
01090502	Ospedale San Rocco - Galliate	NO	Piemonte	2	0	-	-	-

APPENDICE

Schede di approfondimento

Nella presente appendice sono riportate le schede di approfondimento del contesto epidemiologico, raggruppate per sezioni di interesse, ed in particolare:

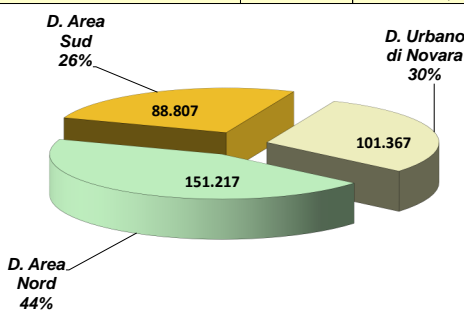
- Sezione I – Demografia;
- Sezione II – Stili di vita;
- Sezione III – Malattie infettive;
- Sezione IV – Sicurezza sul lavoro;
- Sezione V – Incidenti stradali;
- Sezione VI – Sicurezza alimentare;
- Sezione VII – Ambienti di vita;
- Sezione VIII – Mortalità.

Residenti nell'ASL NO al 31.12.21

FONTI DATI: Piemonte STATistica e BDDE (PiSta)

Distribuzione per Comune e Distretto di residenza

DISTRETTO AREA NORD			DISTRETTO AREA SUD		
Comune	Popolazione residente al 31.12.2021	Densità di popolazione ab/km ² al 31.12.2021	Comune	Popolazione residente al 31.12.2021	Densità di popolazione ab/km ² al 31.12.2021
AGRATE CONTURBIA	1.520	104,6	BIANDRATE	1.307	104,9
ARONA	13.675	901,4	BORGOLAVEZZARO	1.956	92,7
BARENGO	730	37,4	BRIONA	1.105	44,6
BELLINZAGO NOVARESE	9.444	241,0	CALTIGNAGA	2.504	112,2
BOCA	1.131	117,7	CAMERI	10.660	266,6
BOGOGNO	1.297	152,4	CARPIGNANO SESIA	2.470	168,5
BOLZANO NOVARESE	1.149	347,7	CASALBELTRAME	991	61,8
BORGOMANERO	21.277	659,3	CASALEGGIO NOVARA	905	85,9
BORGO TICINO	5.174	386,9	CASALINO	1.523	38,6
BRIGA NOVARESE	2.763	581,9	CASALVOLONE	875	50,0
CASTELLETTO S. TICINO	9.826	671,1	CASTELLAZZO NOVARESE	316	29,3
CAVAGLIETTO	381	58,7	CERANO	6.712	205,6
CAVAGLIO D'AGOGNA	1.165	118,5	FARA NOVARESE	2.007	217,8
CAVALLIRIO	1.307	157,0	GALLIATE	15.551	529,5
COLAZZA	530	167,6	GARBAGNA NOVARESE	1.405	139,8
COMIGNAGO	1.209	271,7	GRANOZZO CON MONTICELLO	1.332	68,2
CRESSA	1.604	225,8	LANDIONA	537	73,7
CUREGGIO	2.576	302,8	MANDELLO VITTA	228	38,9
DIVIGNANO	1.433	281,1	NIBBIOLA	825	72,7
DORMELLETO	2.561	353,1	RECETTO	956	108,0
FONTANETO D'AGOGNA	2.592	122,4	ROMENTINO	5.625	318,0
GARGALLO	1.764	469,9	SAN NAZZARO SESIA	731	63,8
GATTICO-VERUNO	5.224	199,7	SAN PIETRO MOZZO	1.971	56,5
GHEMME	3.386	164,0	SILLAVENGO	556	58,3
GOZZANO	5.487	436,1	SOZZAGO	1.088	84,2
INVORIO	4.308	248,0	TERDOBBIATE	459	54,2
LESA	2.152	158,5	TORNACO	875	66,1
MAGGIORA	1.609	151,0	TRECCATE	20.496	536,2
MARANO TICINO	1.568	201,3	VESPOLATE	2.015	113,3
MASSINO VISCONTI	1.124	163,8	VICOLUNGO	826	62,1
MEINA	2.372	314,8	DISTRETTO URBANO DI NOVARA		
MEZZOMERICO	1.203	155,9	NOVARA	101.367	983,7
MOMO	2.393	101,4			
NEBBIUNO	1.788	216,3			
OLEGGIO	14.204	375,8			
OLEGGIO CASTELLO	2.203	371,2			
PARUZZARO	2.143	410,0			
PISANO	779	281,6			
POGNO	1.350	136,8			
POMBIA	2.118	172,2			
SIZZANO	1.360	126,5			
SORISO	719	112,8			
SUNO	2.706	126,9			
VAPRIO D'AGOGNA	967	96,6			
VARALLO POMBIA	4.946	363,3			



Al 31 dicembre 2021 risultano **residenti** nell'ASL di Novara **341.391** persone.

Il 44% della popolazione (151.217 persone) risiede nel Distretto Area Nord che comprende 45 Comuni ed ha una densità abitativa di 270,7 ab/km².

Nel Distretto Urbano di Novara risiede il 30% della popolazione (101.367 persone e 983,7 ab/km²). Una quota di poco inferiore (26%) risiede nel Distretto Area Sud (88.807 persone) che comprende 30 Comuni ed ha una densità abitativa di 164,1 ab./km².

I 3 Comuni dell'ASL NO con il maggior numero di residenti sono Novara (101.367), Borgomanero (21.277) e Treccate (20.496).

Complessivamente le **donne** rappresentano il 51% della popolazione e sono **più numerose degli uomini principalmente nelle classi di età più avanzate**, costituendo il 57% della popolazione con più di 65 anni e il 64% di quella con più di 80 anni.

Nelle classi di età infantili la differenza è più contenuta ed è a favore del sesso maschile (< 15 anni: 51% vs 49%).

Distribuzione per sesso, classi di età e Distretto di residenza

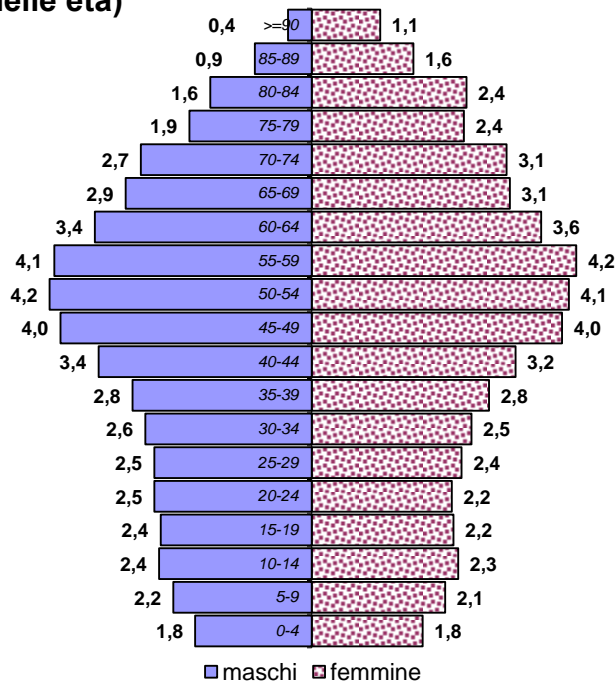
MASCHI						
Distretti	Fasce di età					Tutte le età
	0-4	5-14	15-64	65-79	≥ 80	
Area Nord	2.551	6.842	47.921	11.948	4.535	73.797
Area Sud	1.795	4.385	28.597	6.615	2.389	43.781
Urbano di Novara	1.959	4.524	32.293	7.362	2.942	49.080
ASL NO	6.305	15.751	108.811	25.925	9.866	166.658

FEMMINE						
Distretti	Fasce di età					Tutte le età
	0-4	5-14	15-64	65-79	≥ 80	
Area Nord	2.356	6.581	47.213	13.383	7.887	77.420
Area Sud	1.773	4.139	27.685	7.252	4.177	45.026
Urbano di Novara	1.865	4.395	31.730	8.820	5.477	52.287
ASL NO	5.994	15.115	106.628	29.455	17.541	174.733

Residenti nell'ASL NO

FONTE DATI: Piemonte STATistica e BDDE (PiSta)
 N.B.: Il dato relativo al 2018 è stato ricalcolato nel 2020

Distribuzione % per classi di età e sesso al 31.12.21 (Piramide delle età)



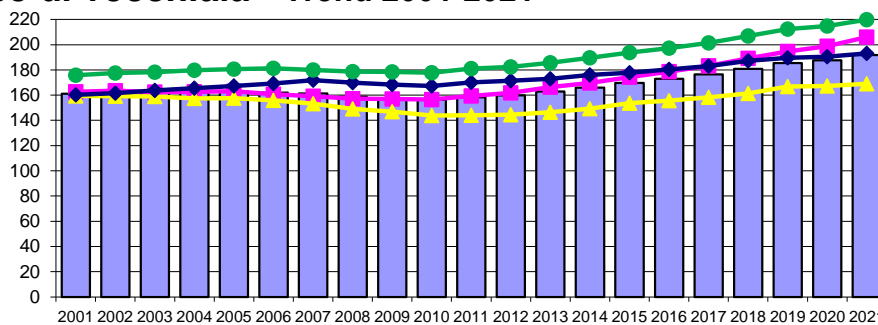
Quasi due terzi della popolazione ha una età compresa tra 15 e 64 anni. Rispetto al 2001 si registra un invecchiamento, con aumento degli ultra 64enni (24% vs 20%), a scapito della classe di età 15-64 anni (63% vs 67%); i minori di 15 anni rimangono invece costanti (13%).

Nel 2021 in ASL NO, ogni 100 giovani con meno di 15 anni risiedono 192 ultra64enni. Nell'ultimo ventennio l'indice di vecchiaia è aumentato su tutto il territorio. Superiori al valore aziendale (192) risultano gli indici dei Distretti Area Nord (206) e Urbano di Novara (193), mentre il Distretto Area Sud risulta inferiore (169). Il Distretto Area Nord rappresenta il Distretto più "vecchio", caratterizzandosi per i maggiori indici di vecchiaia e dipendenza.

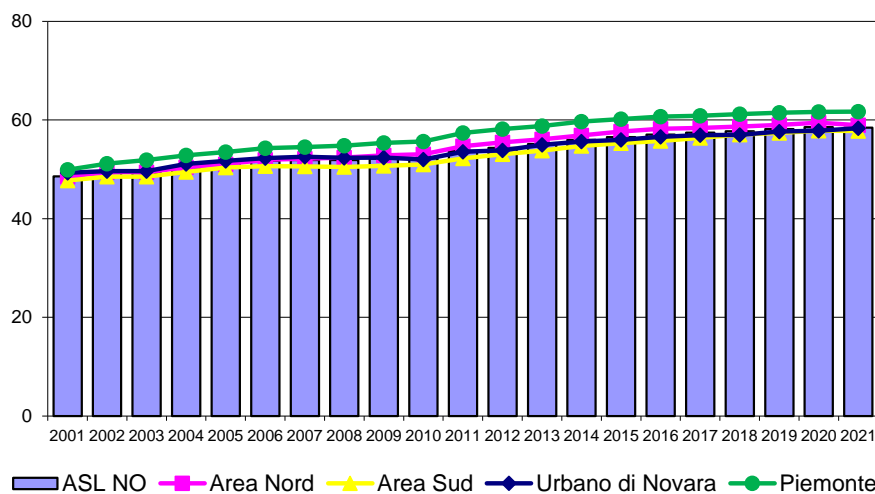
Ogni 100 persone tra i 15 ed i 64 anni se ne registrano poco più della metà (58) nelle altre classi di età, considerate "non attive"; questo indice "di dipendenza" risulta in aumento, con differenze contenute tra i Distretti (D. Area Sud: 58; Urbano di Novara: 58; D. Area Nord: 59).

Gli indici di vecchiaia e dipendenza dell'ASL NO sono entrambi inferiori a quelli regionali (Piemonte: vecchiaia 220; dipendenza 62).

Indice di vecchiaia - Trend 2001-2021



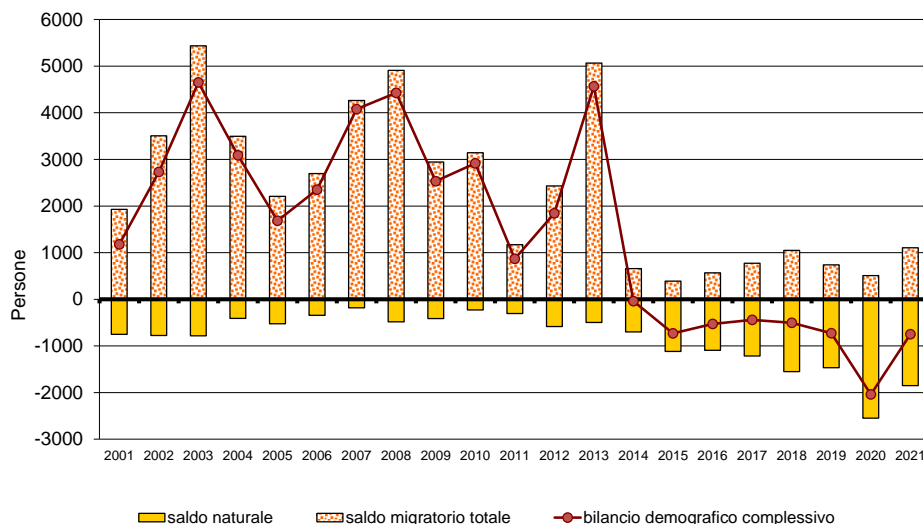
Indice di dipendenza - Trend 2001-2021



Bilancio demografico

FONTI DATI: Piemonte STATistica e BDDE (PiSta)

Residenti ASL NO Trend 2001-2021



Dal 2014 il **bilancio demografico della ASL NO è diventato negativo**. Nel 2021, rispetto all'anno precedente, il bilancio demografico diminuisce di 738 unità, ovvero di 2,0 persone ogni 1.000 residenti, (Distretto Area Nord: -3,0; Distretto Area Sud: +1,0; Distretto Urbano di Novara: -3,8).

Il bilancio demografico negativo è dovuto a un **saldo naturale** (differenza tra nati e morti) **negativo** superiore ad un **saldo migratorio positivo**.

Residenti ASL NO e Distretti Anno 2021

anno 2021	ASL NO	Distretto Area Nord	Distretto Area Sud	Distretto Urbano di Novara
Movimento naturale				
Nati vivi	2.254	845	678	731
Morti	4.106	1.874	1.034	1.198
Saldo naturale	-1.852	-1.029	-356	-467
% nati vivi / morti	55	45	66	61
Movimento migratorio				
Iscrizioni	13.422	6.492	3.574	3.356
dall'Italia	10.692	5.479	2.905	2.308
dall'estero	2.465	928	593	944
altri iscritti	265	85	76	104
Cancellazioni	12.318	5.919	3.127	3.272
per l'Italia	10.186	5.102	2.713	2.371
per l'estero	1.136	477	247	412
altri cancellati	996	340	167	489
Saldo migratorio	1.104	573	447	84
Bilancio demografico complessivo	-748	-456	91	-383
Tasso di crescita totale (* 1000)	-2,2	-3,0	1,0	-3,8

In particolare il saldo naturale negativo a livello di ASL registra 55 nati vivi ogni 100 morti (45 nel Distretto Area Nord, 66 nel Distretto Area Sud e 61 nel Distretto Urbano di Novara).

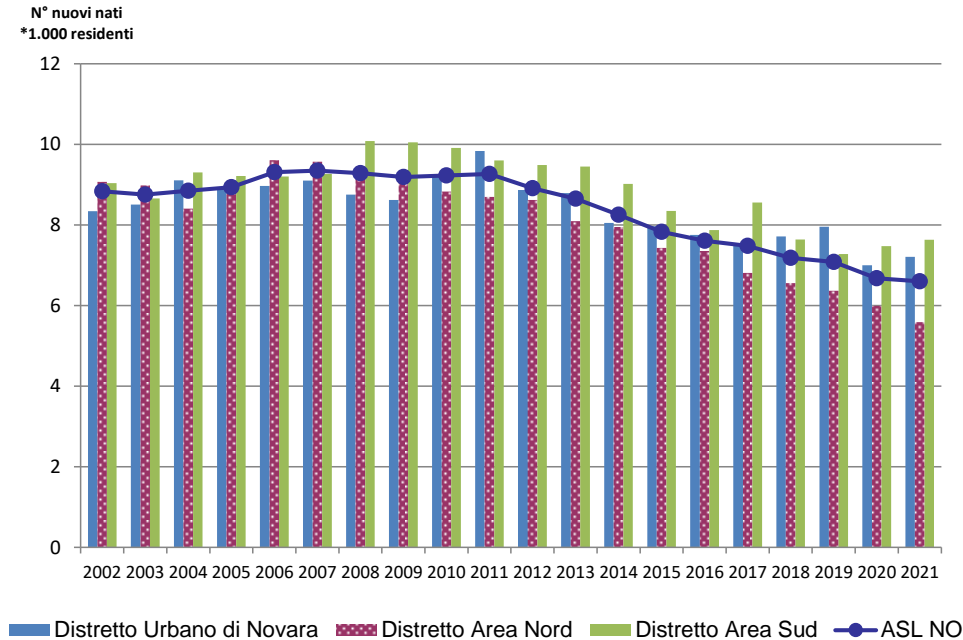
Il saldo migratorio a livello aziendale nel 2021 risulta pari a 1.104 persone.

Natalità

Trend 2002-2021

FONTE DATI: Piemonte STATistica e BDDE (PiSta)

Totale residenti - ASL NO e Distretti



Da alcuni anni **la natalità risulta in diminuzione sul territorio dell'ASL NO.**

Nel 2021, si sono registrati 2.254 nuovi nati, corrispondenti a **6,6 nuovi nati ogni 1.000 residenti**, valore in ulteriore **diminuzione** rispetto agli anni precedenti, anche se superiore alla natalità del Piemonte (6,3 per 1.000).

La natalità più elevata si registra nel Distretto Area Sud (nel 2021 7,6 nuovi nati per 1.000 residenti).

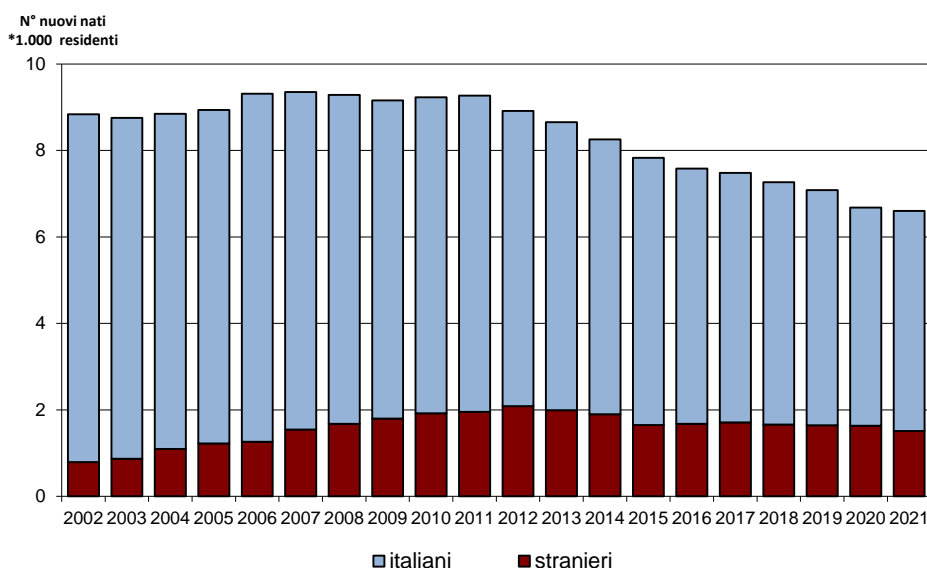
La natalità più bassa si registra nel Distretto Area Nord (5,6 per 1.000).

I neonati stranieri sono il 23% di tutti i neonati, ma con differenze tra i Distretti: 13,4% nel Distretto Area Nord, più del doppio (31,6%) nel Distretto Urbano di Novara e nel Distretto Area Sud (25,4%).

Dopo la crescita dei decenni precedenti, dal 2013 la quota di neonati stranieri ha iniziato a scendere e nel 2021 è di 1,5 nuovi nati ogni 1.000 residenti.

I residenti stranieri continuano comunque ad avere una maggiore natalità degli italiani: nel 2021 si sono registrati 14 nati stranieri ogni 1.000 stranieri e 6 nati italiani ogni 1.000 italiani.

ASL NO - Italiani e Stranieri



Stranieri residenti nell'ASL NO al 31.12.21

FONTE DATI: Piemonte STATistica e BDDE (PiSta)
 N.B.: Il dato relativo al 2018 è stato ricalcolato nel 2020

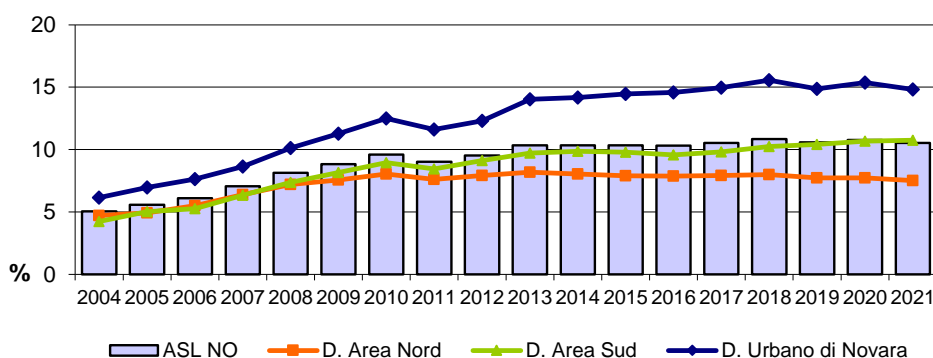
Numerosità per ASL e per Distretto di residenza

DISTRETTI	Maschi	Femmine	Totale	% residenti stranieri rispetto a popolazione
Area Nord	5.182	6.195	11.377	7,5
Area Sud	4.704	4.833	9.537	10,7
Urbano di Novara	7.679	7.344	15.023	14,8
ASL NO	17.565	18.372	35.937	10,5

Nel 2021 nell'ASL NO risultano **residenti 35.937 stranieri**, pari all'**11% della popolazione**, valore superiore a quello regionale (9,7%).

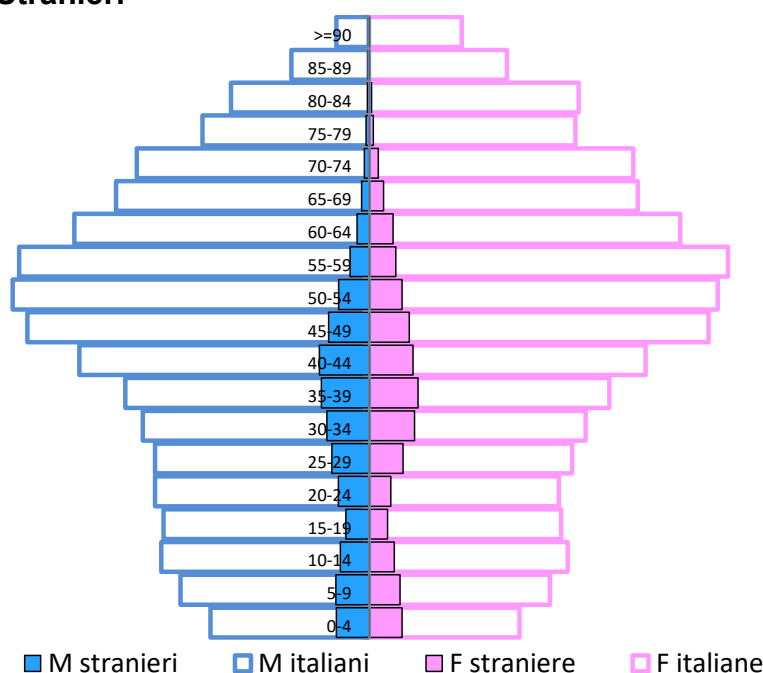
La maggiore presenza di stranieri si osserva nel Distretto Urbano di Novara (nel 2021: 14,8%); inferiore al valore aziendale risulta invece il dato del Distretto Area Nord (7,5%).

