

**AZIENDA SANITARIA LOCALE "NO" - NOVARA**

**Viale Roma, 7 - NOVARA**

**DELIBERAZIONE  
DEL DIRETTORE GENERALE**

Numero 245 Data 28 GIU. 2019

**PROPOSTA N. 4 DEL 28/06/2018**

**OGGETTO: APPROVAZIONE E ADOZIONE DELLA RELAZIONE  
SULLA PERFORMANCE A.S.L. "NO" - ANNO 2018.**

---

*Struttura Proponente: ssd Governo Clinico e Sviluppo Strategico*

§ § § § § § §

**IL DIRETTORE GENERALE**

**(Nominato con D.G.R. n. 11-6930 del 29 maggio 2018)**

**Nella data sopraindicata, su conforme proposta istruttoria (sopraindividua-  
ta) della competente Struttura aziendale - previa acquisizione del parere dei  
Direttori: Amministrativo e Sanitario - ha assunto, in Novara, presso la sede  
dell'Ente, la deliberazione di cui all'interno.**

**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 relative alla struttura ed alle modalità di predisposizione della Relazione sulla Performance di cui al punto precedente, di cui alla delibera 52/2012 CiVIT (ora A.N.A.C.), che prevedono – tra l’altro – che la relazione sia predisposta entro il 30 giugno e che sia trasmessa agli organismi competenti entro il 15 settembre;
- 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);
- altresi la deliberazione del Direttore Generale n. 244 del 28/06/2019, di “Presa d'atto esiti valutazione dell'O.I.V. relativa al conseguimento obiettivi attribuiti per l'anno 2018 ai dipartimenti, strutture complesse e semplici dipartimentali e alla valutazione della performance individuale del personale ASL NO”;
- VISTO** il comma 522 della Legge 28 dicembre 2015, n. 208;
- ESAMINATA** la Relazione sulla Performance predisposta della s.s.d. Governo Clinico e Sviluppo Strategico, con il supporto delle singole strutture aziendali per quanto di competenza, in coerenza con la delibera CiVIT (ora A.N.A.C.) n. 52/2012 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 2018, come da documentazione 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:

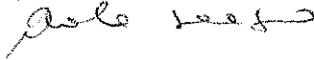


1. **di approvare e adottare** il documento allegato quale parte integrante e sostanziale al presente provvedimento, denominato "Relazione Annuale sulla Performance Aziendale e sugli esiti del monitoraggio delle attività assistenziali e della loro qualità – Anno 2018";
2. **di pubblicare** sul sito istituzionale aziendale, nella sezione denominata "Trasparenza, valutazione e merito" il documento di cui al punto precedente;
3. **di trasmettere** copia della Relazione sulla Performance ed il documento di validazione da parte dell'O.I.V. agli organismi competenti.

*Il Dirigente Responsabile*

*ssd Governo Clinico e Sviluppo Strategico*

*(dott.ssa Daniela Sarasino)*



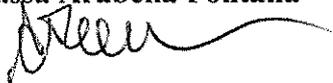
**IL DIRETTORE GENERALE**

Con il concorso dei pareri dei Direttori: Amministrativo e Sanitario, riportati in calce al presente provvedimento

**DECIDE DI APPROVARLA INTEGRALMENTE ADOTTANDOLA QUALE PROPRIA DELIBERAZIONE**

**IL DIRETTORE GENERALE**

**Dott.ssa Arabella Fontana**



**PARERI DEI DIRETTORI AMMINISTRATIVO E SANITARIO**

- VISTO** *l'art. 3, del d. Lgs. 30 dicembre 1992, n° 502, e successive modificazioni ed integrazioni;*
- VISTA** *la proposta di atto deliberativo formulata dalla Struttura **S.S.D. Governo Clinico e Sviluppo Strategico** iscritta al n° 4 in data 28/06/2019 dell'apposito registro, di cui il presente parere costituisce allegato;*
- CONSIDERATO** *che la formulazione di una proposta di atto deliberativo, impegna la responsabilità del Soggetto proponente circa la regolarità amministrativa e contabile del contenuto della deliberazione; nonché sulla legittimità della medesima;*

**I DIRETTORI: AMMINISTRATIVO E SANITARIO**

sul presupposto della legittimità e regolarità amministrativa, tecnica, nonché contabile della proposta istruttoria, attestata dal Soggetto proponente con la formulazione della proposta

*ognuno per la rispettiva competenza*

**ESPRIMONO PARERE FAVOREVOLE**

*Il Direttore Amministrativo:*

*dott. Francesco Arena*  


*Il Direttore Sanitario:*

*dott.ssa Elide Azcan*  

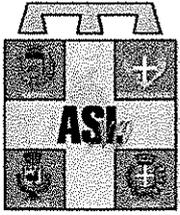



---

**ALLEGATO**  
**AL PROVVEDIMENTO R.G. N° 245 IN DATA 28 GIU. 2019**

**COMPOSTO DA N. DUECENTOSETTANTA FACCIATE**





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 2018***

Novara, 28 giugno 2019

*Relazione validata dall'OIV il 28 giugno 2019*



## 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.	7
1.5 Sicurezza sul lavoro	Pag.	8
1.6 Sicurezza stradale	Pag.	8
1.7 Sicurezza alimentare	Pag.	9
1.8 Ambienti di vita	Pag.	10
1.9 Condizioni di salute	Pag.	10
2. La struttura e l'organizzazione dei servizi	Pag.	11
2.1 Personale impiegato	Pag.	15
2.2 Attività libero professionale intra moenia	Pag.	16
3. Gli strumenti aziendali	Pag.	18
3.1 Modalità di assegnazione e monitoraggio degli obiettivi annuali nell'ASL NO	Pag.	18
3.2 Modalità di valutazione del personale	Pag.	23
4 I risultati 2017	Pag.	25
4.1 Obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi del Direttore Generale	Pag.	25
4.2 Obiettivi delle strutture dell'ASL NO	Pag.	78
4.3 Valutazione del personale	Pag.	80
5 Gli indicatori di monitoraggio dell'assistenza e della loro qualità	Pag.	82
Appendice – schede di approfondimento	Pag.	88



## 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 2018, 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 delinea la dotazione organica e l'articolazione in servizi e per macrolivelli di assistenza;
3. Gli strumenti aziendali. In questo capitolo vengono sinteticamente descritte le modalità di programmazione aziendale e monitoraggio/valutazione degli obiettivi aziendali e di valutazione del personale;
4. I risultati 2018. 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 del 2018, di cui alla DGR 26-6421 del 26 gennaio 2018 ad oggetto: "Art. 3 bis, commi 5 e ss. d. lgs n. 502/1992 e s.m.i. Assegnazione obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai direttori generali/commissari delle aziende sanitarie regionali per l'anno 2018. Approvazione criteri e modalità di valutazione", assegnati ai fini dell'attribuzione della quota integrativa del trattamento economico dei Direttori Generali delle Aziende sanitarie regionali per l'anno 2018. In particolare, rispetto a questo punto, sono ;
5. 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 2018.

---

*La stesura della relazione è stata curata dalla ssd 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 km<sup>2</sup> e dal punto di vista oro-geografico è composto prevalentemente da aree pianeggianti (pari al 77% 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.).

In attuazione all'atto aziendale di cui alla deliberazione n. 772/2015, i comuni dell'ASL NO sono raggruppati in 3 distretti, e segnatamente:



#### **Distretto Urbano di Novara**

Comune: Novara  
Superficie: 103,1 km<sup>2</sup>

#### **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, Ghemme, Gozzano, Inverio, Lesa, Maggiora, Marano Ticino, Massino Visconti, Meina, Mezzomerico, Momo, Nebbiuno, Oleggio, Oleggio Castello, Paruzzaro, Pisano, Pugno, Pombia, Sizzano, Soriso, Suno, Vaprio D'Agogna, Varallo Pombia, Veruno.  
Superficie: 558,7 km<sup>2</sup>

#### **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: 541,2 km<sup>2</sup>



## 1.2 Popolazione

*(cfr. schede sezione I - Demografia)*

I residenti sul territorio dell'ASL di Novara, al 31.12.2017, risultano 348.073. Il 44% della popolazione risiede nel Distretto Area Nord che comprende 46 Comuni<sup>1</sup>, 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.

Attualmente ogni 10 residenti, più di 2 (23%) hanno più di 64 anni e poco più di 1 (13%) meno di 15; per 100 residenti in "età attiva" (tra i 15 e i 64 anni), ce ne sono poco più della metà (57%) in "età non attiva"; dal 2000 l'indice di dipendenza risulta in aumento nel tempo, come pure l'indice di vecchiaia, su tutto il territorio, ad eccezione del Distretto Area Sud dove tale indice è sceso a 158.

All'interno dell'ASL NO, il Distretto Area Sud rappresenta il Distretto più "giovane", caratterizzandosi per i minori indici di vecchiaia e dipendenza.

Nel 2017 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). Unica eccezione il Distretto Area Sud dove il bilancio demografico risulta positivo, seppure per pochi residenti (+38 persone).

La natalità diminuisce ulteriormente (nel 2017 risulta di 7,5 neonati ogni 1.000 residenti).

Gli stranieri costituiscono da alcuni anni il 10% dei residenti con proporzioni che risultano più elevate nel Distretto Urbano di Novara (15%) rispetto a quelli di Area Nord (8%) e Area Sud (10%). Gli stranieri continuano ad essere rappresentati prevalentemente da soggetti in età produttiva e bambini: il 62% ha meno di 40 anni, il 21% ha meno di 15 anni e l'8% 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.

---

<sup>1</sup> A partire dal 01/01/2019 i Comuni diventano 45 per l'accorpamento dei comuni di Gattico e Veruno.



### 1.3 Stili di vita

(cfr. schede sezione II – Stili di vita)

#### L'abitudine tabagica

Tra i residenti dell'ASL NO, la maggior parte degli adulti non è mai stata fumatore e quasi 1 su 4 fuma. 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 in ambito domestico e anche in più di 1 casa su 2 di fumatori non è permesso fumare.

I fumatori non sono uniformemente distribuiti nella popolazione: le persone con abitudine tabagica presente o pregressa sono più frequenti negli uomini e, in entrambi i generi, tra i 35-49 anni e nelle persone con minori livelli di istruzione.

Ogni anno il tentativo di smettere di fumare riguarda quasi 4 fumatori su 10, nonostante l'attenzione dei medici e degli operatori sanitari per la prevenzione e la disassuefazione dal tabagismo siano ancora poco diffuse e non siano in aumento come invece atteso dai Piani di Prevenzione. 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

Per quanto riguarda il consumo di alcol, si stima che il 61% degli adulti tra i 18 e i 69 anni residenti nell'ASL NO consumi bevande alcoliche e il 21% lo consumi con modalità considerate a maggior rischio per la salute. Questa condizione (soprattutto con il consumo prevalentemente fuori pasto e con quello *binge*) è particolarmente diffusa tra i più giovani e nella ASL NO registra prevalenze superiori a quelle osservate in Piemonte.

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.

#### La situazione nutrizionale

A 8-9 anni circa 1 bambino su 4 è in eccesso ponderale, dato in miglioramento per l'ASL NO rispetto agli anni precedenti. Dopo l'adolescenza questa condizione di rischio per molte patologie croniche aumenta e coinvolge 1 persona su 2 tra i 50 e i 69 anni.

A qualsiasi età il consumo consigliato di frutta e verdura (almeno 5 porzioni giornaliere) è molto poco diffuso riguardando 1 persona su 10.

Anche il consumo di sole 3 o più porzioni giornaliere di frutta e verdura non coinvolge più di 1 adulto su 2 e non risulta attualmente in aumento, come invece richiesto dal Piano di Prevenzione.

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 copertura vaccinale per morbillo, parotite e rosolia nei bambini di due anni nell'ASL NO risulta attualmente pari al 95%, conforme quindi all'obiettivo previsto dal Piano Nazionale Vaccini.

L'entrata in vigore della Legge 119 sull'obbligo vaccinale ha consentito un ulteriore 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.

Analogamente la copertura vaccinale per le vaccinazioni obbligatorie (Legge 119: difterite-tetano-pertosse-poliomielite-epatite B-*haemophilus influenzae*) ha di nuovo raggiunto il livello previsto dal Piano Nazionale Vaccini, dopo qualche anno di calo.

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 pochissimi: per ciascuno di essi è in atto un accurato protocollo di conferma diagnostica, rafforzato a seguito dell'aumento delle segnalazioni registrato in Regione nel corso del 2017 (631 nuovi casi). Nell'ASL NO pare in diminuzione anche il numero di casi di varicella, forse anche a seguito di una maggior copertura vaccinale delle fasce d'età a più elevato rischio.

La copertura vaccinale antinfluenzale dei soggetti con 65 anni e più è in calo negli ultimi anni. L'ASL NO continua a registrare per i suoi residenti coperture vaccinali (stagione 2017-2018: 55%) superiori a quelle medie regionali ma i valori osservati sono ancora lontani da quello considerato ottimale (75%) per questa vaccinazione. Nella popolazione, le persone con 65 anni e più sono comunque quelle maggiormente protette con vaccinazione e la sorveglianza dei casi di sindromi influenzali continua ad individuarle come quelle con la minore incidenza di malattia.

Le malattie che più di frequente vengono contratte durante viaggi all'estero sono la Malaria e l'Epatite A. Per la prevenzione di queste e delle altre malattie diffuse nei vari Paesi del mondo, dal 1996 è attivo presso l'ASL l'Ambulatorio di Profilassi del Viaggiatore Internazionale, autorizzato dal Ministero alla somministrazione del vaccino anti-febbre gialla.

Tra il 2001 e il 2015 oltre 14.000 persone hanno utilizzato tale servizio che nel tempo ha registrato cambiamenti sia nelle caratteristiche (es. nazionalità, età) degli utenti che nelle motivazioni e destinazioni dei viaggi. Questi cambiamenti nell'attività svolta dimostrano come l'ambulatorio riesca a rispondere alle mutate richieste della popolazione residente per i viaggi internazionali.



## 1.5 Sicurezza sul lavoro

*(cfr. schede sezione IV – Sicurezza sul lavoro)*

La struttura produttiva del territorio della ASL è composto soprattutto da aziende di piccole o piccolissime dimensioni, tuttavia la maggior parte degli addetti è impiegata in aziende di medie e grandi dimensioni. Il comparto maggiormente rappresentato è quello dei Servizi con oltre di 35.000 addetti; seguono Metalmeccanica, Costruzioni, Sanità e Commercio con circa 10.000 addetti.

Gli infortuni sul lavoro anche sul territorio dell'ASL sono in diminuzione e registrano valori inferiori a quelli regionali e nazionali.

Gli infortuni gravi (mortalità o che hanno provocato un'invalidità permanente di qualunque grado) risultano più di 400 ogni anno.

Le malattie professionali denunciate risultano più di un centinaio all'anno. Negli ultimi anni le patologie muscolo scheletriche sono diventate le più frequenti, mentre quelle tumorali sono rimaste più costanti e rappresentate prevalentemente da mesoteliomi della pleura e del peritoneo, attribuibili principalmente a pregresse esposizioni ad amianto.

## 1.6 Sicurezza stradale

*(cfr. schede sezione V – Incidenti stradali)*

Il parco veicolare della Provincia di Novara è particolarmente consistente: nel 2015 ogni 10 residenti risultavano in circolazione più di 6 automobili.

L'obiettivo di salute fissato dall'Unione Europea nel "Libro Bianco" del 13 settembre 2001 era la riduzione dei morti per incidente stradale del 50% entro il 2010. Il "Quarto Programma d'azione europeo per la sicurezza stradale" ha fissato l'obiettivo di ridurre ulteriormente la mortalità per incidente stradale del 50% tra il 2010 ed il 2020. In Provincia di Novara la riduzione tra il 2010 e il 2014 è stata del 9%, valore inferiore a quello della Regione Piemonte (-19%).

La maggior parte dei soggetti morti per incidente stradale sono maschi giovani adulti. Un quarto dei decessi per incidente stradale si verificano a carico degli utenti "più deboli" della strada (20% pedoni, 6% ciclisti).

Gli incidenti che si verificano nelle ore notturne sono spesso più gravi di quelli accaduti di giorno, soprattutto nella notte di sabato.

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'etilometest 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.

### "Cassette dell'acqua"

In più della metà dei Comuni dell'ASL NO esiste una "cassetta dell'acqua", punto di erogazione automatica collegato all'acquedotto in grado di distribuire acqua refrigerata e/o gassata. Gestori delle "cassette" 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.

### Riscontri di Salmonella e Listeria negli alimenti di origine animale

Salmonella e Listeria sono responsabili di malattie a trasmissione alimentare e vengono costantemente ricercate negli alimenti di origine animale. Su oltre 230 campioni effettuati nel periodo 2014-2016, sono state riscontrate solo 2 positività per Listeria e nessuna per Salmonella. Questi risultati confermano condizioni igieniche confortanti sia negli stabilimenti di lavorazione che negli esercizi di vendita al dettaglio ottenute anche grazie alla sensibilizzazione delle industrie sui rischi microbiologici ed alla conseguente applicazione di adeguate norme igieniche.

### 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.

### 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. Tra il 2008 e il 2017 il 30% dei funghi valutati dall'Ispettorato è stato ritirato e distrutto perché non commestibile o conservato in modo inadeguato.

### 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 24 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 di residenza. 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 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 2015 risulta pari a 84,7 anni per le donne e 81,0 per gli uomini.

Negli anni l'incremento della speranza di vita si è associato ad una riduzione della differenza tra i generi: nel 2015, rispetto al 1991, la speranza di vita alla nascita è aumentata di 4,6 anni per le donne e di 8,1 anni per gli uomini, con differenze tra generi di più di 7 anni nel 1991 e di circa 4 anni nel 2015.

Tra il 1991 ed il 2015, in entrambi i generi, la speranza di vita dei residenti nell'ASL NO registra valori molto simili a quelli medi dei residenti in Piemonte.

Le *malattie dell'apparato circolatorio* e i tumori rappresentano le due principali cause di morte per entrambi i sessi e determinano circa 2 decessi su 3 degli oltre 3.500 annui che si registrano ogni anno tra i residenti dell'ASL NO. 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 34% e le malattie dell'apparato circolatorio il 33% dei 1.692 decessi maschili medi annuali del periodo.

Tra le donne, le decedute per malattie dell'apparato circolatorio sono decisamente più numerose di quelle decedute per tumore (41% vs 24% dei 1.971 decessi femminili medi annui del periodo).

Le *malattie cardiovascolari* mostrano da più di 20 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 61% 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, ma negli ultimi periodi solo per il sesso maschile.

Anche per i *tumori* la mortalità complessiva è in diminuzione in entrambi i generi.

Considerando i tumori più frequenti, la mortalità per tumore del polmone continua a diminuire tra gli uomini ed è attualmente stazionaria tra le donne; quella per tumore della mammella è in diminuzione anche grazie alla progressiva diffusione dello screening preventivo.



## 2. LA STRUTTURA E L'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI

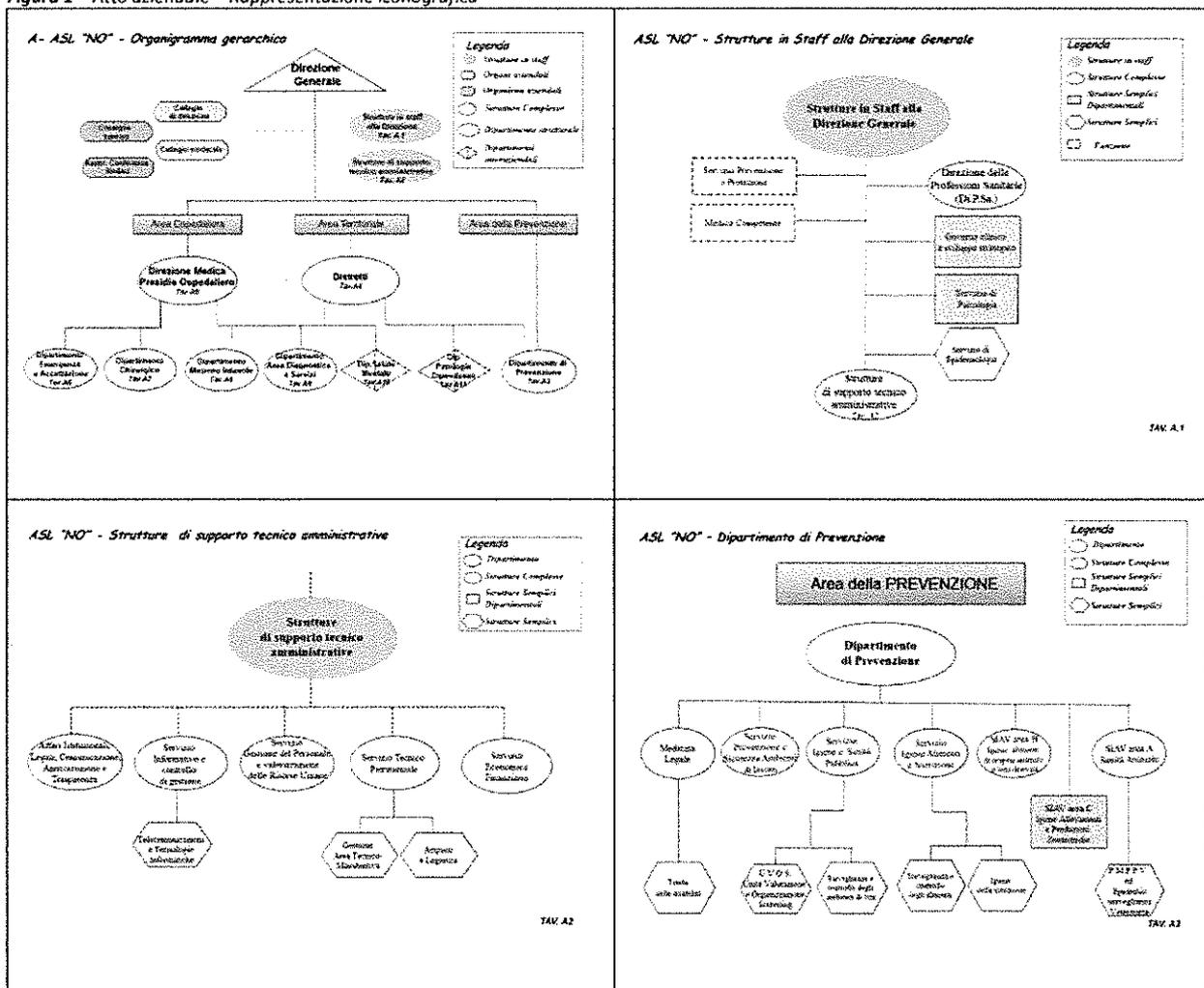
L'adeguamento complessivo dell'ASL di Novara all'Atto Aziendale approvato con la deliberazione del Direttore Generale n. 772 del 29/10/2015 a seguito del recepimento delle prescrizioni regionali di cui alla DG.R. 42-2296 del 19/10/2015 è stato conseguito entro il 31/12/2016: entro tale data erano state infatti espletate tutte le procedure per la nomina dei direttori delle strutture complesse vacanti e sono stati conferiti i relativi incarichi dirigenziali.

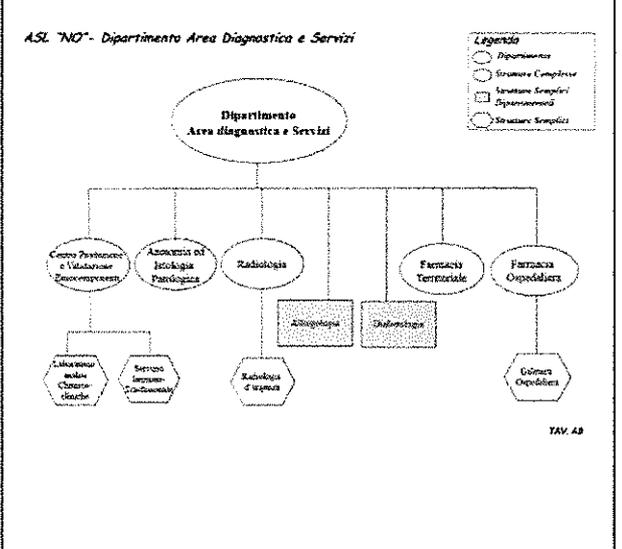
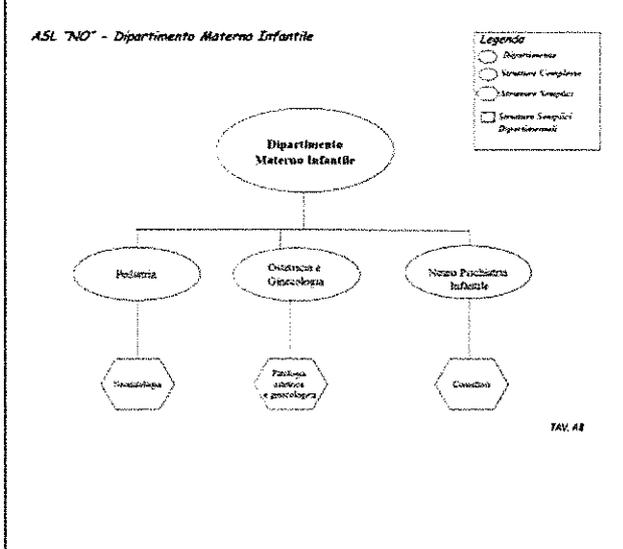
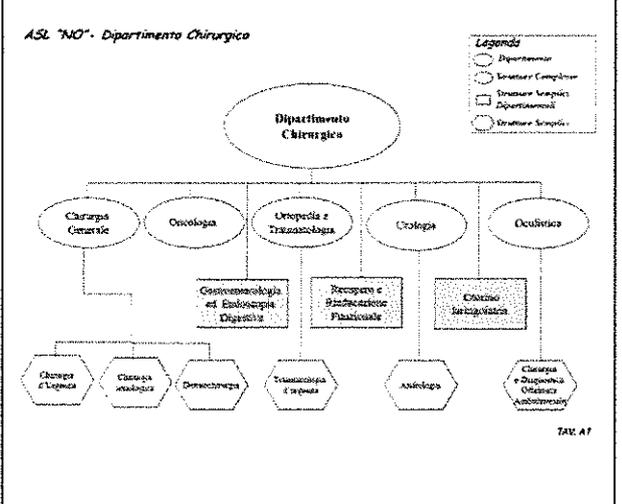
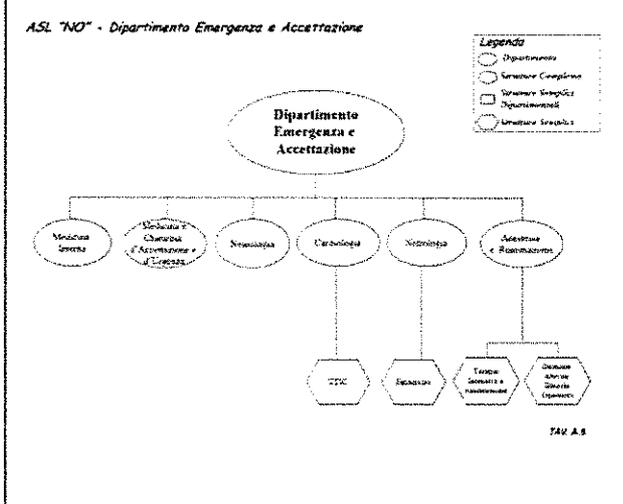
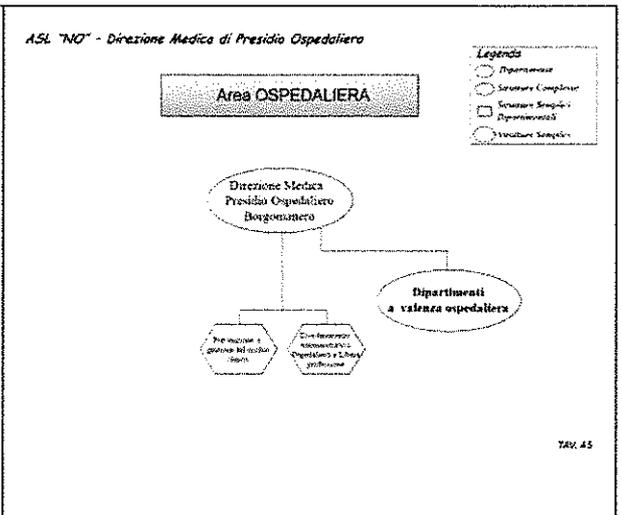
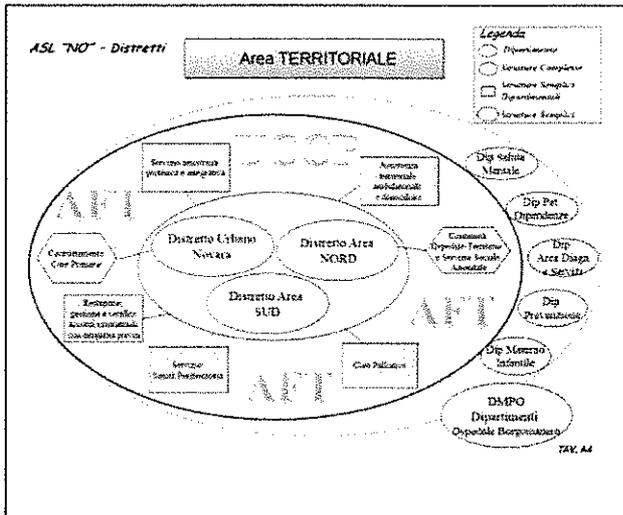
Gli incarichi di direzione dei Dipartimenti strutturali erano stati conferiti con decorrenza 01/01/2017.

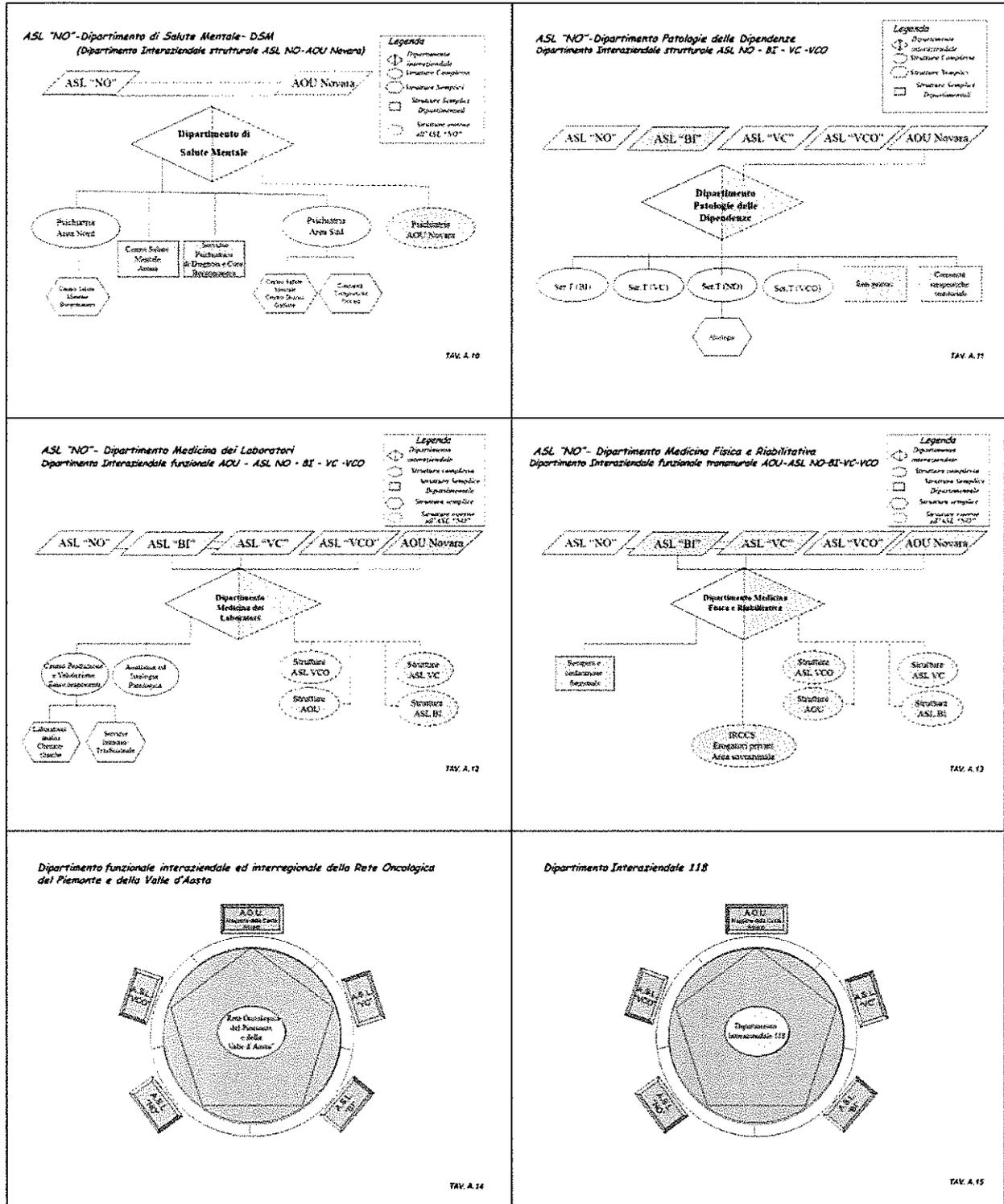
A seguito di pensionamento del Direttore della SC Neuropsichiatria Infantile è stato conferito nel mese di aprile 2018 l'incarico di Direttore della omologa Struttura.