% di residenti stranieri per ASL e per Distretti Trend 2004-2021



Negli ultimi 5 anni la quota di stranieri residenti risulta sostanzialmente **costante** su tutto il territorio dell'ASL NO.

Distribuzione per classi di età e sesso (Piramide delle età) Italiani e Stranieri



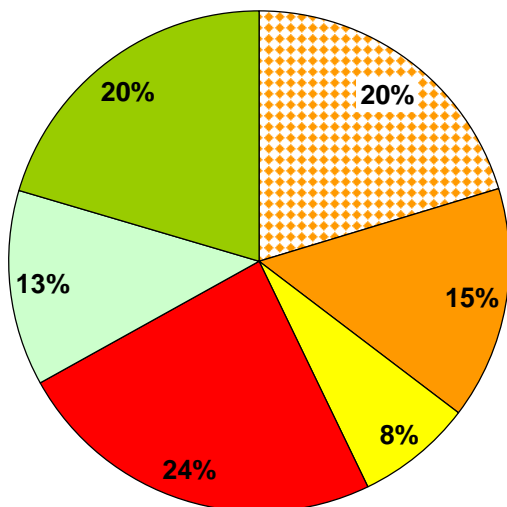
Tra gli stranieri residenti nell'ASL NO **prevalgono i soggetti in età produttiva e i bambini**. Quasi 2 stranieri su 3 (60%) hanno meno di 40 anni, il 20% ha meno di 15 anni e il 7% ha meno di 5 anni. Gli indici di vecchiaia e dipendenza risultano quindi più bassi di quelli della popolazione: ogni 100 stranieri fino a 14 anni se ne registrano 27 di età superiore a 64 anni e ogni 100 stranieri tra i 15 ed i 64 anni "solo" 35 sono in età "non attiva".

Stranieri residenti nell'ASL NO al 31.12.21

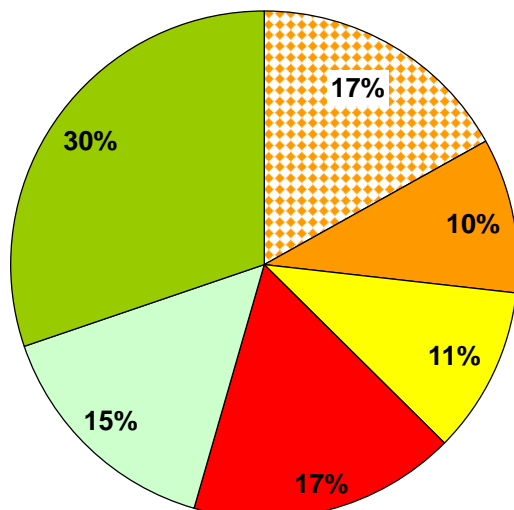
FONTE DATI: Piemonte STATistica e BDDE (PiSta)

Aree di provenienza Per sesso e per Distretto di residenza

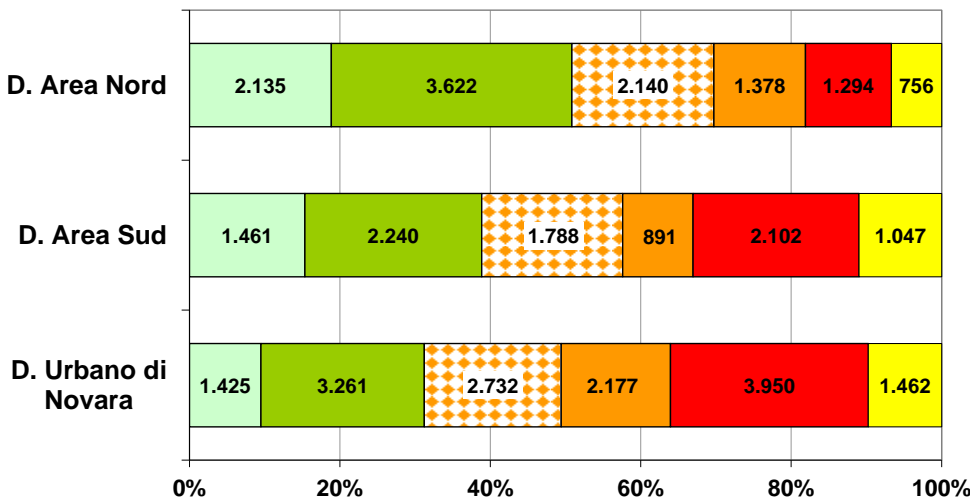
Maschi



Femmine



- Unione Europea (27 stati)
- Europa centro-orientale
- Africa settentrionale
- Resto Africa
- Asia
- America



Anche nel 2021, la **principale area di provenienza** degli stranieri residenti è l'**Europa centro orientale** (25,4% corrispondente a 9.123 persone).

La **seconda** area di provenienza è l'**Asia** (20% corrispondente a 7.346 persone), seguita a breve distanza dall'Africa settentrionale (19%) e dai 27 stati dell'Unione Europea (14%).

Nei due generi le principali aree di provenienza rimangono le stesse anche se cambiano le singole proporzioni (Europa centro-orientale: 20% maschi, 30% femmine; Asia: maschi 24%, femmine 17%; Africa settentrionale: 20% maschi, 17% femmine).

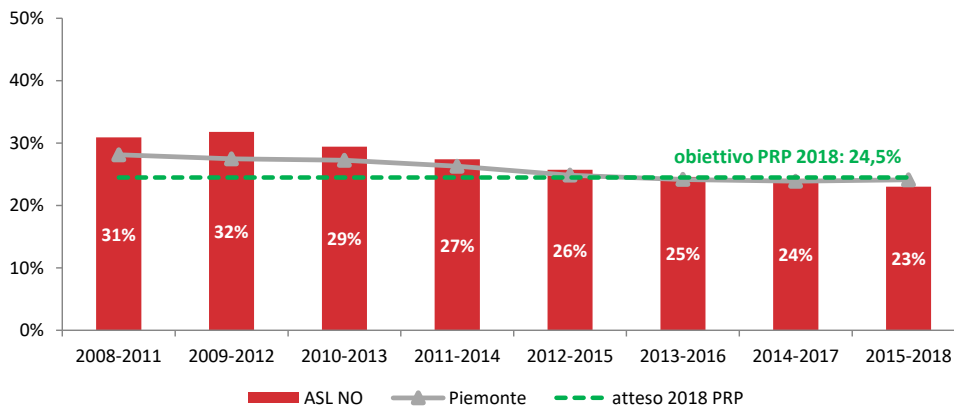
La provenienza degli stranieri non è totalmente sovrapponibile nei tre Distretti.

Il Distretto Area Nord si caratterizza per una maggiore presenza di stranieri provenienti dall'Europa sia centro-orientale (32%) che dai paesi dell'Unione Europea (19%) e per una prevalenza minore rispetto agli altri Distretti di stranieri provenienti dall'Asia (11%) e dall'America (7%).

Abitudine al fumo tra i residenti dell'ASL NO

Fonte dati: PASSI (popolazione 18-69 anni)

Fumatori Trend 2008-2018

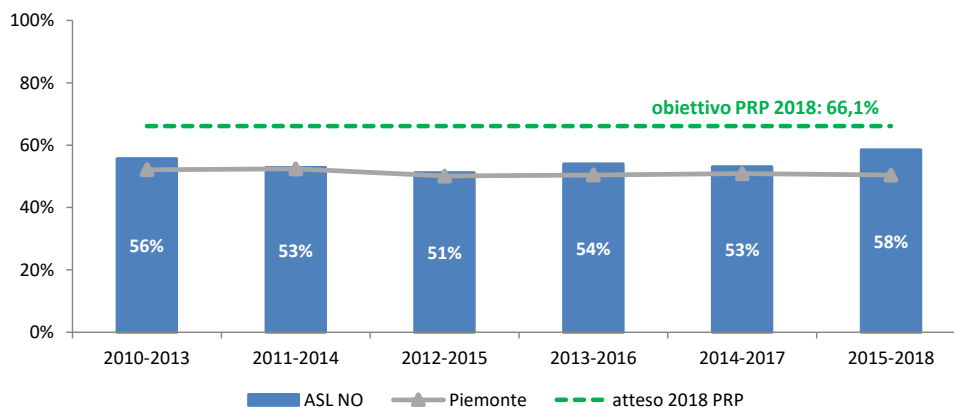


Il fumo di tabacco è il maggiore fattore di rischio di morte evitabile prematura e molte azioni di prevenzione sono state messe in campo negli ultimi decenni.

Anche tra i residenti della ASL NO l'abitudine al fumo è in diminuzione tra i 18 ed i 69 anni. Nel triennio 2015-2018 la percentuale di fumatori (23%) è già inferiore al valore atteso dal Piano Regionale di Prevenzione (24,5%).

La maggior parte (59%) degli adulti non è mai stato fumatore, quasi 1 su 4 (23%) fuma e quasi 1 su 5 (18%) è un ex fumatore.

Fumatori che hanno ricevuto il consiglio* di smettere di fumare da un medico o da un operatore sanitario Trend 2008-2018



*Negli ultimi 12 mesi, calcolato tra coloro che sono stati da un medico o un operatore sanitario.

Migliorare l'attenzione di medici e operatori sanitari agli stili di vita delle persone è un obiettivo dei Piani di Prevenzione.

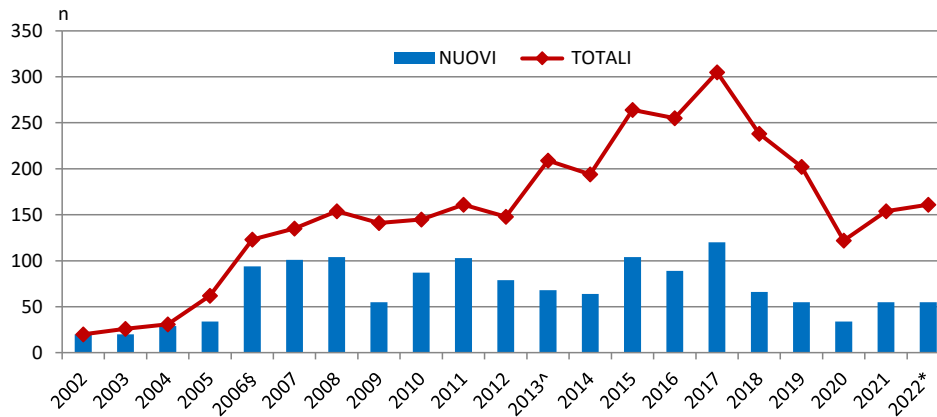
Solo poco più della metà dei fumatori riferisce di avere ricevuto nell'ultimo anno il consiglio di smettere di fumare da un operatore sanitario.

Anche se con un valore più alto (58%), rispetto all'ambito regionale (50%), questo indicatore risulta in aumento rispetto agli anni precedenti, ma senza ancora raggiungere il valore atteso dal PRP (66%).

Disassuefazione dal fumo di tabacco nell'ASL NO

Fonte dati: SERD

Utenti Centro Trattamento Tabagismo (CTT) dell'ASL NO ⇒ Nuovi e Totali - Trend 2002-2022



§2006 Inizio visibilizzazione con opuscoli e display della Provincia
 ^2013 Inizio di sessioni di rinforzo
 *Dati fino al 15 dicembre 2022

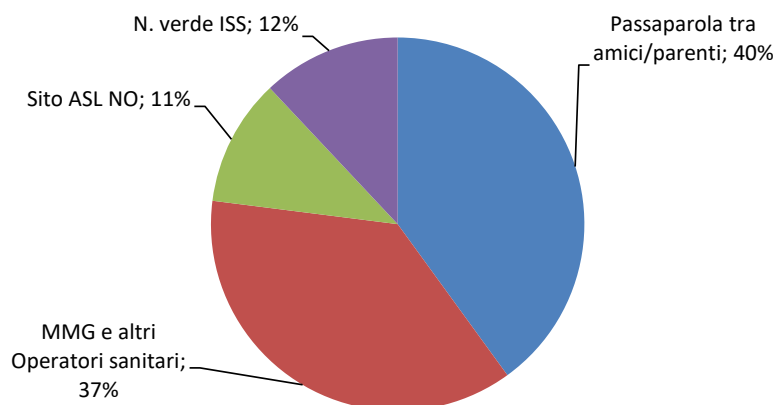
La progressiva riduzione delle limitazioni agli accessi in presenza ha determinato una piccola risalita dei casi trattati dal Centro Trattamento Tabagismo (CTT) rispetto al 2021.

Dal mese di Giugno 2022, è arrivata l'autorizzazione a riprendere i gruppi di sostegno psicologico in presenza (terapia cognitivo-comportamentale integrata con quella farmacologica) che erano stati sospesi per motivi legati alla pandemia da SARS – CoV – 2 a far data dal Marzo 2020.

Nel follow up a 12 mesi circa il 62% dei pazienti è completamente astinente, il 21% non supera il consumo di 5 sigarette quotidiane e il 17% sono drop out o ricaduti.

Il 31/5/22, in occasione della giornata mondiale contro il fumo di tabacco, hanno avuto luogo iniziative residenziali di sensibilizzazione a Novara, Borgomanero ed Arona nonché interviste radiofoniche che, grazie anche all'eco dei social network, hanno raggiunto complessivamente migliaia di persone. È continuata anche quest'anno la collaborazione con la sezione novarese della LILT e con il Servizio di Oncologia del P.O. di Borgomanero. Gli Operatori del CTT hanno partecipato in qualità di docenti a webinar, corsi FAD ed eventi residenziali organizzati da: ASL NO, Società Italiana di Tabaccologia e FederSerD aventi per argomento il tabagismo e la sua terapia.

⇒ Metodi di invio al CTT - Anno 2022*



Il 40% dei pazienti è giunto al CTT su consiglio di parenti/amici, il 37% inviato dagli operatori sanitari, il 12% su informazioni ottenute dall'ISS (numero verde), l'11% su informazioni raccolte dal sito ASL.

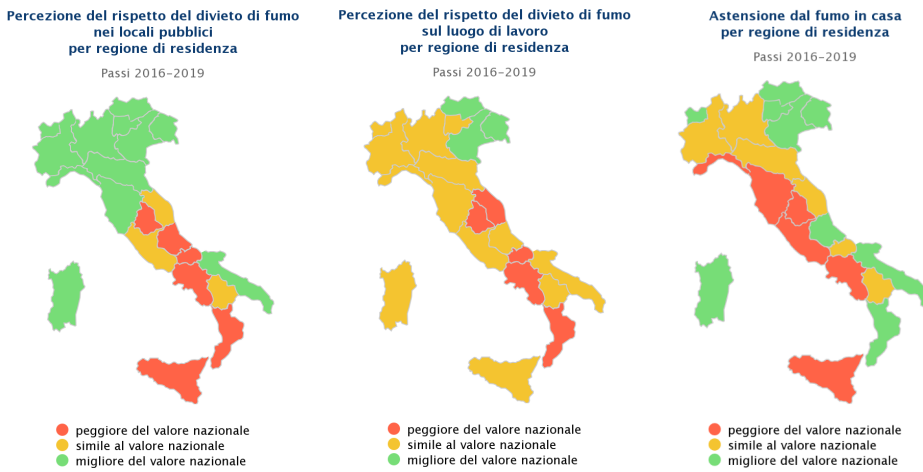
*Dati fino al 15 dicembre 2022

Fumo passivo

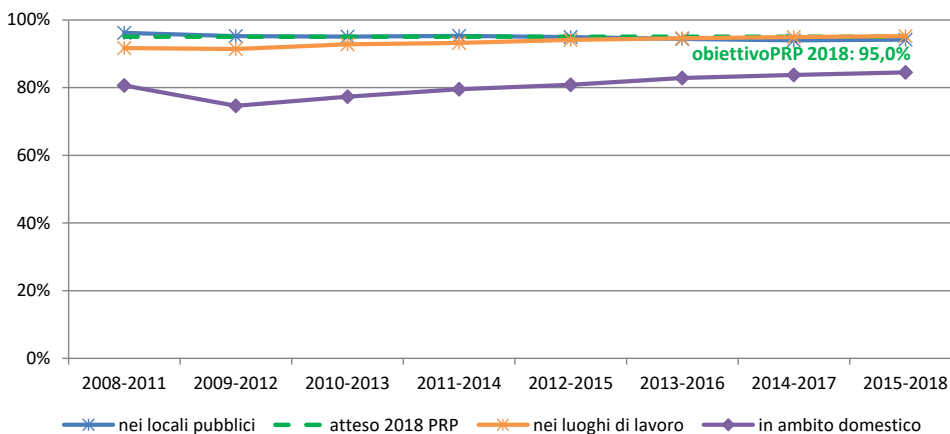
FONTE DATI: PASSI (popolazione 18-69 anni)

Rispetto del divieto di fumare

• Per regione di residenza - 2016-2019



• Trend 2008-2018 - ASL NO



Il fumo passivo, al pari dell'abitudine tabagica, rappresenta un importante fattore di rischio per la salute dei bambini e della popolazione adulta. Le restrizioni legislative nei luoghi pubblici e di lavoro e le diffuse azioni di prevenzione rivolte al periodo gestazionale e della prima infanzia hanno contribuito ad aumentare nella popolazione la consapevolezza dei danni del fumo passivo.

In Italia si continuano ad osservare differenze territoriali che indicano un maggiore rispetto della norma al Nord.

Nell'ASL NO più di 9 adulti su 10 ritengono rispettato (sempre o quasi sempre) il divieto di fumare nei locali pubblici (94%) e nei luoghi di lavoro (95%). In Italia si continuano ad osservare differenze territoriali che indicano un maggiore rispetto della norma al Nord.

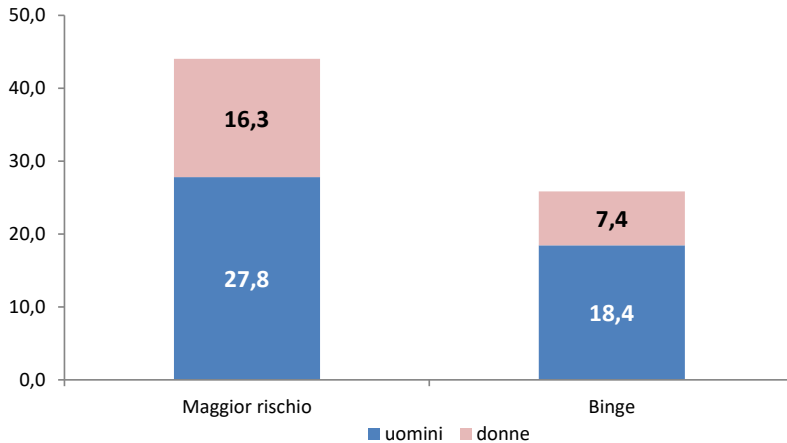
Il rispetto del divieto di fumare nei luoghi di lavoro è in aumento negli anni e, nell'ASL NO, si è allineato (95,0%) al valore atteso dal Piano Regionale di Prevenzione (95,0%).

Nell'84% delle abitazioni non è ammesso fumare e la quota sale all'89% quando ci vivono minori fino a 14 anni di età.

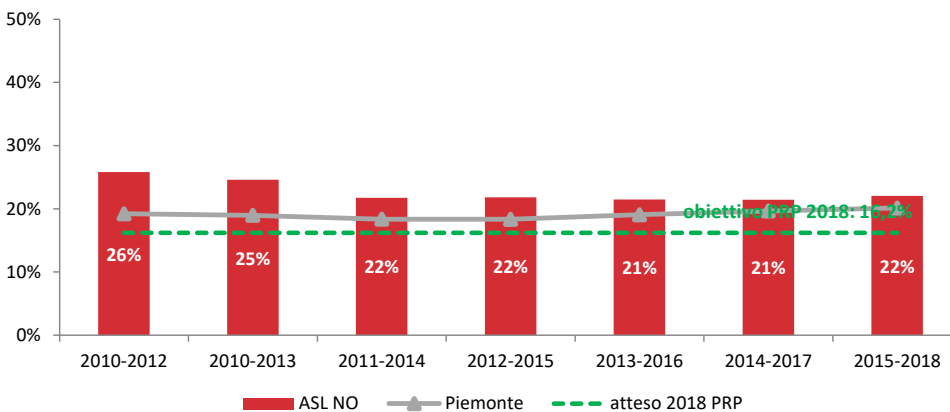
Consumo di alcol tra i residenti ASL NO

FORNITORI DATI: PASSI (POPOLAZIONE 18-69 ANNI)

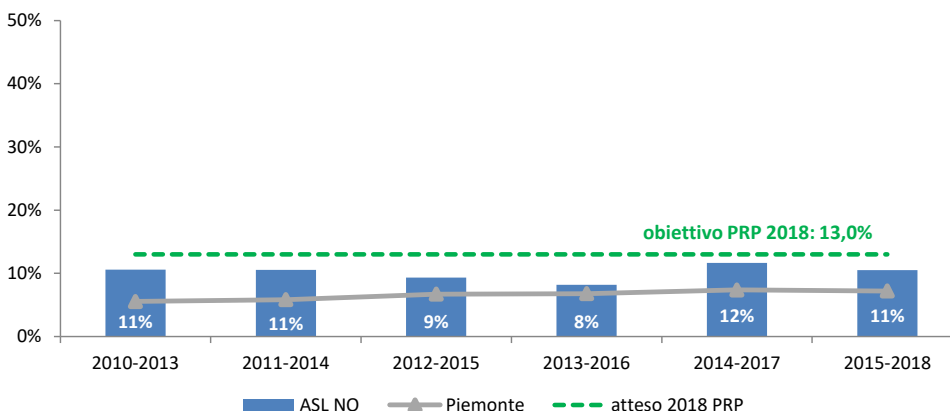
Consumo di alcol per tipologia e sesso Periodo 2015-2018



Bevitori a maggior rischio Trend 2010-2018



Bevitori a maggior rischio che hanno ricevuto il consiglio* di bere meno da un medico o da un operatore sanitario Trend 2010-2018



*Negli ultimi 12 mesi, calcolato tra coloro che sono stati da un medico o un operatore sanitario.

Un'assunzione non corretta di alcol oltre ai danni diretti sulla salute fisica può causare comportamenti a rischio per se stessi e per gli altri.

Nell'ASL NO, coloro che dichiarano di aver bevuto almeno un'unità alcolica nell'ultimo mese, nel periodo 2015-2018 (62%) sono in diminuzione rispetto al 2009-2012 (67%), ma in leggero aumento rispetto al periodo precedente (2014-2017: 61%).

Nell'ASL NO più di un adulto su 5 (22%) dichiara almeno una modalità di consumo di alcol a maggior rischio, condizione particolarmente diffusa tra i 18 e i 24 anni di età (45%).

Il consumo di alcol prevalentemente fuori pasto (11%) e quello *binge* (13%) sono le modalità a rischio più diffuse.

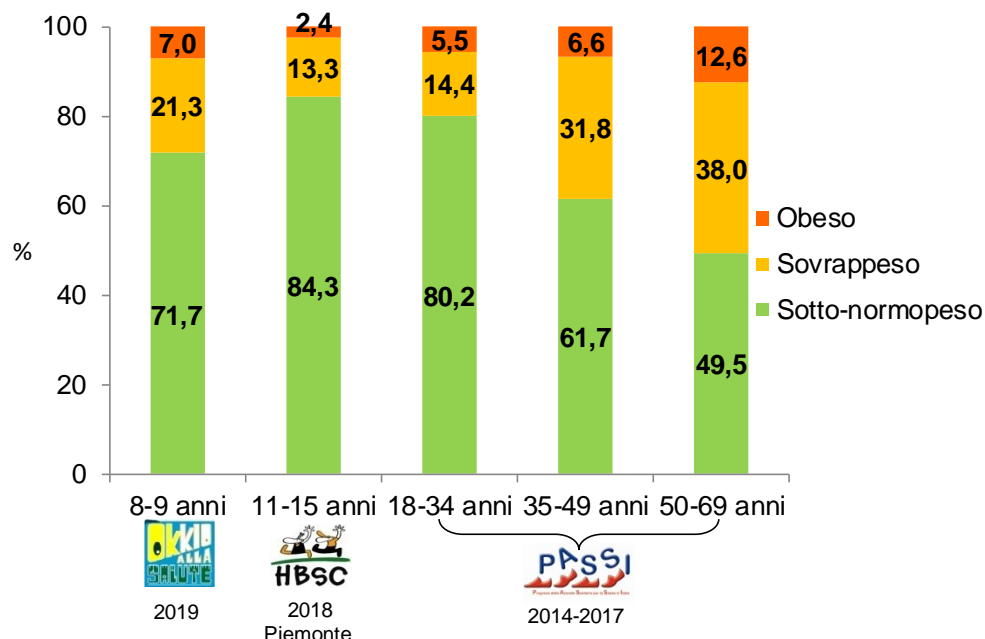
Rispetto al Piemonte la ASL NO registra valori superiori sia di persone che assumono bevande alcoliche, che di bevitori a maggior rischio (complessivamente e per le categorie *binge* e prevalentemente fuori pasto).

La diminuzione dei bevitori a maggior rischio e l'aumento della attenzione degli operatori sanitari a questo comportamento (al momento molto bassa) sono obiettivi del Piano Regionale di Prevenzione (PRP).

Situazione nutrizionale nell'ASL NO

FONTI DATI: Okkio alla salute (8-9 anni); HBSC (11-15 anni); PASSI (18-69 anni)

Per classi di età



L'eccesso di peso accorcia la durata di vita e ne peggiora la qualità, favorendo l'insorgenza e/o l'aggravamento di diverse patologie.

Nell'ASL NO, a 8-9 anni più di 1 bambino su 4 è in eccesso ponderale (dato in peggioramento rispetto al 2016, dove era pari al 14%).

Gli adolescenti in eccesso ponderale invece sono di meno (15,7%; nel 2014 erano pari al 15%). Tale condizione aumenta però nelle età successive e tra i 50 ed i 69 anni l'eccesso ponderale coinvolge 1 persona su 2.

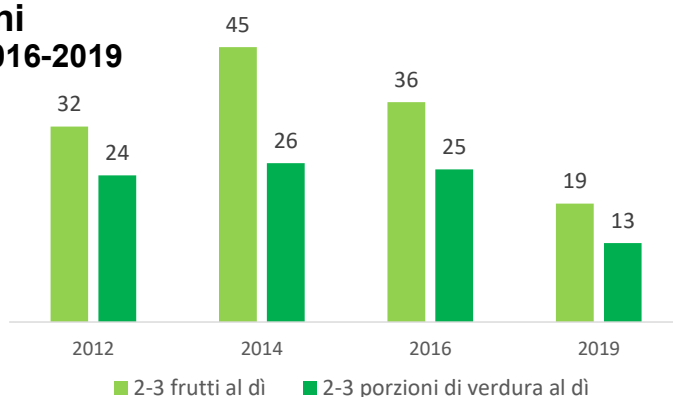
Aumentare il consumo di frutta e verdura in bambini ed adulti è obiettivo dei Piani di Prevenzione perché il consumo quotidiano di almeno 5 porzioni al giorno è protettivo nei confronti di alcune neoplasie.

Anche se 9 persone su 10 consumano quotidianamente frutta e verdura, solo una piccola quota aderisce a questa raccomandazione internazionale.

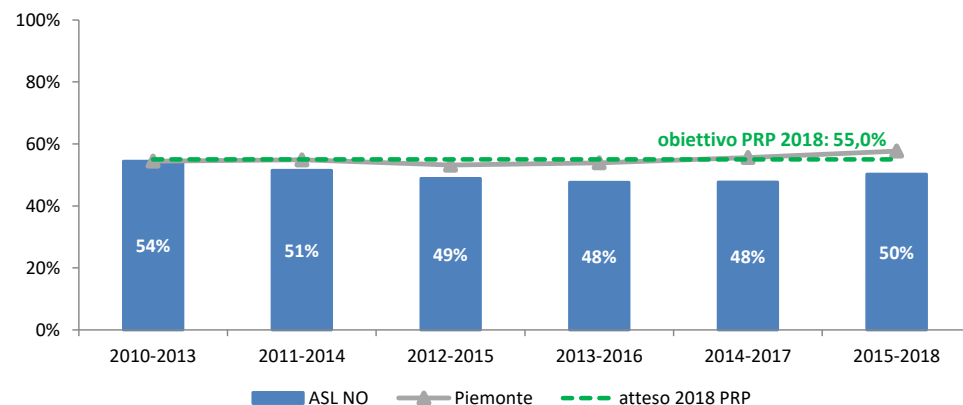
La scuola può promuovere uno stile di vita sano. Solamente il 65% delle scuole coinvolte nel 2019, nella sorveglianza "Okkio alla salute", hanno una mensa scolastica funzionante. Il 60% delle scuole campionate ha partecipato ad iniziative di educazione nutrizionale. Un numero estremamente basso di scuole (12%) distribuisce frutta o verdura o yogurt come spuntino nel corso della giornata.

Consumo di frutta e verdura Andamento temporale

Bambini 8-9 anni Anni 2012-2014-2016-2019



Consumo di almeno 3 porzioni giornaliere di frutta e/o verdura (18-69 anni)

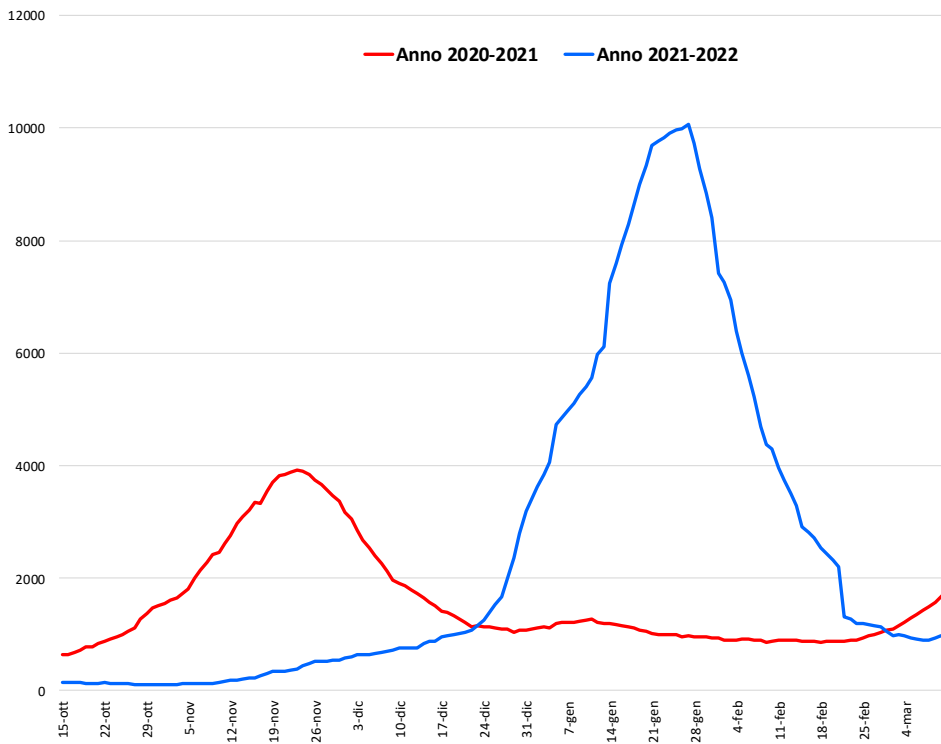


Pandemia SARS-CoV-2 - ASL NO

Soggetti attualmente positivi

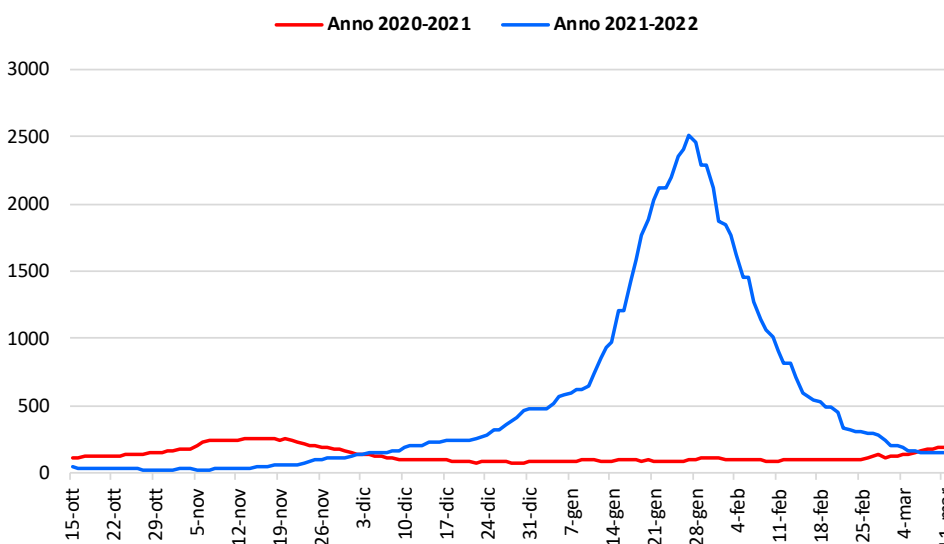
FONTE DATI: PIATTAFORMA REGIONALE COVID

Soggetti attualmente positivi ASL NO - Tutte le età



* Soggetti residenti o domiciliati ASL NO al 11/03/2022
%

Soggetti Under 14 attualmente positivi ASL NO



* Soggetti residenti o domiciliati ASL NO al 11/03/2022

09/01/2020: l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) dichiara l'individuazione di **un nuovo ceppo di coronavirus mai identificato prima** nell'uomo, classificato ufficialmente con il nome di **SARS-CoV-2**. Il virus è associato ad un focolaio di casi di polmonite registrati a partire dal 31/12/2019 nella città di Wuhan, nella Cina centrale.

30/01/2020: l'OMS dichiara emergenza di sanità pubblica di interesse internazionale l'epidemia di coronavirus in Cina, mentre l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) conferma i primi 2 casi di infezione da COVID-19 in Italia e il **21 febbraio il primo caso autoctono in Italia**.

31/01/2020: il **Governo italiano proclama** con delibera del Consiglio dei Ministri lo **stato di emergenza**, e mette in atto le prime misure di contenimento del contagio sull'intero territorio nazionale

I soggetti attualmente positivi della ASL NO al 11/03/2022 sono 958, di cui 153 sono under 14, pari al 16% del totale.

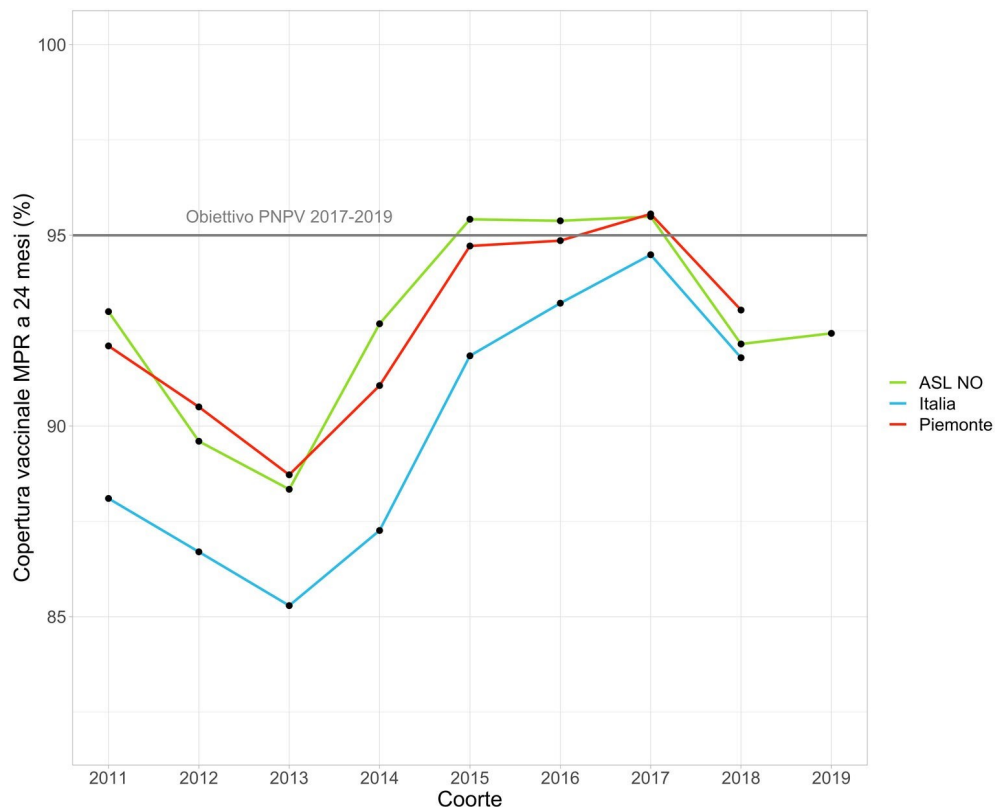
Il trend dei **soggetti positivi** è risultato in **diminuzione**: complessivamente si è passati infatti dai 10.059 positivi del 27/01/2022 agli attuali 958. Per gli under 14 si è passati dai 2.509 positivi del 27/01/2022 agli attuali 153.

Rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente il **numero di soggetti attualmente positivi** raggiunto è **stato molto più elevato**: durante la seconda ondata (autunno 2020) infatti il picco di attualmente positivi totali è stato di 3.922 mentre quello dei soggetti under 14 è stato di 259.

Copertura vaccinale a 24 mesi Morbillo Parotite Rosolia (MPR)

FONTE DATI: ASL NO: SISP (SERVIZIO DI IGIENE E SANITÀ PUBBLICA)
REGIONE: SEREMI ASL AL

ASL NO e Regione Piemonte - Coorti di nascita 2011-2019



La copertura vaccinale per morbillo, parotite e rosolia a 24 mesi nell'ASL NO nel 2019 risulta pari al 92,43%, lievemente inferiore quindi all'obiettivo previsto dal Piano Nazionale Vaccini.

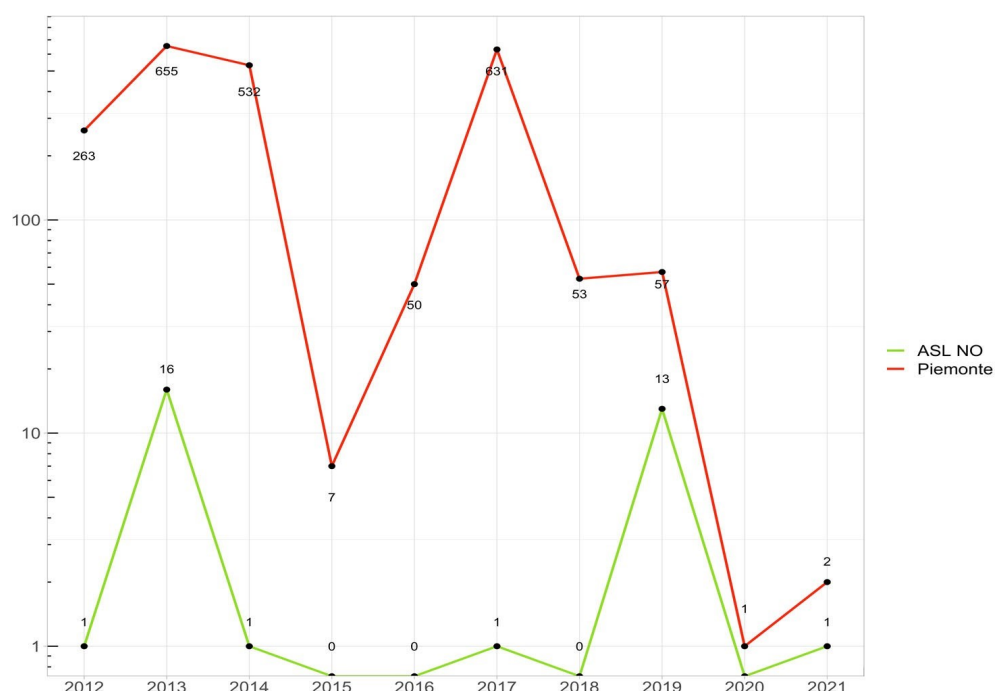
L'entrata in vigore della Legge 119/2017 sull'obbligo vaccinale, ha consentito un recupero delle coperture vaccinali per morbillo, parotite e rosolia; nell'ASL NO il miglioramento era già in atto dagli anni precedenti, a seguito della messa in opera di attività di informazione e recupero dei soggetti da vaccinare.

A partire dalla coorte 2018 si è assistito ad un calo generalizzato delle coperture dovuto alle difficoltà create dalla pandemia. Si metteranno in atto opportune strategie di recupero.

Casi notificati di Morbillo

FONTE DATI: ASL NO: SISP (SERVIZIO DI IGIENE E SANITÀ PUBBLICA)

ASL NO e Regione Piemonte - Trend 2012-2021



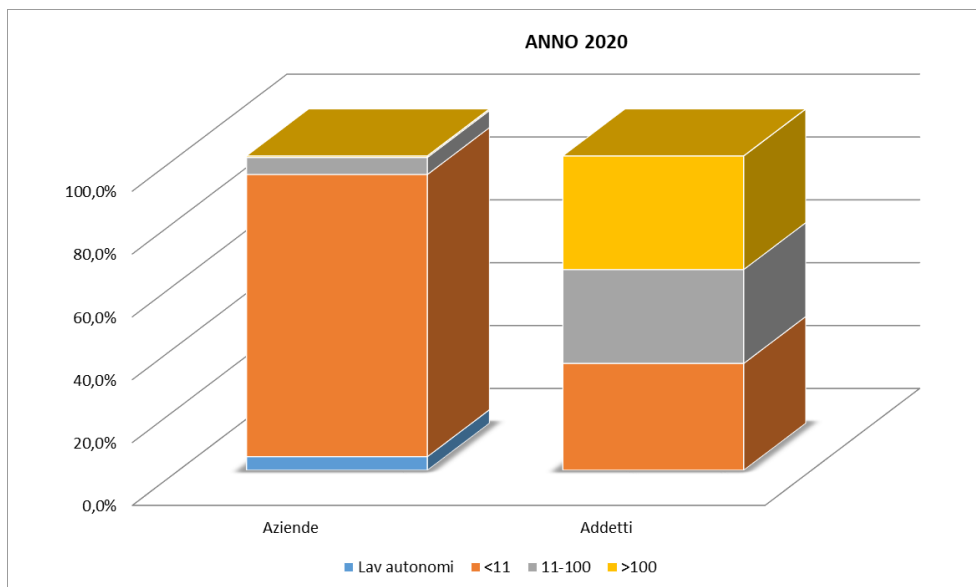
L'efficacia di elevati livelli di coperture vaccinali della popolazione è da sempre ampiamente dimostrata. Infatti, i casi di morbillo nell'ASL NO negli ultimi anni sono stati rilevati in numero esiguo. In Regione, nel 2019 sono stati notificati appena 57 nuovi casi, mentre nel territorio di competenza ASL NO solo 13.

Nel corso del 2020 e nel 2021 le notifiche si sono attestate su livelli significativamente minori rispetto agli anni precedenti per via delle difficoltà dovute al COVID.

Struttura produttiva - Territorio ASL NO Settore industria e artigianato

FORNITE DATI: Flussi INAIL-REGIONI (Aggiornamento 2022)

Aziende e addetti per dimensione aziendale Anno 2020



Nel 2020 nel territorio dell'ASL NO le aziende assicurate all'INAIL sono risultate 20.971 (il 7,1% delle aziende del Piemonte).

La struttura produttiva del territorio novarese è composta soprattutto da aziende di piccole o piccolissime dimensioni (il 89,8% ha meno di 11 addetti).

Gli addetti stimati da INAIL attraverso la massa salariale sono stati 95.622 (con una riduzione del 9,5% dall'anno precedente). Nell'ASL NO la maggior parte di essi (66%) è impiegata in aziende di medie e grandi dimensioni (più di 10 addetti).

Ditte e addetti suddivisi per settore ATECO Anno 2020

ATECO	Ditte		Addetti	
	n	%	n	%
Agricoltura, silvicoltura e pesca	69	0,3%	147	0,2%
Estrazione di minerali	17	0,1%	155	0,2%
Attività manifatturiere	3.021	14,7%	30.055	31,4%
Fornitura di energia	15	0,1%	124	0,1%
Fornitura di acqua	63	0,3%	980	1,0%
Costruzioni	3.730	18,2%	7.434	7,8%
Commercio	3.215	15,7%	10.758	11,3%
Trasporto e magazzinaggio	508	2,5%	4.307	4,5%
Alloggio e ristorazione	1.146	5,6%	3.056	3,2%
Informazione e comunicazione	370	1,8%	1.829	1,9%
Finanza e assicurazioni	173	0,8%	626	0,7%
Attività immobiliari	358	1,7%	748	0,8%
Professioni	913	4,5%	5.541	5,8%
Noleggio, agenzie di viaggio	635	3,1%	1.751	1,8%
Amministrazione pubblica	217	1,1%	2.480	2,6%
Istruzione	132	0,6%	1.303	1,4%
Sanità	359	1,8%	10.900	11,4%
Arte, sport, intrattenimento	213	1,0%	480	0,5%
Altre attività di servizi	1.332	6,5%	2.085	2,2%
Attività di famiglie	4	0,0%	3	0,0%
Organizzazioni	0	0,0%	0	0,0%
Non Classificato	4.011	19,6%	10.861	11,4%
TOTALE	20.501	100,0%	95.622	100,0%

Il settore con il maggior numero di addetti (oltre 33.000) è quello delle attività manifatturiere, seguito con circa 10.000 dalla Sanità e Commercio. Esiste un problema di classificazione per ben l'11% degli addetti che sono nel settore non classificato.

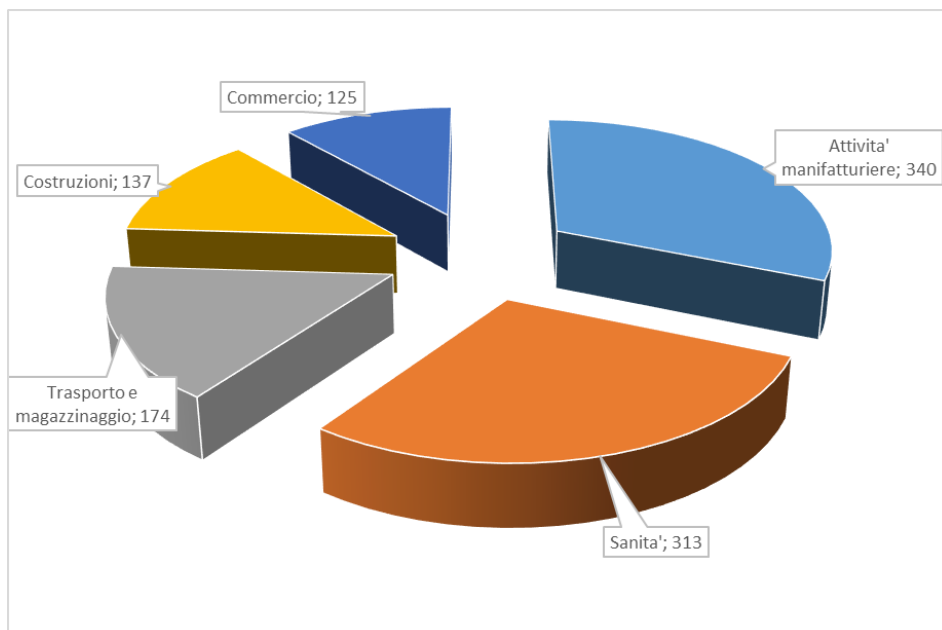
Il territorio dell'ASL di Novara è caratterizzato dalla elevata presenza di stabilimenti a rischio di incidente rilevante sopra soglia, ai sensi del D.Lgs. 105/15.

I 20 stabilimenti della ASL NO rappresentano il 25% delle aziende di questo tipo in Piemonte.