L'organizzazione approvata, riportata nella rappresentazione iconografica che segue, è riferita al 31/12/2018.

Figura 1 – Atto aziendale – Rappresentazione iconografica







Va precisato che a seguito dell'insediamento della nuova Direzione Generale nel mese di giugno 2018 è stata avviata la revisione dell'Atto Aziendale al fine di renderlo aderente alle nuove esigenze organizzative emerse: le variazioni apportate non hanno modificato il numero delle strutture né la loro distribuzione tra le tipologie (struttura complessa e semplice) come rilevabile dalla Tab. 1 di seguito riportata.



Tabella 1 - Atto Aziendale 2019 versus 2015 – numero per tipologia di strutture (complesse e semplici)

Azienda ASL 208 – NO	Atto Aziendale 2015	Atto Aziendale 2019
Strutture Complesse Ospedaliere	18	18
Strutture Complesse non Ospedaliere	20	20
Strutture Semplici	50	50

Le variazioni apportate comprendono modifiche organizzative, revisione di denominazioni e reingegnerizzazione di SC/SSD/SS. Le novità più rilevanti riguardano:

1. il **Servizio Sociale Professionale Aziendale (SSPA)**, *funzione* collocata nel precedente Atto a livello distrettuale nella SS Continuità Ospedale-Territorio e posta ora in staff alla Direzione Generale per adeguamento alla DGR 16 febbraio 2018, n. 17-6487;
2. la individuazione di specifica *funzione* **Governo dei tempi di attesa e coordinamento delle attività del Centro Unico Prenotazioni (CUP)**, affidata alla SSD Governo Clinico e Sviluppo Strategico
3. la trasformazione della SSD Redazione, gestione e verifica accordi contrattuali con erogatori privati (collocata nel precedente Atto a livello distrettuale) in **SSD Gestione funzioni amministrative decentrate a valenza territoriale**, posta ora in staff alla Direzione Generale con centralizzazione e ridefinizione di alcune funzioni amministrative,
4. la assegnazione alla SC Medicina Legale della ASL NO di valenza di “Servizio Interaziendale ASL NO – AOU Maggiore della Carità di Novara” con denominazione: **SC Medicina Legale Servizio Interaziendale ASL NO – AOU Maggiore della Carità di Novara**;
5. la creazione di una **SS Centro Unico per lo screening Cervico Vaginale del Piemonte Orientale** della SC Anatomia Patologica; trattasi di Centro di riferimento Regionale per le letture dei Test HPV, della citologia di 1° e 2° livello e degli esami istologici delle ASL di Alessandria, Asti, Biella, Novara, Vercelli, VCO e dell’AOU Maggiore di Novara, come definito dalla DGR n.10-7040 del 27 gennaio 2014 e dalla successiva DGR n. 27-3570 del 4 luglio 2016
6. la previsione di una **SS Servizio Assistenza Integrativa e protesica** della SC Farmacia Territoriale
7. il riordino delle SS del **Dipartimento Salute Mentale**.

L’Atto Aziendale nella versione aggiornata è stato recepito con deliberazione del Direttore Generale n. 109 del 18/03/2019, è stato sottoposto alla valutazione con esito positivo da parte delle competenti strutture regionali ed è stato formalizzato e reso attuativo con Deliberazione del Direttore Generale n. 75 del 01/03/2019.

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

- 6 Poliambulatori distrettuali rispettivamente con sede in Novara, Arona, Oleggio, Borgomanero, Ghemme, Trecate;
- 4 Case della Salute rivolte all’età adulta (Arona CAP- presso il Presidio Territoriale di Arona, Antenna di Oleggio, Antenna di Ghemme, Novara) 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);
- 1 Presidio ospedaliero a Borgomanero, ospedale “spoke” con DEA di I livello, dotato di 203 pl di ricovero ordinario, 23 per ricovero diurno e 20 culle, che copre il 18,0% del fabbisogno dei residenti



dell'ASL NO; nel 2018 ha registrato circa 11.633 dimessi, 8.069 interventi chirurgici e 45.639 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 una cinquantina di presidi convenzionati eroganti assistenza semi-residenziale e residenziale per anziani, disabili ed altri utenti.

## 2.1 Personale impiegato

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

Tabella 2 – Andamento personale dipendente ASL NO, per qualifica. Periodo 2014-2018

Raggruppamento Qualifica	Dipendenti				
	31/12/2014	31/12/2015	31/12/2016	31/12/2017	31/12/2018
Medici – Veterinari	299	295	312	308	313
Odontoiatri e altro personale sanitario laureato	28	28	26	28	29
Personale dirigente sanitario non medico	1	1	1	1	1
Personale infermieristico	752	741	746	759	764
Personale riabilitativo	71	71	71	69	73
Altro personale sanitario	122	114	128	134	130
Personale professionale dirigente	3	3	3	3	3
Personale tecnico dirigente	1	1	1	1	1
Personale tecnico comparto	206	206	209	218	244
Personale amministrativo dirigente	9	8	8	8	8
Personale amministrativo comparto	269	263	262	266	273
<b>Totale complessivo</b>	<b>1.761</b>	<b>1.731</b>	<b>1.767</b>	<b>1.795</b>	<b>1.839</b>



**MEDICINA GENERALE**

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.

Tabella 3 – Medici Cure Primarie – previsione anno 2019

	MEDICI di MEDICINA GENERALE	PEDIATRI di LIBERA SCELTA	MEDICI di CONTINUITA' ASSISTENZIALE (GUARDIA MEDICA)	TOTALE MEDICI IN CONVENZIONE PER LE CURE PRIMARIE
ANNO 2019 previsione	253	36	57 unità equivalenti (*)	346
Distretto urbano di Novara	82	11	16	109
Distretto area Sud	59	8	15,5	82,5
Distretto area Nord	112	17	25,5	154,5

(\*) Continuità assistenziale: la somma dei massimali, diversificati individualmente, dei Medici effettivamente convenzionati risulta pari a quella di n.59 Medici con massimale standard di 24h./sett.

Tabella 4 – Specialisti ambulatoriali convenzionati – previsione anno 2019

AREA DELLA MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE	
ANNO	SPECIALISTI AMBULATORIALI CONVENZIONATI a tempo indeterminato e determinato (DI CUI PSICOLOGI)
2019 previsione	66 (14)

## 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. Igvo 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); con regolamento aziendale aggiornato con deliberazione n. 234 del 18.10.2017.

**L'attività libero professionale intra moenia si svolge:**

**1-In regime di attività ambulatoriale:**

**1A Individuale** presso:

- le strutture dell'ASL NO (Ospedale di Borgomanero e Strutture Territoriali)
- n. 32 Studi Privati in rete regolarmente autorizzati previa convenzione sottoscritta dal dipendente e dal Direttore Generale, ai sensi della L. 189/12;
- n. 18 Centri Privati non accreditati in rete con l'ASL NO previa stipula di accordo convenzionale.

**1B 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

**Dati attività LP al 31.12.2018**

Di seguito si riportano i dati riferiti ai dipendenti che esercitano l'attività libero professionale intra moenia alla data del 31 dicembre 2018 confrontandoli con i dati del personale dipendente forniti dal Servizio Personale:

*Tabella 4 – Attività libero professionale intramoenia – Anno 2018*

Esercizio libera professione presso:	Nr. Dirigenti Medici	Nr. Dirigenti sanitari Psicologi	Nr. Dirigenti Veterinari	TOTALE Dirigenti esercitanti la libera professione
Solo in strutture dell'ASL sia in modo individuale che in equipe compresa attività di Laboratorio Analisi e CPVE	60	3	0	63
Sia in strutture ASL per attività di ricovero che in studi in rete e presso Centri Privati non accreditati	66	0	2	68
<b>Totale</b>	<b>126</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>131</b>

*Tabella 5 – Incidenza dirigenti svolgenti la libera professione rispetto al totale dei dipendenti – Anno 2018*

Dirigenti medici che esercitano la libera professione	TOTALE Dirigenti medici in servizio presso l'ASL NO in rapporto esclusivo al 31.12.2018	% Dirigenti medici che esercita la libera professione
126	272	46%
Dirigenti Veterinari che esercitano la libera professione	TOTALE Dirigenti Veterinari in servizio presso l'ASL NO in rapporto esclusivo al 31.12.2018	% Dirigenti Veterinari che esercita la libera professione
2	28	7%
Dirigenti sanitari (psicologi) che esercitano la libera professione	TOTALE Dirigenti Sanitari (psicologi) in servizio presso l'ASL NO in rapporto esclusivo al 31.12.2018	% Dirigenti sanitari (psicologi) che esercita la libera professione
3	15	20%



### 3 GLI STRUMENTI AZIENDALI

#### 3.1 Modalità di assegnazione e monitoraggio degli obiettivi annuali nell'ASL NO

##### Sistema di programmazione, monitoraggio e valutazione degli obiettivi aziendali

Il processo di pianificazione e programmazione in ASL è suddiviso in 3 fasi fondamentali: programmazione, esecuzione/gestione, controllo/verifica e consente:

- A. l'impostazione di obiettivi strategici
- B. la definizione di obiettivi di carattere operativo economico-patrimoniale e finanziario (budget)
- C. la valutazione dei risultati collegati (reporting e analisi degli scostamenti) rispetto agli obiettivi

Nella tabella 6 è riportata la matrice delle responsabilità per garantire il processo di programmazione e monitoraggio all'interno dell'ASL NO.

Tabella 6 - Matrice di attività e responsabilità per garantire la funzione di controllo di gestione dell'ASL NO.

Responsabilità Attività	Direzione strategica	Servizio Informativo e Controllo di gestione	Gruppo di monitoraggio	Direttori DIP/SC	OIV
<b>1. Fase di programmazione</b>					
Definizione Piano di attività dipartimentale, con esplicitazione obiettivi				31 gennaio	
Approvazione proposta scheda di budget	marzo		marzo		
Valutazione proposta scheda di budget				marzo	
<b>2. Fase di negoziazione</b>					
Negoziare con la Direzione strategica	marzo			marzo	
Definizione schede di budget definitive		aprile			
Comunicazione e deliberazione obiettivi di budget		aprile			
<b>3. Fase di gestione e verifica</b>					
Diffusione obiettivi nell'ambito della propria struttura				maggio	
Integrazione obiettivi in caso di ulteriori specifiche regionali	in corso anno		in corso anno		
Monitoraggio periodico		giugno, settembre, dicembre	giugno, settembre, dicembre		
Comunicazione esiti monitoraggio		giugno, settembre, dicembre	giugno, settembre, dicembre		
Verifica finale raggiungimento obiettivi				annuale	Entro il 31 luglio anno successivo
Stesura relazione Performance			giugno anno successivo		Validata entro il 31 luglio anno successivo

**Direzione strategica:** Direttore Generale, Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo

**Controllo di gestione:** funzione garantita nell'ambito della s.c. Servizio informativo e Controllo di Gestione, con personale dedicato

**Gruppo di monitoraggio:** coincidente con la struttura tecnica permanente di supporto all'OIV

**Servizio Informativo e controllo di gestione:** struttura complessa di supporto tecnico-amministrative, con personale dedicato

**Direttori DIP/SC:** direttori di dipartimento e di struttura (complessa, semplice o dipartimentale)

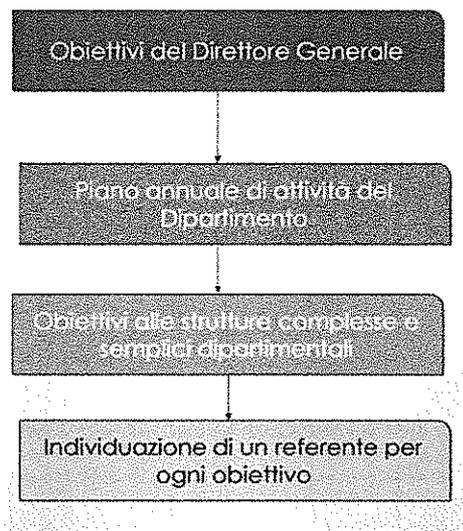
**Organismo Indipendente di Valutazione (OIV):** costituito da tre componenti esterni. Si interfaccia con il Direttore Generale e il gruppo di monitoraggio che fornisce la documentazione di supporto



### **A e B) Impostazione di obiettivi strategici e definizione di obiettivi di carattere operativo economico-patrimoniale e finanziario (budget)**

L'ASL NO, al fine di delineare un effettivo percorso di miglioramento della performance, ha costruito il proprio sistema di definizione e assegnazione degli obiettivi in una logica di attribuzione a cascata. Tenendo conto degli indicatori di performance nazionali (Piano Nazionale Esiti, ecc), delle indicazioni regionali (Programmi Operativi, Obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai fini del riconoscimento della quota integrativa al trattamento economico assegnati annualmente ai Direttori Generali delle Aziende sanitarie Regionali, specifiche direttive regionali, Programma regionale per il governo dei tempi di attesa, ecc) e della analisi aziendale della strategia da seguire, ogni anno sono identificate le principali aree di azione e, conseguentemente, gli obiettivi da perseguire.

Gli indicatori sono attribuiti secondo la logica sinteticamente rappresentato nella figura seguente.



In particolare, annualmente il Direttore di Dipartimento sentiti i Direttori/Responsabili di struttura, predispone il Piano annuale delle attività del Dipartimento, sulla scorta delle indicazioni strategiche e delle eventuali criticità rilevate nell'ambito del Dipartimento.

Il Piano, come previsto dal provvedimento aziendale n. 967 del 20 novembre 2009, prevede la definizione di:

- **obiettivi annuali** che si intendono perseguire nel corso dell'anno, tenuto conto degli indirizzi aziendali e di eventuali criticità rilevate;
- **documenti di indirizzo** che si intendono sviluppare nel corso dell'anno (PDTA trasversali, procedure, check list, ecc)
- **innovazioni organizzative**: in cui sono descritti i cambiamenti fondamentali nella logica organizzativa che risultano o che generano un cambiamento nel comportamento – ad es. adozione del week-surgery, organizzazione dipartimentale degli ambulatori, ecc – incluse le innovazioni tecnologiche ossia l'acquisizione di una tecnologia/dispositivo/farmaco prima non in uso presso la struttura considerata, che si intende introdurre;
- **progetti di ricerca**: in corso o in programma
- **audit clinici e organizzativi**: che si intendono effettuare nel corso dell'anno, per struttura organizzativa, privilegiando processi trasversali almeno al dipartimento;
- **gruppi di lavoro** attivi;
- **indicatori** da monitorare per ciascuna struttura organizzativa. Per ogni obiettivo definito deve essere specificato almeno un indicatore.

Ad ogni struttura aziendale vengono quindi assegnati gli obiettivi di competenza, anche tenuto conto di quelli indicati nei Piani di attività dei Dipartimenti.

Nell'ambito della singola struttura il Direttore/Responsabile identifica per ogni obiettivo uno o più responsabili/referenti, con il ruolo di:

- garantire il monitoraggio della realizzazione;
- raccogliere/predisporre le evidenze documentali a supporto del raggiungimento dell'obiettivo.

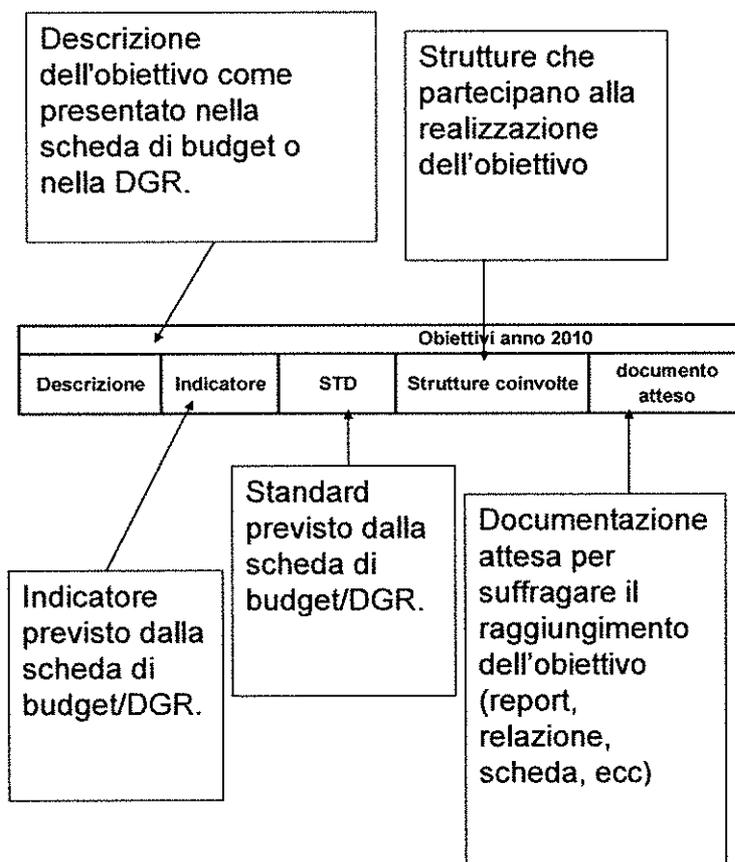
Per ogni obiettivo è altresì definito, solitamente dal gruppo di monitoraggio in accordo con il Direttore/Responsabile di struttura, il rendicontatore dell'obiettivo, ovvero chi si occupa di rendicontare lo stato di realizzazione dell'obiettivo.

Gli obiettivi sono organizzati secondo tre prospettive di riferimento:

- economicità e attività;
- appropriatezza e qualità;
- innovazione e sviluppo.

La scheda tipo, per ogni obiettivo, prevede:

- la descrizione dell'obiettivo;
- l'indicatore utile per la valutazione del raggiungimento dell'obiettivo;
- lo standard, che rappresenta il target, ovvero il valore atteso dell'indicatore;
- le eventuali strutture coinvolte nella realizzazione dell'obiettivo;
- la documentazione attesa, ovvero l'evidenza documentale che suffraga l'avvenuta realizzazione/raggiungimento dell'obiettivo.



### C) Controllo dei risultati

Il controllo dei risultati presuppone il decentramento delle decisioni, la specificazione di obiettivi e standard di risultato, la misurazione dei risultati della gestione in termini quantitativi e la valutazione dei responsabili in funzione degli obiettivi raggiunti.

L'attività di controllo dei risultati è sintetizzabile in quattro punti cardine:

1. **Misurare** la situazione attuale e compararla con il piano generale;
2. **Valutare** le cause di scostamento tra quanto programmato e quanto realizzato;
3. **Identificare i possibili interventi correttivi sulle azioni o sugli obiettivi**; tali interventi possono essere orientati a mettere in atto azioni correttive o a modificare gli obiettivi assegnati (fase di feedback)
4. **Stimare il punto di arrivo**; proiettando sul futuro i risultati ottenuti, è possibile prevedere i risultati attesi di fine esercizio.

Dal 2014, al fine di coordinare efficacemente il sistema di monitoraggio aziendale, è attivo un sistema di monitoraggio e *reporting* delle attività aziendali – denominato Cruscotto ASL NO.

Nell'applicativo sono presenti tutti gli obiettivi di budget, gli obiettivi assegnati al Direttore Generale, le attività messe in atto per garantire la trasparenza e la prevenzione della corruzione e specifiche attività trasversali all'azienda (es. azioni per l'implementazione e il monitoraggio della rete oncologica).

L'applicativo viene utilizzato da:

- singoli garanti di obiettivo, per aggiornare in tempo reale le attività in corso,
- Direttori/Responsabili di struttura, per valutare la situazione dei propri obiettivi di struttura in tempo reale,
- gruppo di monitoraggio aziendale e dalla Direzione Generale per supervisionare l'intero processo,
- OIV.

Tutte le attività inserite nel Cruscotto sono composte di 2 parti:

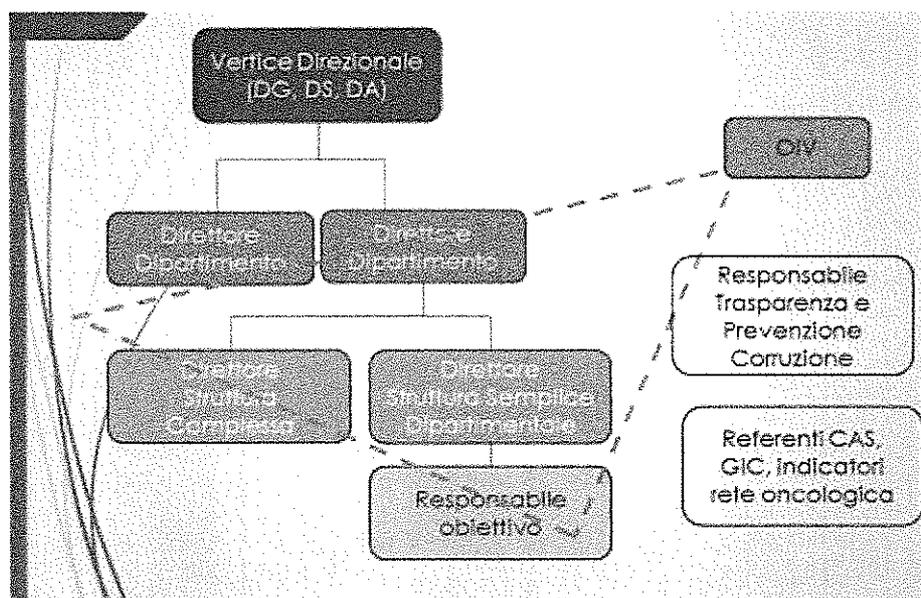
1. parte pre-compilata: dove sono descritti obiettivi, indicatori e standard tratti dagli obiettivi di budget o dagli obiettivi assegnati all'ASL NO, se NON compresi nella scheda di budget, responsabile dell'obiettivo e rendicontatore
2. parte che deve essere compilata a cura del responsabile dell'obiettivo/attività, secondo i seguenti punti:
  - a. nel caso di indicatori quantitativi, il valore dell'indicatore rilevato ad una data prestabilita
  - b. nel caso di indicatori qualitativi: le azioni intraprese/ultimate fino alla data prestabilita per raggiungere l'obiettivo (in sintesi).
  - c. le "motivazione scostamento" i direttori potranno segnalare eventuali criticità riscontrate nella realizzazione di ogni obiettivo. Tale segnalazione può comprendere variabili esterne (nuove leggi, incremento della domanda, ecc.) e variabili interne (scostamenti dalle risorse di personale, tecnologie, ecc.).

Nella figura sottostante è riportato un esempio della schermata di sintesi del Cruscotto ASL NO visibile da un direttore di struttura (sono stati schermati i dati identificativi):



CODICE	DESCRIZIONE	DATA INIZIO	DATA FINE	STATO	PROG.	REVISIONI	PROG. RESPONSABILE	COORDINATORE	STRUTTURA S.C.	PROSSIMA
1004	INFD	08/06/2018	31/05/2018	...	...	...	...	...	S.C. Programmazione e controllo della attività ospedaliere	...
1005	INFD	08/06/2018	31/05/2018	...	...	...	...	...	S.C. Assistenza e attività pediatrica	...
1006	INFD	08/06/2018	31/05/2018	...	...	...	...	...	S.C. Direzione Medica P.P.S.O.R.	...
1007	INFD	08/06/2018	31/05/2018	...	...	...	...	...	S.C. Direzione Medica P.P.S.O.R.	...
1008	INFD	08/06/2018	31/05/2018	...	...	...	...	...	S.C. Servizio Oncologico Oncologico	...
1009	INFD	08/06/2018	31/05/2018	...	...	...	...	...	S.C. Sistema Informativo	...
1010	INFD	08/06/2018	31/05/2018	...	...	...	...	...	S.C. Assistenza e attività pediatrica	...

Tutta l'attività di rendicontazione, e la relativa documentazione a supporto, sono visibili alle diverse figure interessate, secondo la logica schematicamente descritta nella figura sottostante.



In particolare, oltre al Vertice Direzionale e all'OIV, alcune figure trasversali hanno la visibilità delle specifiche attività: ad esempio il responsabile della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione vede tutte le azioni relative a tale argomento che implementano le strutture nel corso dell'anno.

In un'ottica di *Clinical Governance* l'esito del monitoraggio degli indicatori, effettuato ad opera del Dipartimento, viene condiviso con la Direzione ed il Collegio di Direzione al fine di trovare soluzioni integrate per ridurre eventuali scostamenti.

## 3.2 Modalità di valutazione del personale

### Valutazione personale dirigente

Le valutazioni del personale dirigenziale si svolgono secondo i criteri, con le modalità ed attraverso gli Organismi di seguito indicati.

Le verifiche e le conseguenti valutazioni si distinguono metodologicamente in:

- a.) **verifica della capacità professionale**, ovvero quella deferita al Collegio Tecnico, di cui attualmente all'art. 26 comma 2 dei Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro 3/11/2005 ed ha come oggetto:
  - sia l'attività professionale del singolo dirigente, in sé e per sé, considerata (ossia: indipendentemente dall'incarico ricoperto);
  - sia i risultati "assoluti" di tale attività (ossia: i prodotti materiali dell'attività, che non costituiscano il raggiungimento degli obiettivi assegnati);
- b.) **verifica della capacità organizzativa**, coincide con quella prevista all'art. 26 comma 3 dei Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro 3/11/2005 ed è prevista per i soli Dirigenti dotati di autonomia gestionale, avente come oggetto il risultato complessivo (globale) della gestione delle risorse assegnate;
- c.) **verifica del raggiungimento degli obiettivi**, che concerne:
  - per i Dirigenti con direzione di struttura (complessa o semplice dipartimentale), la realizzazione dei programmi/obiettivi assegnati alla struttura;
  - per gli altri Dirigenti il conseguimento degli obiettivi prestazionali, assegnati al dirigente quale agente singolo.

La verifica del "raggiungimento degli obiettivi" [misurazione e valutazione annuale della performance individuale] compete all'O.I.V. ai sensi del D.Lgs. 150/2009;

### Gli strumenti

Lo strumento operativo attraverso il quale si articolano le procedure di verifica è costituito dalle apposite schede di valutazione (annuale, di fine incarico e per le altre finalità di cui all'art. 26 dei Contratti Collettivi Nazionali 3 novembre 2005 della Dirigenza) per gli incarichi di direzione di struttura e non, per le diverse aree dirigenziali.

La scheda è composta da 5 aree che indagano competenze e comportamenti, per un punteggio complessivo massimo pari a 45. Le aree di valutazione sono:

- Partecipazione alle attività della struttura (partecipazione al raggiungimento degli obiettivi, rispetto dei regolamenti e delle direttive aziendali, capacità di risolvere problemi)
- Sviluppo professionale, anche relativamente alla formazione
- Capacità di relazionarsi (relazioni interne, relazione esterne, gestione dei conflitti)
- Capacità di collaborazione e lavoro di squadra (disponibilità a collaborare, apporto positivo ai gruppi di lavoro)

Nel caso in cui il Dirigente abbia un incarico di responsabile di Struttura Semplice o incarico di alta specializzazione, oltre alla citata scheda, è previsto che il responsabile della struttura a cui il Dirigente afferisce attribuisca specifici obiettivi annuali e pluriennali. Annualmente il responsabile produce relazione relativa allo stato di raggiungimento degli obiettivi stessi.

Nel caso dei Direttori di struttura Complessa, al fine di integrare la valutazione del Direttore di struttura, nella scheda di budget sono previsti, già da alcuni anni, indicatori per la valutazione dell'efficacia del modello gestionale di cui all'art. 27, 1° comma, punto 1, CCCNL 3.11.2005.



In particolare vengono valutate le seguenti capacità gestionali del Direttore di struttura:

- Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane;
- Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio;
- Capacità di garantire la comunicazione interna.

La scelta di prevedere indicatori in grado di "leggere" la capacità gestionale del Direttore rappresenta uno strumento il più possibile oggettivo, fondamentale nella scelta di confermare, rinnovare o revocare la responsabilità di una struttura.

#### **Valutazione personale area del Comparto**

La valutazione del personale afferente all'area del comparto si svolge secondo i criteri, con le modalità ed attraverso gli Organismi di seguito indicati.

Analogamente alla dirigenza, il sistema di valutazione del comparto dell'ASL NO prevede sia la valutazione della performance organizzativa che la valutazione della performance individuale.

La valutazione della performance organizzativa si basa sulla valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura (sc/ssd) cui afferisce il personale. Nello specifico si prevedono due modalità di assegnazione degli obiettivi, a seconda del ruolo ricoperto:

- professionisti con Posizione Organizzativa, per i quali il valutatore predispone una scheda obiettivo, tenuto conto della proposta di scheda di budget assegnata alla sc/ssd a cui afferisce il valutato e, ove pertinente, a quella della s.c. Direzioni delle Professioni Sanitarie (DiPSa).
- restante personale (categorie DS senza posizione organizzativa, D, C, BS, B e A). In questo caso gli obiettivi non sono assegnati al singolo operatore, ma si adotta la modalità di assegnazione all'aggregato di professionisti di riferimento.

La valutazione della performance individuale, viene misurata attraverso una scheda di valutazione individuale, differenziata a seconda dell'Area e della categoria di appartenenza del professionista.

L'impianto valutativo prevede che, in prima istanza, il soggetto sia valutato dal responsabile gerarchicamente sovraordinato.

Le modalità di valutazione prevedono tre momenti distinti:

- autovalutazione,
- eterovalutazione,
- valutazione condivisa.



## 4. I RISULTATI 2018

### 4.1 OBIETTIVI ECONOMICO-GESTIONALI, DI SALUTE E DI FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI DEL DIRETTORE GENERALE

Il Direttore Generale dell'ASL NO ha perseguito gli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai fini del riconoscimento della quota integrativa al trattamento economico per l'anno 2018, corredati dei necessari criteri di valutazione, assegnati con DGR n. 26-6421 del 26 gennaio 2018.

Gli obiettivi assegnati, in alcuni casi ripartiti in alcuni sub-obiettivi, sono suddivisi in 7 tipologie articolate come segue:

<b>Obiettivo</b>	<b>sub-obiettivo</b>
<b>1. Budget</b>	1.1 Attuazione della programmazione
<b>2. Prossimità e integrazione dei percorsi</b>	2.1 Attivazione 100% delle Case della Salute programmate 2.2 Linee di indirizzo del Piano Regionale Cronicità
<b>3. Accessibilità</b>	3.1 Tempi di attesa Ricoveri 3.2 Tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali 3.3 Riduzione del tempo di permanenza dei pazienti in DEA/PS
<b>4. Qualità dell'assistenza</b>	4.1 Area osteomuscolare 4.2 Tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di IMA STEMI 4.3 Appropriata nell'assistenza al parto 4.4 Area chirurgia generale: colecistectomia laparoscopica 4.5 Screening oncologici 4.6 Donazioni d'organo 4.7 Umanizzazione
<b>5. Gestione spesa: farmaci e DM</b>	5.1 Assistenza Farmaceutica Territoriale ed Ospedaliera: appropriatezza prescrittiva 5.2 Miglioramento della qualità del flusso informativo dei dispositivi medici 5.3 Contenimento della spesa aziendale per l'acquisto di dispositivi medici
<b>6. Trasparenza e anticorruzione</b>	6.1 Dichiarazione pubblica d'interessi
<b>7. Digitalizzazione</b>	7.1 Fascicolo sanitario elettronico e SoL

Per ciascun sub-obiettivo vengono proposti:

- una sintetica descrizione di quanto indicato nella D.G.R. n. 26-6421/2018;
- 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 2018 (RISULTATO);
- i documenti più rilevanti prodotti in corso d'anno che comprovano azioni e risultati conseguiti (allegati). Tali documenti sono disponibili agli atti per eventuale consultazione.



**1. Budget****1.1. OBIETTIVO Attuazione della programmazione – ASL/AO/AOU****DESCRIZIONE**

Gli Enti del SSR in applicazione alle linee di programmazione sanitaria regionale, nel rispetto delle normative regionali e nazionali vigenti (es. D.Lgs 118/2011 e smi) e delle risorse assegnate con la D.G.R. n. 113 – 6305 del 22 Dicembre 2017 e s.m.i., dovranno assicurare il sostanziale pareggio di bilancio aziendale sia in sede di adozione dei Bilanci Preventivi economici, sia in itinere nei Conti Economici Trimestrali che, in particolare, in sede di adozione del Bilancio d'esercizio aziendale a consuntivo.

**INDICATORE**

1. Spesa consuntiva 2018 (costi al netto delle componenti finanziarie e straordinarie attive, ed inclusivi delle rettifiche dei contributi c/esercizio per destinazione investimenti non finanziati da specifici atti regionali);
2. Produzione sanitaria consuntiva 2018 (attività di Ricovero, Ambulatoriale e PS non seguito da ricovero).

**VALORE DELL'OBIETTIVO**

- Sub-obiettivo 1): Spesa consuntiva 2018 (costi al netto delle componenti finanziarie e straordinarie attive, ed inclusivi delle rettifiche dei contributi c/esercizio per destinazione investimenti non finanziati da specifici atti regionali) poste pari o inferiore rispetto alla programmazione declinata per componenti economiche nel Bilancio Preventivo 2018.
- Sub-obiettivo 2): Produzione sanitaria consuntiva 2018, prestazioni di Ricovero e Ambulatoriali e PS non seguito da ricovero, pari o superiore rispetto alla programmazione definita nei Piani di efficientamento 2018 delle AO e dei presidi a gestione diretta delle ASL.

**AZIONI**

In relazione al sub-obiettivo 1 del Direttore Generale si sottolinea che:

- l'ASL di Novara storicamente risulta l'Azienda Sanitaria piemontese con la quota capitaria di minor entità
- anche per il 2018 è l'Azienda con la quota pro-capite più bassa
- la minor quota pro-capite rispetto alle altre ASL ed alla media regionale si concretizza in circa 153 euro in meno rispetto alla media regionale per ciascun cittadino con un conseguente minor finanziamento complessivo di circa 53 milioni di euro.

Tanto premesso, si precisa che al fine di perseguire gli obiettivi di programmazione assegnati, l'ASL NO ha attuato le seguenti azioni:

- programmazione e realizzazione degli investimenti sanitari per fonti di finanziamento: in aderenza al Piano Attuativo di Certificabilità dei Bilanci, con Deliberazione nr 238 del 26 ottobre 2017 era stato approvato il Piano Investimenti 2018 riguardante il triennio 2018-19-20. Successivamente, in data 23 maggio 2018, con Deliberazione nr 102, è stato revisionato il predetto Piano al fine di adeguarlo all'autorizzazione regionale di impiego dell'utile 2016 di cui alla DGR 22-6746 del 13 aprile 2016 e di aggiornarlo rispetto alle esigenze sopravvenute nel corso del 2018. Con l'autorizzazione all'impiego dell'utile 2016, si è potuta ridurre l'entità dello storno della quota FSR destinata ad investimenti. Il Piano è completo di tutti gli investimenti programmati per l'anno e per ciascun intervento/acquisto è indicata la fonte di finanziamento.
- monitoraggio continuo e costante dell'eventuale contenzioso aziendale, finalizzato a identificare e realizzare le iniziative necessarie per mitigare l'eventuale rischio di soccombenza ed assicurare l'adeguatezza degli accantonamenti ai fondi rischi e oneri iscritti nei bilanci di esercizio: trimestralmente, in sede di predisposizione dei Bilanci di verifica, viene analizzato dal Servizio Legale il contenzioso e confrontato, insieme al Servizio Economico Finanziario, con gli accantonamenti iscritti in Bilancio al fine di effettuare eventuali adeguamenti che dovessero essere reputati necessari.



**RISULTATO****Sub-obiettivo 1**

Il Bilancio di Verifica presenta una perdita di euro 2.696.153, ascrivibile a diversi macro fattori:

- minor finanziamento pro capite dell'ASL di Novara;
- costi per prestazioni socio sanitarie finanziabili dal settore politiche sociali che non trovano copertura nel finanziamento assegnato. I costi iscritti per tali prestazioni ammontano complessivamente ad euro 2.708.477.

Si evidenzia che se il Settore Politiche Sociali avesse già assegnato il finanziamento per quest'ultima posta di Bilancio, questa Azienda avrebbe potuto chiudere il Bilancio di verifica in utile. Pertanto al netto degli extra LEA il risultato di esercizio del pre-consuntivo è da considerarsi pari ad un utile di euro 12.324.

Occorre inoltre sottolineare che la perdita registrata nel Bilancio di Verifica del 31-12-2018 risulta inferiore sia a quella preventivata con Deliberazione nr 28 del 31-01-2018 di approvazione del Bilancio di Previsione 2018 sia a quella iscritta nella revisione della Previsione che la Regione chiese nel corso del mese di ottobre 2018 (-16,5 milioni era la perdita preventivata a gennaio, -12,3 milioni era quella preventivata in sede di revisione). Il miglior risultato deriva da diverse concause: dalle azioni poste in essere dall'Azienda per contenere la spesa, dall'assegnazione di una maggior quota di finanziamento regionale, dai minori investimenti realizzati in autofinanziamento rispetto a quelli preventivati con conseguente minor storno di quota FSR destinata ad investimenti.

Anche i Costi Operativi (Costi al netto di poste straordinarie, finanziarie e oneri fiscali) registrati a fine anno risultano inferiori a quelli preventivati (-8,8 milioni di euro rispetto alla Previsione deliberata a gennaio 2018, -4,3 milioni di euro rispetto alla revisione della Previsione).

**Sub obiettivo 2**

Dalle tabelle seguenti si evince come la produzione sanitaria consuntiva 2018, prestazioni di ricovero e ambulatoriali e PS non seguito da ricovero, risulti superiore rispetto alla programmazione definita nei Piani di efficientamento 2018 delle AO e dei presidi a gestione diretta ASL di euro 339.743,00, ovvero in linea con lo standard previsto.

**CP Sperimentale Previsionale anno 2018 - Istituto 010006 SS. Trinità Borgomanero**

		Valore/1000
RT0001	totale valorizz.tariffaria prestazioni ricovero ospedaliero SSR	31.392,25
RT0002	totale valorizz.tariffaria prestazioni ambulatoriali SSR	15.160,41
RT0003	totale valorizz.tariffaria prestazioni PS SSR	1.783,08
AA0940	ticket	4.142,07
<b>Attività di ricovero, ambulatoriale e PS non seguito da ricovero programmata</b>		<b>52.477,81</b>

**Produzione sanitaria consuntiva 2018**

Fonte: flussi validati inviati entro il 28/01/2019

Flusso	Prestazione	Valore (incluso ticket e quota)
SDO	Prestazioni di ricovero - HSP 010006/00	31.629.663,06
C	Prestazioni ambulatoriali - STS11 000249	18.648.052,89
C2	PS non seguito da ricovero	2.539.837,25
<b>Attività di ricovero, ambulatoriale e PS non seguito da ricovero - consuntivo</b>		<b>52.817.553,20</b>

Allegati: (Allegato 1.1  1.1)



**2. Prossimità e integrazione dei percorsi****2.1 OBIETTIVO Attivazione delle Case della Salute programmate - ASL****DESCRIZIONE**

Con la D.G.R. n. 3-4287 del 29.11.2016 sono state definite le linee d'indirizzo ed individuate le risorse per la sperimentazione delle Case della Salute (CS) sul territorio regionale. In attuazione a tale provvedimento le ASL piemontesi hanno provveduto alla definizione dei rispettivi progetti CS in ambito distrettuale, sulla base dello schema-tipo regionale, proponendo complessivamente n. 66 progetti.

Nell'ambito dei progetti, nonché di successivo incontro regionale, le Direzioni ASL hanno previsto l'attivazione/potenziamento entro il 2017 di 44 CS delle restanti 22 nel corso del 2018.

**INDICATORE**

1. Numero strutture attivate e/o potenziate su numero strutture da attivare entro il 31.12.2018 come da determinazione regionale di validazione dei progetti.
2. Presentazione relazione di attività e costi sostenuti per l'avvio e/o lo sviluppo delle CS nel 2018 entro il 31.01.2019, secondo lo schema-tipo regionale; primo monitoraggio degli indicatori di processo e di esito, come previsti dalla determinazione regionale di validazione dei progetti CS.

**VALORE DELL'OBIETTIVO**

1. Attivazione, entro il 31 dicembre 2018, del 100% delle CS come da crono- programma contenuto nella scheda-progetto trasmessa da parte delle Asl ai sensi della D.G.R. n. 3- 4287 del 29.11.2016 o come dichiarato dalle Direzioni in successivo incontro regionale.
2. Invio alla Regione entro i 10 gg. successivi a data di scadenza prevista (31.1.2019) delle Relazioni di attività e spesa, unitamente agli indicatori di processo e di esito.

**AZIONI****Attivazione strutture – indicatore 1**

Con D.D. 438 del 30/6/2017 sono stati validati i Progetti ASL/Distretti per la sperimentazione delle Case della Salute risultati coerenti rispetto ai principi e agli obiettivi stabiliti dalla D.G.R. n. 3-4287 del 29.11.2016, e definiti gli indirizzi per l'avvio della sperimentazione con lo specifico contributo economico stanziato dall'Assessorato.

Nello specifico per l'ASL NO sono stati validati i seguenti progetti (cfr. ALL. A - D.D. 438 del 30/6/2017):



CASE DELLE SALUTE 2017										
ASL	DISTRETTO	COMUNE	INDIRIZZO (se riportato nel progetto)	Denominazione	Tipologia (1)	Già esistente al 1.1.2017	Potenziamento/riconversione	Nuovo/da attivare	Forme org.ve pre-esistenti	
ASL NO	Urbano Novara	Novara	Centro integrato serv. sanitari terr. li- Viale Roma 7, pal.B	Casa della SALUTE	CSS			X	PAPT	
				Ambulatorio di Pediatria di Comunità interno alla CS di NO						
				Poliambulatorio di via A.Costa 1/c						Casa della Salute elementare-AFT
	Area Nord	Arona	ex P.O.	Casa della Salute	CSS			X	ex CAP	
				Ambulatorio di Pediatria di Comunità interno alla CS di Arona						
				Ospedale di Comunità-Nucleo res.le CS Arona	OC					
				Oleggio	Antenne CS Arona	CSSF	X			Antenne CAP Arona
	Ghemme	CSSF	x							
		Borgomanero	Poliambulatorio - via Fornari	Casa della Salute elementare-AFT	CSSF				x	
	Distretto Area Sud	Treccate	Poliambulatorio-via Rugiada, 20	Casa della Salute Pediatrica	CSS				X	

## (1) Legenda

## CS: casa della Salute

Casa Salute Strutturale (CSS): struttura polifunzionale/multiprofessionale, con sede unica, per l'erogazione delle cure primarie in forma integrata e coordinata con l'assistenza specialistica, diagnostica e socio-sanitaria presenti nella stessa struttura. (rif. D.G.R. 3-4287 del 29.11.2016, Allegato A). Il complesso delle prestazioni per la gestione delle cronicità è prevalentemente erogato nella struttura. Es. Modello CAP distrettuale o sub-distrettuale

Casa della Salute Strutturale Funzionale (CSSF): modello polifunzionale/multiprofessionale per l'erogazione delle cure primarie, in forma integrata e coordinata con le attività specialistiche/diagnostiche e socio-sanitarie, con sede centrale e sedi periferiche alla stessa funzionalmente collegate. Es. modello HUB & SPOKE di TORINO. Le prestazioni per la gestione delle cronicità sono erogate nella struttura centrale o nella rete alla stessa collegata

: erogazione delle cure primarie tramite il coordinamento funzionale fra una o più medicine di gruppo, poliambulatori specialistici/diagnostici e area socio-sanitaria per la gestione del PDTA per le patologie croniche nell'ambito distrettuale di riferimento. L'assistenza primaria per la gestione delle cronicità è erogata negli ambulatori MMG/PDLS, coordinati in rete fra loro e con le strutture ambulatoriali ASL presenti sul territorio distrettuale (es. modello GID: l'equipe MMG opera nei propri ambulatori e si collega funzionalmente con la Rete ED; Ambulatori della Salute dell'ASL CN1; progetto IFEC ASL AL)

Ospedale di Comunità: parte integrante o comunque collegato ad una CS, operante a supporto dell'Assistenza Primaria, fornendo una risposta continuativa a pazienti temporaneamente non autonomi, affetti da patologie croniche riacutizzate ma non scompenstate, che necessitano di assistenza sanitaria non ospedaliera e che non possono, per valide ragioni cliniche e/o socio-sanitarie, essere assistiti a domicilio. Struttura sperimentale caratterizzata da basso livello tecnologico, medio-alto livello assistenziale ma che non necessita di sorveglianza medica continuativa.

Lo stato di attuazione dei progetti al 31/12/2018 risulta il seguente:

- per quanto riguarda i **progetti "esistenti"** in ASL NO risultavano già attive le Case della Salute nell'ambito territoriale del Distretto Area Nord di seguito elencate:

	Case della Salute già esistenti al 31.12.2017	Sede e Indirizzo	Tipologia (*)
DISTRETTO AREA NORD	CS Oleggio	Piazza Gramsci 20 (II piano)	CSSF
	CS Ghemme	Via Castello, 7	CSSF
	CS Arona	Via San Carlo, 11	CSS
	CS Arona - Cure OT	Via San Carlo, 11	CSS-OC

(\*) CSS: Casa della Salute Strutturale; CSF: Casa della Salute funzionale; CSSF: Casa della Salute strutturale-funzionale. Rif. definizioni di cui alla D.D. n. 438/2017, Allegato A-note



Le esperienze sopradescritte, acquisita disponibilità dai MMG aderenti ai progetti, sono state consolidate nel 2018, come definito negli specifici provvedimenti rispettivamente assunti (disponibili agli Atti):

- in data 28/12/2017 n. 309 con oggetto "Centro Assistenza primaria di Arona - Casa della Salute" inerente la prosecuzione dell'attività e della collaborazione per l'anno 2018;
- in data 28/12/2017 n. 310 con oggetto "Nucleo Cure Residenziali Integrate Ospedale-Territorio (Nucleo Cu.Re. OT) di Arona" inerente la prosecuzione dell'attività per l'anno 2018;
- in data 28 Dicembre 2017 n. 312 avente ad oggetto "Case della Salute dell' ASL NO – Piano di sviluppo 2017-2018", in prosecuzione dell'attività sperimentale approvata con deliberazione n. 497 del 30/12/2016, con oggetto "Case della Salute (ex DGR n. 3-4287 del 29/11/2016) Antenne del CAP presso i Poliambulatori di Oleggio e Ghemme del Distretto Area Nord – prosecuzione attività sperimentale – Anno 2017".

Il Piano di sviluppo delle Case della Salute 2017-2018 (rif. D.G.R. n. 3- 4287 del 29.11.2016 e D.D. n. 438 del 30.6.2017) ridefinito dalla ASL NO prevedeva l'attivazione nel corso del 2018 delle seguenti nuove Case della Salute articolate su base Distrettuale:

	Case della Salute	Sede e Indirizzo	Tipologia (*)
DISTRETTO AREA SUD	CS Pediatrica	Trecate Via Rugiada 20	CSS
DISTRETTO URBANO DI NOVARA	CS Novara 1 (primo lotto) (**)	Novara - v.le Roma, 7	CSS
	CS Novara 2	Novara - via A. Costa, 7	CSF
DISTRETTO AREA NORD	CS Borgomanero	Borgomanero – via Fornari	CSF

(\*) CSS: Casa della Salute Strutturale; CSF: Casa della Salute funzionale; CSSF: Casa della Salute strutturale-funzionale. Rif. definizioni di cui alla D.D. n. 438/2017. Allegato A-note.

(\*\*) è prevista attivazione del secondo lotto entro il 2° semestre 2018;

In dettaglio:

#### Casa della Salute Pediatrica a Trecate

Il Direttore del distretto ha coinvolto nella progettazione della CSS di Trecate alcuni PLS che hanno condiviso le tappe per la sua realizzazione, nelle more degli aggiornamenti degli accordi convenzionali.

Nel corso dell'ultimo trimestre 2017 sono stati effettuati i lavori di sistemazione dell'area all'interno del Poliambulatorio di Trecate individuata come sede degli ambulatori della CSS.

La Casa della Salute di Trecate è stata inaugurata il 15/3/2018.

#### Casa della Salute del Distretto Urbano di Novara

Il progetto di CS del Distretto Urbano di Novara (denominato "Esperienza pilota di modello sperimentale di assistenza primaria per il Distretto Urbano di Novara") è stato modificato nel corso del 2017: in aggiunta allo studio tecnico di fattibilità della CSS (con ristrutturazione di palazzina da utilizzare per gli ambulatori dei MMG) che prosegue, si è deciso di avviare da subito una CSS presso la sede del Centro Integrato dei servizi Sanitari e Socio sanitari Territoriali di Novara, Viale Roma 7.

Il Direttore del Distretto ha coinvolto e reclutato nel corso del 2017 alcuni MMG per tale sperimentazione e d'intesa con la Direzione Generale ha individuato una struttura "provvisoria", dotata di spazi ridotti ma sufficienti per il numero di MMG attualmente aderenti, integrati con i Medici della Continuità Assistenziale. La Casa della Salute di Viale Roma 7 è stata inaugurata il 15/3/2018.

Nell'ambito del Centro Integrato servizi sanitari di Viale Roma 7 a Novara è stato attivato (da maggio 2017) con la partecipazione al progetto dei Pediatri Convenzionati Interni in collaborazione con il SISIP un ambulatorio di Pediatria di Comunità per lo svolgimento di attività di prevenzione primaria (es.: esecuzione delle vaccinazioni previste dal Calendario Vaccinale della Regione Piemonte secondo



programma del SISP) e di promozione ed educazione alla salute. Tale attività è proseguita nel corso del 2018.

#### **Casa della Salute funzionale di Via A. Costa a Novara**

Il progetto di CSF nel Distretto Urbano di Novara ha subito rallentamenti nel 2017 in attesa di aggiornamento AIR e del superamento di vincoli e criticità tecnici (es. necessità di condivisione dei dati clinici dei pazienti dei singoli medici; necessità di adeguamento informatico dei singoli applicativi e/o di interfacciamento tra loro e con la piattaforma informatica aziendale - ECWMed).

Il confronto con i MMG è tuttora aperto.

#### **Casa della Salute funzionale di Borgomanero (AFT)**

Nel corso dell'anno il Direttore del Distretto ha discusso ed elaborato congiuntamente a MMG che avevano manifestato interesse ad un progetto per la realizzazione di una CSSF a Borgomanero: presentata ad UCAD di ottobre 2018, non è però stato attivato in attesa del rinnovo degli Accordi Integrativi regionali con i MMG.

Il confronto con i MMG è comunque tuttora aperto.

### **RISULTATI**

#### Indicatore 1

Come indicato nella mail del Settore regionale Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-Sanitari del 05 febbraio 2019, il riferimento è dato dalle schede relative ai Regolamenti di organizzazione e funzionamento aggiornati alla data del 30/01/2018, trasmessi con propria nota del 30/11/2018 n.70167/DG/18, e validati dal competente Settore regionale con propria D.D. 881/2018.

#### Indicatore 2

Con propria mail del 05 febbraio 2019, il Settore regionale Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-Sanitari ha precisato che la procedura ordinaria disciplinata dalle D.D. n. 438 del 30.6.2017 e n. 881 del 17.12.2018 prevede l'adozione della relazione/rendiconto delle spese sostenute per il progetto Case della Salute entro il 31.3 dell'anno successivo. Pertanto entro il 31.3.2019 con riferimento all'anno 2018.

Per quanto attiene agli indicatori di impatto e di esito, la D.D. n. 881/2018 ne prevede il monitoraggio entro il primo semestre 2019, anche tenendo conto che è ancora in fase di definizione a livello regionale il percorso per la tracciatura, nell'ambito del sistema informativo, delle nuove forme organizzative CS e delle relative attività svolte.

Pertanto, ai fini di ottemperare a tale indicatore, è sufficiente la trasmissione di una prima bozza di relazione relativa all'anno 2018, secondo lo schema di cui all'Allegato D, con riserva di completare lo schema con i dati relativi alle attività e ai costi sostenuti entro la data prevista del 31.3.2019.

Facendo seguito a tale indicazione, in data 11 febbraio 2019 è stato trasmesso al competente settore regionale l'allegato D, con riserva di completarlo e rinviarlo entro i termini previsti del 31/03/2019.

Allegati: (Allegati 2.1 ) 2.1.A – nota trasmissione schede relative ai Regolamenti di organizzazione e funzionamento aggiornati alla data del 30/11/2018; 2.1.B – trasmissione allegato D al 11\_02\_2019



**2. Prossimità e integrazione dei percorsi****2.2 OBIETTIVO Linee di indirizzo del Piano Regionale Cronicità ASL; AO; AOU****DESCRIZIONE**

La Regione Piemonte vede tra i suoi obiettivi prioritari il recepimento del PNC – Piano Nazionale Cronicità a livello regionale. Muovendo dalle metodologie proprie della “clinical governance” e dai principi della “learning organization”, la nuova programmazione sarà sviluppata a partire dal lavoro realizzato all’interno dello specifico Programma Formativo: dalle comunità di pratica individuate nell’ambito delle Aziende laboratorio e dai gruppi di lavoro multiprofilo guidati da un Core team regionale.

Pertanto, alle Direzioni di ASR è attribuito l’obiettivo di favorire e di realizzare quanto presentato, secondo una logica di sinergia che veda la partecipazione attiva dei professionisti e del territorio al Programma Formativo e sperimentale.

**INDICATORE**

1. Pubblicazione aggiornata, rispetto alle comunicazioni della Direzione Sanità nel merito, della *call to action* dei professionisti nella bacheca online dei dipendenti e di ogni aggiornamento richiesto dal Core group regionale.
2. Partecipazione agli incontri formativi e informativi dei professionisti promossi dalla Direzione Sanità.

**VALORE DELL’OBIETTIVO**

1. 100%
2. ≥ 85%

**AZIONI**

L’Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016 approva il Piano nazionale della cronicità.

L’Allegato B alla DGR 306-29185/2018 “Linee di indirizzo regionali 2018-2019 per il recepimento del Piano Nazionale Cronicità” presentate dall’Assessore alla Sanità della Regione Piemonte alle Direzioni delle Aziende Sanitarie Regionali il 12/03/2018, forniscono indicazioni per la definizione dei Piani Aziendali e specificano a quali organi operativi è demandata la definizione degli stessi.

Dal punto di vista operativo è stata richiesta a ogni Azienda Sanitaria Locale e Ospedaliera la definizione di un “Nucleo per la Cronicità” e una “Cabina di Regia”, organi operativi che, con il coinvolgimento dei Professionisti operanti nelle Aziende, provvedano alla definizione del Piano sulla base di un’apposita formazione regionale.

La composizione di questi organi è stata definita con deliberazioni del Direttore Generale dell’ASL NO, n. 245 dell’11/11/2018 e n. 263 del 12/12/2018, individuando i profili professionali che si occuperanno di scrivere il documento di pianificazione, in accordo con quanto previsto dal cronoprogramma specifico inviato dall’Assessorato.

La Cabina dell’ASL NO include i componenti del Nucleo per la Cronicità dell’Azienda Ospedaliero Universitaria “Maggiore della Carità” di Novara, con cui collabora in modo tale da garantire un migliore coordinamento tra tutte le strutture sanitarie presenti sul territorio di competenza e uno stretto legame funzionale tra tutte le professionalità coinvolte nel trattamento delle patologie croniche.

Ad oggi il Direttore Sanitario dell’ASL Novara ha convocato la “Cabina di Regia” interaziendale il 19/12/2018, il 23/01/2019 e il 20/02/2019 (verbali disponibili agli atti).

Nella tabella seguente sono sinteticamente descritte le attività condotte nel corso del 2018, anche in riferimento a quanto previsto dagli indicatori.



AZIONE	DATA	AZIONI/DOCUMENTI/MODALITA' OPERATIVE
Definizione Nucleo e Cabina di Regia	19/11/2018	Deliberazioni n. 245 dell'19/11/2018 e n. 263 del 12/12/2018,
Partecipazione incontri formativi e informativi dei professionisti promossi dalla Direzione Sanità (Nuclei Aziendali ASL e AOU)	13/12/2018	Riunione/formazione in Assessorato convocazione con nota 23098/A14000 del 07/11/2018 ad oggetto "Piano Cronicità-prossimi appuntamenti e obiettivi Direttori Generali anno 2018". Tale nota riportava le scadenze degli appuntamenti successivi in Assessorato per la formazione degli operatori e la contestuale definizione del Piano (riunioni fissate 22/11/2018 e 13/12/2018). Con e-mail da parte del Core Group del 18/12/2018 sono stati definiti i successivi momenti formativi e di confronto fissati per 16/01/2019, 14/02/2019 e 25/03/2019 (mail disponibile agli atti)
Programmazione attività Cabina di Regia e Nuclei ASL e AOU	19/12/2018	Riunione Cabina di Regia interaziendale: definizione attività e calendarizzazione incontri. Condivisione dell'Indice del Piano inviato dall'Assessorato con e-mail del 18/12/2018
Richiesta da parte del Core team regionale di valutazione della bozza dell'indice Piano Aziendale Cronicità	21/12/2018	Inviata mail con conferma dell'adeguatezza dell'Indice, entro i tempi previsti (atteso 31/12/2018). Mail disponibile agli Atti)
Richiesta da parte del Core team regionale di "call to action"	28/12/2018	Pubblicazione sul sito dell'ASL NO il 28/12/2018 di primi documenti relativi all'avvio dei lavori per la definizione del Piano Cronicità

## RISULTATO

1. L'ASL NO ha garantito la pubblicazione aggiornata entro il 31/12/2018, rispetto alle comunicazioni della Direzione Sanità nel merito, della *call to action* dei professionisti sul sito aziendale come verificabile collegandosi al sito [www.asl.novara.it](http://www.asl.novara.it). Di seguito si riportano gli *screenshot* delle pagine del sito relative a PLC effettuati in data 31/12/2018.

The screenshot displays the website of Azienda Sanitaria Locale ASL NO. The main content area includes:

- Dove siamo e come siamo organizzati:**
  - AZIENDA SANITARIA LOCALE ASL NO**
  - Sede legale: viale Savoia, 7 - 28100 Novara - RIVA 01522670021
  - Centralino Novara 0321 374111 - Fax 0321 374519
  - Centralino Borgomanero 0322 8481
  - Posta elettronica certificata: [protocollo@asl.novara.it](mailto:protocollo@asl.novara.it)
- Servizi ai cittadini e alle imprese:**
  - Amministrazione trasparente: Trasparenza, valutazione e merito
  - Piano Aziendale per la Cronicità
  - Accesso civico: tempi e modalità per l'accesso
  - Alto Aziendale ASL NO e Programmazione Attività Territoriale - PACT

On the right side, there are several service icons and links:

- Ben Essere:** Benessere organizzativo
- Le vaccinazioni pediatriche (0 - 16 anni):** Vaccinazioni
- URP:** Comunicazione e URP
- Informazioni utili:** Allergologia - vaccini on line
- Libera professione:** Libera professione

At the bottom right, there is a circular stamp that reads: "REGIONE PIEMONTE ASL NO AZIENDA REGIONALE".

Azienda Sanitaria Locale - ASL NO	Piano Aziendale per la Cronicità	Piano Responsabile della Cronicità Modello di base per le Aziende Sanitarie
	<b>L'approccio alla Cronicità</b>	
	<p>Gli obiettivi di cura dei pazienti (di assistenza) vengono sintetizzati in 5 principi: garantire la continuità, la qualità, la sicurezza, la razionalità, la sostenibilità, e favorire la qualità e il miglioramento della vita.</p> <p>È necessaria una corretta gestione della persona e la definizione di nuovi percorsi assistenziali che siano in grado di prendere in carico il paziente nel suo territorio, prevenire e curare la malattia, assistere e riabilitare gli ammalati, e sostenere il paziente e il caregiver.</p> <p>Il paziente che si affetta di una malattia cronica deve essere curato, prevenendo, contenendo e migliorando la sua qualità di vita, con il coinvolgimento di tutti gli attori del sistema sanitario, ma anche da altri attori, ad esempio la scuola, le associazioni, i volontari, i familiari e la comunità.</p> <p>L'approccio alla cronicità è necessariamente multidisciplinare e multiprofessionistico, quindi si fonda su un coinvolgimento di tutti i professionisti e operatori di diverse professioni. Occorre quindi sviluppare e finanziare azioni di lavoro partecipativo, finalizzate all'intervento nella gestione del rischio nella sua essenza, mettendo presto in discussione le gerarchie e le procedure, ma utilizzando l'appropriatezza degli strumenti predefiniti e dei comportamenti consolidati.</p>	
	<b>Documenti di riferimento</b>	
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Piano Nazionale Cronicità</b> Approvato tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 23 settembre 2016</li> <li>2. <b>Regolamento della Direzione Regionale della Sanità della Regione Piemonte</b>, Art. 10, del 12/02/2019</li> </ol>	
	<b>Cronoprogramma</b>	
	<p>La Regione ha dato incarico alle Aziende Sanitarie di recepire le linee di indirizzo regionali all'interno dei propri Piano Aziendale per la Cronicità.</p> <p>Il presente è un modello di base e si presta a ogni Azienda Sanitaria Locale e Ospedaliera la definizione di un "Nucleo per la Cronicità" e una "Cultura di Rischio", al pari con i professionisti, con il coinvolgimento dei Professionisti operanti nelle Aziende, previo accordo alla definizione del Piano sulla base di un'opportuna <b>formazione regionale</b>.</p> <p>La partecipazione di questo gruppo di lavoro è stata definita e approvata dal Direttore Generale dell'ASL NO n. 245 dell'11/11/2018 e n. 263 del 12/12/2018, individuando i professionisti che si occuperanno di scrivere il documento di pianificazione, secondo il <b>cronoprogramma</b> specifico.</p> <p>La Cultura dell'Asl NO include i componenti del Nucleo per la Cronicità dell'Azienda Ospedaliera Ospedale Universitaria Maggiore della Salute di Novara, con cui collabora in modo tale da garantire un migliore inquadramento tra tutte le strutture sanitarie presenti nel territorio della Regione a una stretta legame funzionale tra tutte le professionalità coinvolte nel trattamento del paziente cronico.</p>	

2. In relazione all'indicatore n. 2 i componenti del Nucleo Aziendale Cronicità hanno sempre partecipato agli incontri programmati in Assessorato, nelle date di seguito elencate:

- 22/11/2018;
- 13/12/2018;
- 16/01/2019;
- 14/02/2019.

Allegati: (Allegati 2.2 ) 2.2.A - deliberazioni del Direttore Generale n. 245 dell'19/11/2018; 2.2.B - deliberazione del Direttore Generale n. 263 del 12/12/2018



**3. Accessibilità****3.1. OBIETTIVO Tempi di attesa Ricoveri - ASL/AO/AOU****DESCRIZIONE**

In continuità con gli obiettivi previsti nelle annualità precedenti, al fine di migliorare il rispetto dei tempi di attesa per i ricoveri con codice di priorità A (max 30gg) e B (max 60gg) dei pazienti trattati in degenza ordinaria, per gli interventi previsti dal PNLGA, si definisce l'obiettivo di rispetto per almeno il 90% dei casi del tempo massimo previsto dal codice.

**INDICATORE**

1. Per tipologia di intervento con codice di priorità A:  
N° interventi effettuati entro 30 gg/N" totale interventi effettuati nel 2018
2. Per tipo di intervento con codice di priorità B:  
N° interventi effettuati entro 60 gg/N" totale interventi effettuati nel 2018

**VALORE DELL'OBIETTIVO**

1.  $\geq 90\%$  per singola tipologia di intervento con codice di priorità A
2.  $\geq 90\%$  per singola tipologia di intervento con codice di priorità B

**AZIONI**

Nell'ambito del Presidio Ospedaliero di Borgomanero non sono eseguiti i seguenti interventi, pertanto esclusi dal monitoraggio:

- Angioplastica coronarica
- Endoarteriectomia carotidea
- Interventi chirurgici polmone

Per gli interventi effettuati presso il Presidio Ospedaliero è stato effettuato il monitoraggio continuo del tempo di attesa.

L'analisi dei tempi di attesa degli interventi chirurgici ha evidenziato la necessità di implementare le sedute operatorie al fine di rispondere al bisogno del paziente entro i tempi standard.

A tal fine, a partire dal mese di ottobre 2018, è stato sviluppato, condiviso e successivamente messo in atto un progetto sperimentale che ha consentito di programmare un numero aggiuntivo di sedute operatorie dedicate agli interventi in elezione, ad integrazione della normale attività, tutelando sempre la risposta all'emergenza-urgenza. L'incremento di attività è stato garantito dal personale medico, infermieristico e di supporto che ha dichiarato la propria disponibilità ad effettuare ore al di fuori dell'orario di servizio nel rispetto del Regolamento dell'attività libero professionale intramoenia approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 234 del 18/10/2017.

**RISULTATO**

Nella tabella sottostante sono riportati gli interventi oggetto di monitoraggio e i relativi tempi di attesa in base alle classi di priorità.



Anno	Interventi Classe di priorità					
	A**			B***		
	Interventi entro TA	Tot interventi	%	Interventi entro TA	Tot interventi	%
2017	29	36	81%	///	///	///
2018	19	22	86%	///	///	///

Anno	Interventi Classe di priorità					
	A**			B***		
	Interventi entro TA	Tot interventi	%	Interventi entro TA	Tot interventi	%
2017	13	44	30%	///	///	///
2018	11	35	31%	///	///	///

Anno	Interventi Classe di priorità					
	A**			B***		
	Interventi entro TA	Tot interventi	%	Interventi entro TA	Tot interventi	%
2017	23	42	55%	4	4	100%
2018	25	32	78%	1	5	20%

Anno	Interventi Classe di priorità					
	A**			B***		
	Interventi entro TA	Tot interventi	%	Interventi entro TA	Tot interventi	%
2017	12	16	75%	///	///	///
2018	6	7	86%	1	2	50%

Anno	Interventi Classe di priorità					
	A**			B***		
	Interventi entro TA	Tot interventi	%	Interventi entro TA	Tot interventi	%
2017	///	///	///	1	1	100%
2018	///	///	///	1	1	100%

Anno	Interventi Classe di priorità					
	A**			B***		
	Interventi entro TA	Tot interventi	%	Interventi entro TA	Tot interventi	%
2017	///	///	///	9	38	24%
2018	///	///	///	10	16	63%

\* Valore cumuliato con periodo/i precedente/i

\*\* N° interventi effettuati entro 30 gg/N° totale interventi effettuati nel 2018

\*\*\* N° interventi effettuati entro 60 gg/N° totale interventi effettuati nel 2018

Nell'estrazione dei dati sono considerati:

- Ricoveri a carico SSN
- Solo acuzie
- Con data prenotazione ricovero valorizzata e diversa dalla data di ricovero
- Ricoveri programmati non urgenti
- Ricoveri programmati con pre-ospedalizzazione

Fonte dati: SDO 2017-2018.