Infortuni sul lavoro - Territorio ASL NO Settore industria e artigianato

FONTE DATI: Flussi INAIL-REGIONI (Aggiornamento 2022)

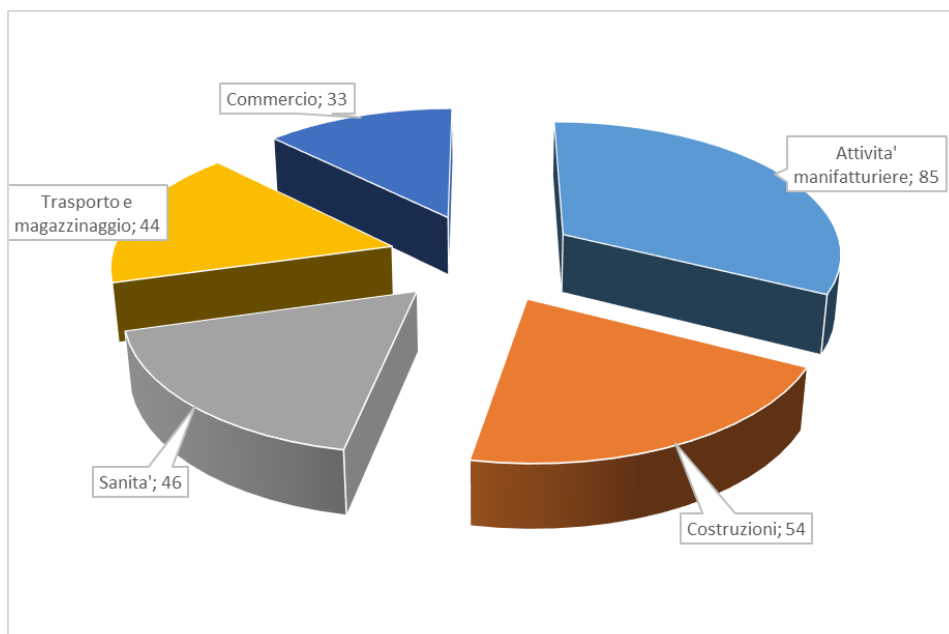
Infortuni in occasione di lavoro per settore ATECO Numero - Anno 2021



Nel 2021 sono stati denunciati 3.132 infortuni, in calo dall'ultimo anno (-20% rispetto al 2020).

Gli infortuni in occasione di lavoro definiti positivamente sono stati 1.483; vi è stato un grande calo (-39%) rispetto al 2020, ma questo a causa degli infortuni da COVID-19 nel 2020. Se si rapporta il dato con gli infortuni pre-pandemia il valore risulta in leggero calo. Il comparto produttivo che registra il numero più alto di infortuni è quello delle Attività manifatturiere (340), seguito dalla Sanità (313) e poi da Trasporto e magazzinaggio (174).

Infortuni gravi per settore ATECO Numero - Anno 2021



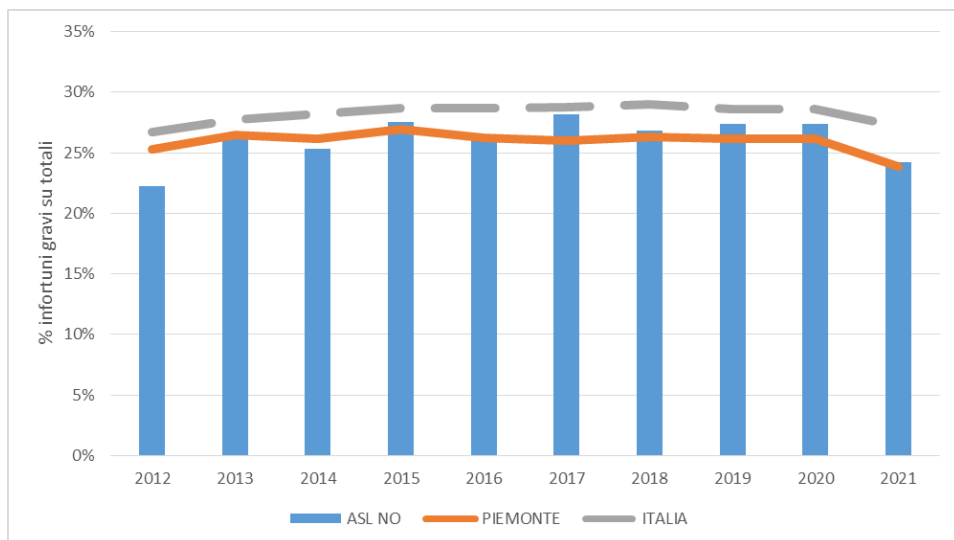
Nell'ASL NO nel 2021 gli infortuni gravi sono stati 359. In questa sede vengono definiti gravi gli infortuni mortali o che hanno provocato un'invaldità permanente di qualunque grado o che hanno comportato più di 40 giorni di prognosi.

Anche per gli infortuni gravi, i comparti maggiormente coinvolti in termini assoluti si confermano essere Attività manifatturiere (85), seguito da Costruzioni (54), Sanità (46) e da Trasporto e magazzinaggio (44).

Infortunati sul lavoro gravi -Territorio ASL NO Settore industria e artigianato

FONTI DATI: Flussi INAIL-ISPELS-REGIONI (EPIWORK Aggiornamento 2022)

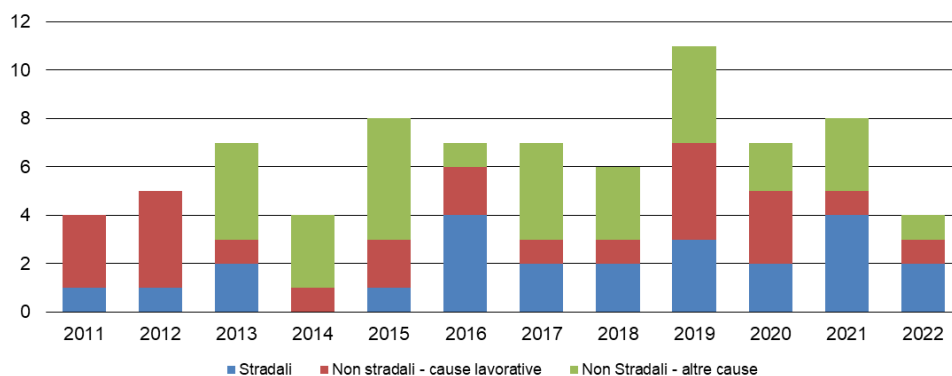
Infortunati gravi Trend 2012-2021



Nell'ASL NO, nel 2021 gli infortuni gravi risultano il 27% dei 1.483 infortuni definiti in occasione di lavoro. Analogamente a quanto osservato, dal 2015 questa quota risulta inferiore a quella registrata in ambito nazionale, anche se superiore a quella Regionale.

Infortunati mortali (compresi quelli in itinere) Trend 2011 - 2022

FONTI DATI: SpreSAL e integrazioni INAIL



Nel territorio dell'ASL NO nel periodo 2011-2022, si sono verificati 78 infortuni mortali, di cui 24 stradali (sia in itinere che in occasione di lavoro), 30 per cause non connesse ai rischi lavorativi (es. malori) e 24 avvenuti in occasione di lavoro e causati da rischi lavorativi.

Incidenti stradali

Fonte dati: ACI-ISTAT

Consistenza parco veicolare 2020



In Provincia di Novara circolano 245.136 autovetture (pari a 675 ogni 1.000 abitanti), valori paragonabili alla media regionale e alla media nazionale.

Gli autocarri sono 25.765 (71 ogni 1.000 abitanti), valore leggermente inferiore sia alla media regionale che alla media nazionale.



Il numero di motoveicoli, allo stesso modo, è inferiore sia alla media regionale che a quella nazionale, attestandosi su 110 motoveicoli ogni 1.000 abitanti. Il tasso di Motorizzazione Generale dell'Italia (e quindi anche del nostro territorio) è il maggiore tra i grandi Paesi Europei e uno dei più alti del mondo.

Il "Quinto Programma d'azione europeo per la sicurezza stradale", ha l'obiettivo di ridurre la mortalità per incidente stradale del 50% tra il 2021 e il 2030 e di avvicinarsi all'azzeramento di vittime e feriti entro il 2050.

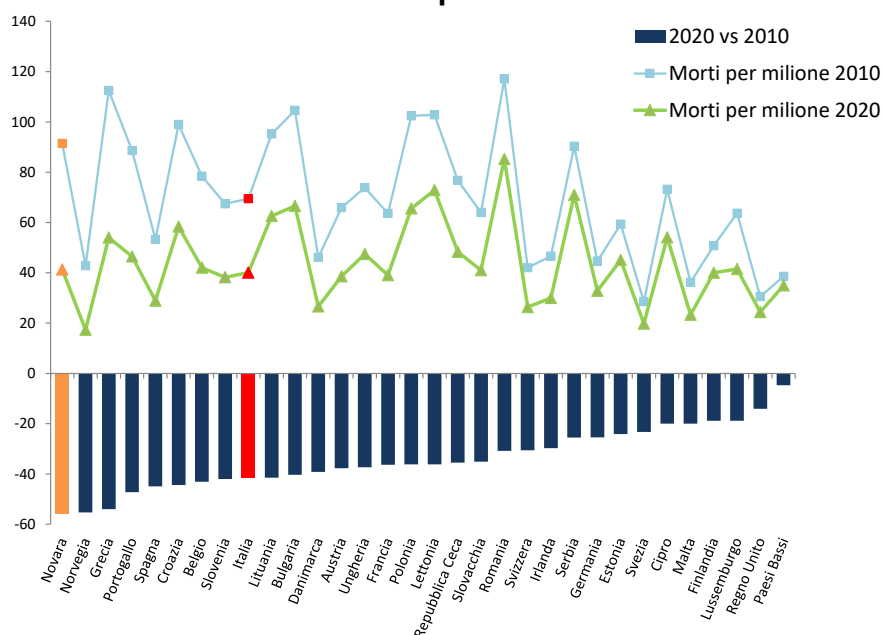
Dal 2010 al 2020 la riduzione in Italia è stata del 42%, in Regione Piemonte del 44% fino a raggiungere una riduzione massima del 56% in Provincia di Novara.

Tutti i Paesi Europei mostrano una riduzione della mortalità per incidente stradale: tale riduzione risulta essere più marcata per alcuni Paesi come Norvegia e Grecia.

Questa netta riduzione nella mortalità è da attribuire verosimilmente al minor utilizzo di autoveicoli legato al periodo di limitazioni imposte dai Governi durante la pandemia da Sars-CoV-2.

	2020	2020 vs 2010		
	Prov. Novara	Prov. Novara	Piemonte	Italia
Incidenti	667	-46%	-47%	-44%
Morti	15	-56%	-44%	-42%
Feriti	895	-48%	-51%	-48%

Riduzione della mortalità per incidente stradale dal 2010 al 2020 - Paesi Europei e Provincia di Novara



Dal 2002 al 2020 il numero di **autoveicoli** in Provincia di Novara è **cresciuto** del 19,7%, circa il **quadruplo** dell'incremento **della popolazione** nello stesso periodo. Nel medesimo intervallo di tempo, il numero di **motoveicoli** è **aumentato di oltre il 67%**.

Nel **2020**, in Provincia di Novara, si sono verificati **667 incidenti stradali**, con **15 morti e 895 feriti**.

Tra il 2010 e il 2020 la Provincia di Novara registra una **riduzione della mortalità** per incidente **superiore** al Piemonte e all'Italia, mentre la **riduzione dei feriti** è risultata pressoché **analoga** a quella di questi territori.

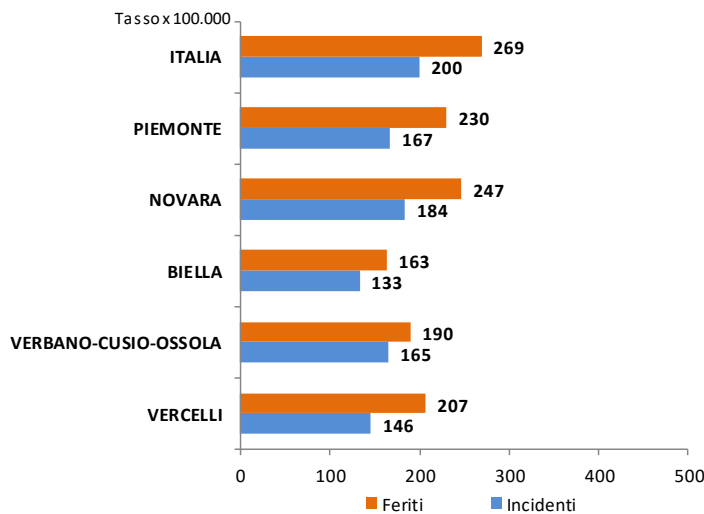
Ogni 100 incidenti registrati dalle Forze dell'Ordine in Provincia di Novara, dunque, si sono avuti **134 feriti (indice di lesività)** e **2,2 morti (indice di mortalità)**; in **Piemonte** si registra un indice di lesività di **138** e un indice di mortalità di **2,5**; a livello **nazionale** si registrano **135 feriti e 2 morti** ogni 100 incidenti.

La Provincia di **Novara** nel periodo 2010-2020 si caratterizza quindi per una **importante riduzione** del numero di **morti**, cui si è associata una **riduzione leggermente inferiore** del numero di **feriti** per incidente stradale.

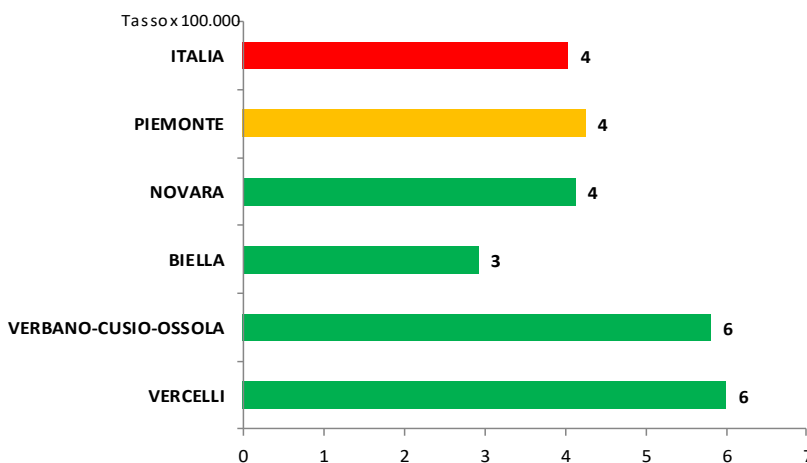
Incidenti stradali per territorio

FONTE DATI: ISTAT

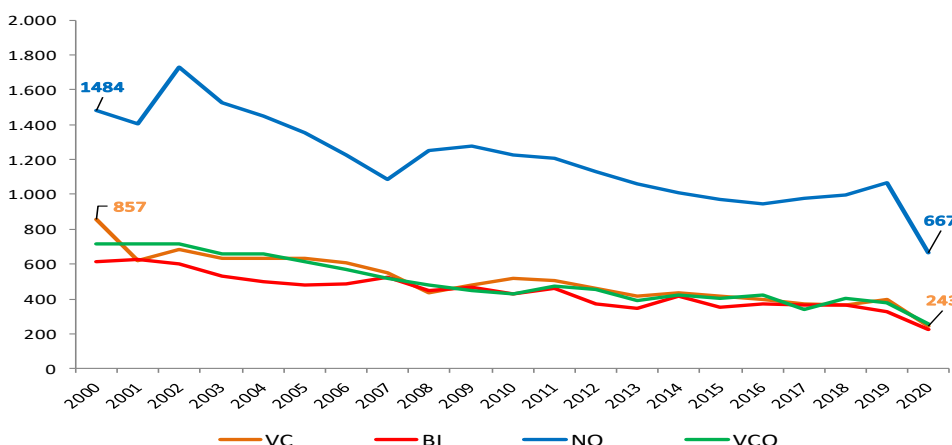
Incidenti stradali e feriti Anno 2020



Morti in incidenti stradali Anno 2020



Trend temporale degli incidenti stradali Periodo 2000-2020



Nel territorio della Provincia di Novara nel 2020 si sono registrati **667 incidenti**, pari a **184 incidenti ogni 100.000 abitanti**, e **895 feriti (247 ogni 100.000 abitanti)**; i valori registrati per gli incidenti sono **simili** sia alla media **regionale** che a quella **nazionale**, ma risultano più elevati di quelli della altre ASL del quadrante; allo stesso modo, il numero di feriti risulta pressoché analogo alla media nazionale e superiore a quello delle altre ASL del quadrante.

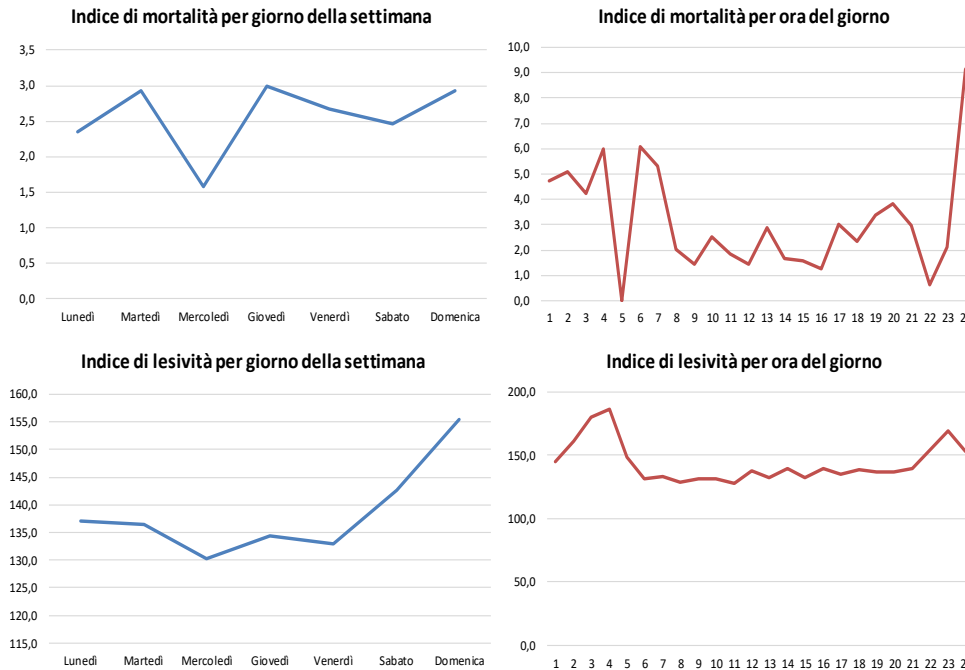
L'andamento degli **incidenti stradali** nelle Province del Quadrante Nord-Est del Piemonte mostra un significativo decremento tra il 2000 e il 2020.

Già nel 2019 era evidente un trend in diminuzione degli incidenti stradali: tale riduzione risulta essere ulteriormente accentuata nel 2020, verosimilmente a causa delle limitazioni imposte dalla pandemia di Sars-CoV-2.

In provincia di Novara gli incidenti si sono ridotti del 55% tra il 2000 e il 2020: tale riduzione risulta essere maggiore nelle altre Province del Quadrante raggiungendo il massimo in Provincia di Vercelli con un calo del numero di incidenti del 72%.

Indice di mortalità e lesività Andamento settimanale ed orario Piemonte - Anno 2020

FONTE DATI: ISTAT - Focus incidenti stradali Piemonte



Incidenti stradali e feriti si distribuiscono in modo diverso durante la settimana e durante le ore del giorno. Il numero di morti e feriti sulle strade piemontesi, come in tutta l'Italia, tende ad aumentare nel fine settimana.

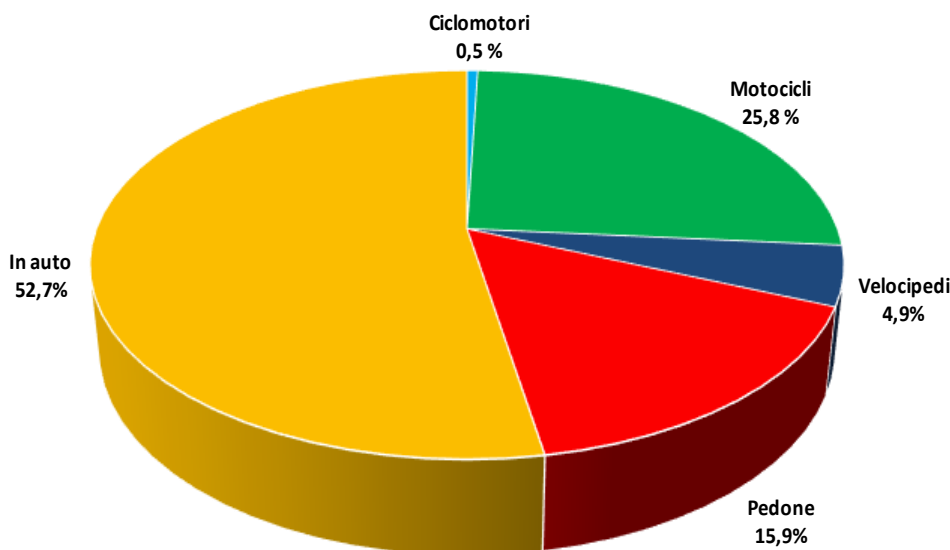
La **quota di incidenti mortali è massima alle ore 24.00 ma resta abbastanza elevata anche nelle prime ore dell'alba**, quando la concentrazione alla guida viene ritenuta minima. Comunque, durante tutta la notte, ad esclusione delle ore 05.00, la mortalità per incidente resta superiore a quella diurna, che invece tende ad aumentare leggermente nelle ore pomeridiane. Il **maggiore numero di feriti si registra invece tra le ore 22.00 e le ore 05.00** mentre si mantiene più basso per il resto della giornata.

Nel 2020 in Piemonte si sono verificati **182 decessi per incidente stradale**. Più della metà hanno coinvolto persone che viaggiavano in auto, mentre meno di un quarto gli utenti più "deboli" della strada (16% pedoni, 5% biciclette).

Rispetto al 2010, è aumentata la percentuale di decessi a carico dei motociclisti (25,8% nel 2020), mentre sono diminuite quelle a carico di persone in auto e pedoni. L'indice di mortalità per incidente stradale è maggiore sulle strade extraurbane e più basso su quelle urbane, mentre l'indice di lesività è più alto sulle autostrade. I tipi di incidente più frequentemente mortali sono lo scontro frontale tra vetture e l'urto con ostacoli accidentali. La maggior percentuale di feriti si registra invece nello scontro frontale e nel tamponamento tra veicoli.

Decessi per incidenti stradali per categorie coinvolte Piemonte - Anno 2020

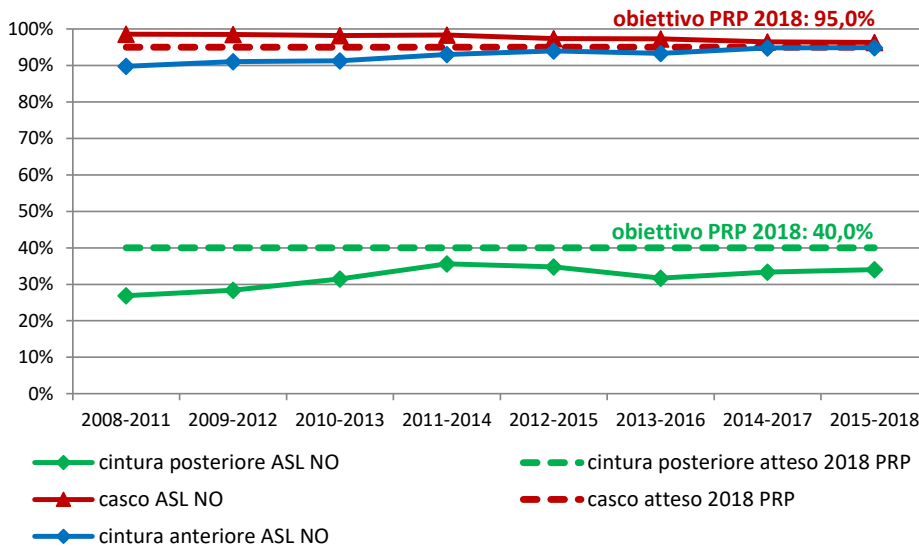
FONTE DATI: ISTAT - Focus incidenti stradali Piemonte



Utilizzo dei dispositivi di sicurezza stradale

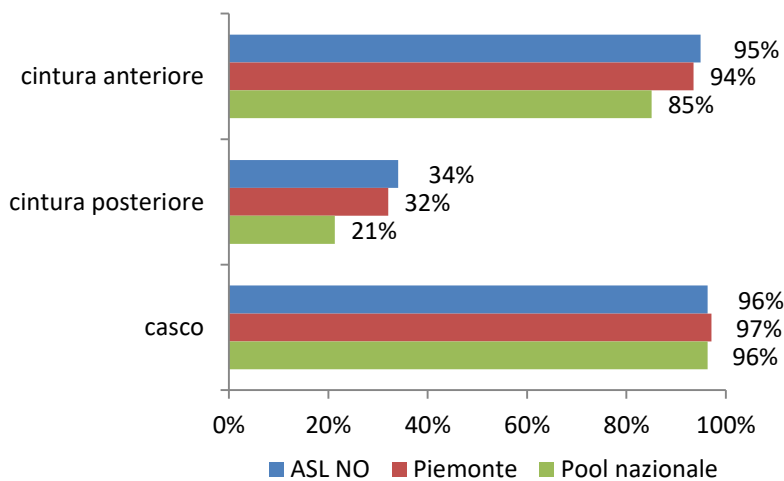
FONTE DATI: PASSI (popolazione 18-69 anni)

Trend - ASL NO Periodo 2008-2018



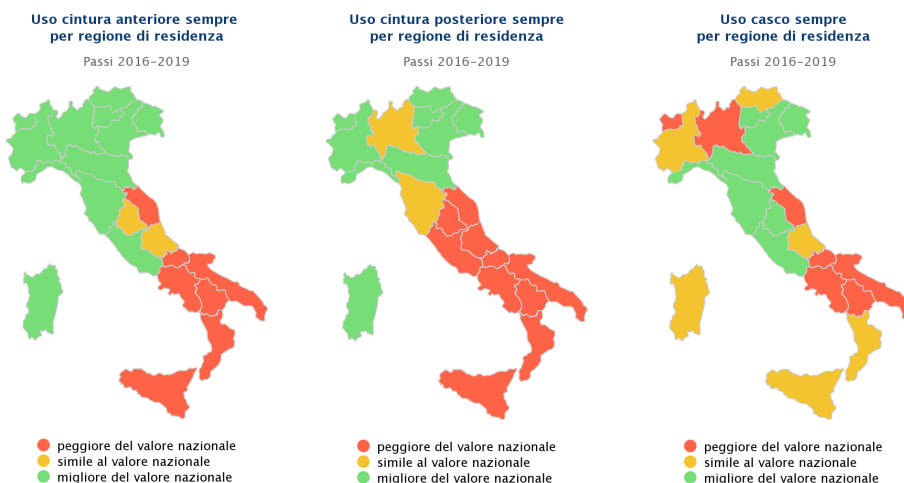
In Italia il codice della strada dispone l'obbligo dell'uso del casco per chi va in moto e delle cinture di sicurezza per chi viaggia in auto. È anche obbligatorio che i minori viaggino assicurati con seggiolini di sicurezza e adattatori per i più grandicelli. L'uso dei dispositivi di sicurezza stradale è un caposaldo del programma europeo sulla sicurezza stradale che si pone l'obiettivo di ridurre la mortalità e la disabilità da incidenti.