L'analisi dei tempi di attesa dei ricoveri in base alle classi di priorità evidenzia un pieno raggiungimento dell'obiettivo per gli interventi chirurgici del tumore dell'utero.

Per quanto riguarda i restanti interventi è possibile evidenziare un incremento della percentuale di quelli effettuati entro i tempi standard, con un significativo miglioramento dell'indicatore.

*Interventi Tumore mammella:*

- 3 casi che superano i 30 giorni: 2 si discostano per un tempo pari a 5 giorni; per un caso l'intervento è stato rimandato per controindicazioni.

*Interventi Tumore prostata:*



- 24 casi hanno avuto tempo di attesa superiore a 30 gg: per 5 di essi l'intervento è stato effettuato con uno scostamento entro i 7 gg, mentre per i restanti il differimento è motivato dalla richiesta del paziente stesso di fissare la data di ricovero oltre quella proposta, per motivi lavorativi o familiari.

*Interventi Tumore colon:*

- 7 casi in classe A hanno avuto tempo di attesa superiore a 30 giorni. Per 3 casi l'intervento è stato effettuato con uno scostamento entro i 7 giorni, con data concordata con il paziente; per i restanti 4 il differimento è stato causato dalla necessità di eseguire ulteriori accertamenti pre-ricovero o di avviare una terapia neoadiuvante;
- 4 casi in classe B hanno avuto un tempo superiore ai 60 giorni: 2 hanno effettuato l'intervento con uno scostamento inferiore a 7 giorni e per 2 è stato necessario eseguire ulteriori accertamenti pre-ricovero.

*Interventi Tumore retto:*

- 1 caso in classe A ha avuto un tempo superiore ai 30 giorni per necessità di terapia neoadiuvante;
- 1 caso in classe B ha avuto un tempo superiore ai 60 giorni, con uno scostamento di 9 giorni, per richiesta del paziente stesso di fissare data successiva.

*Interventi Protesi d'anca:*

- 6 casi in classe B hanno avuto un tempo di attesa superiore a 60 giorni: per uno lo scostamento è stato inferiore a 7 giorni, per un altro la data è stata concordata con il paziente per motivi familiari e in 4 casi, a cui era stata inizialmente attribuita la priorità C, durante l'attesa è sopraggiunto un peggioramento del quadro clinico che ha reso necessaria la riclassificazione in priorità B consentendo risposta adeguata (tempo di attesa calcolato a partire dalla data del primo inserimento in lista).

Per i pazienti oncologici le classi di priorità sono definite dal CAS e tutti gli interventi sono inseriti in classe di priorità A. Tale modalità è peraltro stata definita nei singoli PDTA per patologia, aggiornati nel corso del 2018 e formalizzati con deliberazione del Direttore Generale n. 255 del 28/11/2018, disponibile agli Atti.



**3. Accessibilità****3.2. OBIETTIVO Tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali - ASL/AO/AOU****DESCRIZIONE**

L'obiettivo si prefigge di misurare la capacità di risposta tempestiva del SSR nell'erogazione di prestazioni ambulatoriali al cittadino.

L'obiettivo si compone di sub-obiettivi:

- **Adeguamento del tempo medio di attesa** (indice di performance) allo standard regionale stabilito dalla Direzione Sanità per le singole prestazioni oggetto di monitoraggio (ex. DGR 30-3307/2016). Per le ASL l'obiettivo è da intendersi nella prospettiva della tutela pertanto il monitoraggio è relativo al consumo dei residenti del proprio territorio a prescindere da chi eroga la prestazione (pubblico e privato).
- **Percorsi di follow up:** evidenza di almeno 5 percorsi di follow-up per i quali lo specialista svolga le fasi di prescrizione, prenotazione (presa in carico) ed erogazione della prestazione.

Sono prese in considerazione le prestazioni previste dal PNLGA (visite specialistiche e diagnostica strumentale) indicate nella tabella di seguito. **Indice di performance di erogazione delle prestazioni:** è calcolato, partendo dalla produzione per le prestazioni oggetto di monitoraggio, come totale delle giornate intercorse tra la data di prenotazione e la data di erogazione, per ogni singolo caso, sul totale delle prestazioni erogate.

**INDICATORE**

1. 
$$\frac{\sum (\text{data prenotazione} - \text{data erogazione})}{\text{N}^\circ \text{ prestazioni}}$$
2. prescrizione prenotazione (presa in carico) e erogazione del follow-up a cura dello specialista su percorsi identificati dall'Azienda.

**VALORE DELL'OBIETTIVO**

1. Cfr. Tabella seguente.
2. evidenza di almeno ( $\geq$ ) 5 percorsi di follow-up implementati.



Tabella 3.2.1 - Tempi di attesa della specialistica ambulatoriale. Valori obiettivo indicatore 2.

DESCRIZIONE PRESTAZIONE	CODICE	BRANCA	STANDARD REGIONALE INDICE DI PERFORMANCE IN GIORNATE
VISITA CARDIOLOGIA	89.7	08	30
VISITA CHIRURGIA VASCOLARE	89.7	14	30
VISITA ENDOCRINOLOGICA	89.7	19	30
VISITA NEUROLOGICA	89.13	32	30
VISITA OCULISTICA	95.02	34	30
VISITA ORTOPEDICA	89.7	36	30
VISITA GINECOLOGICA	89.26	37	30
VISITA OTORINOLARINGOIATRICA	89.7	38	30
VISITA UROLOGICA	89.7	43	30
VISITA DERMATOLOGICA	89.7	52	30
VISITA FISIATRICA	89.7	56	30
VISITA GASTROENTEROLOGICA	89.7	58	30
VISITA PNEUMOLOGICA	89.7	68	30
MAMMOGRAFIA	87.37.1; 87.37.2		40
TC SENZA E CON CONTRASTO TORACE	87.41; 87.41.1		30
TC SENZA E CON CONTRASTO ADDOME (COMPLETO; INFERIORE, SUPERIORE)	88.01.6; 88.01.5; 88.01.4; 88.01.3; 88.01.2; 88.01.1		30
TC SENZA E CON CONTRASTO CAPO	87.03; 87.03.1		30
TC SENZA E CON CONTRASTO RACHIDE E SPECO VERTEBRALE	88.38.2; 88.38.1		30
TC SENZA E CON CONTRASTO BACINO	88.38.5		30
RMN CERVELLO E TRONCO ENCEFALICO	88.91.1; 88.91.2		30
RMN PELVI, PROSTATA E VESCICA	88.95.4; 88.95.5		30
RMN MUSCOLOSCHIELETRICA	88.94.1; 88.94.2; 88.94.A; 88.94.B		30
RMN COLONNA VERTEBRALE	88.93; 88.93.1		30
ECOGRAFIA CAPO E COLLO	88.71.4		40
ECOCOLORDOPPLER CARDIACA	88.72.6		40
ECOCOLORDOPPLER DEI TRONCHI SOVRA AORTICI	88.73.5		40
ECOCOLORDOPPLER DEI VASI PERIFERICI	88.77.2		30
ECOGRAFIA ADDOME	88.74.1; 88.75.1; 88.76.1		30
ECOGRAFIA MAMMELLA	88.73.1; 88.73.2		30
ECOGRAFIA OSTETRICA-GINECOLOGICA	88.78; 88.78.2		11
COLONSCOPIA	45.23; 45.23.1; 45.25; 45.42		30
SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	45.24		30
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	45.13; 45.16		30
ELETTROCARDIOGRAMMA	89.52		30



DESCRIZIONE PRESTAZIONE	CODICE	BRANCA	STANDARD REGIONALE INDICE DI PERFORMANCE IN GIORNATE
ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (HOLTER)	89.50		40
ELETTROCARDIOGRAMMA DA SFORZO	89.41; 89.43		40
AUDIOMETRIA	95.41.1		30
SPIROMETRIA	89.37.1; 89.37.2		40
FONDO OCULARE	95.09.1		60
ELETTROMIOGRAFIA	93.08.1; 93.08.2; 93.08.3; 93.08.4; 93.08.5; 93.08.6; 93.08.7; 93.08.8; 93.08.A; 93.08.B; 93.08.C; 93.09.1; 93.09.2		30

## AZIONI

In riferimento alla D.D. 269/2017, nel 2017 nell'Area omogenea del Piemonte Nord Est si è provveduto alla costituzione di un Gruppo di Coordinamento dell'Area, con capofila ASL NO, che ha definito il Piano di contenimento dei Tempi d'Attesa di Area (rif. Deliberazione dal Direttore Generale ASL NO n. 99 del 29/05/2017), sottoscritto dai Direttori Generali delle cinque Aziende dell'Area.

Le azioni del piano sono proseguite nel corso del 2018 e sono state costantemente monitorate attraverso gli incontri periodici del Gruppo di Area Omogenea. Il ReTA dell'Azienda capofila – Direttore Sanitario dell'ASL NO - ha provveduto ad aggiornare al riguardo il Gruppo di Coordinamento del Programma Regionale per il Governo dei Tempi di Attesa durante gli incontri presso l'Assessorato.

Nel luglio 2018, facendo seguito alle indicazioni operative della Direzione Sanità trasmesse con propria nota prot. 15954 del 17/07/2018, nelle quali si prevedeva la predisposizione da parte di ciascuna ASL di Progetti aziendali per la riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni critiche di specialistica ambulatoriale, le Aziende dell'Area Omogenea Piemonte Nord Est hanno ridefinito, accanto alle specificità della propria realtà, gli ambiti di maggiore criticità su cui intervenire con progetti aziendali con il seguente ordine di priorità:

- 1) prestazioni di radiologia (ecografie e TAC)
- 2) visita dermatologica
- 3) prestazioni di gastroenterologia
- 4) visita endocrinologica.

Tutte le Aziende si sono impegnate a lavorare nella propria realtà sulle prestazioni identificate per garantire tempi di attesa entro standard, attuando azioni sinergiche. Inoltre l'Asl NO ha attuato interventi anche per la visita oculistica.

I Progetti dell'ASL NO sono stati redatti con il contributo dell'AOU Maggiore della Carità di Novara.

Preliminarmente alla definizione delle azioni da implementare, sono state condotte le seguenti analisi:

- 1.) Analisi delle prestazioni erogate nell'esercizio 2017 e primi mesi 2018 (gennaio-maggio) oltre i tempi di attesa garantiti per classe di priorità (U, B, D, P) e Tipologia di accesso.
- 2.) Analisi delle prestazioni erogate dai propri presidi a gestione diretta a carico del SSR e in Libera professione.
- 3.) Definizione del fabbisogno delle prestazioni ambulatoriali necessarie per l'abbattimento delle liste d'attesa, correlato alla verifica di saturazione della capacità produttiva dei propri presidi a gestione diretta e delle Aziende pubbliche ubicate nell'Area Omogenea.



Da tale analisi sono stati definiti i **progetti** che hanno perseguito due obiettivi:

- a) per l'anno 2018, sviluppare una azione volta allo **smaltimento della lista di attesa** (= tutti i pazienti prenotati che aspettano l'erogazione della prestazione da oltre i 60 giorni - esclusi PDTA)
- b) per il 2019 prevedere una azione strutturale con assunzione di risorse umane (medico, infermiere, OSS...) aggiuntive da inserire stabilmente negli organici al fine di **programmare i volumi di attività nel rispetto dei Tempi d'attesa.**

Sinteticamente si riportano in tabella le azioni messe in atto nel corso del 2018, rimandando ai singoli progetti disponibili agli atti, inviati ai competenti settori regionali e recepiti con DGR n. 28-7537 del 14/09/2018 per eventuali dettagli.

	Estensione dell'orario di apertura degli Ambulatori in ASL + collaborazione con privati	N. prestazioni aggiuntive programmate per residenti entro 2018 (rispetto al 2017)
Prima visita dermatologica	Ampliamento ore attività a Trecale con 1 Dermatologo (dal 21/10/2018)	+ 32 prestazioni/settimana presso Pollamb. Area Sud
Prima visita endocrinologica	1 Endocrinologo (in corso selezione)	
Ecografia Addome TC torace e addome	Prolungamento sedute pomeridiane per pazienti in lista >60 gg	+ 25 ecografie e TC addome nel mese di ott.
	Accordo con struttura privata del nostro territorio	+ 25 TC/settimana al Cedri di Fara Nov. dal mese di novembre prenotabili in ASL
Colonscopia EGDS	attivazione di una sola endoscopica il sabato mattina dalle 8.30 alle 13.30	+ 65 colon (5 colon /settimana) + 24 colon (da revisione agende)
	Accordo con struttura privata accreditata per prestazioni per residenti in ASL NO	+ 60 prestaz presso Clinica Santa Rita di Vercelli, prenotabili a CUP

Accanto a tali attività sono stati identificati ulteriori ambiti di intervento sulle prestazioni critiche e segnatamente:

- ⇒ Progettato e realizzato a livello di Area un **corso di formazione (FAD) sull'appropriatezza** dell'ecoTSA da offrire a tutti i prescrittori (MMG, specialisti convenzionati interni, specialisti ospedalieri) tra le iniziative di aggiornamento obbligatorio dell'ASL, al fine di divulgare criteri per l'accesso appropriato a visite ed esami e promuoverne l'utilizzo appropriato, che tengano conto anche dei **criteri RAO**. Sono stati inoltre diffusi nuovamente specifici corsi sull'appropriatezza prescrittiva.



⇒ Sono state effettuate valutazioni periodiche relativamente a:

- a) appropriatezza prescrittiva per prestazioni con lista d'attesa elevata mediante apposita Commissione aziendale: valutazione di classe di prescrizione, impiegando le informazioni contenute all'interno delle ricette SSN emesse dai MMG/PLS, dagli specialisti ambulatoriali convenzionati e ospedalieri dell'ASL NO e dagli erogatori privati/IRCCS.
- b) attività specialistica ambulatoriale (in termini di volumi, classi di priorità e tipologia di accesso) divulgate ai prescrittori al fine di sensibilizzare i MMG/PLS all'aderenza agli indirizzi regionali sulla prescrizione.

Nell'ambito della definizione degli accordi contrattuali con gli erogatori privati (deliberazioni del Direttore del Generale n. 171, 172, 173, 174, 176, 177, 199, 200 del 2018) insistenti sul proprio territorio, inoltre sono state individuate come "protette", ai sensi della DGR 73-5504/2017 tutte le prestazioni con indice di performance oltre lo standard, compatibilmente con le discipline autorizzate presso i singoli erogatori, e sono state condivise le agende, nelle more dell'istituendo SovraCUP.

Per quanto riguarda l'aspetto di comunicazione, si è garantito il costante aggiornamento della specifica sezione del sito aziendale relativa ai tempi di attesa e il Direttore Generale nella data del 13 dicembre 2018 ha provveduto a presentare nell'ambito della Conferenza dei Sindaci dell'ASL NO, aperta a tutti i 77 Sindaci del territorio di pertinenza dell'ASL NO, i primi risultati delle azioni messe in atto nel corso dell'anno.

Relativamente al secondo indicatore, alcune strutture aziendali hanno provveduto a definire specifici percorsi di *follow up* per i quali lo specialista svolga le fasi di prescrizione, prenotazione (presa in carico) ed erogazione della prestazione.

#### RISULTATO

Per quanto riguarda il primo indicatore, di seguito è riportata la tabella relativa ai tempi di attesa nel corso del 2018 dalla quale si evince che considerando il periodo 01/01/2018-31/12/2018 risultano critiche 19 delle 41 prestazioni soggette a monitoraggio.



Descrizione Prestazione	GG medi	Standard
Audiometria	37,7	30
Colonscopia	47,0	30
Ecocolordoppler cardiaca	42,4	40
Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici	44,2	40
Ecocolordoppler dei vasi periferici	19,1	30
Ecografia Addome	41,1	30
Ecografia Capo e collo	53,2	40
Ecografia Mammella	39,9	30
Ecografia Ostetrica-Ginecologica	3,9	11
Elettrocardiogramma	30,4	30
Elettrocardiogramma da sforzo	38,4	40
Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	32,3	40
Elettromiografia	18,9	30
Esofagogastroduodenoscopia	34,7	30
Fondo oculare	105,8	60
Mammografia	81,9	40
RMN Cervello e tronco encefalico	32,5	30
RMN Colonna vertebrale	19,2	30
RMN Muscoloscheletrica	19,7	30
RMN Peli, Prostata e Vescica	26,8	30
Sigmoidoscopia con endoscopia flessibile	38,0	30
Spirometria	11,9	40
TC senza e con contrasto Addome (completo, inferiore, superiore)	39,5	30
TC senza e con contrasto Bacino	13,9	30
TC senza e con contrasto Capo	20,7	30
TC senza e con contrasto Rachide e speco verbale	15,6	30
TC senza e con contrasto Torace	43,3	30
Visita cardiologica	27,1	30
Visita chirurgia vascolare	18,2	30
Visita dermatologica	50,7	30
Visita endocrinologica	37,9	30
Visita fisiatrica	24,6	30
Visita gastroenterologica	23,1	30
Visita ginecologica	8,7	30
Visita neurologica	35,5	30
Visita oculistica	56,7	30
Visita otorinolaringoiatrica	14,2	30
Visita ortopedica	26,8	30
Visita pneumologica	22,3	30
Visita urologia	21,6	30



Nella tabella seguente sono riportate specifiche analisi per le prestazioni risultate oltre lo standard

Prestazione	Valore al 31/12/2018	Commento										
Audiometria	37.7 (atteso 30)	L'indice di performance di tale prestazione, registra una percentuale di scostamento oltre lo standard di 7 giorni, dovuta alla richiesta di un elevato numero di audiometrie di "controllo", elemento che incide sul valore di performance complessivo. Dal punto di vista della garanzia dell'erogazione della prestazione ai cittadini si segnala che lo standard massimo di attesa previsto per tale prestazioni in classe D è 60 giorni e che è sempre presente un punto di erogazione (agenda pubblica) nell'ASL che lo garantisce ampiamente (da un minimo di 1 a un massimo di 36 giorni di attesa per l'utente).										
Colonscopia	47 (atteso 30)	L'indice di performance, seppur fuori standard, è notevolmente migliorato rispetto all'anno precedente. L'indice di performance, infatti, è passato da 53.3 giorni di attesa medi del 2017 a 47 nel 2018 con una riduzione di circa il 12%. Si segnala che nel 2018 l'offerta di prestazioni è stata notevolmente aumentata (498 prestazioni in più consumate rispetto al 2017) soprattutto grazie all'implementazione dei progetti di luglio 2018.										
Ecocolordoppler cardiaca	42.4 (atteso 40)	L'indice di performance risulta oltre std di due giorni. Si segnala che nel 2018 l'offerta di questa prestazione è stata aumentata (222 prestazioni consumate in più rispetto al 2017). Inoltre in termini di produzione da parte dei presidi a gestione diretta dell'ASL NO la prestazione risulta erogata con performance ampiamente entro lo standard (26.8 giorni).										
Ecocolodoppler TSA	44.2 (atteso 40)	L'indice di performance supera di 4 giorni lo standard. Valutando l'indice di performance per i residenti dell'ASL NO per tipologia di struttura erogatrice si rileva un indice ampiamente entro lo standard presso le strutture private accreditate del territorio aziendale  <table border="1"> <thead> <tr> <th>Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A.S.L. NOVARA - Privato</td> <td>44,2</td> </tr> <tr> <td>A.S.L. NOVARA - Pubblico</td> <td>22,4</td> </tr> <tr> <td>AZIENDA OSP. MAGGIORE DELLA CARITA' - Pubblico</td> <td>41,7</td> </tr> <tr> <td></td> <td>76,3</td> </tr> </tbody> </table>	Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici		A.S.L. NOVARA - Privato	44,2	A.S.L. NOVARA - Pubblico	22,4	AZIENDA OSP. MAGGIORE DELLA CARITA' - Pubblico	41,7		76,3
Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici												
A.S.L. NOVARA - Privato	44,2											
A.S.L. NOVARA - Pubblico	22,4											
AZIENDA OSP. MAGGIORE DELLA CARITA' - Pubblico	41,7											
	76,3											
Ecografia Addome	41.1 (atteso 30)	La prestazione risulta tra quelle incluse nei progetti per l'abbattimento delle liste di attesa. Di fatto però, la pulizia delle liste effettuata mediante il richiamo dei pazienti già prenotati ha avuto scarsi effetti in quanto la quasi totalità ha rifiutato di anticipare la prestazione, spesso inclusa in programmi di follow up (classe P).										
Ecografia Capo e Collo	53.2 (atteso 40)	La performance risulta di 13 giorni oltre standard. Osservando l'offerta complessiva delle prestazioni nelle strutture pubbliche e private presenti sul territorio aziendale si osserva che la performance negativa è influenzata notevolmente dai tempi medi di produzione dell'AOU Maggiore, essendo invece la prestazione										



		<p>offerta entro gli standard presso le strutture private accreditate e presso i presidi a gestione diretta dell'ASL NO.</p> <table border="1"> <tr> <td><b>Ecografia Capo e collo</b></td> <td>53,2</td> </tr> <tr> <td>A.S.L. NOVARA - Privato</td> <td>27,6</td> </tr> <tr> <td>A.S.L. NOVARA - Pubblico</td> <td>39,5</td> </tr> <tr> <td>AZIENDA OSP. MAGGIORE DELLA CARITA' - Pubblico</td> <td>75,3</td> </tr> <tr> <td>FONDAZIONE SALVATORE MAUGERI - Equiparato</td> <td>42,7</td> </tr> </table>	<b>Ecografia Capo e collo</b>	53,2	A.S.L. NOVARA - Privato	27,6	A.S.L. NOVARA - Pubblico	39,5	AZIENDA OSP. MAGGIORE DELLA CARITA' - Pubblico	75,3	FONDAZIONE SALVATORE MAUGERI - Equiparato	42,7
<b>Ecografia Capo e collo</b>	53,2											
A.S.L. NOVARA - Privato	27,6											
A.S.L. NOVARA - Pubblico	39,5											
AZIENDA OSP. MAGGIORE DELLA CARITA' - Pubblico	75,3											
FONDAZIONE SALVATORE MAUGERI - Equiparato	42,7											
Ecografia Mammella	39,9 (atteso 30)	<p>L'indice di performance supera di 9 giorni lo standard. L'erogazione della prestazione è risultata problematica presso le strutture a gestione diretta dell'ASL NO, ma è comunque garantita performance entro lo standard presso le strutture private accreditate.</p> <table border="1"> <tr> <td><b>Ecografia Mammella</b></td> <td>39,9</td> </tr> <tr> <td>A.S.L. NOVARA - Privato</td> <td>30,8</td> </tr> <tr> <td>A.S.L. NOVARA - Pubblico</td> <td>54,0</td> </tr> <tr> <td>AZIENDA OSP. MAGGIORE DELLA CARITA' - Pubblico</td> <td>35,4</td> </tr> </table>	<b>Ecografia Mammella</b>	39,9	A.S.L. NOVARA - Privato	30,8	A.S.L. NOVARA - Pubblico	54,0	AZIENDA OSP. MAGGIORE DELLA CARITA' - Pubblico	35,4		
<b>Ecografia Mammella</b>	39,9											
A.S.L. NOVARA - Privato	30,8											
A.S.L. NOVARA - Pubblico	54,0											
AZIENDA OSP. MAGGIORE DELLA CARITA' - Pubblico	35,4											
Esofagogastro duodenoscopia	34,7 (atteso 30)	<p>Tale prestazioni, storicamente critica, nell'area di pertinenza dell'ASL NO è erogata esclusivamente da strutture pubbliche. Si segnala che la performance per l'EGDS, seppur fuori standard, è notevolmente migliorata (-7,3 giorni pari a -17,4% rispetto ai 42 giorni medi di attesa nel 2017).</p>										
Fondo oculare	105,8 (atteso 60)	<p>Tale prestazione continua ad essere sopra lo standard prefissato. Si evidenzia che le prestazioni in classe P rappresentano più del 60% del totale delle prestazioni (la prestazione è legata al monitoraggio dell'andamento di alcune patologie croniche quale diabete e ipertensione). Si segnala che nel 2018 l'offerta di prestazioni è stata notevolmente aumentata (449 prestazioni in più consumate rispetto al 2017) soprattutto grazie all'implementazione dei progetti di luglio 2018.</p>										
Mammografia	81,9 (atteso 40)	<p>Tale prestazione, appena oltre standard nel 2017, ha riscontrato un progressivo peggioramento nell'ultimo anno dovuto alla riduzione temporanea dell'offerta a causa della perdita di specialisti radiologi qualificati presso l'ASL NO (un pensionamento ed una dimissione). Le prestazioni in classe P rappresentano però oltre il 64% del totale delle prestazioni, trattandosi per la maggioranza di esami nell'ambito di percorsi di follow up. Si ricorda infatti che le mammografie cliniche possono essere prescritte dal medico di medicina generale, dallo specialista convenzionato ed ospedaliero, dal medico dei consultori familiari, <b>in presenza di un sospetto diagnostico</b> che deve essere indicato in modo inequivocabile. La loro prescrizione <b>NON</b> è consentita con finalità di prevenzione secondaria dei tumori, attività riconvertita nell'ambito del Programma di screening Prevenzione Serena ai sensi della D.G.R. N. 111-3632 del 02.08.2006</p>										



Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	38 (atteso 30)	Tale prestazione, erogata solo da strutture pubbliche sul territorio di pertinenza dell'ASL NO, presso l'AOU Maggiore della Carità registra un indice di performance sostanzialmente entro lo standard (31 giorni), che garantisce la performance in almeno un punto della rete di assistenza.										
RMN cervello e tronco encefalico	32.5 (atteso 30)	L'indice di performance risulta oltre std di due giorni. Si segnala che nel 2018 l'offerta di questa prestazione è stata aumentata (381 prestazioni consumate in più rispetto al 2017).										
TC senza e con contrasto Addome (completo, inferiore, superiore)	39.5 (atteso 30)	<p>Lo scarto rispetto all'atteso è di 9.5 gg. L'analisi per tipologia di erogatore evidenzia come le strutture private accreditate del territorio e l'IRCCS abbiano indici di performance entro lo standard.</p> <table border="1"> <tr> <td><b>TC senza e con contrasto Addome (completo, inferiore, superiore)</b></td> <td><b>39,5</b></td> </tr> <tr> <td>A.S.L. NOVARA - Privato</td> <td>17,6</td> </tr> <tr> <td>A.S.L. NOVARA - Pubblico</td> <td>62,5</td> </tr> <tr> <td>AZIENDA OSP. MAGGIORE DELLA CARITA' - Pubblico</td> <td>42,7</td> </tr> <tr> <td>FONDAZIONE SALVATORE MAUGERI - Equiparato</td> <td>29,4</td> </tr> </table> <p>Si segnala che nel 2018 l'offerta di prestazioni è stata notevolmente aumentata (312 prestazioni in più consumate rispetto al 2017) soprattutto grazie all'implementazione dei progetti di luglio 2018. Da rilevare, infine, che le prestazioni in classe P rappresentano oltre il 60% del totale delle prestazioni, ovvero trattasi di prestazioni di controllo.</p> <p>La prestazione risulta tra quelle incuse nei progetti per l'abbattimento delle liste di attesa. Di fatto però, la pulizia delle liste effettuata mediante il richiamo dei pazienti già prenotati ha avuto scarsi effetti in quanto la quasi totalità ha rifiutato di anticipare la prestazione, in quanto prenotata al fine di effettuare controllo periodico.</p>	<b>TC senza e con contrasto Addome (completo, inferiore, superiore)</b>	<b>39,5</b>	A.S.L. NOVARA - Privato	17,6	A.S.L. NOVARA - Pubblico	62,5	AZIENDA OSP. MAGGIORE DELLA CARITA' - Pubblico	42,7	FONDAZIONE SALVATORE MAUGERI - Equiparato	29,4
<b>TC senza e con contrasto Addome (completo, inferiore, superiore)</b>	<b>39,5</b>											
A.S.L. NOVARA - Privato	17,6											
A.S.L. NOVARA - Pubblico	62,5											
AZIENDA OSP. MAGGIORE DELLA CARITA' - Pubblico	42,7											
FONDAZIONE SALVATORE MAUGERI - Equiparato	29,4											
TC senza e con contrasto Torace	43.3 (atteso 30)	<p>Per questa prestazione valgono le medesime considerazioni dettagliate per quanto riguarda la TC Addome senza e con contrasto.</p> <p>Anche per questa prestazione l'analisi per tipologia di erogatore evidenzia come le strutture private accreditate del territorio e l'IRCCS abbiano indici di performance entro lo standard.</p> <table border="1"> <tr> <td><b>TC senza e con contrasto Torace</b></td> <td><b>43,3</b></td> </tr> <tr> <td>A.S.L. NOVARA - Privato</td> <td>19,9</td> </tr> <tr> <td>A.S.L. NOVARA - Pubblico</td> <td>70,8</td> </tr> <tr> <td>AZIENDA OSP. MAGGIORE DELLA CARITA' - Pubblico</td> <td>46,6</td> </tr> <tr> <td>FONDAZIONE SALVATORE MAUGERI - Equiparato</td> <td>29,5</td> </tr> </table> <p>Anch'essa è inclusa nei progetti per l'abbattimento dei tempi d'attesa con l'offerta aggiuntiva di 506 prestazioni nel 2018 rispetto all'anno precedente e le prestazioni consumate appartengono per il 64% alla classe P.</p>	<b>TC senza e con contrasto Torace</b>	<b>43,3</b>	A.S.L. NOVARA - Privato	19,9	A.S.L. NOVARA - Pubblico	70,8	AZIENDA OSP. MAGGIORE DELLA CARITA' - Pubblico	46,6	FONDAZIONE SALVATORE MAUGERI - Equiparato	29,5
<b>TC senza e con contrasto Torace</b>	<b>43,3</b>											
A.S.L. NOVARA - Privato	19,9											
A.S.L. NOVARA - Pubblico	70,8											
AZIENDA OSP. MAGGIORE DELLA CARITA' - Pubblico	46,6											
FONDAZIONE SALVATORE MAUGERI - Equiparato	29,5											
Visita dermatologica	50.7 (atteso 30)	Tale prestazione continua a risultare al di sopra dei tempi di attesa. Si segnala tuttavia che nel corso dell'ultimo trimestre 2018 in applicazione ai progetti di rientro tempi attesa l'ASL NO ha provveduto all'assunzione di Specialista Dermatologo che ha consentito di aumentare il numero di prestazioni offerte.										



Visita endocrinologica	37,9 (atteso 30)	<p>La performance presenta un lieve miglioramento nel confronto con l'anno precedente (ta medio di attesa 2017 38,4 giorni). Valutando l'indice di performance per tipologia di erogatori si evince che il valore complessivo è fortemente condizionato da valori molto alti presso le strutture private accreditate ma che presso l'AOU Maggiore di Novara è erogata sostanzialmente nei limiti di standard previsti.</p> <table border="1"> <tr> <td><b>Visita endocrinologica</b></td> <td><b>37,9</b></td> </tr> <tr> <td>A.S.L. NOVARA - Privato</td> <td>48,3</td> </tr> <tr> <td>A.S.L. NOVARA - Pubblico</td> <td>30,3</td> </tr> <tr> <td>AZIENDA OSP. MAGGIORE DELLA CARITA' - Pubblico</td> <td>31,9</td> </tr> </table>	<b>Visita endocrinologica</b>	<b>37,9</b>	A.S.L. NOVARA - Privato	48,3	A.S.L. NOVARA - Pubblico	30,3	AZIENDA OSP. MAGGIORE DELLA CARITA' - Pubblico	31,9
<b>Visita endocrinologica</b>	<b>37,9</b>									
A.S.L. NOVARA - Privato	48,3									
A.S.L. NOVARA - Pubblico	30,3									
AZIENDA OSP. MAGGIORE DELLA CARITA' - Pubblico	31,9									
Visita neurologica	35.5 (atteso 30)	<p>Lo scarto rispetto all'atteso risulta contenuto, essendo pari a 5.5 gg. Valutando l'offerta complessiva di prestazioni nell'ambito territoriale dell'azienda si osserva che la prestazione è erogata con performance ampiamente entro standard presso le strutture private accreditate.</p> <table border="1"> <tr> <td><b>Visita neurologica</b></td> <td><b>35,3</b></td> </tr> <tr> <td>A.S.L. NOVARA - Privato</td> <td>14,6</td> </tr> <tr> <td>A.S.L. NOVARA - Pubblico</td> <td>36,0</td> </tr> <tr> <td>AZIENDA OSP. MAGGIORE DELLA CARITA' - Pubblico</td> <td>37,5</td> </tr> </table> <p>Inoltre si sottolinea che l'offerta di prestazioni è stata incrementata: nel 2018, infatti, sono state rese disponibili 362 visite neurologiche in più del 2017.</p>	<b>Visita neurologica</b>	<b>35,3</b>	A.S.L. NOVARA - Privato	14,6	A.S.L. NOVARA - Pubblico	36,0	AZIENDA OSP. MAGGIORE DELLA CARITA' - Pubblico	37,5
<b>Visita neurologica</b>	<b>35,3</b>									
A.S.L. NOVARA - Privato	14,6									
A.S.L. NOVARA - Pubblico	36,0									
AZIENDA OSP. MAGGIORE DELLA CARITA' - Pubblico	37,5									
Visita oculistica	56.7 (atteso 30)	<p>Tale attività, storicamente al di sopra dei tempi di attesa, ha comunque confermato l'andamento positivo e ulteriormente registrato notevole miglioramento rispetto all'anno precedente, essendo passata da 70.2 giorni di attesa nel 2017 a 56.7 nel 2018.</p>								

Per quanto riguarda il secondo indicatore stati attivati/implementati i percorsi di follow-up dettagliati in tabella, disponibili agli atti.

Struttura	Percorso di follow-up
s.c. Cardiologia	Percorso di follow-up di pazienti con fibrillazione atriale in trattamento con NAO
Ssd Gastroenterologia	Percorso di follow-up di pazienti adulti con Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali (MICI)
s.c. Neurologia	Percorso assistenziale per la presa in carico dei pazienti con disturbi cognitivi e demenze
s.c. Oculistica	Percorso di accesso del paziente con glaucoma
Ssd Gastroenterologia	Percorso paziente affetto da <i>Helicobacter Pylori</i>

Allegati: (Allegati 3.2 ) Percorsi di follow-up



**3. Accessibilità****3.3. Riduzione del tempo di permanenza dei pazienti in DEA/PS - ASL/AO/AOU****DESCRIZIONE**

Il presente obiettivo ha la finalità di 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.

**INDICATORE**

Tempo medio di permanenza in PS:

(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 ATTESO**

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

**AZIONI**

Il tempo di permanenza dei pazienti in PS (Length of Stay - LOS) è considerato in letteratura un valido indicatore di *outcome* della gestione complessiva del percorso di assistenza del paziente in PS. Nello specifico tale indicatore è direttamente influenzato da una serie di variabili gestibili sia da parte dell'organizzazione stessa che dalla cooperazione tra servizi territoriali e ospedalieri quali ad es.: organizzazione del personale, gestione del triage, utilizzo dei PL nei reparti, OBI, MCAU, etc.

Anche per questo motivo presso il Presidio Ospedaliero di Borgomanero si è da tempo dedicata particolare attenzione alla gestione del tempo di attesa del paziente in DEA, al fine di limitare il più possibile la permanenza dei pazienti in attesa, anche attraverso la sensibilizzazione degli operatori del DEA e delle strutture afferenti per consulenza e degenza al rispetto dei tempi di risposta.

Un'azione organizzativa innovativa implementata nel 2018 è rappresentata dall'attivazione del progetto riguardante il "Bed Manager" intraospedaliero, attivato a partire dal primo ottobre 2018 in modalità sperimentale.

Come noto il bed manager è la figura professionale con competenze cliniche, assistenziali, relazionali, logistiche ed organizzative, che attraverso la determinazione del setting assistenziale, si occupa in collaborazione con il personale medico ed infermieristico, della gestione dei posti letto e dell'allocazione più appropriata in base alle condizioni cliniche del paziente. Il Bed Manager trova collocazione presso il MECAU ed esplica la sua funzione attraverso:

- Valutazione condivisa delle condizioni cliniche del paziente;
- Assegnazione condivisa del setting assistenziale più appropriato;
- Gestione dei ricoveri e della loro tempistica attraverso l'utilizzo dell'applicativo informatico Medtrack;
- Gestione degli accessi da inviare presso le strutture territoriali interfacciandosi con il NOCC;
- Fornendo le informazioni cliniche alle strutture accettanti.



**RISULTATO**

Le azioni messe in atto anche nel 2018 hanno consentito di mantenere il tempo medio di attesa al di sotto delle 6 ore, essendo pari a 4 ore e 10 minuti, per un numero complessivo di accessi pari a 45.278. Di questi l'83% è stato gestito entro il tempo massimo atteso (6 ore).

Anno	Periodo	N° accessi	Tempo medio attesa	Accessi entro tempo massimo	Accessi fuori tempo massimo	% Entro tempo massimo
2017	4° trim*	44070	4h 06'	36964	7106	84%
2018	1° trim	10765	4h 20'	8920	1845	83%
2018	2° trim*	22595	4h 12'	18854	3741	83%
2018	3° trim*	34362	4h 06'	28771	5591	84%
2018	4° trim*	45278	4h 10'	37652	7626	83%

\* Valore cumulato con periodo/i precedente/i

La percentuale di accessi gestiti in Osservazione Breve Intensiva (OBI) è stata per il 2018 pari al 2,2%, valore più che dimezzato rispetto all'anno precedente (2017 4,8% degli accessi). Tale dato potrebbe essere conseguenza dell'attivazione del bed manager.



**4. Qualità dell'assistenza****4.1. OBIETTIVO Area Osteomuscolare – ASL/AO/AOU****DESCRIZIONE**

Proporzione di ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro 2 giorni in pazienti ultrasessantacinquenni.

Per il 2018 l'indicatore oggetto dell'obiettivo è espresso in termini di produzione sia per le AO/AOU che per le ASL.

Per il 2018 l'indicatore è calcolato valutando il tempo a partire dall'arrivo in PS.

Inoltre, ai fini della valutazione dell'obiettivo sarà oggetto di valutazione, quale criterio di accesso al punteggio, anche l'indicatore PNE: Frattura della tibia e del perone: tempi di attesa per intervento chirurgico.

**INDICATORE**

Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore in cui il paziente sia stato operato entro 2 giorni dall'arrivo in PS (differenza tra data della procedura e data di arrivo in PS  $\leq$  2 giorni)

Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore

**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.

In questo senso tra gli obiettivi di budget della s.c. Ortopedia e Traumatologia (rif. Deliberazione del Direttore Generale n. 114 del 30 maggio 2018) è stato previsto un obiettivo relativo a questo argomento, così declinato:

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attuati
Migliorare la performance della struttura, misurata attraverso gli indicatori di esito delle cure annualmente rilevati dal Programma Nazionale Esiti di AGENAS	1) N° fratture di femore operate entro le 48h dall'arrivo al PS/totale delle fratture da operare * 100 2) N° fratture di tibia e perone operate entro 5 gg/totale delle fratture da operare * 100	1) > 70% 2) Valore 2018 $\geq$ 2017	sc Ortopedia e Traumatologia; sc. Anestesia e Rianimazione	Luglio Novembre	Report GoCSS

**RISULTATO**

Nel corso del 2018 la s.c. Ortopedia ha registrato una riduzione del personale medico pari a 3 unità, dovute al verificarsi di due cessazioni a cui va ad aggiungersi una precedente cessazione avvenuta nel 2017. Al fine di ripristinare l'adeguata dotazione di personale medico della struttura, a settembre 2018 è stato indetto avviso pubblico per tre posti a tempo determinato, nelle more del pubblico concorso. Tale procedura selettiva si è conclusa con un solo candidato in graduatoria che ha preso servizio dal 1 ottobre. Anche il successivo concorso pubblico, espletato nel mese di novembre, si è concluso con un solo candidato in graduatoria (peraltro coincidente con il medico vincitore della selezione a tempo determinato) che peraltro ha dato le dimissioni con decorrenza dal 15 gennaio 2019.

Nonostante tale importante criticità relativa alle risorse umane della Struttura, grazie all'impegno costante degli specialisti in servizio, si è comunque registrato un incremento dell'attività rispetto all'anno precedente (+11%), il 66% dei pazienti è stato gestito nelle 48 ore e l'80% entro 72 ore.



Anno	N°entro 2gg	Tot ricoveri	% Entro standard
2017*	157	217	72%
2018	162	245	66%

\* calcolato senza il link con C2

Fonte dati: SDO 2017-2018

Preme inoltre sottolineare come le fratture di tibia e perone siano state trattate mediamente entro 3 giorni, a fronte di uno standard massimo di 6.

L'obiettivo risulta dunque parzialmente raggiunto, con una percentuale comunque distante pochi punti dall'atteso, grazie ad uno sforzo organizzativo davvero rilevante per assicurare la qualità e la sicurezza delle cure ai pazienti della struttura, a fronte delle risorse disponibili.



**4. Qualità dell'assistenza****4.2. OBIETTIVO** *Tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di IMA STEMI – ASL/AO/AOU***DESCRIZIONE**

Proporzione di episodi di STEMI trattati con PTCA entro 2 giorni. L'indicatore è espresso in termini di produzione per le AO e di tutela per le ASL

**INDICATORE**

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

---

Numero di episodi di STEMI

**VALORE DELL'OBIETTIVO**

Tasso grezzo  $\geq 85\%$ .

**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 neppure accedere presso il DEA del Presidio Ospedaliero. La tempistica di esecuzione della procedura, pertanto, 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, quindi, il Presidio Ospedaliero di Borgomanero è chiamato a gestire solo i pazienti che giungono con mezzi propri presso il DEA o in casi di mancato riconoscimento dell'episodio.

Al fine di valutare la corretta gestione dei pazienti da parte del Presidio Ospedaliero di Borgomanero è stato condotto un audit clinico coinvolgente sia la s.c. Cardiologia che la s.c. Medicina di Urgenza e Accettazione. Nell'ambito dell'audit clinico sono stati valutati tutti i pazienti con Infarto Miocardico Acuto STEMI giunti presso il P.O. di Borgomanero nel primo semestre dell'anno 2018, analizzando i verbali di accesso al DEA e le cartelle cliniche dei casi ricoverati.

Complessivamente sono state valutate n° 38 cartelle relative a pazienti giunti all'Ospedale di Borgomanero con le caratteristiche succitate. Di questi:

- 31 sono stati trasferiti direttamente dal DEA di Borgomanero ai centri HUB di riferimento (Novara e Vercelli) per eseguire PTCA primaria entro 24 ore (81.5%);
- 7 pazienti sono stati ricoverati in UTIC. Di questi:
  - 3 pazienti sono stati trasferiti da UTIC Borgomanero ai Centri HUB entro 24 ore.
  - 2 pazienti non sono stati candidati per eseguire coronarografia e PTCA urgente in considerazione delle gravi comorbidità (insufficienza respiratoria acuta, polmonite) e per l'età molto avanzata (94 e 95 anni)
- 2 pazienti sono stati trasferiti dopo 24 ore in quanto la diagnosi era di infarto miocardico subacuto cioè con ritardo di ricovero e quindi non candidati per PTCA urgente, ma per rivascolarizzazione differita. Dall'esito dell'analisi delle cartelle cliniche in questi due casi la diagnosi corretta non sarebbe dovuta essere IMA-STEMI, ma Angina instabile (codice diagnosi principale 411.1).

In sintesi 34 pazienti su 38 (89.5%) hanno soddisfatto il requisito richiesto di eseguire PTCA entro 24 ore.



**RISULTATI**

Considerando l'indicatore in termini di tutela, ovvero di residenti, il valore registrato nel corso del 2018 è pari al 66%.

Anno	PTCA		Tot ricoveri IMA STEMI	% Entro standard
	N° ≤1gg	N° >2gg		
2018	169	11	257	66%

Considerando solo la procedura 00.66

Fonte dati: Clone anno 2018

Si è provveduto a ricalcolare l'indicatore includendo anche i soggetti che, avendo avuto un IMA STEMI, hanno effettuato una procedura di angiografia coronarica (codice 88.55; 88.56; 88.57) entro le 48 ore, ma che per motivazioni verosimilmente cliniche non hanno effettuato una contestuale PTCA (cod. 00.66) e che pertanto vengono escluse dal conteggio, pur avendo garantita la corretta gestione del percorso nella tempistica corretta.

In questo modo il risultato dell'indicatore raggiunge il 72%.

Anno	PTCA		Tot ricoveri	% Entro standard
	N° ≤1gg	N° >2gg		
2018	186	20	257	72%

Considerando anche le procedure 88.55 - 88.56 - 88.57

Fonte dati: Clone anno 2018



**4. Qualità dell'assistenza****4.3. OBIETTIVO Appropriately nell'assistenza al parto****DESCRIZIONE**

Proporzione di parti con taglio cesareo primario. L'obiettivo è misurato in una prospettiva di produzione sia per le ASL che per le AO/AOU.

**INDICATORE**

$$\frac{\text{N° parti con cesareo primario}}{\text{N° parti con nessun pregresso cesareo}} \times 100$$

**VALORE DELL'OBIETTIVO**

- maternità di I livello o comunque con <1000 parti: tasso aggiustato  $\leq$  15,00%

**AZIONI**

L'ASL NO da tempo persegue l'obiettivo di salute di promozione al parto naturale, ottenendo risultati soddisfacenti.

Anche al fine di conservare gli standard fino ad oggi raggiunti, è stato assegnato anche nel 2018 alla s.c. Ostetricia e Ginecologia uno specifico obiettivo relativo all'incremento dell'appropriatezza dei parti cesarei strutturato come di seguito esplicitato (rif. Deliberazione del Direttore Generale n. 114 del 30 maggio 2018):

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attesi
Alla luce delle evidenze scientifiche in materia, degli standard qualitativi consolidati a livello internazionale e nazionale (WHO, Piano Nazionale Esiti) e della qualità dei flussi informativi disponibili in Regione Piemonte, migliorare l'appropriatezza dell'evento parto e la tracciabilità	1) N° parti con cesareo primario/ N° parti con nessun pregresso cesareo x 100; 2) Bilancio di Salute materno -fetale alla 36"-37" settimana /totale dei parti * 100	1) Valore 2018 < 2017; 2) $\geq$ 52%	s.c. Ostetricia e Ginecologia	Trimestrale	Report SICG

**RISULTATI**

Il Presidio Ospedaliero SS. Trinità di Borgomanero è una maternità di I livello, avendo effettuato nel 2018 919 parti. Di questi 841 parti primari. I parti cesarei primari sono stati 129, con un'incidenza sul totale dei parti primari pari al 15%, dato in linea allo standard regionale ( $\leq$  15%) e confermando il trend in costante miglioramento, come riportato in tabella.

Anno di riferimento	Parti primari	Parti cesarei primari	% parti cesarei primari
2018	841	129	15%
2017	880	151	17%
2016	884	160	18%

Fonte dati: SDO gennaio-dicembre 2018, 2017, 2016



**4. Qualità dell'assistenza****4.4. OBIETTIVO Area Chirurgia Generale: colecistectomia laparoscopica – ASL/AO/AOU****DESCRIZIONE**

Percentuale di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni.  
L'indicatore oggetto dell'obiettivo è espresso in termini di produzione sia per le AO/AOU che per le ASL.

**INDICATORE**

Intervento chirurgico per colecistectomia laparoscopica con dimissione entro 3 giorni

ricoveri per colecistectomia laparoscopica

**VALORE DELL'OBIETTIVO**

Tasso aggiustato >70%

**AZIONI**

È stato assegnato nel 2018 alla s.c. Chirurgia Generale uno specifico obiettivo relativo al contenimento della degenza negli interventi di colecistectomia strutturato come di seguito esplicitato (rif. Deliberazione del Direttore Generale n. 114 del 30 maggio 2018):

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Tracking di monitoraggio	Documenti attestati
Migliorare la performance della struttura, misurata attraverso gli indicatori di esito delle cure annualmente rilevati dal Programma Nazionale Esiti di AGENAS	1) Intervento chirurgico per colecistectomia laparoscopica con dimissione entro 3 giorni/ricoveri per colecistectomia laparoscopica *100 2) Audit clinico	1) > 70% o almeno > 2017 2) Condotto secondo le modalità e la tempistica previste	s.c. Chirurgia Generale	Trimestrale	1) Report SICG 2) Relazione audit

**RISULTATI**

Le azioni messe in atto per ottimizzare la gestione del paziente sottoposto ad intervento di colecistectomia laparoscopica, al fine di garantire la dimissione entro 3 giorni, nel 2018 hanno consentito un miglioramento dell'indicatore, già di per sé elevato.

La percentuale di pazienti dimessi entro i 3 giorni, infatti, è passata dal 94% del 2017 al 95% del 2018, come rilevabile in tabella.

Anno	N° entro 3gg	Tot ricoveri	% Entro standard
2017	145	154	94%
2018	125	132	95%

Fonte dati: SDO 2017-2018

Risulta peraltro soddisfatto anche il criterio definito dal DM 70 del 2.04.2015 che ha inserito tale indicatore tra quelli in evidenza per il monitoraggio del rapporto tra volumi/esiti delle strutture complesse ponendo la soglia del tasso minimo al 70% e un volume minimo di interventi per struttura complessa pari a 100/anno.



**4. Qualità dell'assistenza****4.5. OBIETTIVO Screening oncologici – ASL/AO/AOU****DESCRIZIONE**

Il primo indicatore per ciascuno dei tre screening oncologici (tumori della mammella, della cervice uterina e del colon retto) riguarda la copertura da inviti, e il secondo la copertura da esami. Per copertura da inviti si intende la capacità di invitare tutte le persone facenti parte della popolazione target con la cadenza stabilita: se, per esempio, la cadenza degli inviti è biennale, la popolazione target annuale è data dalla popolazione target diviso due. L'indicatore viene pertanto calcolato come numero di inviti diviso la popolazione target annuale.

Analogamente, la copertura da esami viene calcolata come numero di esami di screening eseguiti diviso la popolazione target annuale.

Essendo tuttora in corso l'implementazione dello screening cervico-vaginale tramite test per l'HPV, per tale screening vengono inclusi tra gli inviti e gli esami sia il pap test che l'HPV.

La popolazione target e gli intervalli di screening sono i seguenti:

- Donne di età 50-69 anni per lo screening mammografico (due anni).
- Donne di età 25-64 anni (30-64 per HPV) per lo screening cervico-vaginale (tre anni screening citologico e 5 anni HPV).
- Uomini e donne di età 58-69 anni per lo screening coloretale (due anni per il FIT e solo una volta a 58 anni per la sigmoidoscopia).

**INDICATORE**

**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.

**VALORE DELL'OBIETTIVO**

	ATTESO	MINIMO
<b>SCREENING MAMMOGRAFICO ETÀ 50-69 ANNI</b>		
<b>COPERTURA INVITI:</b> NUMERO DI DONNE INVITATE AD EFFETTUARE IL TEST DI SCREENING + ADESIONI SPONTANEE / POPOLAZIONE BERSAGLIO ANNUALE	100%	97%
<b>COPERTURA ESAMI:</b> NUMERO DI DONNE SOTTOPOSTE AL TEST DI SCREENING + ADESIONI SPONTANEE / POPOLAZIONE BERSAGLIO ANNUALE	51%	45.9%
<b>SCREENING CERVICO-VAGINALE ETÀ 25-64 ANNI</b>		
<b>COPERTURA INVITI:</b> 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%
<b>COPERTURA ESAMI:</b> 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)	47%	42.3%
<b>SCREENING COLO-RETTALE ETÀ 58 ANNI</b>		
<b>COPERTURA INVITI:</b> NUMERO PERSONE INVITATE A SIGMOIDOSCOPIA+ ADESIONI SPONTANEE / POPOLAZIONE BERSAGLIO ANNUALE	100%	97%
<b>SCREENING COLO-RETTALE ETÀ 58-69 ANNI</b>		
<b>COPERTURA ESAMI:</b> NUMERO PERSONE SOTTOPOSTE A SIGMOIDOSCOPIA O FIT (INCLUDE ADESIONI SPONTANEE) / POPOLAZIONE BERSAGLIO ANNUALE	40%	36%



**AZIONI**

Gli indicatori sono valutati a livello di "Programma 5" (quadrante ASL NO, ASL VCO, AOU Maggiore, ASL VC, ASL BI), e pertanto l'ASL NO ha collaborato alla realizzazione delle azioni messe in atto a livello di programma.

Per implementare il tasso di adesione della popolazione agli screening, agli inviti sono seguiti i solleciti come da programma per lo screening mammografico e quello del tumore del retto colon. Per quest'ultimo, al fine di ottimizzare gli spazi disponibili dell'AOU Maggiore di Novara (che copre l'area sud dell'ASL NO), l'utenza che aveva confermato l'appuntamento per la sigmoidoscopia è stata richiamata una settimana prima dell'appuntamento per ulteriore conferma.

Per permettere di invitare la popolazione obiettivo è stata richiesta presso le unità operative che effettuano gli esami, una disponibilità di spazi sufficiente a coprire la popolazione aderente. Non sempre questa è stata assicurata, in particolare dall'AOU Maggiore e dall'ASL VC.

**RISULTATO**

Come si evince dalla tabella sottostante, 4 su 6 degli obiettivi minimi attesi dalla DGR 101-2017 sono raggiunti dal Programma 5.

	Programma 5	Atteso DGR 101-2018	Minimo DGR 101-2018
<b>SCREENING MAMMOGRAFICO:</b>			
Copertura da inviti: età 50-69 anni – proporzione di inviti + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale	84%	100%	97%
<b>SCREENING MAMMOGRAFICO</b>			
Copertura da esami: Numero donne sottoposte a test di primo livello / popolazione bersaglio 50-69 anni	57,0%	51%	46%
<b>SCREENING CERVICO-VAGINALE:</b>			
Copertura da inviti: Numero donne invitate ad effettuare il test di screening + adesioni spontanee / popolazione	100%	100%	97%
<b>SCREENING CERVICO-VAGINALE:</b>			
Copertura da esami: età 25-64, esecuzione di un numero di esami di screening di primo livello / popolazione bersaglio annuale	34%	47%	42%
<b>SCREENING COLO-RETTALE:</b>			
Copertura da inviti: Numero persone invitate a sigmoidoscopia + adesioni spontanee / popolazione bersaglio 58 anni	105%	100%	97%
<b>SCREENING COLO-RETTALE:</b>			
Copertura da esami FOBT e sigmoidoscopia: età 58-69 anni, numero persone sottoposte a sigmoidoscopia o FOBT / popolazione bersaglio	49%	40%	36%



Per quel che riguarda la **copertura di inviti nello screening mammografico** il non pieno raggiungimento dell'obiettivo è dovuto essenzialmente al ritardo accumulato dall'ASL VC e BI a causa della mancanza di radiologi refertanti, ritardo che è in via di recupero grazie a convenzioni effettuate con le radiologie di varie Aziende. A questo si aggiunge un ritardo dell'AOU Maggiore della Carità che ha chiuso una delle sue due unità operative, a seguito di trasloco dei locali e delle attrezzature, per un tempo più prolungato dell'atteso, permettendo l'invito solo dell'83% della sua popolazione obiettivo. L'ASL NO ha invitato il 113% della sua popolazione obiettivo, e l'ASL VCO il 101%. Complessivamente l'ex dipartimento 6 (NO-VCO-AOU) ha invitato il 97% della popolazione 50-69enne, mentre l'ex dipartimento 5 (VC-BI) il 67,6%

La **copertura da esami dello screening citologico** risente come ogni anno della copresenza sul territorio di un'importante attività spontanea privata. A questo si aggiunge il fatto che un numero consistente di donne ha maturato il proprio appuntamento periodico tardivamente (verso la fine dell'anno) con un iperafflusso di invitabili, che le Unità di prelievo non hanno potuto smaltire. Questo fenomeno, che è tipico del primo anno di completo passaggio del periodismo da 3 a 5 anni dello screening da pap-test a HPV, si verificherà anche nei due anni a venire. Per far fronte a questa discrasia, difficilmente prevedibile nella sua tempistica, si manterrà un ritmo di prelievi/ora più blando, in modo da poterlo incrementare al bisogno a seguito della crescita della maturazione degli appuntamenti.

Quindi l'obiettivo che l'anno scorso si è potuto raggiungere di stretta misura, quest'anno risulta non centrato. Questo avviene sia per l'ex dipartimento 6 (30.4% di copertura) che per il 5 (40.1%).



**4. Qualità dell'assistenza****4.6. OBIETTIVO Donazioni d'organo – ASL/AO/AOU****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 a migliorare nel 2018 il procurement di organi e cornee rispetto al 2017.

**INDICATORE**

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.
2. N° di opposizioni alla donazione di organi nei reparti di rianimazione afferenti al Presidio Ospedaliero/N° di segnalazioni di morte encefalica nei reparti di rianimazione afferenti al Presidio Ospedaliero.
3. N° donatori di cornea nel 2018/ totale decessi ospedalieri del 2017 fra i 5 e i 75 anni compresi.

**VALORE DELL'OBIETTIVO**

Cfr. Tabella seguente

		SEGNALAZIONI DI SOGGETTI IN MORTE ENCEFALICA (BDI%)	OPPOSIZIONE ALLA DONAZIONE DI ORGANI	DONATORI DI CORNEE
ASL	Denominazione presidio	atteso al 31 dicembre	atteso al 31 dicembre	atteso al 31 dicembre
NO	ISTITUTO S.S. TRINITA'-BORGOMANERO	20 - 40 %	< 33 %	n.11 donatori

**AZIONI**

L'ASL NO da tempo persegue l'obiettivo di incrementare le donazioni d'organo. A tal fine è stato assegnato a tutte le strutture ospedaliere nell'ambito degli obiettivi di budget uno specifico obiettivo orientato ad incrementare tale attività (rif. Deliberazione del Direttore Generale n. 114 del 30 maggio 2018).

Nel corso di tutto l'anno è stata mantenuta la compilazione delle schede di valutazione di idoneità alla donazione di cornee per ogni decesso ospedaliero.

**RISULTATI**

1. Nel corso dell'anno 2018 sono stati segnalati 5 casi di morte encefalica nel reparto di rianimazione su 12 decessi di pazienti ricoverati in Rianimazione con patologia compatibile con l'evoluzione verso la morte encefalica (42%), in linea con lo standard regionale.
2. Il numero di opposizioni è stato pari a 2 su 5 casi di morte encefalica segnalati pari al 40% (standard atteso < 33%). La bassa numerosità dei casi di morte encefalica condiziona fortemente il risultato dell'indicatore.
3. Il numero di donatori di cornee nel 2018 è stato di 9, pari all'81,8% dello standard atteso.



**4. Qualità dell'assistenza****4.7. OBIETTIVO Umanizzazione – ASL/AO/AOU****DESCRIZIONE**

Anche con riguardo all'annualità 2018, in coerenza con la normativa, nonché in continuità con le iniziative in tema di umanizzazione avviate a livello regionale nel corso degli ultimi anni, è stato assegnato ai Direttori generali delle ASR per l'anno 2018 uno specifico obiettivo finalizzato alla verifica della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie con riferimento all'umanizzazione dell'assistenza.

**INDICATORE**

Aggiornamento Piani di miglioramento aziendali sulla base delle risultanze della 3<sup>a</sup> fase del programma nazionale di valutazione partecipata della qualità delle strutture di ricovero nonché delle eventuali criticità evidenziate in sede di attuazione degli ulteriori obiettivi di umanizzazione assegnati con DGR n. 101 del 3.8.2017 e di eventuali altri item definiti a livello regionale.

Implementazione/completamento azioni correttive di rilevanza aziendale individuate nei Piani di miglioramento.

**VALORE DELL'OBIETTIVO**

Azioni di miglioramento implementate/completate.

**AZIONI**

L'ASL NO dal 2015 partecipa al *Programma Nazionale di Valutazione Partecipata della qualità delle Strutture di Ricovero* promosso e coordinato da AGENAS; scopo di questa attività è la valutazione della qualità delle strutture sanitarie secondo la prospettiva del cittadino attraverso la realizzazione di indagini sulla qualità dell'assistenza secondo i principi dell'Empowerment e dell'umanizzazione.

Negli anni l'attività condotta può essere riassunta nei seguenti punti:

Anno 2015

- Nomina Referente Aziendale.
- Formazione del personale addetto all'attività di valutazione.
- Costituzione equipe di monitoraggio.
- Attività di Valutazione
- Registrazione ed invio dati per condivisione con AGENASS

Anno 2016

- Individuazione di Aree critiche
- Realizzazione di Piano di Miglioramento (e relativa delibera aziendale)

Anno 2017

- Realizzazione delle azioni di miglioramento previste con delibera aziendale del 2016 ed in data 23 Novembre 2017 – con la partecipazione del gruppo misto di volontari – è stata effettuata una verifica dell'effettiva implementazione delle azioni dichiarate nel piano. Dell'incontro è stato redatto un verbale, controfirmato dai referenti aziendali ed i membri del gruppo misto anche ai fini della Deliberazione della Giunta Regionale 3 agosto 2017, n. 101-5530, Allegato A, Cap. 6. Qualità dell'Assistenza.

Inoltre si è provveduto alla realizzazione delle azioni:

-istituzione in ciascuna struttura del presidio ospedaliero di un luogo/orario predefiniti per il colloqui tra medici curanti e famigliari dei ricoverati;

-istituzioni della Commissione mista conciliativa, come da DPCM del 19.5.95

-realizzazione di specifici progetti a sostegno di pazienti/famiglie, di seguito riportati:

- progetto: Punto Unico di Accesso (PUA): un modello di presa in carico e continuità dell'assistenza per pazienti fragili



- progetto: Un approccio interistituzionale ed interdistrettuale per gestire i pazienti fragili
- progetto: Infermiere di famiglia e comunità
- progetto: Follow-up pazienti oncologici
- progetto: PDTA per la gestione del paziente affetto da demenza
- progetto: Spazio anziani, punto informativo e di orientamento

Nel 2018 si è provveduto, in osservanza della Deliberazione della Giunta Regionale 26 gennaio 2018, n. 26-6421 punto 4.7 Umanizzazione, a:

- aggiornamento del Piano di Miglioramento aziendale per le azioni di Empowerment ed all'aggiornamento del Piano, che è stato condiviso con l'Equipe Mista in data 30.10.2018;
- effettuazione di sopralluogo unitamente all'equipe mista per la verifica dell'effettiva presenza di spazi e orario predefiniti per il colloqui tra medici curanti e famigliari dei ricoverati;
- aggiornamento della composizione della Commissione Mista Conciliativa con Deliberazione DG ASL NO n.164 del 2.8.2018;
- invio secondo le indicazioni regionali delle schede riferite ai progetti a sostegno di pazienti/famiglie, già attivati nel corso del 2017.

In ottemperanza alle indicazioni regionali (cfr nota Direzione Sanità n.14910 del 2.7.2018), si è svolta, inoltre, l'attività di mappatura del rischio presso le RSA e le Case di Cura in collaborazione con la dr.ssa Guerrieri Anna, consulente della Regione Piemonte, attraverso colloqui finalizzati a migliorare la conoscenza della realtà aziendale e del livello di rischio, riproponendo le metodologie di lavoro e di approccio di norma effettuate a livello Europeo con conseguente comparazione degli esiti e lo sviluppo di benchmark di riferimento.

Gli obiettivi sono di questa attività sono stati:

- Valutare il livello di consapevolezza che la struttura sanitaria ha circa il proprio rischio
- Proporre delle raccomandazioni, al fine di migliorare i processi gestionali

L'attività svolta è così riassumibile:

- partecipazione dei referenti aziendali alle attività formative tenute in regione (4 incontri nel periodo maggio-settembre);
- accordi con le strutture oggetto dello studio individuate dalla Regione (settembre): per l'ASL NO sono state selezionate la "Clinica San Gaudenzio -- Presidio di Policlinico di Monza spa" e la RSA "I Tigli"
- realizzazione colloqui con responsabili delle strutture (mese di ottobre 2018) con l'utilizzo del *referencielle* regionale
- Inserimento dati e invio degli stessi in Regione (Ottobre 2018)

L'attività proseguirà nel corso del 2019 con la restituzione agli istituti coinvolti dei risultati ottenuti -- prodotti dalla Regione - a livello locale e regionale.

Oltre a quanto riportato, l'attività ha ricompreso anche un'analisi dei rischi sui percorsi di assistenza ospedaliera, con particolare riferimento all'area materno infantile. In questo ambito si è provveduto ad attivare presso il Presidio Ospedaliero di Borgomanero una serie di incontri volti ad effettuare un progetto di analisi a priori del rischio relativo al percorso ostetrico, sia consultoriale che ospedaliero.

Per lo svolgimento delle attività si è utilizzato il *Metodo Cartorisk*, strumento validato e presentato durante un incontro svoltosi presso la Direzione Sanità della Regione Piemonte in data 04/09/2018.

Nella realtà dell'ASL NO lo sviluppo del progetto è avvenuto mediante creazione di un Gruppo di Miglioramento plurispecialistico interdisciplinare, coordinato dalla Direzione Medica del Presidio Ospedaliero di Borgomanero, a cui hanno partecipato le seguenti figure professionali:



- *Direttore del Dipartimento Materno-Infantile e Direttore della SC di Ginecologia e Ostetricia*
- *Dirigenti medici della SC di Ginecologia e Ostetricia*
- *Coordinatrice Ostetrica della SC di Ginecologia e Ostetricia*
- *Infermiera Professionale e Ostetriche coinvolti nel percorso di assistenza alla gravida;*
- *Responsabile Medico della SS Consultori Familiari*
- *Direttore della SC di Pediatria*
- *Dirigente Medico della SC Immunoematologia e Medicina Trasfusionale*
- *Dirigente Medico della SC Anestesia e Rianimazione*

Mediante questo percorso si è giunti alla valutazione dei rischi associati alle singole fasi del percorso ostetrico; per ciascuna fase si è proposta un'azione migliorativa con relativi tempi di esecuzione.

Nel mese di dicembre 2018 è stato illustrato il progetto svolto ai referenti tecnici della Regione, i quali hanno suggerito alcuni miglioramenti e approvato complessivamente il lavoro svolto.