Confronto ASL NO - Piemonte - Pool nazionale Periodo 2015-2018



Tra i residenti dell'ASL NO l'uso del casco e della cintura anteriore sono molto diffusi e in linea con il valore atteso (95%) dal Piano Regionale di Prevenzione (PRP) per il 2018. Più di 8 persone su 10 utilizzano senza difficoltà il seggiolino di sicurezza per bambini, nell'ASL NO come in Piemonte. L'uso della cintura posteriore è decisamente meno diffuso (34%) e non ha ancora raggiunto il valore atteso (40%) dal PRP per il 2018.

Prevalenza Regioni Periodo 2016-2019



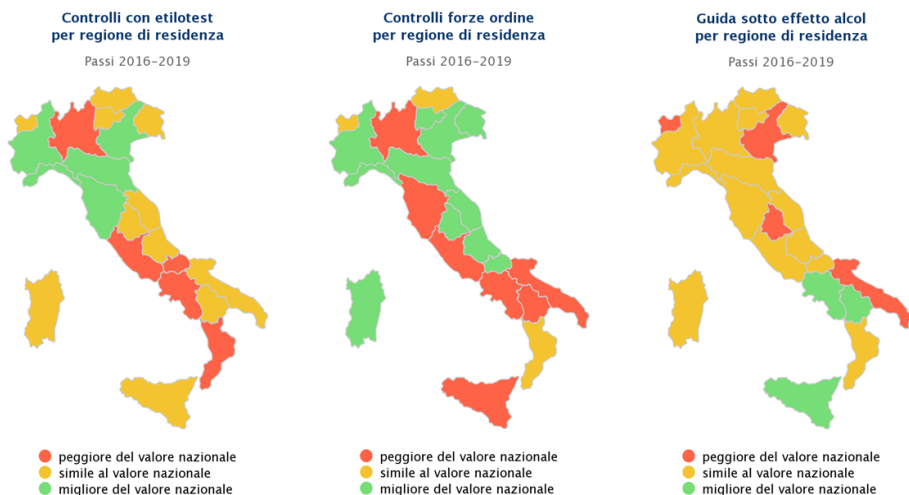
L'uso dei dispositivi di sicurezza stradale mostra in Italia un andamento generalmente decrescente da nord a sud, tranne che per il casco, dove anche le regioni del nord hanno un utilizzo ridotto.

Alcol e guida

FONTE DATI: MEDICINA LEGALE; PASSI (popolazione 18-69 anni)

Guida sotto l'effetto dell'alcol*

**Negli ultimi 30 giorni, aver guidato almeno 1 volta entro 1 ora dall'aver bevuto 2 o più Unità Alcoliche (UA). Una UA corrisponde a 12 grammi di etanolo, approssimativamente contenuti in una lattina di birra, in un bicchiere di vino o in un bicchierino di liquore).*



I controlli delle Forze dell'Ordine, accompagnati dalle sanzioni per l'accertamento della guida in stato di ebbrezza, sono strumenti di provata efficacia per la riduzione della guida sotto l'effetto dell'alcol. Tra le regioni, il Piemonte registra un livello di controlli, anche con l'etilotest, al di sopra del valore nazionale.

Fra il 2015 ed il 2019, ogni anno più di 1.000 persone accedevano al Servizio di Medicina Legale dell'ASL NO per l'accertamento dell'idoneità alla guida, con un tasso di non idoneità piuttosto elevato, in un range compreso dapprima circa fra l'8% e il 9% e poi in lieve decremento, dal 2018 al 2019, fra il 6,2 ed il 7,5%. Nel 2020 e nel 2021, in relazione alle limitazioni degli spostamenti dettate dai lockdown per Covid-19, i pazienti visitati erano bruscamente diminuiti (circa 850/anno) ed altrettanto, nel 2020, erano diminuiti i giudizi di non idoneità (4,7%), mentre nel 2021 la percentuale totale dei non idonei era risalita ai livelli del periodo pre-Covid (6,7%). Inoltre, nel 2021, si era registrato un inusuale e francamente negativo dato delle non idoneità alle **revisioni (12,4%)**, osservato in precedenza solo nel 2018. Nel 2022 si è assistito ad un rientro in range sia del numero totale di pazienti visitati sia dei tassi percentuali di non idoneità, peraltro questi anche un poco inferiori rispetto all'usuale consolidato degli anni precedenti, sia per le revisioni (8,1%) che in totale (6,5%).

Attività Medicina Legale ASL NO Periodo 2015-2022

	Revisioni		Conferme di idoneità		Altro		TOTALE	
	n.	% non idonei	n.	% non idonei	n.	% non idonei	n.	% non idonei
2015	509	6,1	835	6,9	63	6,3	1407	6,6
2016	516	10,1	765	9,3	74	2,7	1355	9,2
2017	459	9,4	668	7,2	72	12,5	1199	8,3
2018	398	12,1	710	5,2	72	4,2	1180	7,5
2019	406	9,1	718	5,2	81	1,2	1205	6,2
2020	293	5,7	530	3,6	41	10,8	864	4,7
2021	210	12,4	531	4,2	106	8,5	847	6,7
2022	395	8,1	590	5,3	50	8	1035	6,5

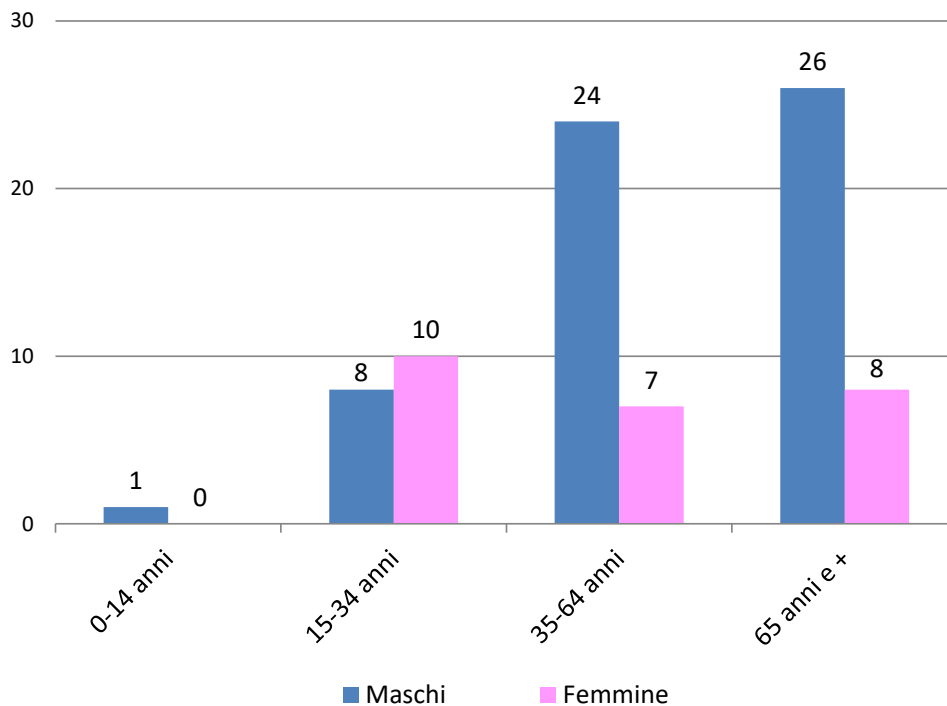
Mortalità per incidenti da trasporto

FONTE DATI: PASSI (popolazione 18-69 anni);
MADESMART; Piemonte STATistica e BDDE (PiSta)

Decessi per classi di età e sesso

ASL NO

Periodo 2016-2019



Nel quadriennio 2016-2019 per incidente stradale sono morti 59 uomini e 25 donne residenti nell'ASL NO.

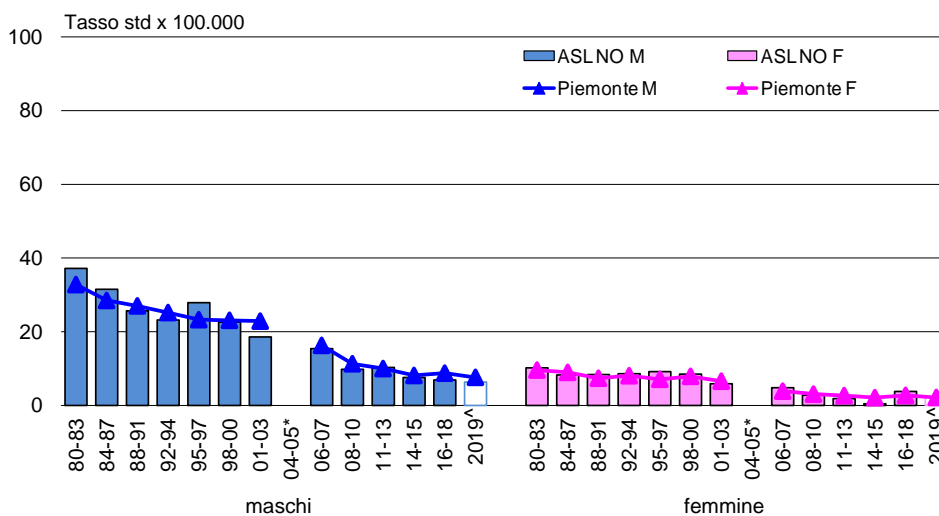
Poco più della metà dei **decessi** (58%) ha riguardato giovani adulti **tra i 15 ed i 64 anni**

Nel quadriennio 2016-2019 per gli incidenti stradali i residenti dell'ASL NO hanno registrato una **media annua di 21 decessi**.

ASL NO e Regione Piemonte

Trend 1980-2019

ICD IX (E800-E848); ICD X (V01-V99)



*non disponibile

^dato annuale

Per i residenti dell'ASL NO, **in entrambi i sessi la mortalità** per incidenti stradali appare **in evidente diminuzione** rispetto agli ultimi decenni del secolo scorso, con valori che negli ultimi anni non mostrano differenze rispetto a quelli del Piemonte.

Approvvigionamento acqua potabile: ricerca di antiparassitari

FORNITORI DATI: Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN) ASL NO
Periodo: 01 gennaio 2021 - 31 dicembre 2021

Fonti di approvvigionamento acqua potabile ASL NO

Distretti	Totali			Con presenza di antiparassitari*		
	Pozzi	Sorgenti	Acque superficiali	Pozzi (%)	Sorgenti (%)	Acque superficiali (%)
Area Nord	101	15	6	14 (14%)	1 (7%)	0
Area Sud	66	3 §	0	20 (30%)	0	0
Distretto Urbano di Novara	25	0	0	11 (44%)	0	0
ASL NO	192	18	6	45 (23%)	1 (6%)	0

*presenza di antiparassitari = anche un solo tipo di residuo in concentrazione al di sotto del valore limite

§ le sorgenti ubicate nel distretto di Area Sud approvvigionano l'acquedotto di Novara

La presenza di prodotti fitosanitari si riscontra in 46 (21%) delle 216 fonti di approvvigionamento idrico esistenti nell'ASL NO.

Tra le fonti di approvvigionamento, la presenza di antiparassitari interessa quasi esclusivamente i pozzi. La contaminazione della falda idrica è maggiore nell'Area Sud del territorio dell'ASL NO, tradizionalmente destinata a coltivazioni cerealicole (riso e mais). Le acque superficiali utilizzate per l'approvvigionamento di acque potabili nell'ASL NO sono captate a monte di colture potenzialmente trattate con antiparassitari.

Pozzi con impianti di trattamento per antiparassitari

Distretti	Totale	Impianti di trattamento	
		valori superiori ai limiti di legge	valori inferiori ai limiti di legge
Area Nord	8	4	4
Area Sud	15	10	5
Distretto Urbano di Novara	9	3	6
ASL NO	32	17	15

Nell'anno 2021, delle 46 fonti idriche interessate dalla presenza di antiparassitari, 16 pozzi ed 1 sorgente (pari al 36%) registrano all'origine valori al di sopra dei limiti di legge.

Per il loro utilizzo vengono adottati specifici interventi, rappresentati da impianti di trattamento con filtri a carboni attivi. Analoghi impianti sono stati previsti dal Gestore dei Servizi Idrici su altri 15 pozzi per i quali i controlli hanno evidenziato concentrazioni di antiparassitari inferiori ai limiti di legge molti dei quali con concentrazione appena rilevabile. Tali numeri sono soggetti a variazioni annuali in base alle condizioni climatiche di piovosità e siccità stagionali. Si precisa che nel periodo 01/01/2021-31/12/2021 la presenza di antiparassitari è stata pressochè sovrapponibile a quella del periodo 01/01/2020-31/12/2020 avendo avuto analoghe condizioni climatiche.

I prodotti fitosanitari (antiparassitari) sono composti destinati alla protezione delle piante e delle derrate alimentari. A seguito del loro utilizzo in agricoltura, alcuni residui possono percolare e raggiungere le falde acquifere.

Il laboratorio della Agenzia Regionale Prevenzione Ambientale (ARPA) di Novara ricerca nei campioni di acqua potabile, prelevati dal SIAN, fino a 29 principi attivi di sostanze antiparassitarie. Quelli più frequentemente riscontrati sono i diserbanti: atrazina e i suoi metaboliti, metolaclor, terbutilazina, simazina e bentazone.

La presenza delle sostanze atrazina, simazina e bentazone, vietate dagli anni '90, si spiega con la loro elevata inerzia e la lenta capacità di autodepurazione delle falde.

Il controllo delle acque potabili da parte del SIAN prevede **almeno un campionamento annuale sull'impianto di approvvigionamento prima e dopo l'eventuale impianto di trattamento e prelievi periodici sulla rete idrica.**

In caso di superamento dei valori limite previsti dalla legge, l'acqua viene dichiarata non potabile e deve essere sottoposta a trattamento per essere nuovamente immessa in rete.

“Casette dell’acqua”

Fonte dati: Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN) ASL NO

Comuni dell’ASL NO con “casette dell’acqua” Anno 2022



Sulla base di una programmazione stabilita annualmente dalla Regione Piemonte, il Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN) controlla le “casette dell’acqua” sia con ispezioni e verifica della documentazione di autocontrollo che con campionamenti da sottoporre ad analisi microbiologica e chimica. Il campionamento riguarda l’acqua erogata dalla “casetta” e quella a monte dell’impianto. Nella tabella seguente vengono riportati i controlli effettuati negli ultimi 6 anni da cui si evidenzia che nell’ultimo triennio non si sono riscontrate “non conformità”. Il riscontro di eventuali non conformità a seguito di valutazione del parametro interessato può comportare la sospensione dell’erogazione dell’acqua fino alla risoluzione del problema.

Anno	Casette controllate	Campioni chimici	Campioni microbiologici	Campioni non conformi*
2016	24	48	48	2
2017	18	36	36	1
2018	11	22	22	2
2019	10	20	20	0
2020	6	12	12	0
2021	10	20	20	0
2022	10	20	20	0

*Le non conformità riscontrate si riferiscono a parametri microbiologici.

Le “casette dell’acqua” sono **punti di erogazione automatica di acqua collegati all’acquedotto** ed installati in spazi pubblici.

Il loro scopo è **offrire acqua refrigerata e/o** addizionata di anidride carbonica (acqua **gassata**), variamente trattata.

Il servizio è offerto da aziende private ed è **a pagamento**. L’acqua è prelevata direttamente dai cittadini.

Attualmente **sul territorio dell’ASL NO** sono presenti **47 “casette dell’acqua”** collocate in altrettanti Comuni.

I **gestori** delle “casette dell’acqua” sono considerati a tutti gli effetti operatori del settore alimentare e quindi sono **soggetti alla normativa relativa alla sicurezza alimentare**. Devono pertanto certificare il materiale dell’impianto di distribuzione e mettere in atto un piano di autocontrollo (Hazard Analysis Critical Control Points - HACCP).

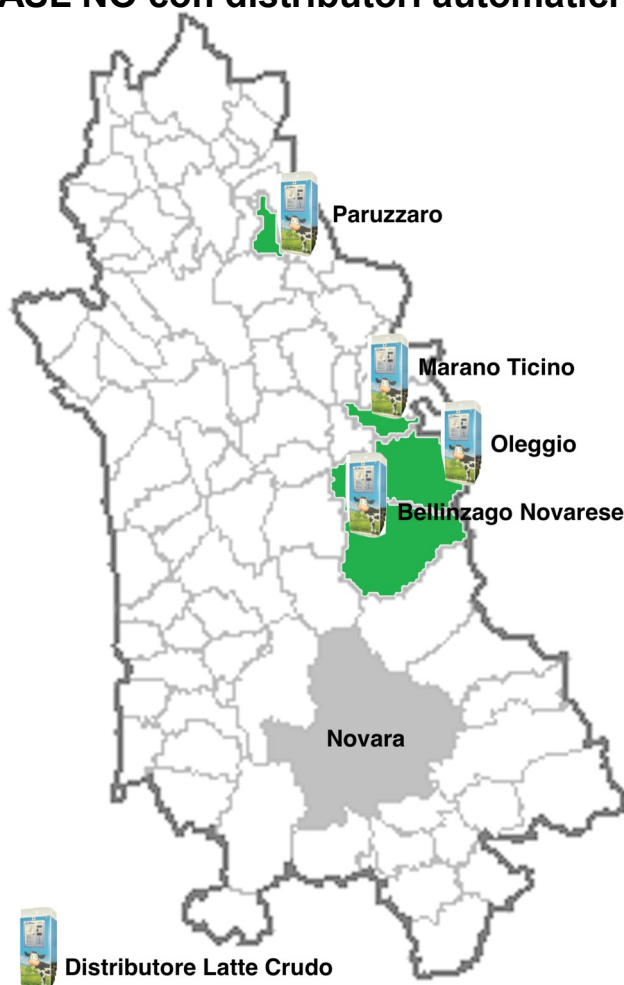
Il piano di autocontrollo deve prevedere procedure di pulizia e sanificazione dell’impianto, manutenzione dei filtri ed esecuzione di controlli analitici per la potabilità dell’acqua. I controlli effettuati ed i loro esiti devono essere annotati su appositi registri.

I controlli igienico-sanitari sono importanti per evitare che un malfunzionamento o una non corretta manutenzione o sanificazione degli impianti possano comportare anomalie soprattutto di tipo microbiologico.

Distributori automatici di latte crudo

FONTE DATI: SIAV Area C ASL NO

Comuni dell'ASL NO con distributori automatici di latte crudo Anno 2022



Nel periodo 2019-2022 il Servizio Veterinario ha effettuato i controlli previsti dal **Piano Ufficiale di Monitoraggio** prelevando il latte crudo sia dalla cisterna frigorifera aziendale sia direttamente dai **4 distributori automatici** presenti sul territorio dell'ASL NO, con particolare attenzione alla presenza eventuale di batteri indicatori di scarsa igiene. Le tipologie di controllo ed il numero di controlli effettuati sono dettagliati in tabella.

Tipo di controllo	2019	2020	2021	2022
Germi patogeni	9	8	9	9
Antibiotici	9	8	8	8
Aflatossina M1	5	5	4	4
Conformità latte crudo	5	4	4	4
TOTALE	28	25	25	25

I risultati di tutti questi campionamenti effettuati dal **2019 al 2022** hanno rilevato soltanto 3 non conformità: 1 per presenza di Aflatossina M1 (anno 2020), 1 per presenza di *Staphylococcus aureus* superiore al limite di legge (anno 2021) ed 1 per presenza di *Campylobacter* termotolleranti, evidenziando pertanto che i controlli costanti ed accurati garantiscono la salubrità del latte erogato. Il riscontro di una eventuale non conformità comporta la sospensione immediata della vendita del latte, fino alla risoluzione del problema, a tutela della salute pubblica.

I distributori automatici consentono la **vendita diretta di latte crudo dal produttore al consumatore finale**. Attualmente sul territorio dell'ASL di Novara sono presenti **4 distributori automatici**, collocati nelle stesse aziende agricole di produzione del latte.

La vendita diretta di latte crudo per l'alimentazione umana è **regolamentata** dall'Accordo Stato Regioni Rep. n. 5/CSR del 25/01/2007 che, a tutela della sicurezza alimentare del consumatore, prevede che il latte crudo venga consumato **previa bollitura**.

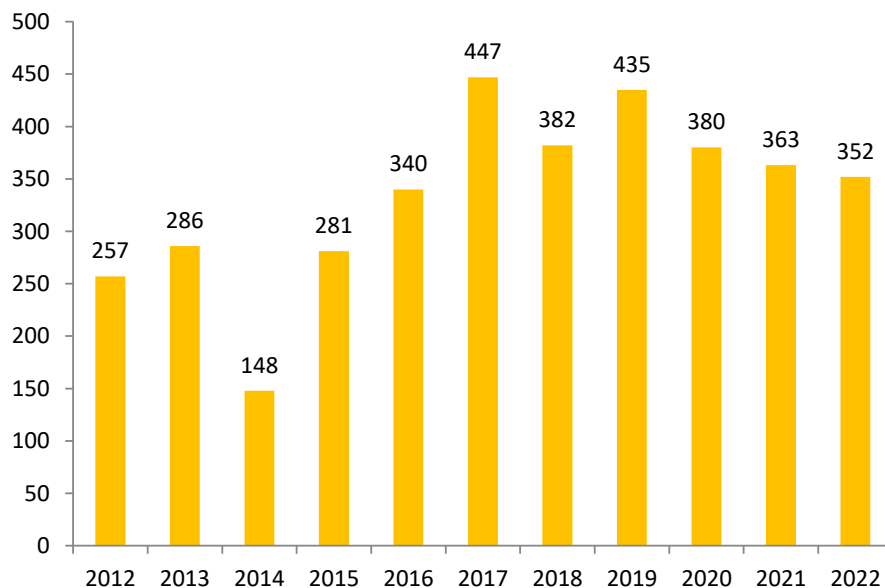
Per rispettare gli standard di igiene e di salubrità richiesti al latte distribuito, **le Aziende devono attuare un piano di autocontrollo**, che garantisca sia la salute ed il benessere delle bovine che la corretta gestione del distributore automatico (pulizia e disinfezione, controllo di roditori ed insetti, controllo della refrigerazione del latte ed analisi su campioni di latte).

Il Servizio Veterinario vigila regolarmente **sulle Aziende**, verificando i requisiti previsti, la corretta applicazione del piano di autocontrollo ed effettuando campionamenti del latte secondo un **Piano Ufficiale di Monitoraggio** stabilito annualmente dalla Regione Piemonte. I campioni vengono effettuati per escludere la presenza di germi patogeni, di batteri indicatori di scarsa igiene, di residui di antibiotici e di Aflatossina M1, tossina derivante da eventuali muffe presenti nei mangimi.

Carni di cinghiale: meglio quelle con il bollo!

FONTE DATI: Servizio di Igiene e Assistenza Veterinaria (SIAV) Area B ASL NO

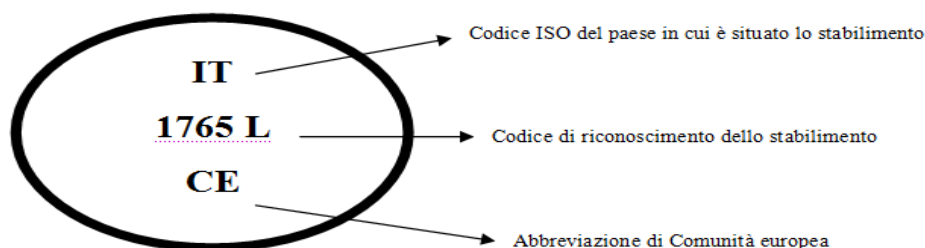
Cinghiali lavorati sul territorio ASL NO Periodo 2012-2022



Sul territorio dell'ASL NO vi sono due stabilimenti riconosciuti per la lavorazione delle carni di cinghiale. I circa 3.500 cinghiali lavorati tra il 2013 ed il 2022 sono stati cacciati nelle Province di Novara e Vercelli, provenienti dalle Aree protette del Parco del Ticino, Lago Maggiore e dal Parco Valle Sesia, nonché da riserve private e da Aree Territoriali di caccia.

Tutti gli animali esaminati fino al 2022 sono risultati negativi per la ricerca di *Trichinella*. Tuttavia per dare a chi consuma carni di cinghiale una tutela nei confronti di una malattia rara ma che può dare esiti molto gravi, i controlli continuano sul 100% dei capi avviati alla lavorazione o conferiti su base volontaria per l'autoconsumo dei cacciatori.

Bollo sanitario



L'etichetta di tutte le carni di selvaggina testate immesse sul mercato presentano un bollo sanitario ovale, riportante il numero dello stabilimento di lavorazione. **Al momento dell'acquisto il bollo garantisce al consumatore l'idoneità delle carni per il consumo umano.**

L'acquisto di selvaggina andrebbe effettuato solo da circuiti certificati in quanto il congelamento delle carni, i trattamenti di salatura-stagionatura e la cottura possono risultare non sufficienti ad evitare infestazioni o tossinfezioni alimentari.

I **cinghiali** sono suidi selvatici la cui **popolazione tende ad aumentare** causando problemi a coltivazioni, allevamenti e alla circolazione veicolare. Inoltre la recente scoperta di un focolaio di PSA (Peste Suina Africana) nella popolazione di cinghiali ha sollevato forti preoccupazioni per le possibili e pesanti ricadute sulla filiera della carne suina. Per contenerne la numerosità i cinghiali sono sottoposti a periodiche campagne di abbattimento da parte di guardiacaccia e "selecontrollori" autorizzati. Un'attività di caccia stagionale è inoltre possibile in specifiche aree territoriali.

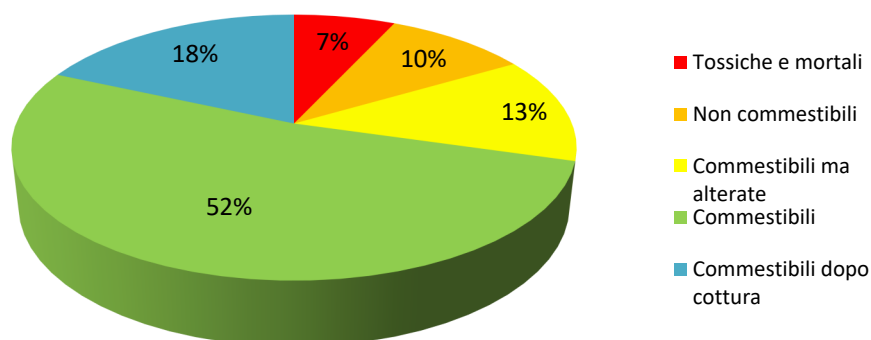
Negli **stabilimenti autorizzati alla lavorazione della selvaggina cacciate** i cinghiali abbattuti sono sottoposti a controlli sanitari dal Veterinario Ufficiale del Servizio Veterinario dell'ASL di NO e questi comprendono anche la ricerca di *Trichinella spiralis*, parassita che può causare nell'uomo patologie allergiche o importanti danni funzionali agli organi colpiti.

Solo nel 2020, in Piemonte, si è registrato 1 focolaio di infestazione umana da *Trichinella spiralis*, dovuto al consumo di cinghiale cacciato, non sottoposto ad Ispezione e ricerca di Trichina. Ormai da anni, grazie a una disposizione della Regione Piemonte, i cacciatori che vogliono **utilizzare per autoconsumo le carni di cinghiali abbattuti** possono conferire un campione di muscolo presso le sedi dell'ASL NO e ricevere (via email in pochi giorni) il risultato dell'esame trichinoscopico effettuato presso l'Istituto Zooprofilattico di Vercelli.

Consumo dei funghi in sicurezza Periodo 2008-2022

Fonte dati: Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN) ASL NO

Esito controlli su funghi raccolti da privati



Specie mortali	n
<i>Amanita phalloides</i>	5
<i>Galerina marginata</i>	1
<i>Lepiota brunneoincarnata</i>	1
Totale	7

Specie non commestibili	n
<i>Clitocybe nebularis</i>	84
<i>Tylopilus felleus</i>	28
<i>Boletus calopus</i>	20
<i>Polyporus spp.</i>	6
<i>Laetiporus sulphureus</i>	4
<i>Amanita citrina</i>	3
Altre specie	102
Totale	247

Specie tossiche	n
<i>Agaricus xanthodermus</i>	41
<i>Hypholoma sublateralitium</i>	19
<i>Paxillus involutus</i>	18
<i>Hypholoma fasciculare</i>	16
<i>Scleroderma citrinum</i>	8
<i>Cortinarius spp.</i>	6
<i>Amanita muscaria</i>	5
<i>Tricholoma spp.</i>	4
<i>Boletus satanas</i>	4
<i>Lactarius spp.</i>	4
<i>Ramaria spp.</i>	3
<i>Inocybe spp.</i>	3
Altre specie	23
Totale	154

Specie fungine responsabili di episodi di avvelenamento e/o intossicazione

Specie fungine	Causa dell'episodio	N° episodi	N° casi malatti	N° casi mortali
<i>Amanita phalloides</i>	Specie tossica mortale	6	17	3
<i>Clitocybe dealbata</i>	Specie tossica	1	1	0
<i>Amanita muscaria</i>	Specie tossica	1	1	0
<i>Armillaria mellea</i>	Cottura inadeguata per mancata prebollitura	20	31	0
<i>Clytocybe nebularis</i>	Non commestibile per intolleranza individuale	1	1	0
<i>Russula olivacea</i>	Tossico per cottura inadeguata	1	1	0
<i>Mycena inclinata</i> , <i>Collybia distorta</i>	Specie allucinogene	1	1	0
<i>Polyporus spp.</i> , <i>Macrolepiota rachodes</i>	Specie non commestibile	2	2	0
<i>Lactarius sez. dapetes</i> , <i>Boletus gr. edules</i> , <i>Xerocomus badius</i> , <i>Boletus gr. luridus</i> , <i>Leccinum sp.</i> , <i>Clitocybe gibba</i> , <i>Agaricus campestris</i> , <i>Macrolepiota rachodes</i>	Consumati crudi/poco cotti o in pasti abbondanti e ravvicinati	12	14	0
Totale		45	69	3

I funghi spontanei sono un alimento molto apprezzato il cui consumo può, tuttavia, comportare rischi anche gravi per la salute. Per prevenire tali conseguenze è operativo presso il Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN) l'**Ispettorato Micologico** che fornisce consulenza gratuita ai raccoglitori.

Nel periodo 2008-2022 l'Ispettorato ha registrato **1.454 accessi con identificazione di 2.548 specie fungine**.

La specie non commestibile riscontrata con maggiore frequenza continua ad essere la *Clitocybe nebularis*, responsabile di casi di intolleranza individuale.

Tra le specie tossiche e mortali sono stati riconosciuti esemplari di *Amanita phalloides*, *Galerina marginata* e *Lepiota brunneoincarnata* tra le tossiche *Agaricus xanthodermus*. Il **ritiro e la distruzione del 30% dei funghi esaminati** dimostrano come questo servizio fornito ai cittadini contribuisca a prevenire casi di intossicazione e avvelenamento da funghi.

Con il medesimo obiettivo gli operatori del SIAN effettuano il controllo e la certificazione dei funghi alla vendita e corsi per i preposti al loro commercio.

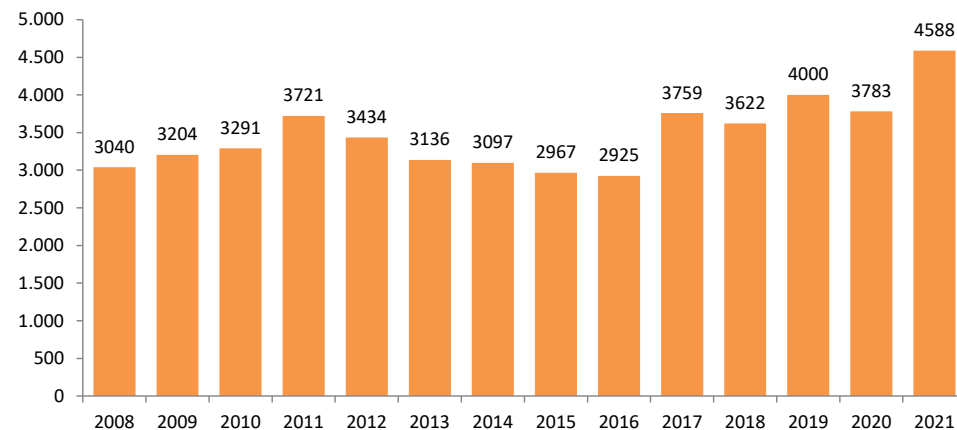
Dal 2008 al 2022 risultano 45 episodi di intossicazione da funghi con 69 casi di malattia, di cui 57 con ricovero. I 6 episodi attribuiti al consumo di *Amanita phalloides* hanno causato 3 decessi. Per consumo di *Amanita muscaria* si è registrato 1 caso di sindrome neurotossica. I rimanenti episodi sono riconducibili prevalentemente a inadeguata cottura (*Armillaria mellea*), intolleranza individuale e consumo eccessivo.

Allerte alimentari

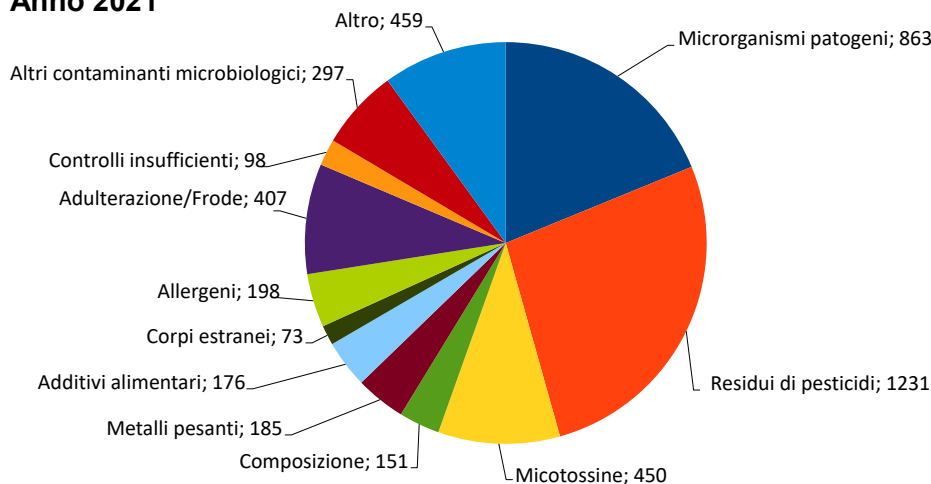
Fonte dati: MINISTERO DELLA SALUTE - RELAZIONE ANNUALE RASFF 2021

Notifiche trasmesse dal sistema di allerta rapido (RASFF)

- numero annuo totale
Periodo 2008-2021



- numero per tipologia di rischio
Anno 2021



Attività ASL NO per RASFF

	2018	2019	2020	2021	2022
Segnalazioni ricevute da RASFF	176	152	168	271	159
Sopralluoghi c/o Operatori Settore Alimentare	247	179	210	293	165
Attivazioni del Sistema RASFF	0	3	3	4	6

Nell'anno 2022 il Ministero della Salute ha segnalato un cluster di listeriosi presente sul territorio nazionale dal 2017. La listeriosi è un'infezione acuta causata da *Listeria monocytogenes* (L.m.), batterio gram-positivo non sporigeno. La trasmissione dell'infezione avviene prevalentemente per via alimentare e l'ambiente rappresenta il principale serbatoio dell'agente. L.m. può crescere a temperature variabili da 0° a 45°C e tende a persistere nell'ambiente, inclusi gli ambienti di lavorazione degli alimenti. Nell'uomo, il rischio di sviluppare la malattia è particolarmente elevato per le donne in gravidanza, neonati, anziani ed individui immuno-compromessi. La maggior parte dei soggetti adulti in buona salute non presenta alcun sintomo dopo il consumo di alimenti contaminati. Gli alimenti più frequentemente contaminati da L.m. sono le carni fresche e lavorate, i prodotti lattiero-caseari, i vegetali e i prodotti ittici. Gli alimenti pronti al consumo (*ready to eat*) sono quelli che presentano i rischi maggiori, in quanto consumati senza ulteriori trattamenti di mitigazione del rischio (cottura, riscaldamento) e conservati a temperatura di refrigerazione che comunque non impedisce al batterio di sopravvivere e moltiplicarsi durante la vita commerciale degli alimenti. La nostra ASL ha ricevuto 26 segnalazioni di presenza di alimenti contaminati da *Listeria monocytogenes* alla commercializzazione, che sono stati ritirati dal mercato. Dalle indagini effettuate risulta che la probabile causa di questi casi ripetuti di infezioni da listeriosi sia ascrivibile al consumo di prodotti a base di carne (*wurstel*).

La sicurezza degli alimenti e dei mangimi è garantita nell'Unione Europea mediante il RASFF (Rapid Alert System for Food and Feed - Sistema di Allerta Rapido per Alimenti e Mangimi). Condividendo informazioni in maniera rapida e semplice, il sistema consente di impedire la distribuzione di prodotti alimentari risultati non conformi prima che il consumatore ne risulti danneggiato. Questo strumento, avviato nel 2000, gestisce attualmente in Europa circa 4.000 notifiche ogni anno. Le cause più frequenti di non conformità sono la presenza di microrganismi patogeni e residui di pesticidi.

Il RASFF è costituito da punti di contatto attivi in tutti gli Stati membri 24 ore su 24 allertati rapidamente in presenza di informazioni su un rischio grave negli alimenti, nei mangimi e nel materiale a contatto con gli alimenti. In Italia il punto di contatto con gli altri Stati membri è il Ministero della Salute che, attraverso le Regioni, attiva le ASL per verificare l'effettivo ritiro dal commercio del prodotto non conforme. Il ritiro è in carico al produttore.

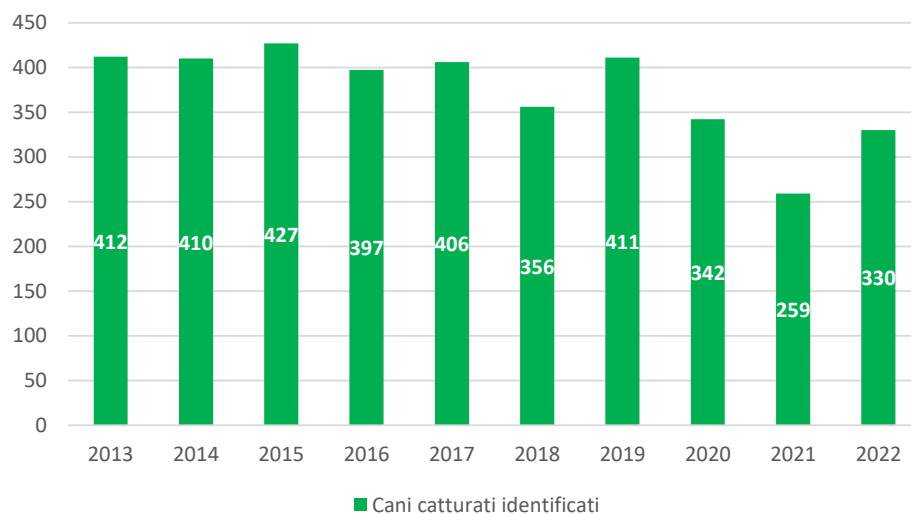
Per le notifiche di Allerta l'ASL NO ha istituito un ufficio unico condiviso tra il Servizio Veterinario ed il Servizio di Igiene Alimenti e Nutrizione. L'ufficio verifica il ritiro dei prodotti segnalati e attiva il sistema di allerta rapido nel caso di riscontro di una non conformità sul proprio territorio, ad esempio in seguito a prelievi di alimenti risultati non conformi.

Prevenzione del randagismo: anagrafe canina e canili sanitari

FONTE DATI: Servizio di Igiene e Assistenza Veterinaria (SIAV) Area A ASL NO

Numero di cani catturati

Periodo 2013-2022



La corretta identificazione dei cani è una delle principali azioni di prevenzione del randagismo. Viene attuata dal 2004 attraverso l'applicazione di un microchip. Tale attività viene svolta, per i cani di proprietà, ad opera dei Medici Veterinari delle ASL e da liberi professionisti autorizzati.

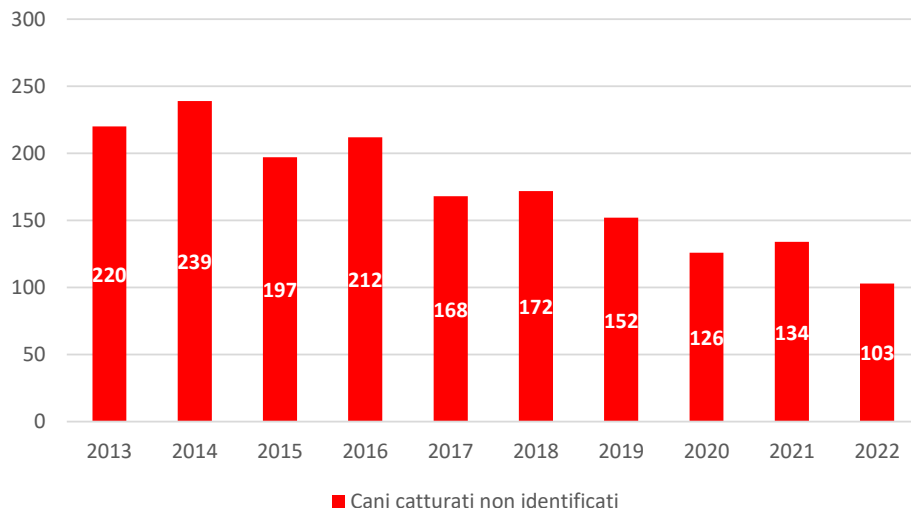
In seguito all'applicazione del microchip e/o di variazione di detenzione di cani identificati da altre regioni, viene alimentata una Banca Dati Regionale dell'anagrafe canina con le caratteristiche del cane e le generalità del proprietario.

Altro intervento di primaria importanza è la riduzione del numero dei cani vaganti sul territorio attuata da tutti i Comuni attraverso la convenzione con un canile sanitario autorizzato dove, tramite un servizio di cattura prontamente allertato, sono ricoverati tali animali per prevenire varie problematiche (incidenti stradali, aggressioni o sicurezza igienico sanitaria).

Sul territorio dell'ASL di Novara sono presenti 4 canili sanitari dislocati nei Comuni di Novara, Borgomanero, Galliate e Borgoticino, sottoposti a vigilanza periodica da parte dei Medici Veterinari dell'ASL NO. In tali canili gli animali sono sottoposti a controlli sanitari e di identificazione, prima della restituzione ai legittimi proprietari o dell'affido ad una nuova famiglia.

Numero di cani non identificati

Periodo 2013-2022



Nel 2022 la popolazione di cani identificati presenti sul territorio dell'ASL NO è stato di 59.391 (dato aggiornato a fine 2022). Chi entra in possesso di un cane ha l'obbligo di verificarne la corretta identificazione e registrazione in anagrafe. I proprietari di cuccioli devono provvedere ad identificare i cuccioli entro i 60 giorni di età e comunque prima della loro cessione. Tutti gli eventi che riguardano il cane (variazioni di detenzione, cessioni o decessi) devono essere segnalati entro 15 giorni al Servizio Veterinario.

La detenzione di cani non identificati o non in regola con le registrazioni degli eventi comporta l'applicazione di sanzioni amministrative.

L'attività di sensibilizzazione e di vigilanza, svolta dal Servizio Veterinario dell'ASL NO nel corso degli anni, anche in collaborazione con altri Enti e associazioni, ha portato, come evidenziato nel grafico, ad una lieve ma progressiva riduzione del numero di cani non identificati rinvenuti vaganti sul territorio. Si ricorda che in caso di ritrovamento di un cane vagante dovrà essere attivato il servizio di cattura autorizzato tramite la Polizia Municipale del Comune interessato.

Pur assistendo negli ultimi anni, ad una stabilizzazione del numero di cani ritrovati non identificati, si ritiene fondamentale il prosieguo della campagna di informazione/formazione rivolta a proprietari di animali d'affezione e/o a figure professionali impegnate direttamente ed indirettamente con animali d'affezione.

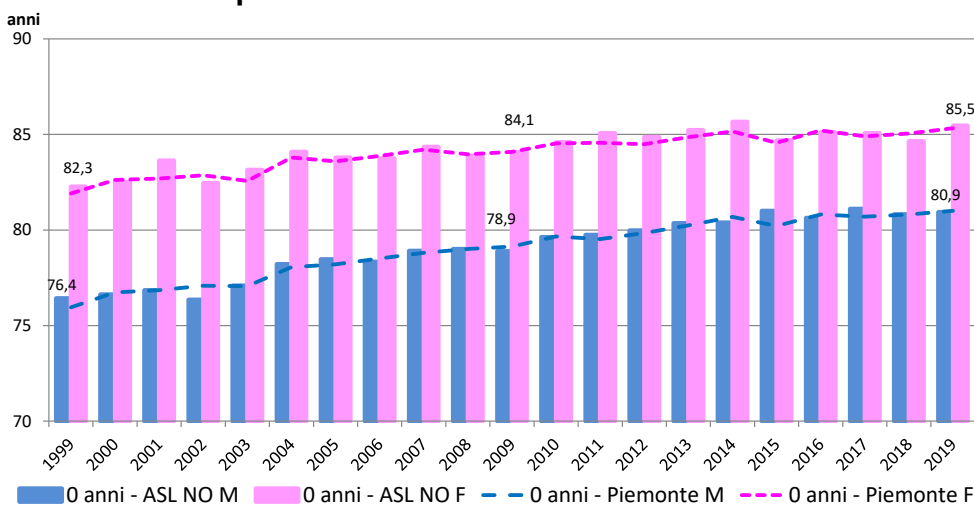
La **detenzione di un animale domestico** necessita di un'importante responsabilizzazione del proprietario/detentore al **rispetto delle norme e delle esigenze fisiologiche ed etologiche dall'animale stesso**.