#### **RISULTATI**

Ai fini della verifica circa il raggiungimento del presente obiettivo – come da indicazioni fornite dalla Direzione Sanità con nota del 28.12.2018 trasmessa via mail ai Referenti del Progetto *Empowerment Aziendali* - si è provveduto a caricare tutta la documentazione attestante le attività descritte sul portale regionale.

Allegati: (Allegato 4.7 ) allegato 4.7.A indicazioni fornite dalla Direzione Sanità con nota del 28.12.2018; allegato 4.7.B attestazione invio documentazione come da disposizioni regionali; allegato 4.7.C Deliberazione n. 164/2018 – Commissione mista conciliativa - Composizione



**5. Gestione della spesa relativa ai beni: farmaci e DM**

5.1. **OBIETTIVO Assistenza Farmaceutica Territoriale ed Ospedaliera: appropriatezza prescrittiva e riduzione della variabilità - ASL/AO/AOU**

**DESCRIZIONE**

Dalle analisi condotte dalla Direzione Sanità si rileva un'elevata variabilità dell'incidenza prescrittiva sia a livello di singola azienda che fra i singoli prescrittori. L'obiettivo è rivolto al perseguimento di una maggiore appropriatezza prescrittiva nonché al contenimento della variabilità con particolare riferimento alle categorie sotto descritte.

Gli scostamenti presi in esame riguardano le seguenti categorie:

**Farmaci ambito territoriale**

- ATC=A02BC (Inibitori di Pompa Acida);
- ATC=J01 (Antibatterici per uso sistemico in ambito territoriale);
- ATC= C07, C08, C09 (Betabloccanti, Calcio-Antagonisti, Sostanze ad azione sul sistema Renina-Angiotensina);
- ATC=N06A (Antidepressivi);
- ATC=R03 (Farmaci per disturbi ostruttivi delle vie respiratorie);

**Farmaci ambito ospedaliero (solo per Aziende Ospedaliere)**

- ATC=J01 (Antibatterici per uso sistemico in ambito ospedaliero);
- ATC=J02 (Antimicotici per uso sistemico in ambito ospedaliero).

**INDICATORE**

Per le 5 ATC in ambito territoriale: spesa 2017 – spesa di riferimento calcolata sulla spesa pro capite del best performer.

Per le 2 ATC in ambito ospedaliero: rapporto fra le giornate di terapia a richiesta motivata ed il totale delle giornate di terapia.

**VALORE DELL'OBIETTIVO**

La spesa in regime convenzionale nel 2018 per i farmaci:

1. ATC=A02BC (Inibitori di Pompa Acida);
2. ATC=J01 (Antibatterici per uso sistemico in ambito territoriale);
3. ATC= C07, C08, C09 (Betabloccanti, Calcio-Antagonisti, Sostanze ad azione sul sistema Renina Angiotensina);
4. ATC=N06A (Antidepressivi);
5. ATC=R03 (Farmaci per disturbi ostruttivi delle vie respiratorie);

ha quale riferimento la spesa pro-capite (per popolazione pesata) registrata dall'ASL best performer nel 2017 per singola molecola. Ogni ASL deve ridurre di almeno il 50% lo scostamento tra la propria spesa pro-capite (per popolazione pesata) e quella di riferimento dell'azienda best performer.

**AZIONI**

Per migliorare l'appropriatezza prescrittiva farmaceutica e contenere spesa farmaceutica convenzionata sono state predisposte le seguenti azioni di intervento:

- Accordi aziendali MMG per l'anno 2018 approvati in comitato aziendale per la medicina generale in data 18/10/2018, che hanno previsto di promuovere l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci a più alto impatto sulla spesa farmaceutica. In applicazione dell'Art. 17 AIR-Governo clinico ed in accordo con i



MMG, sono stati proposti obiettivi per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva dei farmaci con particolare riguardo a:

- **ANTIBIOTICI:** Razionalizzazione dell'uso degli antibiotici nelle infezioni delle alte vie respiratorie, delle basse vie respiratorie e delle vie urinarie e diminuzione della variabilità prescrittiva tramite confronto sui dati di prescrizione nell'ambito delle *equipes* territoriali
  - **VITAMINA D – ANTIPERTENSIVI – IPP:** aumento del trattamento di pazienti secondo le linee di indirizzo per trattamento con vitamina D per pazienti di età >75aa e affetti da polipatologie, con antipertensivi da soli ed in associazione con riduzione delle duplici associazioni precostituite a base di olmesartan, e con IPP aumentando la prescrizione i di confezionamenti da 28 cps anziché da 14 cps, limitatamente alla necessità prescrittiva, e quindi con parità di consumo.
- Attivazione di gruppi di lavoro multidisciplinari interaziendali ASL NO - AOU Maggiore della Carità per analizzare le prescrizioni ed individuare azioni di miglioramento per un corretto uso di insuline, insuline in associazione, farmaci glicosurici, dispositivi per la misurazione della glicemia.
- Progettazione e realizzazione di un corso ECM sui FARMACI OSTEOPOROSI E VITAMINA D inerente l'utilizzo dei farmaci soggetti a nota AIFA 79 e diffusione raccomandazioni sull'uso corretto della vitamina D, con discussione di casi clinici in plenaria.
- Promozione di audit formativi all'interno delle Equipe Territoriali al fine di individuare i comportamenti prescrittivi inappropriati sull'utilizzo di:
- farmaci antibiotici con invio di report per il confronto tra MMG sulla prescrizione delle diverse categorie di antibiotici e di materiale informativo sul corretto utilizzo degli antibiotici da parte del MMG, degli operatori sanitari e dei pazienti.
  - Farmaci antipertensivi mediante diffusione linee di indirizzo per il trattamento del paziente iperteso, analisi delle prescrizioni di farmaci in associazione, invio di report ai MMG sulle prescrizioni di medicinali con profilo costo/beneficio maggiore e meno sostenibile con richiesta di audit formativo all'interno delle equipe territoriali su casi clinici specifici
- Azioni su iperprescrittori:
- valutazione tramite il Sistema TS dell'andamento della spesa farmaceutica convenzionata a livello aziendale e dei singoli MMG, individuazione con i MMG con una spesa dell'elenco regionale inerente i MMG maggiori prescrittori ed individuazione dei MMG con spesa lorda per 1.000 assistiti/pesati/die mensile riferita al primo semestre 2018 superiore al 20% rispetto alla media regionale per più mesi .
  - Il Responsabile della Farmacia Territoriale e i Direttori di Distretto hanno convocato i MMG iperprescrittori per discutere in merito alle prescrizioni contestate relative all'applicazione di note AIFA, indicazioni schede tecniche, iperprescrizioni quali-quantitative. Nella convocazione sono stati ascoltati 8 MMG e successivamente in Commissione Appropriatezza Distrettuale (CAD) sono state discusse le controdeduzioni non accettate, per le quali sono stati assunti specifici provvedimenti ed alcune addebitate.
- Monitoraggio delle azioni intraprese attraverso lo sviluppo di scheda trimestrale per ogni singolo MMG da parte del Farmacista Territoriale con la collaborazione di S2italia.
- Monitoraggio dei piani terapeutici a supporto della prescrizione SSR di NAO ed eritropoietine con particolare attenzione ai dosaggi e al numero di confezioni prescritte dai MMG, in particolare per NAO ed eritropoietine non aggiudicate nell'accordo quadro regionale di cui non è pervenuta relazione clinica a supporto dell'uso, come da indicazioni regionali.



- Monitoraggio delle prescrizioni di enoxaparina: i controlli hanno riguardato sia la prescrizione di medicinali non aggiudicati in gara regionale, sia le prescrizioni di enoxaparina con durata di terapia superiore ai sei mesi per una valutazione dell'appropriatezza e della possibilità di alternative terapeutiche e/o distributive.
- Informazione sono state inviate comunicazioni ai Medici prescrittori in merito alla prescrizione di medicinali biosimilari, all'interscambiabilità tra biosimilare e originatore ed elenchi sui medicinali in DPC aggiudicati in gara regionale o in Accordo Quadro. Per chiarire le diverse modalità di prescrizione e dispensazione delle EBPM è stata inviata una nota di chiarimento a tutti i Medici Prescrittori condivisa anche con la Commissione Farmaceutica Interaziendale dell'AOU Maggiore della Carità. Per quanto riguarda la prescrizione di farmaci biosimilari in convenzionata è stata inviata un'informativa sulla prescrivibilità e maggior sostenibilità di insulina lispro rispetto all'originatore. Valutazioni sul profilo costo beneficio hanno riguardato i farmaci antipertensivi, in modo speciale le duplici e triplici associazioni. Le comunicazioni periodiche sulla prescrivibilità e farmacovigilanza ai MMG hanno riguardato la minimizzazione dei rischi di particolari farmaci e il confronto tra medicinali a base di molecole coperte da brevetto e a brevetto scaduto.
- Il Direttore della farmacia territoriale ha partecipato alla Commissione Farmaceutica Interaziendale dell'AOU Maggiore mettendola a conoscenza delle problematiche relative alla prescrizione EBPM non conformi alle indicazioni da scheda tecnica e secondo Legge 648/96, alla distribuzioni di farmaci ad alto costo, quali farmaci onco-ematologici, antirigetto, LH-RH analoghi e per l'infertilità, per i quali i Medici Specialisti spesso non sono concordi con le direttive regionali e nazionali nel prescrivere i farmaci biosimilari, mentre per Imatinib vi è stato subito accordo con Ematologia per la prescrizione e dispensazione del medicinale generico, così come con gli ambulatori di Reumatologia e Dermatologia per la prescrizione di etanercept biosimilare.

## RISULTATI

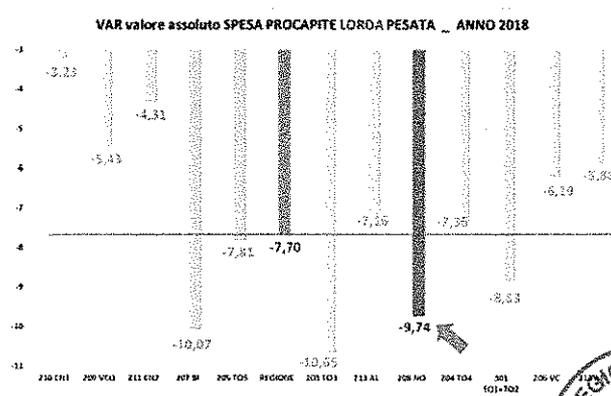
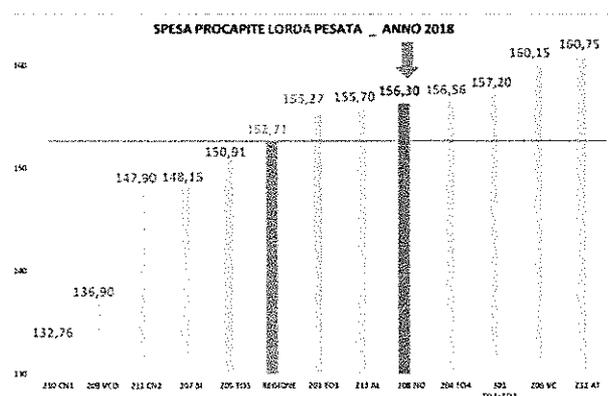
La spesa convenzionata sostenuta dall'ASL NO nel 2018 è risultata pari a € 51.900.986 euro lordi (€ 43.383.738 euro netti) con una diminuzione rispetto all'anno 2017 del -5,86% e con una diminuzione della spesa lorda pro-capite della popolazione pesata di circa € 10,00 da € 166,03 nell'anno 2017 a € 156,30 nell'anno 2018.

Complessivamente, rispetto al 2017, le azioni messe in atto hanno consentito una riduzione della spesa convenzionata netta pari a € -2.741.862 (-5,94%).

### I. Anno 2018 - spesa convenzionata ASL NO e Regione Piemonte (fonte: Regione Piemonte)

SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA ANNO 2018

Azienda	2018			variazione val. ass.			variazione val. %		
	Ricette	Lordo	Netto	Ricette	Lordo	Netto	Ricette	Lordo	Netto
208 NO	3.121.867	51.900.986	43.383.738	-78.250	-3.233.526	-2.741.862	-2,45%	-5,86%	-5,94%
REGIONE	41.582.428	668.235.432	564.171.654	-701.848	-33.707.053	-27.732.585	-1,66%	-4,80%	-4,69%



Per quanto riguarda la Distribuzione per Conto il costo complessivo sostenuto dall'ASL NO nel 2018 è pari a € 9.335.098, ovvero il +5.32% rispetto alla spesa dell'anno 2017, mentre il numero di confezioni 278.257 nell'anno 2018 è aumentato del +11,50% in linea con l'andamento regionale del +11.40%, come si evince nella seguente tabella.

## II. Anno 2018 – Distribuzione per conto ASL NO e Regione Piemonte (fonte: Regione Piemonte)

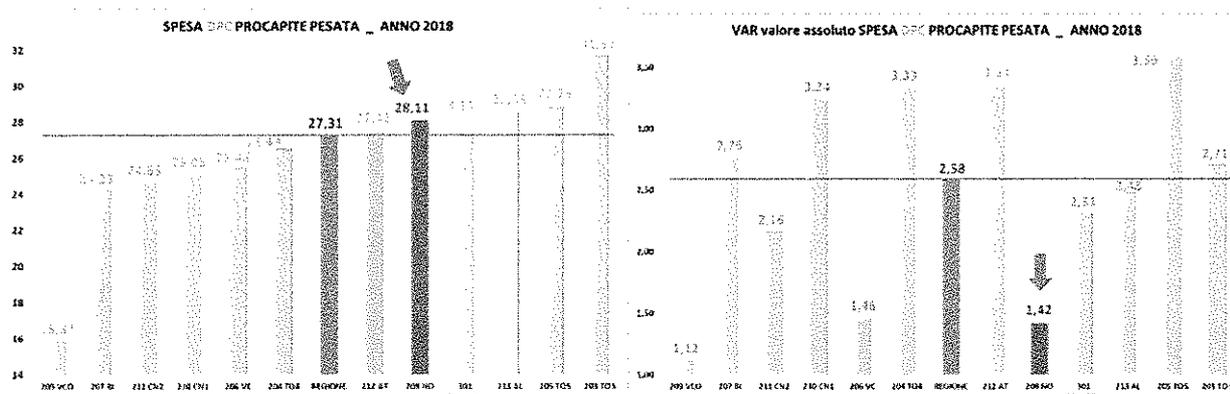
### DISTRIBUZIONE PER CONTO ANNO 2018

Azienda	2018		variazione val. ass.		variazione val. %	
	Spesa	Confezioni	Spesa	Confezioni	Spesa	Confezioni
208 NO	9.335.098	278.257	471.789	28.708	5,32%	11,50%
REGIONE	119.520.969	3.437.872	11.304.960	351.935	10,45%	11,40%

Fonte: Regione Piemonte

La spesa procapite pesata presenta un trend in aumento rispetto al 2017.

L'ASL NO è comunque tra le aziende sanitarie che ha aumentato meno rispetto al valore dell'anno precedente.



Per quanto riguarda nello specifico le categorie sotto monitoraggio regionale, elaborando i dati dal Sistema TS per l'anno 2018, la spesa totale è diminuita di -970.597 € per un contenimento della spesa per farmaci antidepressivi e farmaci respiratori e un raggiungimento parziale del valore obiettivo anno 2018 del 57,45% per IPP, del 43,95% per antibatterici sistemici e del 50,06% per antipertensivi.

A.S.L. NO Azienda Sanitaria Locale di Novara	SITUAZIONE 2017			OBBIETTIVO 2018	SITUAZIONE 2018		DESIDERATA
	PRO CAPITE BEST-PERFORMER ANNO 2017	SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA ANNO 2017	SPESA CONVENZIONATA Pro capite ANNO 2017	Pro capite OBBIETTIVO TARGET (*)	SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA ANNO 2018	Spesa pro-capite ANNO 2018	Per raggiungere l'obiettivo la spesa convenzionata nel periodo a fine 2018 dovrebbe essere
A02BC INIBITORI DELLA POMPA ACIDA	7,69 €	3.740.548 €	11,24	9,46 €	3.401.471 €	10,22 €	3.150.370 €
J01 ANTIBATTERICI PER USO SISTEMICO	6,71 €	2.828.671 €	8,50 €	7,60 €	2.697.969 €	8,10 €	2.531.298 €
C07-C08-C09 ANTIPERTENSIVI	26,48 €	10.577.352 €	31,77 €	29,13 €	10.136.423 €	30,45 €	9.696.600 €
N02A ANTIDEPRESSIVI	6,33 €	2.103.777 €	6,32 €	6,32 €	2.106.731 €	6,33 €	2.105.595 €
R03 RESPIRATORI	13,26 €	4.414.065 €	13,26 €	13,26 €	4.351.222 €	13,07 €	4.414.324 €

Dati presi da Sistema TS aggiornati a DICEMBRE 2018. La spesa di riferimento per l'ANNO 2017 è stata presa come trasmessa per la definizione degli indicatori regionali  
 (\*) Diminuzione del 50% della differenza tra la spesa procapite dell'ASL NO e la spesa procapite dell'ASL best performer.



 <b>A.S.L. NO</b> Azienda Sanitaria Locale di Novara	% RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO
A02BC INIBITORI DELLA POMPA ACIDA	57,45%
J01 ANTIBATTERICI PER USO SISTEMICO	43,95%
C07-C08-C09 ANTIPERTENSIVI	50,06%
N06A ANTIDEPRESSIVI	100%
R03 RESPIRATORIO	100%

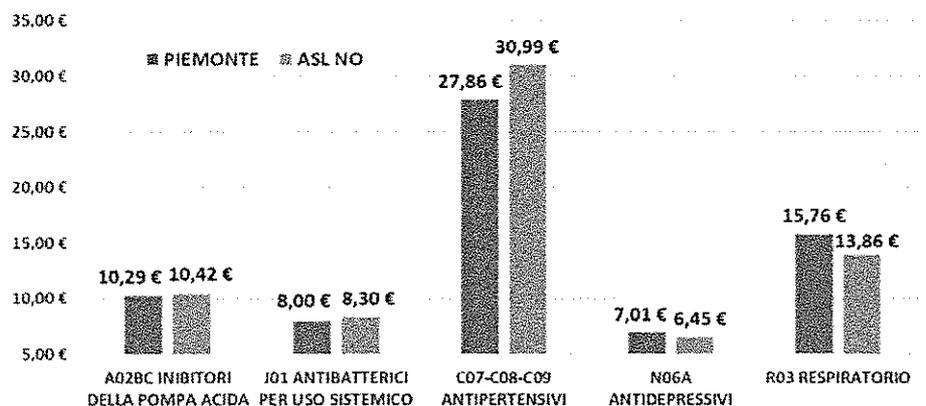
Ad eccezione dei farmaci antipertensivi per i quali sono riscontrati criticità nella scelta delle formulazioni più costo/efficaci anche se si riscontra una buona aderenza terapeutica, nelle altre categorie sottoposte a monitoraggio si sono ottenute risultati ragguardevoli con una netta diminuzione della spesa pro-capite per IPP (circa - 1 €) e per antibiotici (-0,40 €). Nelle categorie degli antidepressivi e respiratori si è riusciti a mantenere i risultati target già ottenuti in precedenza.

Confrontando i dati relativi alla spesa pro-capite con quelli regionali, utilizzando come fonte Farma360, si riconferma quanto già sopra espresso.

Per quanto riguarda i farmaci antidepressivi e respiratori la spesa pro-capite dell'ASL NO è inferiore al dato piemontese, leggermente al di sopra della media regionale è il valore della spesa pro-capite per gli inibitori di pompa protonica e per gli antibiotici.

Benché gli antipertensivi presentino un dato nell'ASL NO maggiore rispetto alla media, si evidenzia che per questa categoria farmacologica ci sia stata, nonostante le criticità già esposte, una maggior percentuale di scostamento 2018 vs 2017 rispetto al dato regionale.

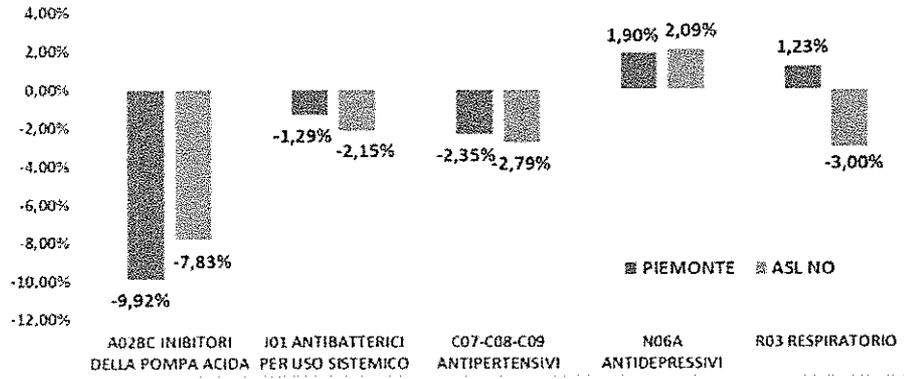
### Spesa lorda procapite ANNO 2018



Dati Farma360



Scostamento % \_ ANNO \_ 2018 vs 2017



Dati Farmaco60



**5. Gestione della spesa relativa ai beni: farmaci e DM****5.2. OBIETTIVO Miglioramento della qualità del flusso informativo dei dispositivi medici - ASL/AO/AOU****DESCRIZIONE**

Verifica della disponibilità, completezza, qualità e miglioramento nel tempo dell'acquisizione nel flusso informativo regionale dei dati relativi al monitoraggio dei consumi 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").

L'obiettivo è allineato rispetto agli adempimenti LEA nonché alle performance di alcune regioni benchmark come risulta dal "Rapporto sulla spesa rilevata dalle strutture sanitarie pubbliche del SSN per l'acquisto di dispositivi medici – Anno 2016" a cura del Ministero della salute.

**INDICATORE**

1. **Rapporto tra i dati di consumo aziendale dei dispositivi medici ed i costi rilevati dal modello di conto economico.** I dati riguardano i dispositivi medici (B.1.A.3.1) e i dispositivi medici impiantabili attivi (B.1.A.3.2). Ovvero:

Flusso Consumi DMRP 2018  
(esclusa la CND W - Dispositivi medico-diagnostici in vitro)

CE 2018 (Voci B.I.A.3.1 + B.I.A.3.2)

2. **Compilazione dei campi "Identificativo Contratto" e "Codice CIG" del tracciato Contratti (DMRP-Contratti) del flusso regionale DMRP (rispettivamente campo 16.0 e campo 32.0 del Tracciato Contratti indicato nel Disciplinare regionale del flusso DMRP, reperibile su Sistema Piemonte all'indirizzo <http://www.sistemapiemonte.it/cms/pa/sanita/143-flussi-informativi-regionali/3068-nuovi-flussi>) con un CIG per lotto.**
3. **Compilazione del campo "Forma di negoziazione" del tracciato Contratti del flusso regionale DMRP, per ognuno dei record inviati al flusso (campo 20.0 del Tracciato Contratti indicato nel Disciplinare regionale del flusso DMRP, reperibile su Sistema Piemonte).**

**VALORE DELL'OBIETTIVO**

1. Coerenza, con un margine di tolleranza del +/- 5%, tra la spesa aziendale per DM rilevata da flusso DMRP rispetto ai costi imputati da CE alle voci:
  - B.1.A.3.1 (dispositivi medici);
  - B.1.A.3.2 (dispositivi medici impiantabili attivi);
2. Almeno il 95% dei codici CIG inseriti nei campi "Identificativo Contratto" e "Codice CIG" inviati al flusso DMRP-Contratti nel 2018 deve trovare corrispondenza nell'archivio dei codici CIG rilasciati dall'ANAC;
3. Almeno il 95% dei record inviati al flusso DMRP-Contratti nel 2018 deve presentare la compilazione del campo "Forma di negoziazione".



**RAPPORTO TRA I DATI DI CONSUMO AZIENDALE DEI DISPOSITIVI MEDICI ED I COSTI****AZIONI**

Sono state riviste le anagrafiche aziendali dei dispositivi medici e dei dispositivi medici impiantabili oggetto del flusso, verificando che per ogni singolo prodotto fosse stato attribuito il numero di repertorio, e spostati i prodotti privi di tale numero sui corretti conti di bilancio.

Le Strutture competenti hanno operato, nel corso del primo semestre dell'anno, la distinta della componenti i Kit "trattamenti dialitici" e, conseguentemente, sono stati individuati - con i rispettivi RDM - i dispositivi medici costitutivi dei kit medesimi, consentendo l'implementazione dei flussi dispositivi medici ed attribuzione corretta della spesa in C.E.

**RISULTATO**

Come si evince dalla tabella sottostante l'indicatore risulta in linea con lo standard prefissato.

Dispositivi medici (B.1.A.3.1) e Dispositivi medici impiantabili attivi (B.1.A.3.2)	Consumo aziendale dei dispositivi medici/Costi rilevati dal modello di conto economico	Coerenza, con un margine di tolleranza del +/- 5%, tra la spesa aziendale per DM rilevata da flusso DMRP rispetto ai costi imputati da CE
Consumo aziendale dei dispositivi medici (Flusso DMRP - Report PADDI)	Costi rilevati dal modello di conto economico	Indicatore obiettivo costi per dispositivi medici rilevata su flusso DMRP/Costi rilevati dal modello CE
6.287.761	6.028.020	104,3%

**COMPILAZIONE DEI CAMPI "IDENTIFICATIVO CONTRATTO" E "CODICE CIG"****AZIONI**

Il codice CIG relativo ad ogni contratto stipulato è stato inserito nell'apposito campo (listini) nel programma di gestione CITRIX e la procedura di gara relativa ad ogni codice CIG è stata pubblicata nell'osservatorio regionale nei modi e tempi previsti.

**RISULTATO**

Gli elementi relativi all'obiettivo non sono direttamente verificabili dall'ASL NO in quanto non è possibile accedere all'archivio per il controllo dei codici CIG.

**COMPILAZIONE DEL CAMPO "FORMA DI NEGOZIAZIONE"****AZIONI**

Nel programma di gestione CITRIX è stato verificato se in tutti i listini relativi a contratti attivi fosse indicato il codice relativo alla forma di negoziazione ed implementati di tale dato qualora mancante.

**RISULTATO**

Come si evince dalla tabella sottostante l'indicatore risulta in linea con lo standard prefissato.

Forma di negoziazione	Compilazione del campo "Forma di negoziazione" del tracciato Contratti del flusso regionale DMRP, per ognuno dei record inviati al flusso	Almeno il 95% dei record inviati al flusso DMRP Contratti nel 2018 deve presentare la compilazione del campo "Forma di negoziazione"
Record di contratti attivi (estratto da SDS)	Record di contratti attivi con forma di negoziazione (estratto da SDS)	Indicatore obiettivo Incidenza record con "Forma di negoziazione" compilata
671	652	97,2%



**5. Gestione della spesa relativa ai beni: farmaci e DM****5.3. Contenimento della spesa aziendale per l'acquisto di dispositivi medici - ASL/AO/AOU****DESCRIZIONE**

L'obiettivo è rivolto a consolidare l'utilizzo appropriato dei presidi oggetto di gara da parte della società di committenza regionale (SCR). In proposito occorre sottolineare che i due sub-obiettivi non intendono in alcun modo limitare la libertà prescrittiva dei medici (specialisti) che mantengono la possibilità di effettuare prescrizioni terapeutiche motivatamente indirizzate verso dispositivi più costosi laddove giustificate esigenze di cura, non altrimenti perseguibili in modo egualmente efficace, lo richiedono.

**INDICATORE**

1. **Spesa per Dispositivi Medici (voce di CE considerata: BA0220 e BA0230):**  
mantenimento della spesa dell'anno 2017.
2. **Presidi per l'autocontrollo della glicemia e servizi connessi per le aziende del SSR:**
  - a. rapporto fra il numero delle strisce per la rilevazione della glicemia erogate da ogni singola azienda sanitaria in regime convenzionale sul totale delle strisce erogate;
  - b. rapporto tra le "strisce SCR" e le "strisce Consip".

**VALORE DELL'OBIETTIVO**

2. **Spesa per Dispositivi Medici (voce di CE considerata: BA0220 e BA0230):**  
per ogni singola Azienda, ha quale riferimento i valori di CE di Consuntivo dell'anno 2017. Ogni singola Azienda deve mantenere o ridurre il proprio valore.
3. **Per i presidi per l'autocontrollo della glicemia e servizi connessi per le aziende del SSR il valore obiettivo è rappresentato:**
  - a. dalla riduzione per ogni ASL di almeno il 50% dello scostamento tra la propria percentuale con quella dell'azienda best performer, riferita all'anno 2017, relativa al numero di strisce erogate in regime convenzionale sul totale delle strisce erogate (convenzionata + DpC). Per l'ASL best performer il raggiungimento dell'obiettivo prevede il miglioramento/mantenimento del dato 2017;
  - b. per ogni ASL il rapporto tra le "strisce SCR" e le "strisce Consip" non può presentare uno scostamento uguale o superiore al 20% rispetto al valore dell'azienda best performer fatto registrare nel 2018.

**SPESA PER DISPOSITIVI MEDICI (VOCE DI CE CONSIDERATA: BA0220 E BA0230)****AZIONI E RISULTATO**

Nella tabella sottostante sono ripostati i valori di confronto tra CE 2017 e CE 2018 relativamente alle voci oggetto di monitoraggio.



DISPOSITIVI MEDICI		CONSUNTIVO 2017	CE al 31.12.2017	CE al 31.12.2018	Scarto pre- cons 2018/ pre-cons 2017
		6.233.928	6.238.530	6.028.020	
BA0220	B.1.A.3.1) Dispositivi medici	4.952.872	4.958.098	5.031.441	73.343
3100164	Dispositivi medici	4.952.872	4.958.098	5.031.441	73.343
4800134	Resi per dispositivi medici	0	0	0	0
BA0230	B.1.A.3.2) Dispositivi medici impiantabili attivi	1.281.056	1.280.432	996.579	-283.853
3100158	Protesi - dispositivi medici impiantabili attivi	1.281.056	1.280.432	996.579	-283.853
4800131	Resi per protesi - dispositivi medici impiantabili attivi	0	0	0	0

Relativamente al primo indicatore il confronto dei dati di Conto Economico dell'anno 2018, in rapporto all'anno 2017 evidenzia un incremento della spesa per Dispositivi Medici (voce di CE considerata: BA0220) dello 1,48% pari a 73.343,00 €) per le nuove acquisizioni approvate dalla commissione dispositivi e inserite nella previsione di bilancio per l'anno 2018.

Per quanto concerne i dispositivi medici impiantabili attivi (voce di CE considerata: BA0230), la spesa è stata minore, si è registrato nel 2018 un decremento del valore del CE rispetto al 2017 di circa 284.000 euro, ovvero pari al 22,17%.

La spesa totale per dispositivi medici (CE BA0220 e BA0230) nell'anno 2018 è risultata inferiore di 210.510,00 euro rispetto all'anno 2017.

#### PRESIDI PER L'AUTOCONTROLLO DELLA GLICEMIA E SERVIZI CONNESSI

##### AZIONI

Le azioni intraprese dal servizio Assistenza Integrativa sono state le seguenti:

- monitoraggio mensile delle erogazioni dei presidi diabetici e il 19/6/2018: vi è stato un incontro congiunto con i responsabili della farmacia territoriale, ospedaliera e i dirigenti della Ditta che gestisce la piattaforma GOpencare per potere evitare la doppia fornitura per quei pazienti che ricevevano il nuovo kit della gara regionale.

L'attività svolta è stata quella di effettuare un doppio controllo sui PAG facendo inserire un campo sul programma di gestione dal quale riuscire a togliere manualmente la fornitura di strisce e lancette già anticipata dagli ambulatori di diabetologia.

Sono stati coinvolti gli ambulatori dell'ASL NO e dell'AOU a partire dal 01/7 u.s. per l'attuazione del progetto.

Inoltre il 17 dicembre è stata indetta una ulteriore riunione per valutare le criticità della spesa diabetologica non ancora risolte e dall'analisi dei dati regionali presentati, con le spese sostenute da parte dei servizi farmacia e integrativa della ASL NO, è emerso un consumo elevato di insulina, di glucometri e di microinfusori. L'esito di tale incontro ha consentito di individuare le seguenti azioni di miglioramento:

- utilizzare lo strumento della formazione per illustrare il PDTA al quale devono attenersi tutti gli specialisti coinvolti nella cura del paziente con iperglicemia. Si inviteranno quindi, ad un primo corso interaziendale, i diabetologi, i nefrologi, i cardiologi, i pediatri, i ginecologi, gli internisti e successivamente anche i MMG e PLS.
- rivedere il materiale di consumo per le gravide con patologia diabetica.
- definire le modalità prescrittive appropriate e omogenee tra ASL NO e AOU



- sensibilizzare i prescrittori ad attenersi alle linee di indirizzo per la prescrizione di microinfusori e, nel caso di cambi degli stessi, di redigere una relazione puntuale nel caso di scostamenti dall'atteso.