Speranza di vita alla nascita

Trend 1999-2019

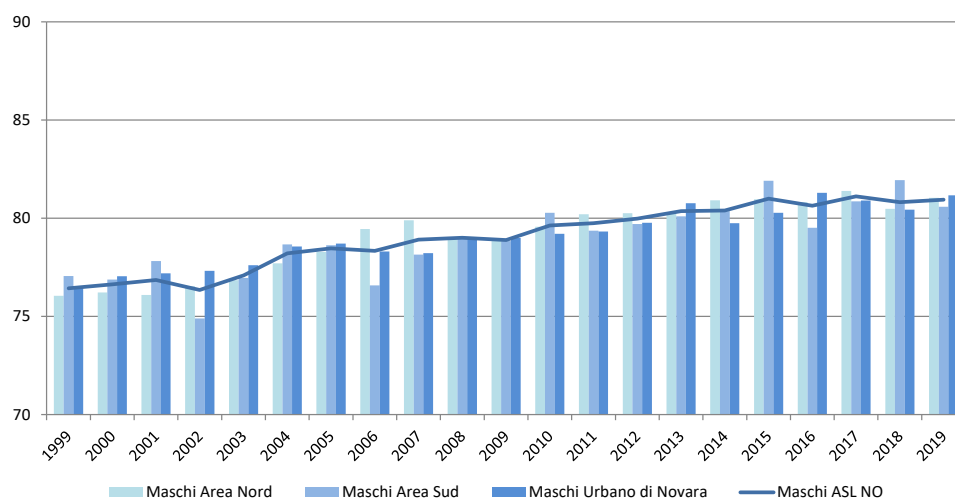
FORNITORI DATI: Piemonte STATistica e BDDE (PiSta)

ASL NO e Regione Piemonte Stratificazione per sesso

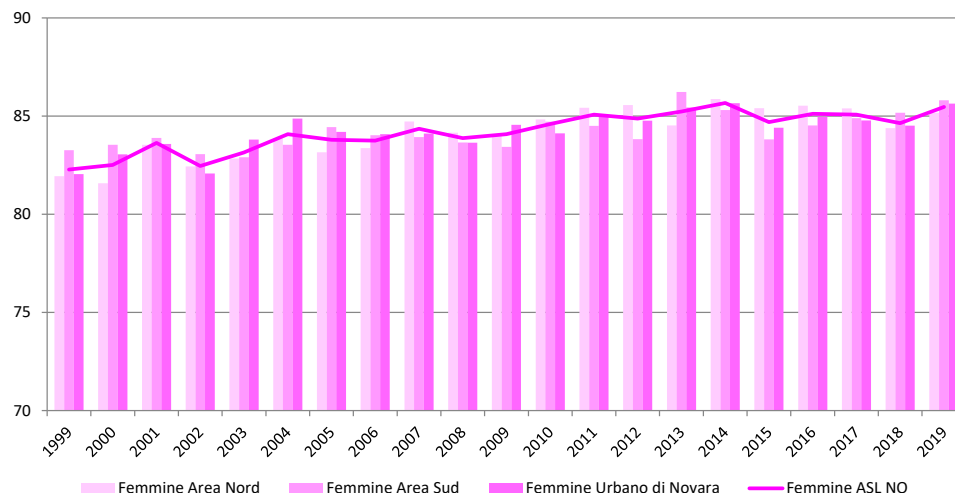


Residenti ASL NO e Distretti

Maschi



Femmine



La **speranza di vita alla nascita** per i residenti dell'ASL NO nel 2019 risulta di **85,5 anni per le donne** e **80,9 per gli uomini**.

La differenza tra i generi sta diminuendo: rispetto al 1999; nel 2019 la speranza di vita è aumentata di 3,2 anni per le donne e di 4,5 anni per gli uomini. Dal 2009 al 2019 la speranza di vita è aumentata ulteriormente di 1,4 anni per le donne e di 2,1 per gli uomini. Risulta quindi evidente che la **speranza di vita tende ad aumentare soprattutto tra gli uomini**.

La situazione osservata nell'ASL NO è analoga a quella del Piemonte.

Analizzando l'andamento della speranza di vita nei singoli Distretti, questo sembra essere simile tra le diverse zone, sia per i maschi (80,6 anni Distretto Area Sud vs 81,0 anni Distretto Area Nord vs 81,2 Distretto Urbano di Novara) che per le femmine (85,8 anni Distretto Area Sud vs 85,2 anni Distretto Area Nord vs 85,6 Distretto Urbano di Novara).

Tuttavia questo trend non è comune agli anni precedenti.

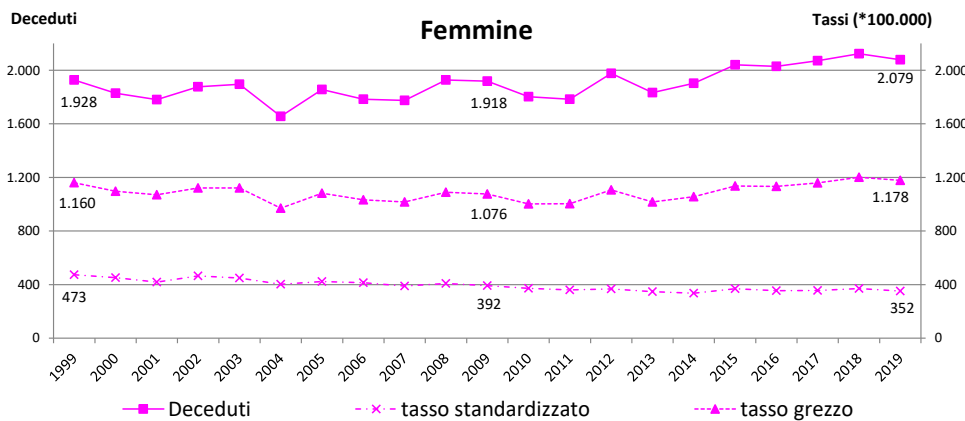
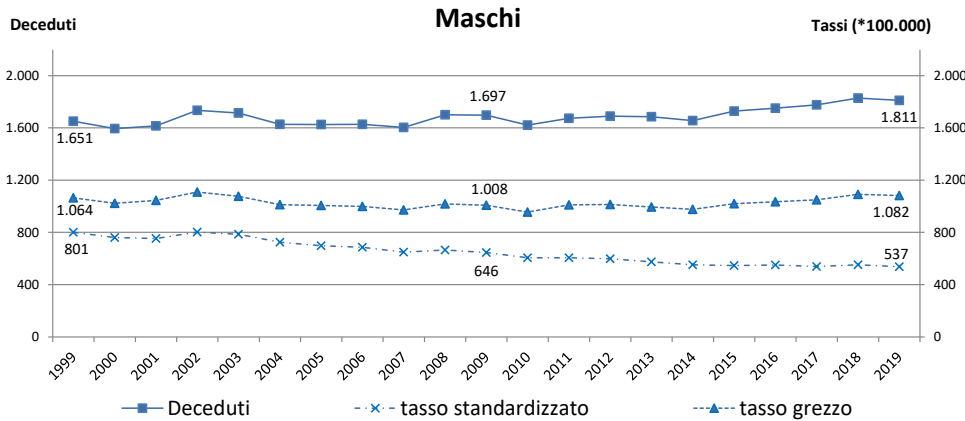
Mortalità generale

Trend 1999-2019

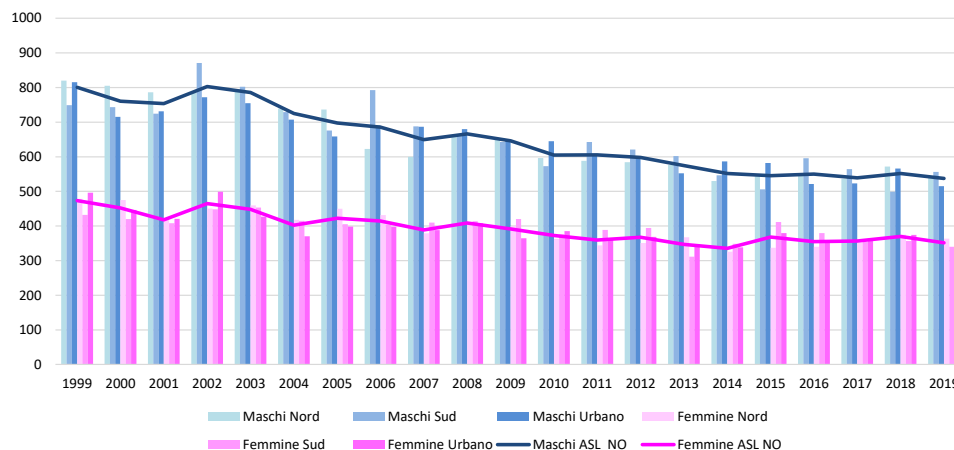
Fonte DATI: Piemonte STATistica e BDDE (PiSta)

Mortalità generale - ASL NO

Deceduti, tasso grezzo e tasso standardizzato per età



Tasso standardizzato per età - ASL NO e singoli Distretti



La crescita della speranza di vita si accompagna alla diminuzione della **mortalità**. Tra i suoi indicatori diminuisce in particolare il **tasso standardizzato** (che “annulla” le differenze per età delle popolazioni degli anni a confronto).

Considerando gli ultimi 20 anni, il tasso standardizzato è in diminuzione, soprattutto tra gli uomini ma anche tra le donne (Tstd: -26% vs -22%).

Tra i residenti dell'ASL NO, nel 2018 sono morti 1.811 uomini e 2.079 donne. **Il numero di decessi annui**, che esprime il carico “assoluto” di mortalità, è aumentato da 3.579 decessi del 1999 ai 3.890 del 2019. Il numero di morti è aumentato con uguali valori in entrambi i sessi (+8%) nell'ASL NO ma con valori differenti rispetto a quelli Regionali (uomini: +2,7%; donne: +9%).

L'andamento del tasso standardizzato all'interno dei singoli Distretti risulta essere sovrapponibile a quello complessivo dell'ASL NO sia per i maschi che per le femmine.

Il calo risulta costante dal 1999 al 2019 ma sembra esserci la tendenza ad un rallentamento negli ultimi anni.

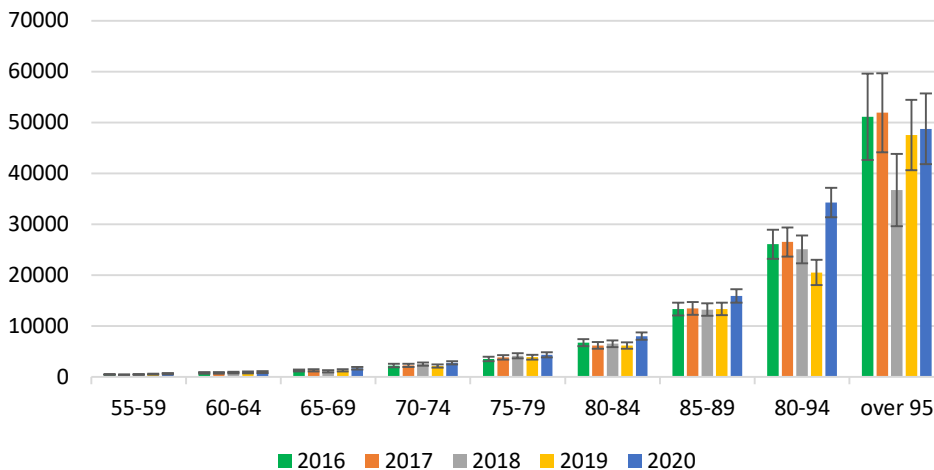
Mortalità generale Trend 2016-2020

FONTE DATI: AURA (ARCHIVIO UNICO REGIONALE DEGLI ASSISTITI)

Andamento mortalità per fasce di età residenti ASL NO Periodo 01/2016-12/2020

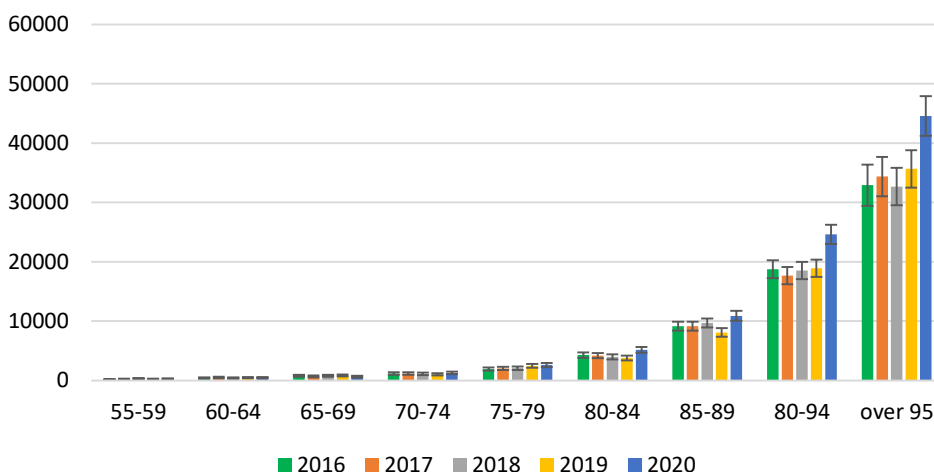
Maschi

Tasso grezzo di mortalità x 100.000 abitanti



Femmine

Tasso grezzo di mortalità x 100.000 abitanti



Utilizzando i dati provvisori, è stato valutato il tasso grezzo di mortalità per 100.000 abitanti, per analizzare l'impatto della pandemia da SARS-CoV-2 sulla popolazione dell'ASL NO.

Per la **popolazione maschile**, si osserva un **aumento** evidente a **partire dalla fascia di età 55-59 anni**, ma questo risulta decisamente **più rilevante nelle fasce di età 85-89 anni e 90-94 anni**. Al di sotto dei 55 anni invece la mortalità nel 2020 risulta pressoché sovrapponibile a quella degli anni precedenti.

Oltre i **95 anni**, invece, la **mortalità resta sovrapponibile a quella degli anni precedenti**, presumibilmente a causa del ridotto numero di soggetti e dell'atteso tasso di mortalità costante negli anni.

Nel 2020, a differenza della popolazione maschile over 95, dove la mortalità era pressoché analoga a quella degli anni precedenti, la **popolazione femminile over-95 ha una mortalità decisamente superiore**. Questo dato è verosimilmente legato alla presenza di un maggior numero di donne di età molto avanzata, rispetto al numero di uomini, che risultano quindi molto fragili e di conseguenza facile bersaglio della malattia da Coronavirus.

Per la **popolazione femminile**, tale **aumento** inizia ad essere evidente a **partire dalla fascia di età 70-74 anni**, ma risulta decisamente **più rilevante nelle fasce di età 90-94 anni e dai 95 anni in su**. Al di sotto dei 70 anni invece la mortalità nel 2020 infatti è pressoché sovrapponibile a quella degli anni precedenti.

Mortalità per grandi gruppi di cause Residenti ASL NO Anno 2019

FONTE DATI: Piemonte STATistica e BDDE (PiSta)

Primi 10 gruppi di cause di morte in ordine decrescente per differenti indicatori di mortalità

UOMINI				
Rango	Numero decessi (media annuale)	Tasso grezzo x 100.000	Tasso standardizzato x 100.000	Tasso standardizzato di anni di vita persi a 75 anni x 1.000
1	Tumori maligni 602	Tumori maligni 359,7	Tumori maligni 192,4	Tumori maligni 14,3
2	Apparato circolatorio 556	Apparato circolatorio 332,2	Apparato circolatorio 154,0	Traumatismi e avvelenamenti 8,2
3	Apparato respiratorio 157	Apparato respiratorio 93,8	Apparato respiratorio 40,7	Apparato circolatorio 6,6
4	Sistema nervoso 96	Sistema nervoso 57,4	Traumatismi e avvelenamenti 31,5	Malformazioni congenite e cause perinatali 2,4
5	Malattie endocrine 78	Malattie endocrine 46,6	Sistema nervoso 26,9	Apparato digerente 1,5
6	Traumatismi e avvelenamenti 76	Traumatismi e avvelenamenti 45,4	Malattie endocrine 21,5	Sistema nervoso 1,3
7	Apparato digerente 67	Apparato digerente 40,0	Apparato digerente 20,9	Malattie endocrine 0,9
8	Malattie infettive 41	Malattie infettive 24,5	Malattie infettive 11,9	Malattie infettive 0,9
9	Stati morbosi e maldefiniti 36	Stati morbosi e maldefiniti 21,5	Stati morbosi e maldefiniti 8,8	Apparato respiratorio 0,8
10	Disturbi psichici 31	Disturbi psichici 18,5	Disturbi psichici 7,3	Stati morbosi e maldefiniti 0,4

DONNE				
Rango	Numero decessi (media annuale)	Tasso grezzo x 100.000	Tasso standardizzato x 100.000	Tasso standardizzato di anni di vita persi a 75 anni x 1.000
1	Apparato circolatorio 743	Apparato circolatorio 421,0	Tumori maligni 122,0	Tumori maligni 10,1
2	Tumori maligni 506	Tumori maligni 286,7	Apparato circolatorio 101,1	Apparato circolatorio 1,9
3	Apparato respiratorio 150	Apparato respiratorio 85,0	Apparato respiratorio 22,1	Sistema nervoso 1,8
4	Stati morbosi e maldefiniti 123	Stati morbosi e maldefiniti 69,7	Sistema nervoso 20,7	Malformazioni congenite e cause perinatali 1,5
5	Sistema nervoso 114	Sistema nervoso 64,6	Stati morbosi maldefiniti 13,7	Traumatismi e avvelenamenti 1,1
6	Malattie endocrine 93	Malattie endocrine 52,7	Malattie endocrine 13,1	Apparato respiratorio 0,5
7	Apparato digerente 70	Apparato digerente 39,7	Apparato digerente 12,4	Apparato digerente 0,5
8	Malattie infettive 59	Malattie infettive 33,4	Traumatismi e avvelenamenti 10,7	Malattie infettive 0,3
9	Disturbi psichici 58	Disturbi psichici 32,9	Malattie infettive 10,6	Malattie endocrine 0,3
10	Traumatismi e avvelenamenti 56	Traumatismi e avvelenamenti 31,7	Disturbi psichici 7,2	Tumori benigni, in situ, incerti 0,1

Le malattie dell'apparato circolatorio e i tumori rappresentano le principali cause di morte e **determinano quasi 2 decessi su 3** dei 3.890 annui che si sono registrati nel 2019 tra i residenti dell'ASL NO.

Tra gli uomini il numero di decessi per questi due gruppi non è molto diverso: i decessi per tumore rappresentano il 33% e le malattie dell'apparato circolatorio il 31% dei 1.811 decessi maschili del periodo.

Al terzo posto si registrano le **malattie dell'apparato respiratorio** che rappresentano il 9% del totale.

A differenza degli uomini, tra le donne, le decedute per **malattie dell'apparato circolatorio** sono decisamente **più numerose** di quelle decedute per tumore (36% vs 24% dei 2.079 decessi femminili annui del periodo).

Anche nel sesso femminile la **terza causa di morte** è rappresentata dalle **malattie dell'apparato respiratorio**, con un numero di decessi leggermente più basso rispetto agli uomini (maschi: 157; femmine: 150).

Mortalità per grandi gruppi - UOMINI Residenti ASL NO e Distretti - Anno 2019

FONTI DATI: Piemonte STATistica e BDDE (PiSta)

Numero medio annuo di morti Confronto con Regione Piemonte

Causa di morte	ASL NO	Distretto Area Nord	Distretto Area Sud	Distretto Urbano di Novara
Tumori Maligni (140-208 C00-C97)	602	265	157	180
Malattie dell'apparato circolatorio (390-459 I00-I99)	556	274	137	145
Malattie dell'apparato respiratorio (460-519 J00-J99)	157	70	36	51
Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi (320-389 G00-G99, H00-H95)	96	49	17	30
Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche (240-279 E00-E90)	78	41	23	14
Cause accidentali (Traumatismi e avvelenamenti 800-999 S00-T98)	76	31	19	26
Malattie dell'apparato digerente (520-579 K00-K93)	67	24	21	22
Malattie infettive (001-139 A00-B99)	41	18	13	10
Stati morbosi maldefiniti (780-799 R00-R99)	36	17	6	13
Disturbi psichici (290-319 F00-F99)	31	15	9	7
Malattie dell'apparato genito-urinario (580-629 N00-N99)	28	13	6	9
Tumori Benigni, in situ, incerti (210-239 D00-D48)	20	7	8	5
Malformazioni congenite (740-759 Q00-Q99) e Condizioni morbose perinatali (760-779 P00-P96)	7	3	2	2
Malattie della pelle e del sottocutaneo (680-709 L00-L99)	7	2	1	4
Malattie osteomuscolari e del connettivo (710-739 M00-M99)	5	4	1	0
Malattie del sangue, degli organi emopoietici e disordini immunitari (280-289 D50-D89)	4	1	1	2
TUTTE LE CAUSE	1.811	834	457	520

Legenda



mortalità **significativamente superiore** a quella dei residenti del Piemonte
mortalità **significativamente inferiore** a quella dei residenti del Piemonte

Complessivamente la mortalità maschile dei residenti dell'ASL NO è sovrapponibile a quella regionale. Considerando i singoli grandi gruppi, invece, si osservano alcune differenze.

Per quanto riguarda la ASL NO, nel suo complesso, si registra una **mortalità maschile inferiore a quella regionale per i disturbi psichici**. Lo stesso dato si registra nel Distretto Urbano.

I dati attuali sono analoghi a quelli dell'anno precedente per i disturbi psichici nell'ASL NO e nel 2019 si registra una mortalità significativamente inferiore anche nel Distretto Urbano di Novara.

Nel 2018, nel Distretto Area Nord, le malattie dell'apparato circolatorio avevano registrato una mortalità superiore a quella regionale mentre la mortalità da Traumatismi e avvelenamenti era risultata inferiore a quella regionale.

Questi dati non sono confermati nel 2019.

Mortalità per grandi gruppi - DONNE Residenti ASL NO e Distretti - Anno 2019

FORNITORI DATI: Piemonte STATistica e BDDE (PiSta)

Numero medio annuo di morti Confronto con Regione Piemonte

Causa di morte	ASL NO	Distretto Area Nord	Distretto Area Sud	Distretto Urbano di Novara
Malattie dell'apparato circolatorio (390-459 I00-I99)	743	336	186	221
Tumori Maligni (140-208 C00-C97)	506	246	99	161
Malattie dell'apparato respiratorio (460-519 J00-J99)	150	62	43	45
Stati morbosi maldefiniti (780-799 R00-R99)	123	47	35	41
Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi (320-389 G00-G99, H00-H95)	114	50	34	30
Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche (240-279 E00-E90)	93	43	23	27
Malattie dell'apparato digerente (520-579 K00-K93)	70	38	17	15
Malattie infettive (001-139 A00-B99)	59	24	10	25
Disturbi psichici (290-319 F00-F99)	58	31	11	16
Traumatismi e avvelenamenti (800-999 S00-T98)	56	25	11	20
Malattie dell'apparato genito-urinario (580-629 N00-N99)	40	12	11	17
Tumori Benigni, in situ, incerti (210-239 D00-D48)	21	12	5	4
Malattie osteomuscolari e del connettivo (710-739 M00-M99)	20	10	5	5
Malattie del sangue, degli organi emopoietici e disordini immunitari (280-289 D50-D89)	16	8	4	4
Malattie della pelle e del sottocutaneo (680-709 L00-L99)	7	4	0	3
Malformazioni congenite (740-759 Q00-Q99) e Condizioni morbose perinatali (760-779 P00-P96)	3	3	0	0
Complicanze della gravidanza, del parto e del puerperio (630-677 O00-O99)	0	0	0	0
TUTTE LE CAUSE	2.079	951	494	634

Legenda



mortalità **significativamente superiore** a quella delle residenti del Piemonte
mortalità **significativamente inferiore** a quella delle residenti del Piemonte

Complessivamente la mortalità femminile dei residenti dell'ASL NO è sovrapponibile a quella regionale.

Considerando i singoli grandi gruppi, invece, si osservano alcune differenze.

Una mortalità superiore a quella regionale si osserva nelle donne per gli **Stati morbosi maldefiniti** nell'ASL NO e nel Distretto Area Sud.

Per i **Disturbi psichici** l'ASL NO registra una **mortalità femminile inferiore a quella regionale**, confermando il risultato osservato tra gli uomini. Lo stesso fenomeno si registra anche in tutti i Distretti.

I dati attuali sono pressoché analoghi a quelli dell'anno precedente per quanto riguarda la ASL NO.