### RISULTATO

Dalla tabella allegata si evince uno scostamento dallo standard atteso per entrambi gli indicatori

DATO CUMULATO A: dic-18	PEZZI		TOTALE	% DPC SU TOT.
	DPC	CONV		
ASL	STRISCE	STRISCE		
AZIENDA SANITARIA LOCALE BI	1.947.925	214.500	2.162.425	90,1%
AZIENDA SANITARIA LOCALE VC	1.534.375	201.725	1.736.100	88,4%
AZIENDA SANITARIA LOCALE AT	1.566.400	269.317	1.835.717	85,3%
AZIENDA SANITARIA LOCALE EX TO2	4.868.525	864.462	5.732.987	84,9%
AZIENDA SANITARIA LOCALE CN1	2.742.050	687.443	3.429.493	80,0%
<b>REGIONE</b>	<b>37.716.775</b>	<b>9.896.685</b>	<b>47.613.460</b>	<b>79,2%</b>
AZIENDA SANITARIA LOCALE TO3	5.590.800	1.515.029	7.105.829	78,7%
AZIENDA SANITARIA LOCALE CN2	1.164.475	322.417	1.486.892	78,3%
AZIENDA SANITARIA LOCALE TO5	2.624.175	731.718	3.355.893	78,2%
AZIENDA SANITARIA LOCALE EX TO1	4.139.325	1.254.545	5.393.870	76,7%
AZIENDA SANITARIA LOCALE TO4	4.572.375	1.486.277	6.058.652	75,5%
AZIENDA SANITARIA LOCALE AL	3.414.975	1.114.755	4.529.730	75,4%
<b>AZIENDA SANITARIA LOCALE NO</b>	<b>2.835.325</b>	<b>965.851</b>	<b>3.801.176</b>	<b>74,6%</b>
AZIENDA SANITARIA LOCALE VCO	716.050	268.646	984.696	72,7%

DATO CUMULATO A: dic-18	PEZZI DPC		TOTALE	% sanofi su tot.
	SANOFI	BIOCHEMICAL		
ASL	STRISCE	STRISCE		
AZIENDA SANITARIA LOCALE TO3	1.089.850	4.500.950	5.590.800	19,5%
AZIENDA SANITARIA LOCALE VCO	182.900	533.150	716.050	25,5%
AZIENDA SANITARIA LOCALE BI	548.325	1.399.600	1.947.925	28,1%
AZIENDA SANITARIA LOCALE TO4	1.653.875	2.918.500	4.572.375	36,2%
AZIENDA SANITARIA LOCALE AT	592.800	973.600	1.566.400	37,8%
AZIENDA SANITARIA LOCALE EX TO1	1.604.025	2.535.300	4.139.325	38,8%
<b>REGIONE</b>	<b>15.256.775</b>	<b>22.460.000</b>	<b>37.716.775</b>	<b>40,5%</b>
AZIENDA SANITARIA LOCALE CN2	482.625	681.850	1.164.475	41,4%
AZIENDA SANITARIA LOCALE EX TO2	2.179.575	2.688.950	4.868.525	44,8%
AZIENDA SANITARIA LOCALE CN1	1.230.450	1.511.600	2.742.050	44,9%
AZIENDA SANITARIA LOCALE AL	1.639.875	1.775.100	3.414.975	48,0%
AZIENDA SANITARIA LOCALE VC	780.075	754.300	1.534.375	50,8%
AZIENDA SANITARIA LOCALE TO5	1.451.875	1.172.300	2.624.175	55,3%
<b>AZIENDA SANITARIA LOCALE NO</b>	<b>1.820.525</b>	<b>1.014.800</b>	<b>2.835.325</b>	<b>64,2%</b>

Fonte dati: Regione Piemonte



**6. Trasparenza e anticorruzione****6.1. OBIETTIVO PNA - Dichiarazione pubblica di interessi – ASL/AO/AOU****DESCRIZIONE**

“Al fine di agevolare un’omogenea applicazione di tale ulteriore misura da parte dei Soggetti destinatari del presente approfondimento, si rende disponibile sul sito istituzionale dell’Agenas una modulistica standard che costituisce in sé un modello di riferimento per l’identificazione da parte del dichiarante delle attività/interessi/relazioni da rendersi oggetto di dichiarazione pubblica. Tali modelli di dichiarazione possono essere introdotti dal management aziendale per assicurarne la conforme adozione e utilizzati dai responsabili per la prevenzione della corruzione e della trasparenza per favorire l’implementazione di un flusso di informazioni su cui poter orientare le attività di controllo. Inoltre, poiché trattasi di strumento di garanzia del professionista sul piano individuale e della governance amministrativa a livello aziendale, se ne raccomanda la compilazione con cadenza annuale, salvo eventuali sopravvenute esigenze di aggiornamento.” - **Determinazione A.N.AC n.12/2015, Aggiornamento al PNA 2015 – sezione sanità.**

**INDICATORE**

Utenti che hanno terminato la compilazione

Utenti abilitati alla compilazione

**VALORE DELL’OBIETTIVO**

80%

**AZIONI**

1. inserimento dell’obiettivo di cui si tratta tra gli obiettivi attribuiti ai singoli Direttori di struttura complessa ovvero Responsabili di struttura semplice dipartimentale con deliberazione n° 114 del 30 maggio 2018;
2. con nota prot. n° 37045 del 22 giugno 2018 la s.c. Affari Istituzionali, Legali, Comunicazione, Anticorruzione e Trasparenza ha fornito, ai singoli Direttori di struttura complessa ovvero Responsabili di struttura semplice dipartimentale, le istruzioni pratiche utili per la compilazione web della modulistica predisposta da Agenas, indicando la disponibilità al supporto per la compilazione;
3. con nota prot. n° 54980 del 20 settembre 2018 la s.c. Affari Istituzionali, Legali, Comunicazione, Anticorruzione e Trasparenza ha inviato un remind ai singoli Direttori di struttura complessa ovvero Responsabili di struttura semplice dipartimentale che ancora non avevano dato corso al richiesto adempimento;
4. con nota prot. n° 64502 del 5 novembre 2018 la s.c. Affari Istituzionali, Legali, Comunicazione, Anticorruzione e Trasparenza ha inviato un secondo remind ai singoli Direttori di struttura complessa ovvero Responsabili di struttura semplice dipartimentale che ancora non avevano dato corso al richiesto adempimento;
5. con comunicazione mail del 11 dicembre 2018 la s.c. Affari Istituzionali, Legali, Comunicazione, Anticorruzione e Trasparenza ha inviato un terzo remind ai singoli Direttori di struttura complessa ovvero Responsabili di struttura semplice dipartimentale che ancora non avevano dato corso al richiesto adempimento.



245

28 GIU. 2019

**RISULTATO**

Alla data del 31 dicembre 2018 (monitoraggio in data 21 gennaio 2019 – fonte: <http://pna-sanita.agenas.it/>) la situazione era la seguente:

Utenti che hanno terminato la compilazione	73
Utenti abilitati alla compilazione	78

RISULTATO RAGGIUNTO: 93,6%, ben oltre il risultato atteso pari all'80%.



**7. Digitalizzazione del SSR****7.1. OBIETTIVO Fascicolo sanitario elettronico e Servizi on Line – ASL/AO/AOU****DESCRIZIONE**

Il progetto Fascicolo Sanitario Elettronico e servizi on line (FSE-Sol) rientra nel piano di “Strategia Digitale Italiana 2014-2020”, che prevede in Italia lo sviluppo di soluzioni di sanità digitale integrate, caratterizzate da una forte interazione dei sistemi informativi sanitari regionali e delle Aziende Sanitarie.

**INDICATORE**

Realizzazione, entro le tempistiche programmate, degli interventi preliminari declinati nel Piano operativo aziendale per l'alimentazione del FSE-Sol Piemontese.

Le dichiarazioni aziendali saranno verificate attraverso il riscontro della documentazione clinica digitalizzata (laboratorio analisi, radiologia, anatomia patologica, diabetologia e lettera di dimissione ospedaliera) che sarà resa disponibile, entro il 31 dicembre 2018, nella piattaforma regionale del FSE-Sol.

**VALORE DELL'OBIETTIVO**

100%

**AZIONI e RISULTATI**

Con nota prot. 0001535/18 del 10.01.2018 l'ASL ha sottoscritto il Piano operativo aziendale degli interventi preliminari per l'alimentazione del FSE.

Tale Piano prevedeva interventi a carico Regione e interventi tecnici e organizzativi a carico ASL.

Interventi tecnici a carico ASL:

- i. aggiornamento dei sistemi dipartimentali LIS, RIS, Diabetologia, Anatomia patologica e sistema informativo aziendale (limitatamente alla lettera di dimissione) per l'apposizione della firma digitale di tipo PADES;
- ii. realizzazione dell'integrazione del sistema dipartimentale di diabetologia con AULA;

Gli interventi organizzativi a carico ASL:

- digitalizzazione completa dei documenti clinici riferiti alle prestazioni di “laboratorio analisi”, “radiologia”, “anatomia patologica”, “diabetologia” e “ricovero ospedaliero (lettera di dimissione)” al fine di assicurare al Fascicolo Sanitario elettronico la disponibilità di un primo nucleo informativo attraverso i software oggetto di intervento. Tale intervento, contempla la realizzazione di azioni sia di natura organizzativa che tecnologica (es. compilazione elettronica delle lettere di dimissione e/o dei referti);
- dotazione ai professionisti sanitari degli strumenti per l'apposizione della firma digitale (certificato digitale) ai documenti clinici di cui al punto precedente;
- allestimento ed avvio delle sedi destinate ai “punti assistito” che supporteranno il cittadino per: apertura, espressione del consenso, gestione e chiusura del FSE in nome e per conto del cittadino; scarico referti on line in nome e per conto del cittadino; supporto informativo in riferimento al FSE ed in generale ai servizi digitali rivolti al cittadino.

Nell'anno 2018 l'ASL ha realizzato i seguenti interventi:

- a) Installazione ed attivazione del sistema di firma digitale remota da assegnare al personale medico per la firma dei referti
- b) Integrazione del sistema dipartimentale di diabetologia con AULA
- c) Aggiornamento del sistema dipartimentale LIS con gestione della firma digitale dei referti (formato PADES) ed invio ad FSE (a partire da luglio 2018)
- d) Certificazione presso AGID di modalità operativa per gestire in maniera semplificata la firma digitale dei referti per i medici ospedalieri ed ambulatoriali.



245 20 GIU. 2019

Con nota prot. n. 0018759/18 del 27.03.2018 l'ASL ha inviato il piano operativo digitalizzazione e archiviazione documenti clinici prodotti dal LIS. Tale piano è stato in parte realizzato (punto c del precedente elenco), ma non ultimato in quanto si sono evidenziate alcune difficoltà tecnico-amministrative. Il completamento del progetto FSE prevede infatti la gestione del dato clinico strutturato in formato standard nazionale (HL7 CDA R2) secondo le specifiche AGID e l'acquisizione ed installazione del repository clinico.

Il Piano operativo iniziale prevedeva l'acquisizione del *repository* a carico della Regione, ma nel corso di riunione in Assessorato in data 03.09.2018 il dott. Ruggeri ha comunicato che l'attività di acquisizione ed installazione del *repository* era posta a carico delle ASR che avrebbero dovuto provvedere con procedura di scelta del contraente nel rispetto del D.Lgs. 50/2016.

L'adozione di tale strumento per l'ASL Novara deve salvaguardare ed agevolare la gestione dei referti clinici della piattaforma *TrakCare* (che costituiscono il numero più cospicuo: referto di Laboratorio, verbale DEA, Lettera di Dimissione, verbale di Sala operatoria, referto ambulatoriale ...) e la scelta implica l'analisi di modalità di integrazione che dovranno essere valutate con il nuovo fornitore che tramite convenzione CONSIP SGI garantirà il supporto alla piattaforma e lo sviluppo delle integrazioni nell'anno 2019.

In data 3 ottobre il fornitore delle attività di sviluppo e supporto del sistema LIS (CIC) ha illustrato al Servizio Informativo e al Direttore Amministrativo la proposta per lo sviluppo entro il 2018 del nuovo referto firmato di laboratorio, evidenziando l'impossibilità di adottare il processo richiesto dalle specifiche regionali, pur garantendo la coerenza tra le diverse componenti del referto (pdf firmato e dati strutturati con CDA-R2 iniettato nel referto firmato).

La soluzione è stata comunicata via mail in data 05.10.2018 a Dott. Ruggeri che, nel corso di un incontro tenutosi in data 09.10.2018, ha indicato di bloccare temporaneamente lo sviluppo in quanto non conforme.

Peraltro, l'intervenuta crisi societaria di CIC, ha di fatto inibito la possibilità di gestire ulteriori affidamenti e quindi gli sviluppi sono stati rinviati all'anno 2019 ed alla nuova gestione dei servizi su *TrakCare* (Convenzione CONSIP SGI, sopra citata).

Si rileva infine che per le altre tipologie di referto non si è potuto procedere ad acquisizione in quanto i fornitori hanno dichiarato che le specifiche tecniche a disposizione non erano consolidate.

Per il proseguimento del progetto si dovrà redigere un nuovo Piano operativo aziendale/regionale, finalizzato ad adeguare ed evolvere i sistemi informativi aziendali.



## 4.2 GLI OBIETTIVI DELLE STRUTTURE DELL'ASL NO

Complessivamente sono stati attribuiti 531 obiettivi ai fini del riconoscimento della quota integrativa al trattamento economici per l'anno 2018.

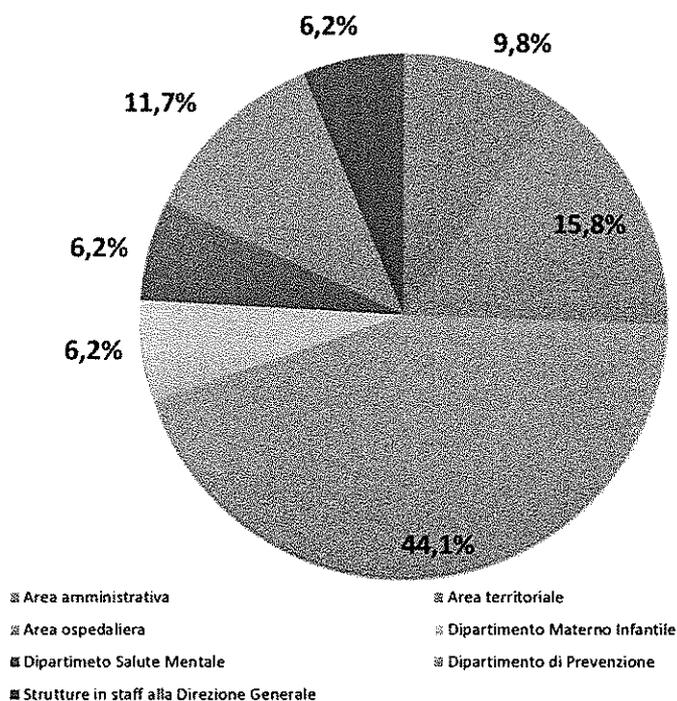
Mediamente ad ogni struttura sono stati attribuiti 9,4 obiettivi per la quota integrativa, come dettagliato nelle tabella sottostante.

*Obiettivi attribuiti nel 2018 suddivisi per prospettiva di riferimento*

Prospettiva di riferimento	N. medio obiettivi per struttura
Economici e di attività	3,5
Appropriatezza e qualità	3,1
Innovazione e sviluppo	2,8

Tenuto conto della strutturazione dell'ASL NO, il 44% degli obiettivi è di competenza dell'area ospedaliera, il 28% dell'area territoriale, includendo il Dipartimento di Prevenzione. Il 12% degli obiettivi è stato assegnato a dipartimenti con entrambe le componenti (Dipartimento di Salute Mentale e Dipartimento Materno Infantile) e circa il 10% è rappresentato dagli obiettivi assegnati alle strutture amministrative, i restanti sono attribuiti alle strutture in staff (6%).

*Obiettivi attribuiti nel 2018 suddivisi per area*



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

Obiettivi attribuiti nel 2018 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	19	37%	14	27%	19	37%	52
Area territoriale	29	23%	30	17%	25	23%	84
Area ospedaliera	98	8%	74	6%	62	8%	234
Dipartimento Materno Infantile	12	58%	12	42%	9	58%	33
Dipartimento Salute Mentale	15	58%	9	42%	9	58%	33
Dipartimento di Prevenzione	16	31%	26	23%	20	31%	62
Strutture in staff alla Direzione Generale	10	58%	10	42%	13	58%	33
<b>Totale</b>	<b>199</b>	<b>37%</b>	<b>175</b>	<b>33%</b>	<b>157</b>	<b>30%</b>	<b>531</b>

Per quanto riguarda il raggiungimento degli obiettivi, tenuto conto che una delle caratteristiche fondamentali degli obiettivi è la raggiungibilità, si riscontrano risultati in linea con tale assunto.

Dalla valutazione complessiva, infatti, si rileva il raggiungimento del 99,7% degli obiettivi "economici e di attività", del 98,3% degli obiettivi di "appropriatezza e qualità" e del 99,4% degli obiettivi di "innovazione e sviluppo".

Nella tabella seguente sono riportate le percentuali di raggiungimento nel dettaglio.

Obiettivi attribuiti nel 2018 – Percentuale di raggiungimento per prospettive di riferimento e tipologie di area

	Economici e di attività	Appropriatezza e qualità	Innovazione e sviluppo
Area amministrativa	100%	100%	100%
Area territoriale	100%	85%	100%
Area ospedaliera	99%	97%	98%
Dipartimento Materno Infantile	100%	96%	96%
Dipartimento Salute Mentale	100%	100%	100%
Dipartimento di Prevenzione	100%	100%	100%
Strutture in staff alla Direzione Generale	100%	100%	96%
<b>Totale</b>	<b>100%</b>	<b>98%</b>	<b>99%</b>



### 4.3 VALUTAZIONE DEL PERSONALE

#### Personale dirigente

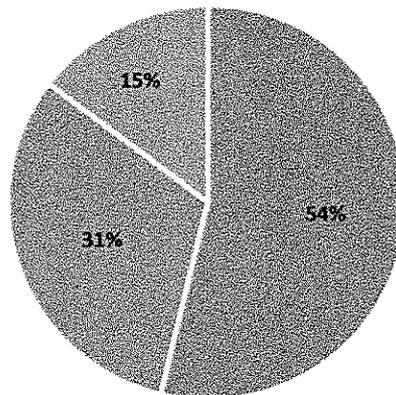
Complessivamente sono stati valutati 327 dirigenti così distribuiti:

- Personale dirigente medico (PDM): 83%
- Personale dirigente veterinario (PDV): 7%
- Altro personale dirigente (STPA): 9%

Per quanto riguarda la distribuzione nelle diverse strutture, la maggior parte dei dirigenti si concentra nell'Area Ospedaliera (48%), seguita a distanza dal Dipartimento di Prevenzione (16%) e dall'Area Territoriale (10%), dal Dipartimento di Salute Mentale (10%), dal Dipartimento Materno Infantile (9%) e in Staff (5%). L'area meno rappresentata è quella relativa all'area amministrativa (1%).

Il punteggio medio assegnato è pari a 40/45, con una mediana del 41.

Raggruppando i punteggi per fasce, si riscontra come oltre la metà dei dirigenti (54%) abbia ottenuto un punteggio medio-alto (> di 40/45).



» da 41 a 45 punti    » da 35 a 40 punti    » da 27 a 34 punti

#### Capacità gestionale di cui all'art. 27, 1° comma, punto 1, CCNL 3.11.2005

Complessivamente sono stati assegnati 270 obiettivi per la valutazione dell'efficacia del modello gestionale di cui all'art. 27, 1° comma, punto 1, CCNL 3.11.2005, pari a 5 obiettivi per ogni Direttore/Responsabile di struttura.

La valutazione del grado di raggiungimento di ciascun obiettivo di questa tipologia ha evidenziato un raggiungimento aziendale pari a 98,7%.

Nella tabella sottostante sono presenti le percentuali di raggiungimento per singola area.



Area	Capacità gestionale
Area Amministrativa	100%
Area Territoriale	98,9%
Area Ospedaliera	97,6%
Dipartimento Materno-Infantile	98,9%
Dipartimento Salute Mentale	100%
Dipartimento di Prevenzione	100%
Strutture in Staff alla Direzione Generale	100%
<b>Totale</b>	<b>98,7%</b>

### Personale appartenente all'Area del Comparto

Complessivamente sono stati valutati 1.415 operatori appartenenti all'area del Comparto, coinvolgendo 93 valutatori, con una media di 15 soggetti da valutare per ogni valutatore.

Categoria	n.	%
1- A/B/BS	297	21%
2- C	147	10%
3- D/DS	971	69%
<b>Totale complessivo</b>	<b>1415</b>	<b>100%</b>

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

Il punteggio medio della valutazione condivisa è risultato pari a 83,1/100, superiore sia all'autovalutazione (81,4), sia all'eterovalutazione (82,6).

In tutte le categorie si osserva come il punteggio medio dell'autovalutazione sia inferiore alla valutazione fatta dal proprio valutatore.

La categoria con il punteggio più elevato è rappresentata dalla categoria C.

#### *Punteggio medio*

Categoria	auto valutazione	etero valutazione	valutazione condivisa
1- A/B/BS	81,5	81,6	82,0
2- C	83,1	83,7	84,2
3- D/DS	81,1	82,8	83,3
<b>Totale complessivo</b>	<b>81,4</b>	<b>82,6</b>	<b>83,1</b>

Meno dell'1% dei valutati ha ottenuto un punteggio inferiore a 60/100, ovvero considerato insufficiente, circa il 22% ha ottenuto un punteggio tra 90 e 100.



## 5. 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.

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 con esiti positivi, ovvero gli aspetti di eccellenza del Presidio Ospedaliero. Per quanto riguarda eventuali indicatori critici, sono in corso specifici approfondimenti utili alla definizione delle azioni di miglioramento.

### Attività di ricovero - Indicatori Piano Nazionale Esiti 2018

L'ASL NO ha da tempo organizzato un sistema di controllo e sorveglianza di particolari indicatori con la finalità di individuare eventuali aree di inappropriatazza 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 PNE2018. (<https://pne.agenas.it/index.php>)

Il Programma Nazionale Esiti (PNE) sviluppa nel Servizio Sanitario italiano la valutazione degli esiti degli interventi sanitari, definibile come stima, con disegni di studio osservazionali (non sperimentali), dell'occorrenza degli esiti di interventi/trattamenti sanitari, come descritto al punto 2 dell'allegato alla deliberazione assunta dalla Conferenza permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano n. 20 del 24 gennaio 2013, con i seguenti obiettivi:

- Valutazione osservazionale dell'efficacia "teorica" (*efficacy*) di interventi sanitari per i quali non sono possibili/disponibili valutazioni sperimentali (RCT).
- Valutazione di nuovi trattamenti/tecnologie per i quali non sono possibili studi sperimentali.
- Valutazione osservazionale dell'efficacia "operativa" (*effectiveness*) di interventi sanitari per i quali sono disponibili valutazioni sperimentali di efficacia.
- Valutare la differenza tra l'efficacia dei trattamenti quando stimata in condizioni sperimentali rispetto a quella osservata nel "mondo reale" dei servizi ed il relativo impatto.
- Valutazione comparativa tra soggetti erogatori e/o tra professionisti. Possibili applicazioni in termini di accreditamento, remunerazione, informazione dei cittadini/utenti, con pubblicazione dei risultati di esito di tutte le strutture per l'*empowerment* dei cittadini e delle loro associazioni nella scelta e nella valutazione dei servizi.
- Valutazione comparativa tra gruppi di popolazione (ad esempio, per livello socioeconomico, per residenza, etc). Programmi di valutazione e promozione dell'equità.
- Individuazione dei fattori dei processi assistenziali che determinano determinati esiti. Stimare quali volumi minimi di attività sono associati ad esiti migliori delle cure e usare i volumi minimi come criterio di accreditamento.
- Auditing interno ed esterno.

I *report* del PNE, che prendono in considerazione misure di esito come mortalità a breve termine, riammissioni a breve termine, ospedalizzazioni per specifiche condizioni, complicanze a breve termine a seguito di specifici interventi, vengono utilizzati in contesti di valutazione critica come strumenti a supporto di programmi di audit clinico ed organizzativo finalizzati al miglioramento dell'efficacia e dell'equità nell'ambito dell'ASL NO.



Secondo le ultime pubblicazioni ufficiali presenti sul portale PNE2018, 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.

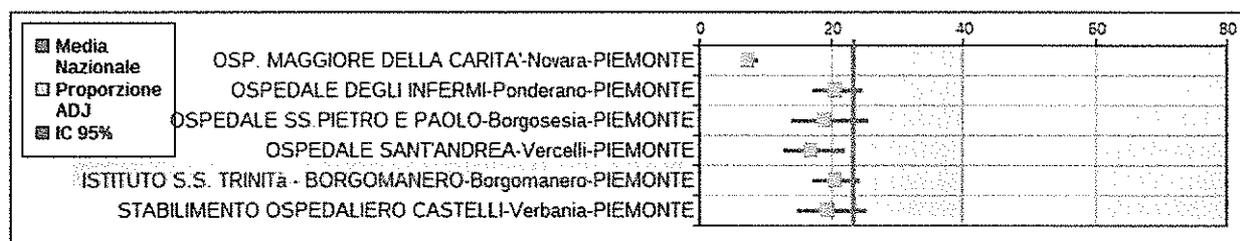
Vengono di seguito presentati i risultati di alcuni indicatori suddivisi per macroaree. Di ciascun indicatore viene presentata la frequenza grezza ed aggiustata con cui l'evento si manifesta espressa in percentuale (rispettivamente "% grezza" e "% Adj").

#### AREA PERINATALE

Il dati del PNE indicano una buona qualità degli esiti: nell'area perinatale, in particolare, in un contesto in cui la percentuale di parti con taglio cesareo primario è del 17.6% (20.5% Adj), sono pochissimi i ricoveri successivi ad un parto (per TC o naturale) durante il puerperio (molto al di sotto della media nazionale); inoltre questo dato è in miglioramento rispetto all'anno precedente.

		% Grezza 2017	% Grezza 2016	% Grezza 2015	% Adj 2017	% Adj 2016	% Adj 2015
Ginecologia	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	17.6	18.0	19.3	20.5	20.1	22.2
	Parto naturale: ricoveri successivi durante il puerperio	0.30	0.37	0.23	0.31	0.39	0.24
	Parto cesareo: complicanze durante il parto e il puerperio	0.44	0.65	1.26	0.49	0.74	1.45
	Parto cesareo: ricoveri successivi durante il puerperio	0.66	0.87	0.84	0.73	0.95	0.91

Il dato che emerge particolarmente è quello relativo alla proporzione di parti cesarei primari che si colloca al di sotto della media nazionale ed è sovrapponibile agli altri ospedali del Quadrante Nord-Est, fatto salvo l'Ospedale Maggiore della Carità di Novara.



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

#### AREA CHIRURGICA

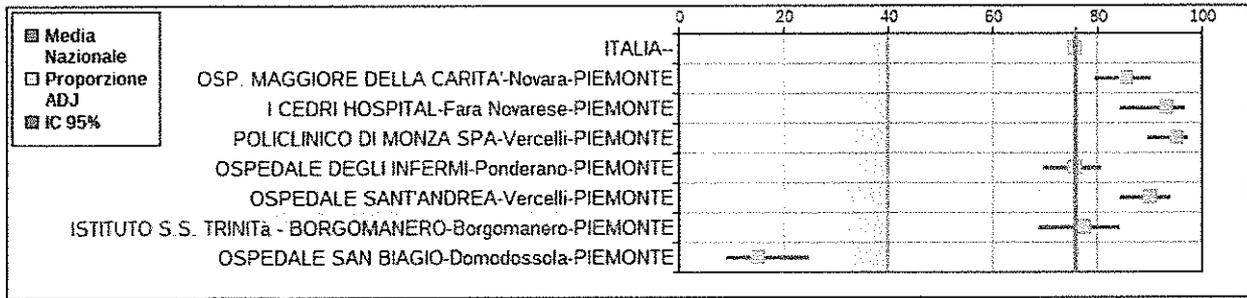
Sono prese in considerazione procedure chirurgiche ad elevato volume o di particolare interesse clinico come le colecistectomie laparoscopiche, gli interventi per tumore maligno del colon, del rene ed alcune procedure della Traumatologia-Ortopedia (Frattura di femore, Artroscopie e Protesi d'anca)

##### Colecistectomie laparoscopiche

I pazienti operati presso il PO di Borgomanero si caratterizzano per una degenza post-operatoria in linea con la media nazionale, infatti la proporzione di soggetti con una degenza post-operatoria inferiore ai 3 giorni, pari al 81.0% dei casi (77.4% adj), è sovrapponibile alla media nazionale; si segnala che rispetto all'anno precedente questo indicatore è nettamente migliorato

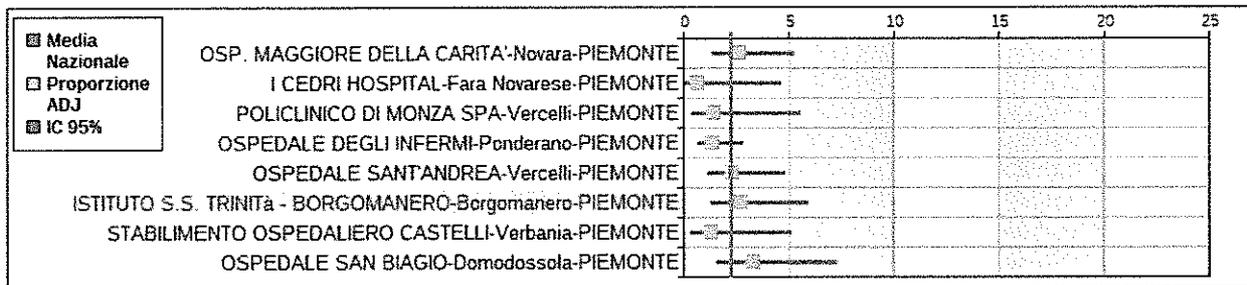
		% Grezza 2017	% Grezza 2016	% Grezza 2015	% Adj 2017	% Adj 2016	% Adj 2015
Chirurgia	Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	81.0	71.0	70.2	77.4	54.3	51.5
	Colecistectomia laparoscopica in R.O.: complicanze a 30 giorni	2.4	2.8	2.9	2.7	2.7	2.8





Proporzione di interventi di colecistectomia laparoscopica dimessi entro 3 gg – confronto ospedali piemontesi

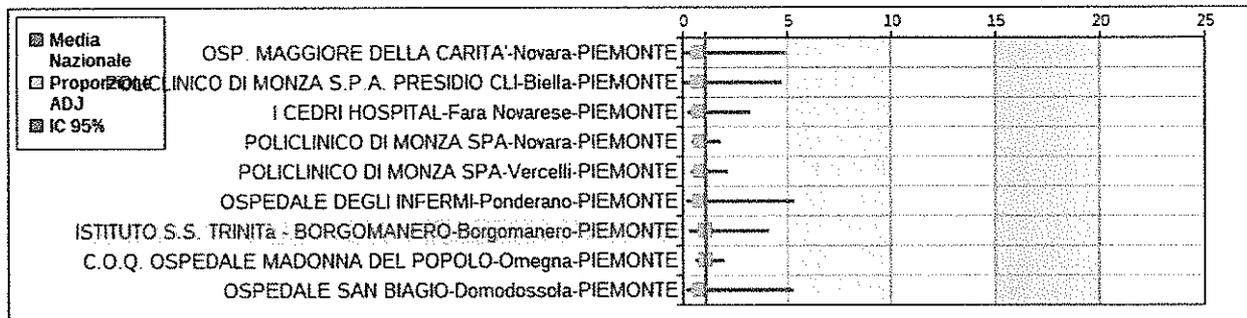
Inoltre, in termini di esiti, si riscontra una prevalenza di soggetti operati a Borgomanero che presentano complicanze a 30 giorni, in linea con quella degli altri ospedali del quadrante e sovrapponibile alla prevalenza nazionale.



Proporzione di colecistectomia laparoscopiche che hanno complicanze entro 30 gg.

Interventi di Ortopedia-Traumatologia

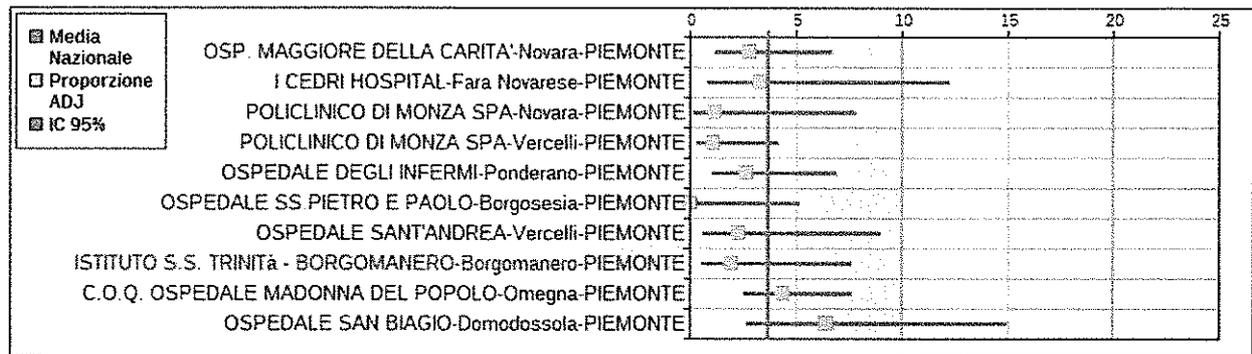
In ambito ortopedico-traumatologico si raggiungono buoni livelli di performance per quanto riguarda le artroscopie di ginocchio: secondo l'indicatore PNE "re-intervento entro 6 mesi dopo artroscopia di ginocchio", l'ospedale di Borgomanero risulta essere in linea con le performance degli ospedali del quadrante e della media nazionale.