Rispetto al 2018, nel 2019 si registra una mortalità superiore a quella regionale negli Stati morbosi maldefiniti, sia nell'ASL NO che nel Distretto Area Sud.

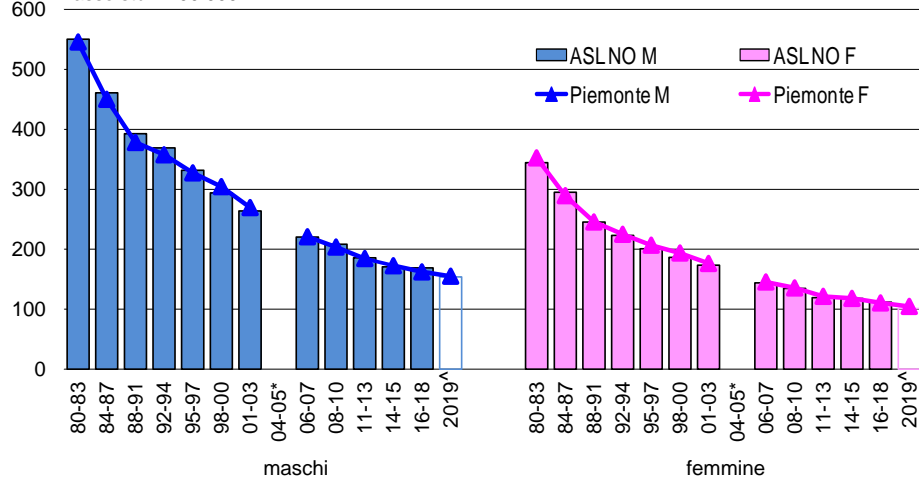
Mortalità cardiovascolare Residenti ASL NO e Regione Piemonte Trend 1980-2019

FONTI DATI: MADESMART; Piemonte STATistica e BDDE (PiSta)

Mortalità per mm dell'apparato circolatorio

ICD IX (390-459) ICD X (I00-I99)

Tasso std x 100.000



I tassi standardizzati mostrano che, annullando le differenze di età, la **mortalità cardiovascolare continua a diminuire in entrambi i sessi**. Questo andamento si osserva sia per le malattie ischemiche del cuore che per quelle cerebrovascolari che, insieme, costituiscono la maggior parte (56%) dei decessi per malattie dell'apparato circolatorio.

La mortalità **maschile rimane più elevata di quella femminile**, con differenze che negli ultimi anni sono ancora rilevanti per le malattie ischemiche del cuore, mentre si sono quasi annullate per le cause cerebrovascolari.

Nel suo insieme la mortalità cardiovascolare dei residenti nell'ASL NO è sovrapponibile a quella regionale per entità ed andamento temporale.

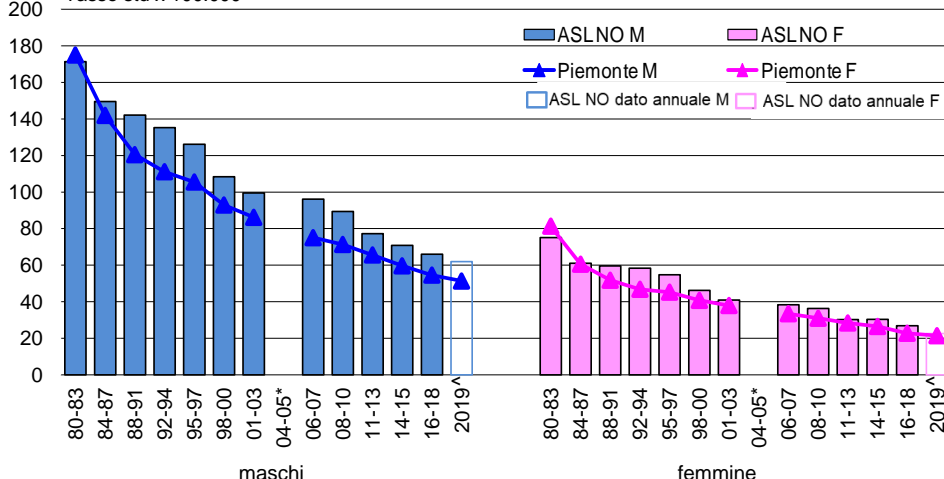
Per le **malattie ischemiche**, la mortalità continua ad essere **maggiore di quella regionale**, con differenze significative soprattutto per gli uomini.

La mortalità per le **malattie cerebrovascolari** nell'ASL NO registra invece **valori generalmente inferiori a quelli regionali**.

Mortalità per mm ischemiche del cuore

ICD IX (410-414) ICD X (I20-I25)

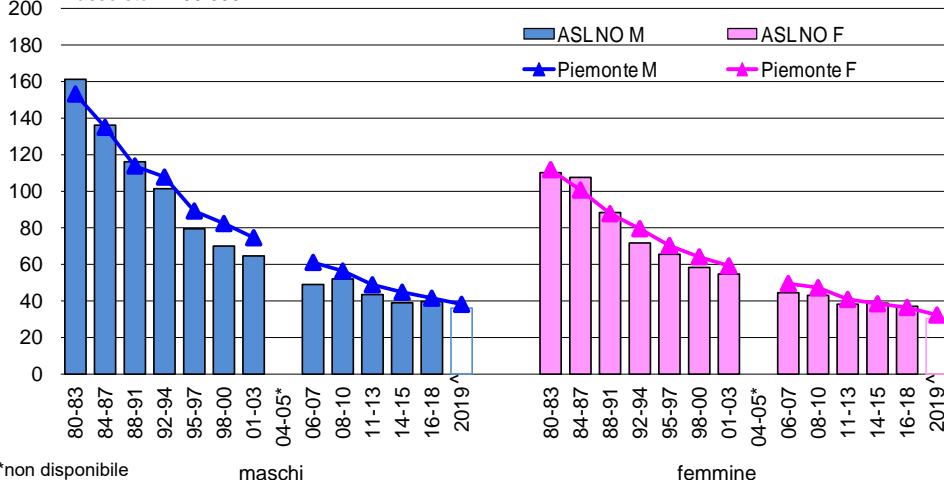
Tasso std x 100.000



Mortalità per mm cerebrovascolari

ICD IX (430-438) ICD X (I60-I69)

Tasso std x 100.000



*non disponibile

^dato annuale

Mortalità per malattie ischemiche del cuore e per malattie cerebrovascolari nell'ASL NO Anno 2019

FONTE DATI: MADESMART; Piemonte STATistica e BDDE (PiSta)

Decessi e anni di vita persi a 75 anni

	DECESSI			
	numero medio annuo		% su tot apparato circolatorio	
	mm ischemiche del cuore	mm. cerebrovasc.	mm ischemiche del cuore	mm. cerebrovasc.
Maschi	215	134	39	24
Femmine	161	223	22	30
Totale	376	357	29	27

	ANNI DI VITA PERSI A 75 ANNI			
	numero medio annuo		% su tot apparato circolatorio	
	mm ischemiche del cuore	mm. cerebrovasc.	mm ischemiche del cuore	mm. cerebrovasc.
Maschi	712	296	50	21
Femmine	122	142	25	30
Totale	834	438	44	23

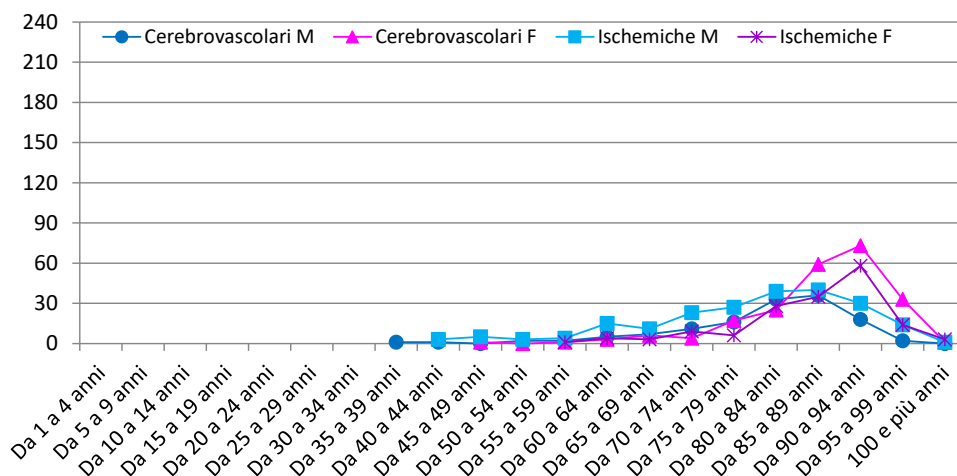
Con più di 350 morti ciascuna ogni anno, le **ischemie cardiache** e le **malattie cerebrovascolari** determinano, insieme, la **maggior parte (56%)** dei **decessi** per malattie dell'apparato circolatorio.

Tra gli uomini prevalgono i decessi per ischemie del cuore, tra le donne quelli per malattie cerebrovascolari.

Le **ischemie cardiache** hanno **peso maggiore** sulla **mortalità precoce**: nell'ASL NO annualmente 834 anni di vita persi prima dei 75 anni, corrispondenti al 44% di quelli persi per malattie dell'apparato circolatorio.

Tra gli uomini questa quota è ancora più elevata (50%).

Decessi per classi di età - n. annuo

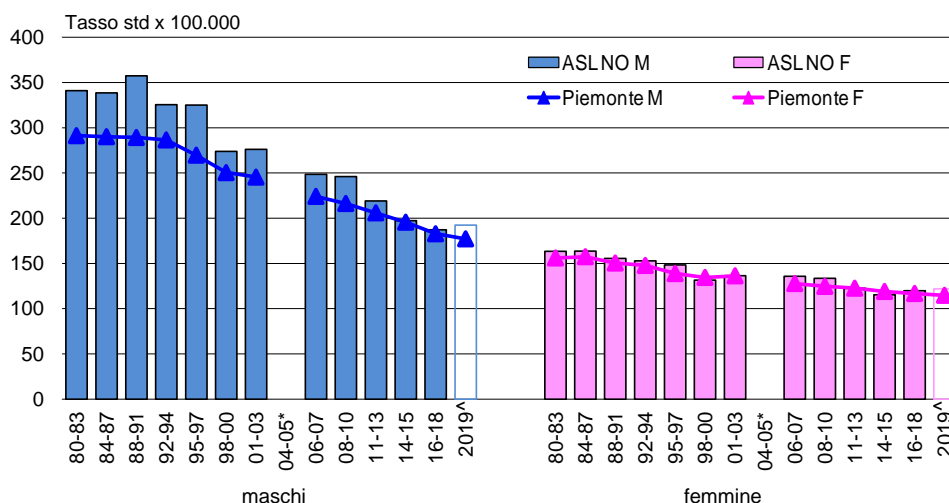


I **decessi** per ischemie cardiache e malattie cerebrovascolari **aumentano a partire dai 35 anni** e registrano **valori di picco tra 85 e 89 anni** in entrambi i sessi.

Mortalità tumorale

FONTE DATI: MADESMART; Piemonte STATistica e BDDE (PiSta)

Mortalità tumorale complessiva ICD IX (140-208) ICD X (C00-C97) Residenti ASL NO e Regione Piemonte Trend 1980-2019



*non disponibile
^dato annuale

La mortalità per tumori maligni è sempre stata in diminuzione negli ultimi anni, soprattutto tra gli uomini che, tuttavia, continuano a registrare una mortalità tumorale maggiore di quella femminile. Nel 2019 si assiste ad un leggero rialzo in entrambi i sessi. La mortalità per tumori maligni nell'ASL NO è generalmente sovrapponibile a quella del Piemonte, tranne che in quest'ultimo anno in cui è superiore.

Mortalità tumorale per cause specifiche Residenti ASL NO Numero annuo di morti per genere Anno 2019

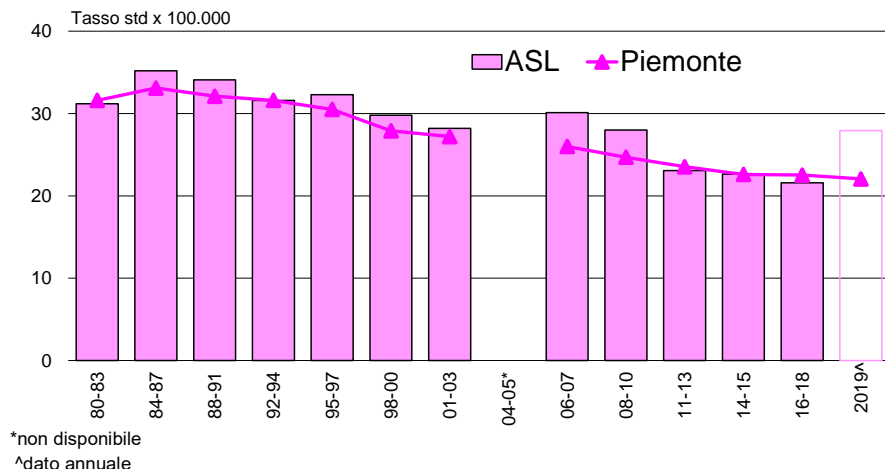
Rango	Uomini	Donne
1	Trachea, bronchi, polmoni 147	Mammella 103
2	Fegato e dotti biliari 63	Trachea, bronchi, polmoni 64
3	Stomaco 45	Pancreas 40
4	Colon 42	Colon 38
5	Prostata 39	Fegato e dotti biliari 37
6	Pancreas 36	Leucemie specificate e non 24
7	Rene 20	Retto e giunzione retto-sigma 18
8	Retto e giunzione retto-sigma 18	Ovaio 17
9	Vescica 17	Stomaco 14
10	Tumori occhi, cervello e altre parti del SNC 17	Mielomi 14

Nel 2019, come anche negli ultimi anni, il tumore del polmone negli uomini e quello della mammella nelle donne si confermano le più frequenti cause di morte tumorale nei due generi.

Considerando entrambi i generi, i tumori del polmone sono i maggiori responsabili di mortalità tumorale (più di 200 decessi annui tra i residenti dell'ASL NO), seguiti dai tumori del fegato (100 decessi annui) e da quelli del colon (80 decessi annui).

Mortalità per tumore della mammella ASL NO e Regione Piemonte

Fonte dati: MADESMART; Piemonte STATistica e BDDE (PiSta); UVOS
Mortalità per tumore della mammella - ICD IX (174); ICD X (C50)
Trend 1980-2019



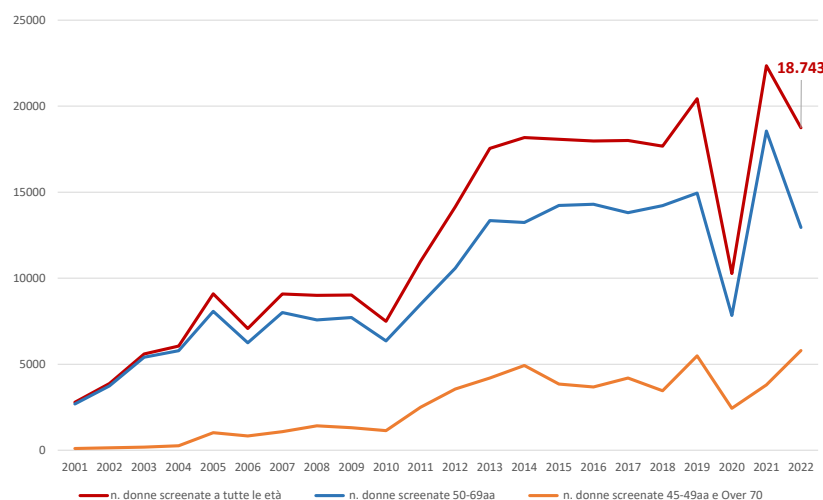
Con 103 decessi nel 2019, il tumore della mammella è la **prima causa di mortalità tumorale nelle donne**; la mortalità è in **diminuzione** negli ultimi anni ma in aumento nel 2019 e con valori superiori ai valori regionali.

Lo screening del tumore della mammella è il principale strumento di contrasto alla mortalità per questa causa. Per questo nell'ASL NO da molti anni viene offerta attivamente alle donne tra i 50 e i 69 anni una mammografia ogni 2 anni. In anni più recenti possono essere inserite nel programma regionale "Prevenzione Serena" anche donne tra i 45 e i 49 anni e con 70 anni e più.

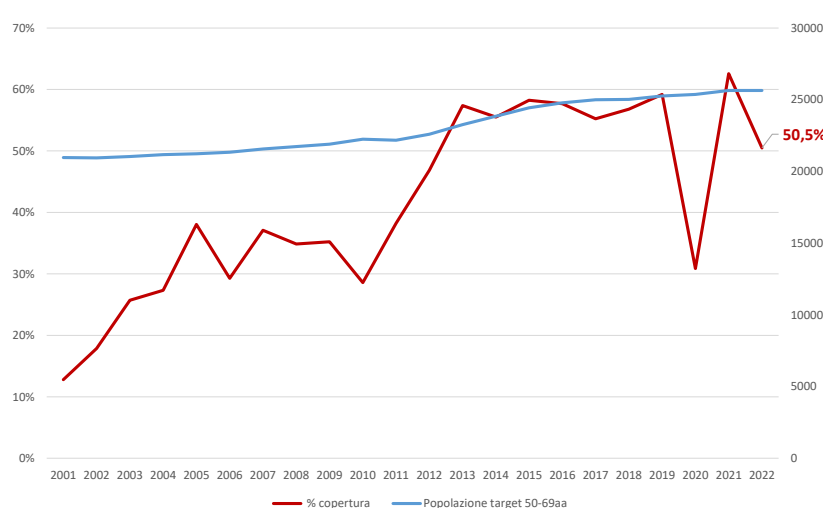
L'attività di screening per il tumore della mammella è aumentata notevolmente negli anni arrivando nel 2022 a coinvolgere 18.743 donne; gli ultimi 3 anni risentono di variazioni annuali determinate dagli effetti della pandemia da Covid.

Dal 2013 la percentuale della popolazione femminile di età compresa tra i 50 e i 69 anni che risulta "coperta" con lo screening organizzato dalla ASL NO è costantemente superiore al 50% con un picco del 62% relativo al 2021. Secondo la sorveglianza PASSI più del 10% effettuerebbe lo screening in maniera spontanea, raggiungendo una copertura variabile tra il 60 ed il 70%.

Screening mammografico ASL NO Trend 2000-2022



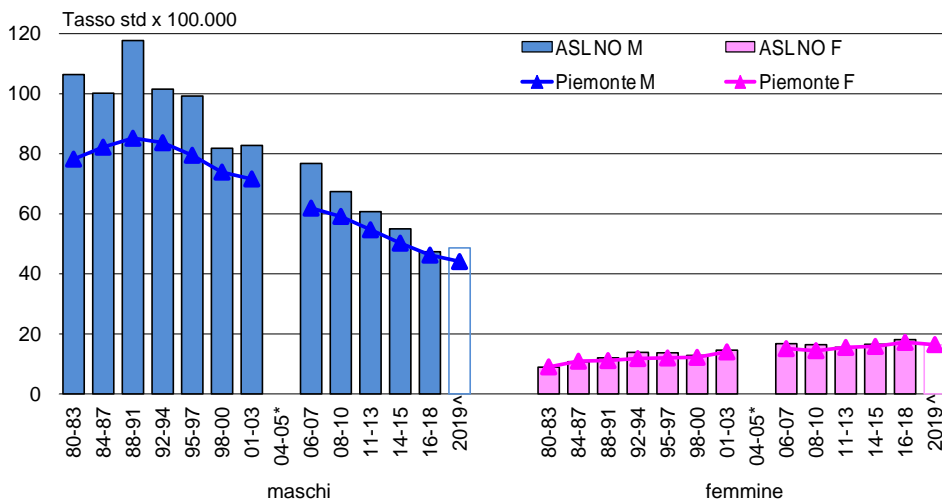
Copertura screening mammografico donne 50-69 anni ASL NO Trend 2000-2022



Mortalità tumorale per cause specifiche ASL NO e Regione Piemonte Trend 1980-2019

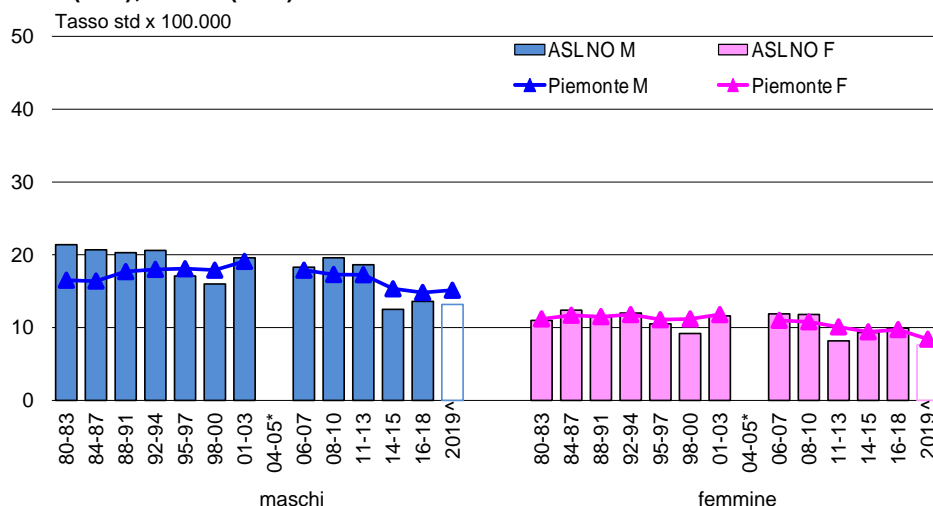
FONTI DATI: MADESMART; Piemonte STATistica e BDDE (PiSta)

Mortalità per tumore della trachea, dei bronchi e del polmone ICD IX (162; ICD X (C33-C34)



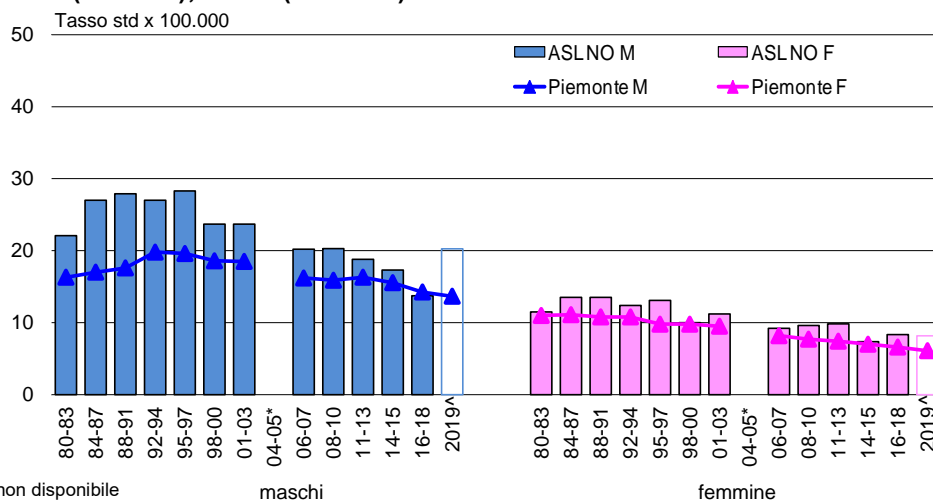
Il tumore al **pomone** rappresenta la **principale causa di mortalità oncologica**, con 211 decessi nel 2019. Anche se **in diminuzione**, la **mortalità maschile** si conferma decisamente più elevata di quella femminile e **maggiore di quella regionale**. La mortalità femminile risulta con valori dell'ASL NO non molto diversi da quelli regionali.

Mortalità per tumore del colon ICD IX (153); ICD X (C18)



Nel 2019 il tumore del **colon** ha causato 80 decessi. La mortalità maschile è maggiore di quella femminile e dal 2014 al 2019 è inferiore al valore regionale.

Mortalità per tumore del fegato e dei dotti biliari ICD IX (155-156); ICD X (C22-C24)



Nel 2019 il tumore del **fegato** ha causato 100 decessi. La **mortalità** dell'ASL NO, in diminuzione negli anni precedenti, nel 2019 è notevolmente in aumento, raggiungendo il valore del biennio 2006-2007 e si conferma, come in precedenza, sempre **superiore a quella registrata in Piemonte**, sia per gli **uomini** che per le **donne**.

*non disponibile
^dato annuale