Nuovo ricovero entro 6 mesi dalla prima artroscopia

Per quanto riguarda l'intervento di protesi d'anca, la SC di Ortopedia e Traumatologia dell'Ospedale di Borgomanero ottiene i seguenti risultati di esito: un episodio di ricovero entro 30 giorni dall'intervento (2.0%) è tra le migliori del quadrante ed inferiore alla media nazionale. Questo dato è in netto miglioramento rispetto all'anno precedente.



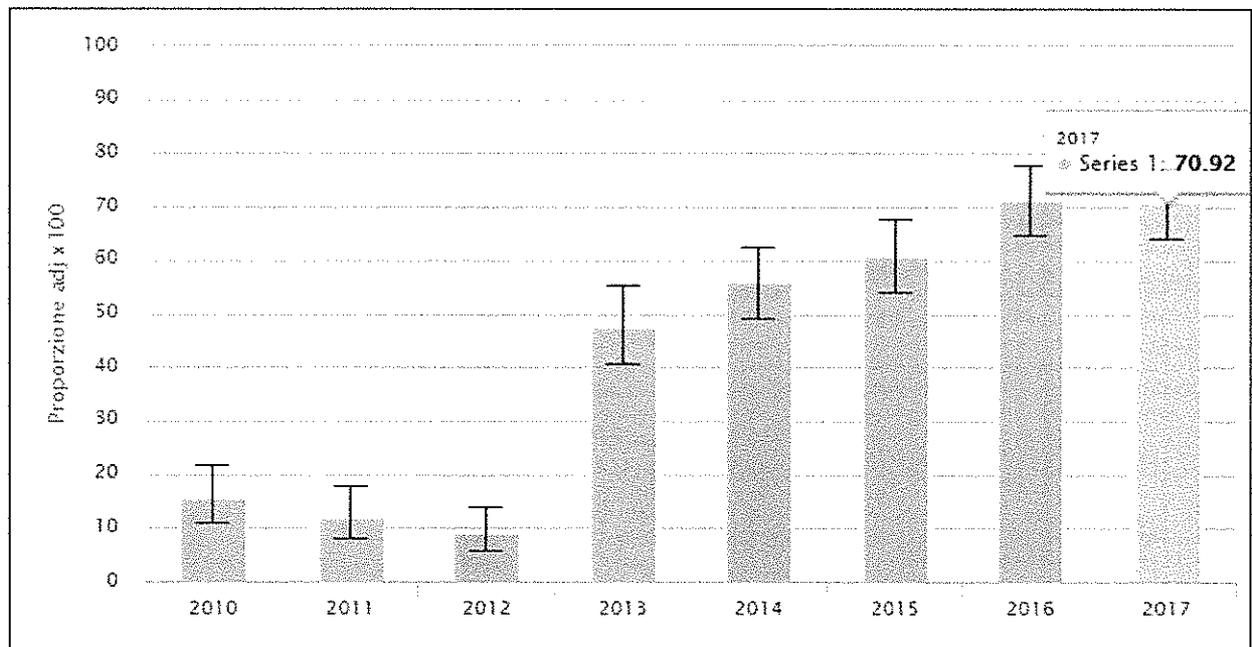


Nuovo ricovero entro 30 giorni dall'intervento di protesi d'anca

La variabilità osservata di anno in anno suggerisce un certo impatto sull'analisi inferenziale dato dalla scarsa numerosità dei casi.

Sempre in ambito traumatologico appare utile riportare i risultati di *performance* relativi agli interventi di riparazione di frattura di femore eseguiti entro 48h dalla diagnosi.

Nel 2017 la proporzione di intervento entro i tempi definiti è stata del 72.1% tasso grezzo - (70.9% Adj), segnando un costante aumento anno dopo anno a partire dal 2010 quando risultava essere del 15.6% Adj.



Numero di interventi effettuati nel corso del tempo per riparazione frattura di femore entro 48h

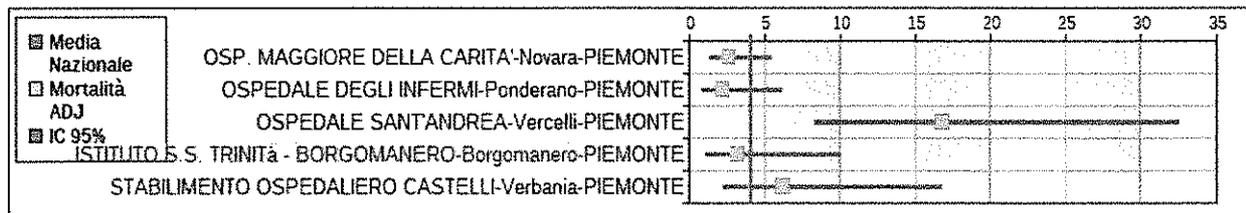
## CHIRURGIA PER TUMORE MALIGNO

Intervento per K del colon

Tra tutte le strutture sanitarie presenti nel quadrante Nord-Est del Piemonte, l'Ospedale di Borgomanero è il terzo per volume di attività negli interventi chirurgici per tumore maligno del Colon; rispetto all'anno precedente ha di fatto mantenuto il medesimo volume di attività.

STRUTTURA	INTERVENTI	
	2017	2016
Osp. degli Infermi-Ponderano	92	100
Pol.U. Maggiore della Carità-Novara	119	98
<b>Osp. S.S. Trinità-Borgomanero</b>	<b>60</b>	<b>63</b>
Osp. S. Andrea-Vercelli	56	51
Osp. S.S. Pietro e Paolo-Borgosesia	30	24
Osp. S. Biagio-Domodossola	32	18
Osp. Castelli-Verbania	42	29

In termini di qualità di esiti, il grafico sottostante dimostra come la mortalità a 30 giorni dall'intervento è del 3.2% (in miglioramento rispetto all'anno precedente - 7.6%); questo valore è inferiore alla media nazionale (differenza statisticamente non significativa), ed è tra i migliori degli ospedali del quadrante.



Mortalità a 30 giorni dall'intervento per K Colon

Interventi per K Rene

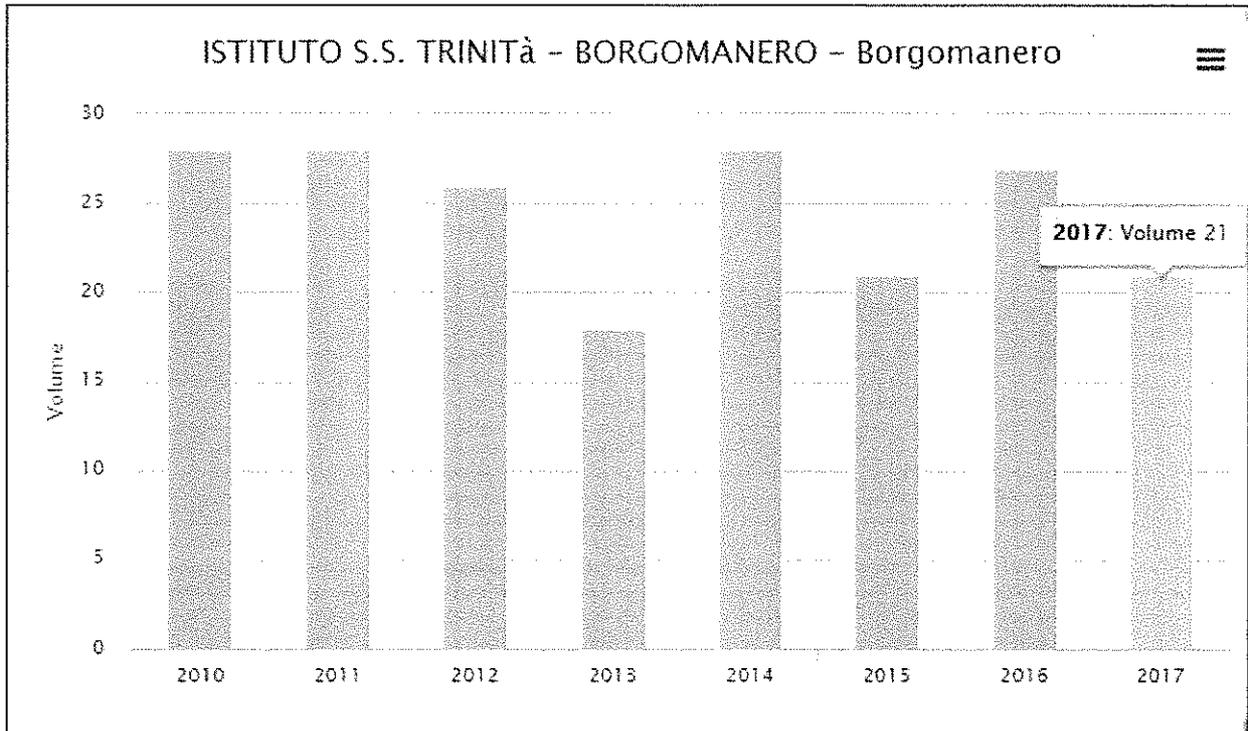
Tra tutte le strutture sanitarie presenti nel quadrante Nord-Est del Piemonte, l'Ospedale di Borgomanero è il terzo per volume di attività negli interventi chirurgici per tumore maligno del Rene.

STRUTTURA	PROVINCIA	REGIONE	N
ITALIA			11129
OSPEDALE SANT'ANDREA - Vercelli	VC	Piemonte	9
OSPEDALE SAN BIAGIO - Domodossola	VB	Piemonte	9
OSPEDALE DEGLI INFERMI - Ponderano	BI	Piemonte	32
<b>ISTITUTO S.S. TRINITÀ - BORGOMANERO - Borgomanero</b>	<b>NO</b>	<b>Piemonte</b>	<b>21</b>
OSPEDALE SS PIETRO E PAOLO - Borgosesia	VC	Piemonte	1
STABILIMENTO OSPEDALIERO CASTELLI - Verbania	VB	Piemonte	1
OSP. MAGGIORE DELLA CARITA' - Novara	NO	Piemonte	63

## Volumi attività nel quadrante

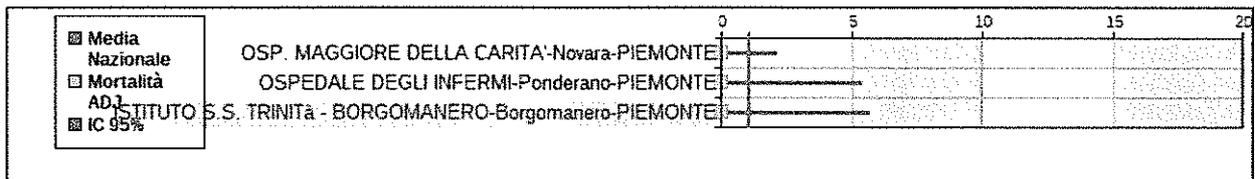
Nel 2017 gli interventi a Borgomanero sono stati 21, in lieve calo rispetto all'anno precedente.





Numero di interventi effettuati nel corso del tempo per K del rene

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 nessun paziente sottoposto a nefrectomia per K renale presso la SC di Urologia del PO di Borgomanero è poi deceduto entro 30 gg dall'intervento, decisamente al di sotto della media nazionale e sovrapponibile ai pazienti che si rivolgono all'AOU Maggiore della Carità di Novara o dell'Ospedale di Biella.



Mortalità a 30 giorni dopo intervento per K rene



## 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.

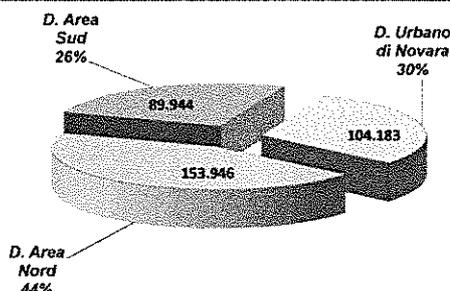


## Residenti nell'ASL NO al 31.12.17

Fonte DATI: Piemonte STATistica e BDDE (PiSta)

### Distribuzione per Comune e Distretto di residenza

DISTRETTO AREA NORD			DISTRETTO AREA SUD		
Comune	Popolazione residente al 31.12.2017	Densità di popolazione ab/km <sup>2</sup> al 31.12.2017	Comune	Popolazione residente al 31.12.2017	Densità di popolazione ab/km <sup>2</sup> al 31.12.2017
AGRATE CONTURBIA	1.544	106,2	BIANDRATE	1.298	104,2
ARONA	13.966	920,6	BORGOLAVEZZARO	2.041	96,8
BARENGO	795	40,8	BRIONA	1.164	47,0
BELLINZAGO NOVARESE	9.646	246,2	CALTIGNAGA	2.542	113,9
BOCA	1.213	126,2	CAMERI	10.907	272,8
BOGOGNO	1.285	151,0	CARPIGNANO SESIA	2.507	171,1
BOLZANO NOVARESE	1.190	360,1	CASALBELTRAME	959	59,8
BORGOMANERO	21.719	673,0	CASALEGGIO NOVARA	927	88,0
BORGO TICINO	5.089	380,5	CASALINO	1.537	38,9
BRIGA NOVARESE	2.865	603,4	CASALVOLONE	879	50,3
CASTELLETTO S. TICINO	9.969	680,9	CASTELLAZZO NOVARESE	336	31,1
CAVAGLIETTO	383	59,1	CERANO	6.813	208,7
CAVAGLIO D'AGOGNA	1.174	119,4	FARA NOVARESE	2.026	219,9
CAVALLIRIO	1.335	160,3	GALLIATE	15.685	534,1
COLAZZA	447	141,4	GARBAGNA NOVARESE	1.431	142,4
COMIGNAGO	1.261	283,4	GRANZOZZO CON MONTECELLO	1.397	71,6
CRESSA	1.612	226,9	L'ANDIONA	567	77,8
CUREGGIO	2.630	309,2	MANDELLO VITTA	234	40,0
DIIGNANO	1.404	275,4	NIBBIOLA	809	71,3
DORMELLETO	2.800	358,5	RECETTO	948	107,1
FONTANETO D'AGOGNA	2.660	125,6	ROMENTINO	5.659	319,9
GARGALLO	1.832	488,0	SAN NAZZARO SESIA	728	63,6
GATTICO	3.377	207,3	SAN PIETRO MOSEZZO	2.011	57,6
GHEMME	3.573	173,1	SILAVENGO	560	58,7
GOZZANO	5.622	446,8	SOZZAGO	1.075	83,2
INVORIO	4.439	255,5	TERDOBBIATE	470	55,5
LESA	2.236	164,6	TORNAGO	933	70,5
MAGGIORA	1.884	158,0	TRECCATE	20.566	538,0
MARANO TICINO	1.654	212,4	VESPOLATE	2.048	115,2
MASSIMO VISCONTI	1.052	153,3	MCOLUNGO	887	66,7
MEINA	2.484	329,7	DISTRETTO URBANO DI NOVARA		
MEZZOMERICO	1.235	160,0	NOVARA	104.183	1.011,0
MOMO	2.509	106,4			
NEBBIUNO	1.821	220,3			
OLEGGIO	14.135	374,0			
OLEGGIO CASTELLO	2.132	359,2			
PARUZZARO	2.211	423,0			
PISANO	801	289,6			
POGNO	1.423	144,2			
POMBIA	2.176	177,0			
SIZZANO	1.444	134,3			
SORISO	755	118,5			
SUNO	2.788	130,7			
VAPRIO D'AGOGNA	997	99,6			
VARALLO POMBIA	4.922	361,6			
VERUNO	1.857	188,1			



Al 31 dicembre 2017 risultano residenti nell'ASL di Novara 348.073 persone.

Il 44% della popolazione (153.946 persone) risiede nel Distretto Area Nord che comprende 46 Comuni ed ha una densità abitativa di 275,5 ab./km<sup>2</sup>.

Nel Distretto Urbano di Novara risiede il 30% della popolazione (104.183 persone e 1.011 ab./km<sup>2</sup>). Una quota di poco inferiore (26%) risiede nel Distretto Area Sud (89.944 persone) che comprende 30 Comuni ed ha una densità abitativa di 166,2 ab./km<sup>2</sup>.

I 3 Comuni dell'ASL NO con il maggior numero di residenti sono Novara (104.183), Borgomanero (21.719) e Treccate (20.566).

Complessivamente le donne rappresentano il 51,4% della popolazione e sono più numerose degli uomini principalmente nelle classi di età più avanzate, costituendo il 54% della popolazione con più di 65 anni e il 65% 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	Fasce di età					Tutte le età
	0-4	5-14	15-64	65-79	≥ 80	
Area Nord	3.058	7.193	49.002	11.621	4.063	74.937
Area Sud	2.001	4.433	29.110	6.356	2.197	44.097
Urbano di Novara	2.088	4.676	33.393	7.303	2.787	50.247
ASL NO	7.147	16.302	111.505	25.280	9.047	169.281

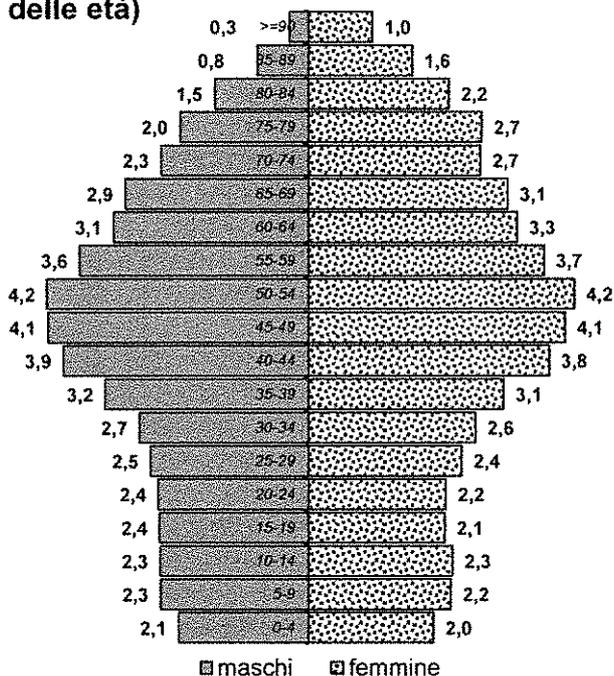
  

FEMMINE	Fasce di età					Tutte le età
	0-4	5-14	15-64	65-79	≥ 80	
Area Nord	2.856	6.919	48.198	13.574	7.462	79.009
Area Sud	1.904	4.215	28.416	7.249	4.063	45.847
Urbano di Novara	2.073	4.519	33.000	9.035	5.309	53.936
ASL NO	6.833	15.653	109.614	29.858	16.834	178.792

# Residenti nell'ASL NO

FONTE DATI: Piemonte STATistica e BDDE (PiSta)

## Distribuzione % per classi di età e sesso al 31.12.17 (Piramide delle età)



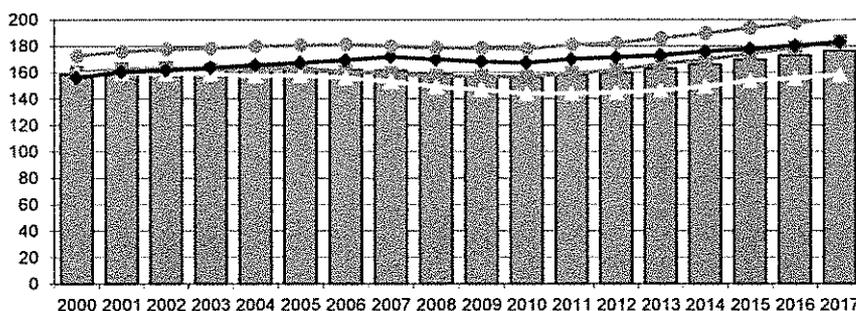
Quasi due terzi della popolazione ha una età compresa tra 15 e 64 anni. Rispetto al 2000 si registra un invecchiamento, con aumento degli ultra 64enni (23% vs 20%), a scapito della classe di età 15-64 anni (64% vs 68%); i minori di 15 anni rimangono invece costanti (13%).

Nel 2017 in ASL, ogni 100 giovani con meno di 15 anni risiedono 176 ultra64enni; dal 2000 l'indice di vecchiaia è aumentato su tutto il territorio ad eccezione del Distretto Area Sud dove tale indice è sceso a 158. Superiori al valore aziendale (176) risultano gli indici dei Distretti Area Nord e Urbano di Novara, entrambi pari a 183.

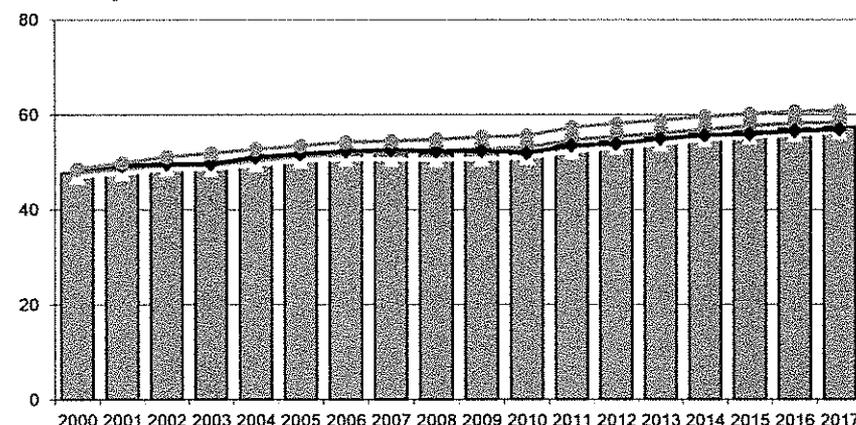
Ogni 100 persone tra i 15 ed i 64 anni se ne registrano poco più della metà (57) nelle altre classi di età, considerate "non attive"; questo indice ("di dipendenza") risulta in aumento, con differenze contenute tra i Distretti (range: da 56 D. Area Sud a 58 D. Area Nord).

Gli indici di vecchiaia e dipendenza dell'ASL NO sono entrambi inferiori a quelli regionali (Piemonte 2017: vecchiaia 201; dipendenza 61).

## Indice di vecchiaia - Trend 2000-2017



## Indice di dipendenza - Trend 2000-2017



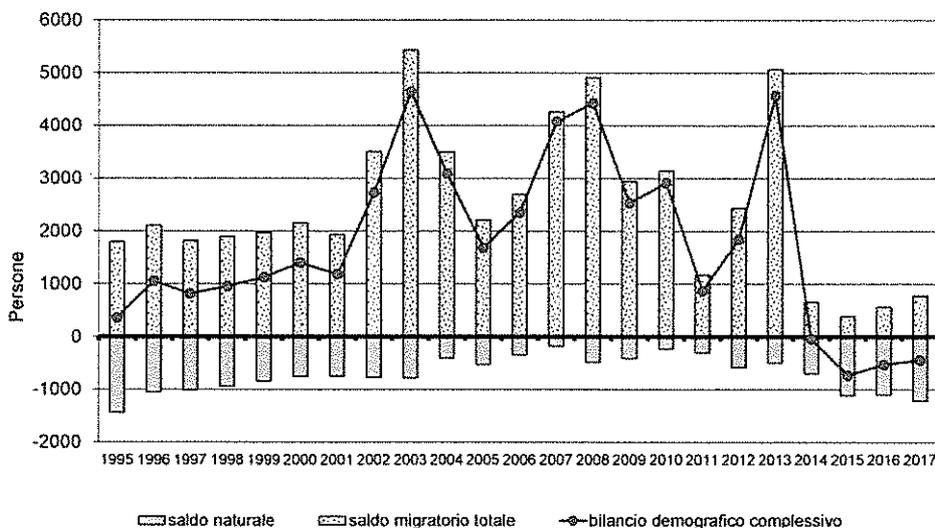
ASL NO Area Nord Area Sud Urbano di Novara Piemonte



## Bilancio demografico

Fonte DATI: Piemonte STATistica e BDDE (PiSta)

### Residenti ASL NO Trend 1995-2017



Dal 2014 il bilancio demografico della ASL NO è negativo. Nel 2017, rispetto all'anno precedente, la popolazione diminuisce di 442 unità, ovvero di 1,3 persone ogni 1.000 residenti, con range da -1,0 del Distretto di Novara a -2,5 del Distretto Area Nord. Il Distretto area Sud è in controtendenza, infatti il tasso di crescita è positivo (0,4) e pari a +38 persone.

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

In particolare il saldo naturale negativo a livello di ASL registra 68 nati vivi ogni 100 morti (range da 60 nel Distretto Area Nord a 80 nel Distretto dell'Area Sud).

Il saldo migratorio positivo a livello aziendale nel 2017 risulta di +774 persone, valore in crescita rispetto al 2014 (658) anno in cui si è registrato uno tra i valori più bassi degli ultimi 20 anni.

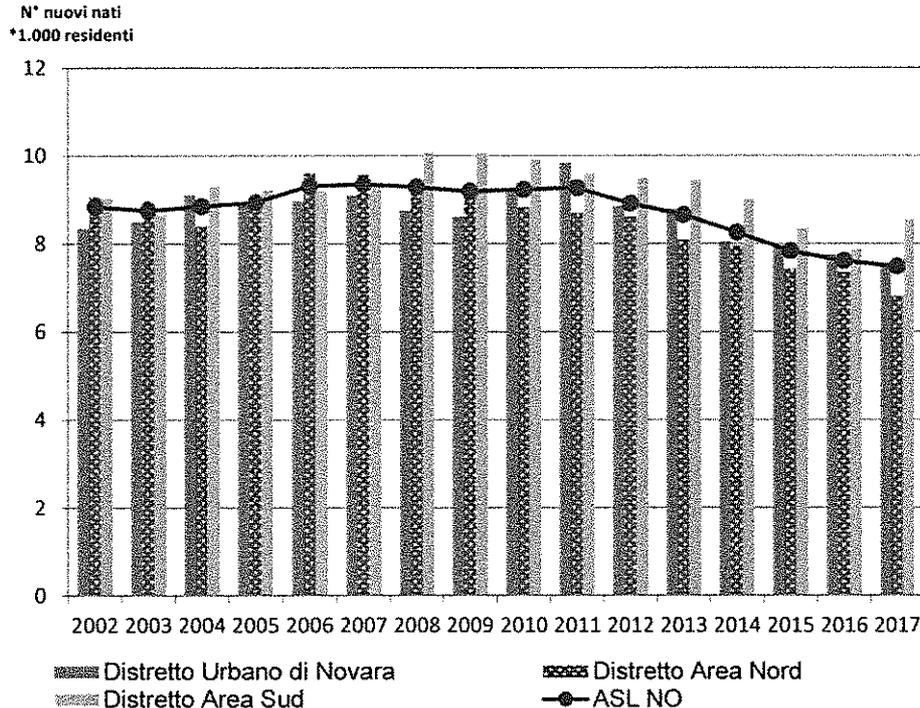
### Residenti ASL NO e Distretti Anno 2017

anno 2017	ASL NO	Distretto Area Nord	Distretto Area Sud	Distretto Urbano di Novara
<b>Movimento naturale</b>				
Nati vivi	2.604	1.049	770	785
Morti	3.820	1.751	963	1.106
<b>Saldo naturale</b>	<b>-1.216</b>	<b>-702</b>	<b>-193</b>	<b>-321</b>
% nati vivi / morti	68	60	80	71
<b>Movimento migratorio</b>				
Iscrizioni	<b>12.940</b>	<b>6.316</b>	<b>3.312</b>	<b>3.312</b>
dall'Italia	10.100	5.334	2.681	2.085
dall'estero	2.222	768	504	950
altri iscritti	618	214	127	277
Cancellazioni	<b>12.166</b>	<b>5.993</b>	<b>3.081</b>	<b>3.092</b>
per l'Italia	9.923	5.077	2.663	2.183
per l'estero	966	499	226	241
altri cancellati	1.277	417	192	668
<b>Saldo migratorio</b>	<b>774</b>	<b>323</b>	<b>231</b>	<b>220</b>
<b>Bilancio demografico complessivo</b>	<b>-442</b>	<b>-379</b>	<b>38</b>	<b>-101</b>
Tasso di crescita totale (* 1000)	<b>-1,3</b>	<b>-2,5</b>	<b>0,4</b>	<b>-1,0</b>

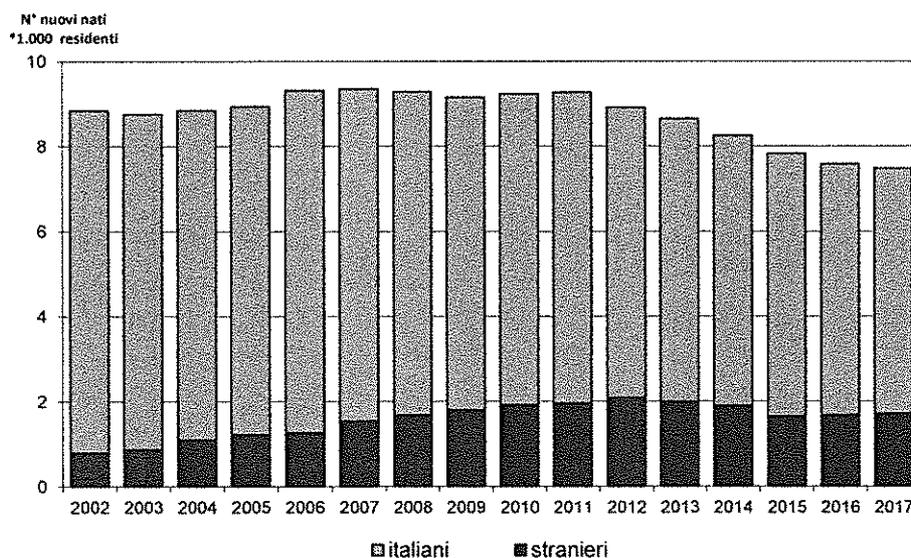
## Natalità Trend 2002-2017

Fonte DATI: Piemonte STATistica e BDDE (PiSta)

### Totale residenti - ASL NO e Distretti



### ASL NO - Italiani e Stranieri



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

Nel 2017, si sono registrati 2.604 nuovi nati, corrispondenti a 7,5 nuovi nati ogni 1.000 residenti, valore in ulteriore diminuzione rispetto agli anni precedenti, anche se superiore alla natalità del Piemonte (7,0 per 1.000).

La natalità più elevata si registra nel Distretto Area Sud (nel 2017 8,6 nuovi nati per 1.000 residenti), Distretto dove si osserva una ripresa della natalità rispetto al 2016 (7,9 per 1.000). La natalità più bassa si registra nel Distretto Area Nord (6,8 per 1.000).

I neonati stranieri sono il 23% di tutti i neonati, ma con differenze tra i Distretti: 15,3% nel Distretto Area Nord, più del doppio (31,5%) nel Distretto Urbano di Novara e 24,4% nel Distretto Area Sud.

Dopo la crescita dei decenni precedenti, dal 2015 la quota di neonati stranieri è costantemente pari a 1,7 nuovi nati ogni 1.000 residenti.

I residenti stranieri continuano comunque ad avere una maggiore natalità degli italiani: nel 2017 si sono registrati 16 nati stranieri ogni 1.000 stranieri e 6 nati italiani ogni 1.000 italiani.

## Stranieri residenti nell'ASL NO al 31.12.17

FONTE DATI: Piemonte STATistica e BDDE (PiSta)

### Numerosità per ASL e per Distretto di residenza

DISTRETTI	Maschi	Femmine	Totale	% residenti stranieri rispetto a popolazione
Area Nord	5.524	6.677	12.201	7,9
Area Sud	4.259	4.570	8.829	9,8
Urbano di Novara	7.894	7.699	15.593	15,0
<b>ASL NO</b>	<b>17.677</b>	<b>18.946</b>	<b>36.623</b>	<b>10,5</b>

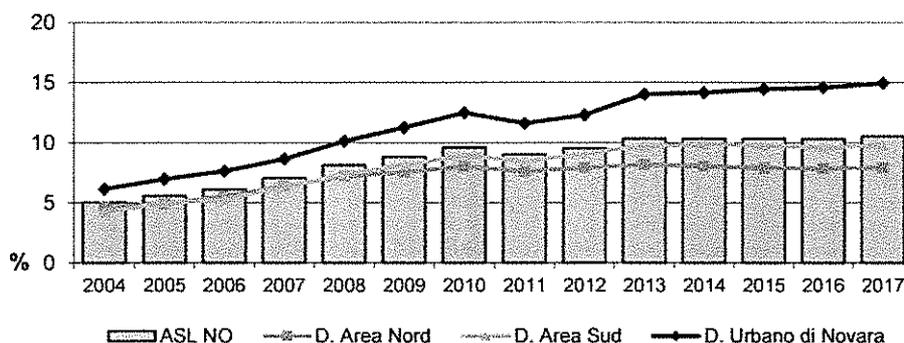
Nel 2017 nell'ASL NO risultano residenti **36.623** stranieri, pari al **10,5%** della popolazione, valore superiore a quello regionale (9,7%).

La maggiore presenza di stranieri si osserva nel Distretto Urbano di Novara (nel 2017: 15,0%); inferiore al valore aziendale risulta soprattutto il dato del Distretto Area Nord (7,9%).

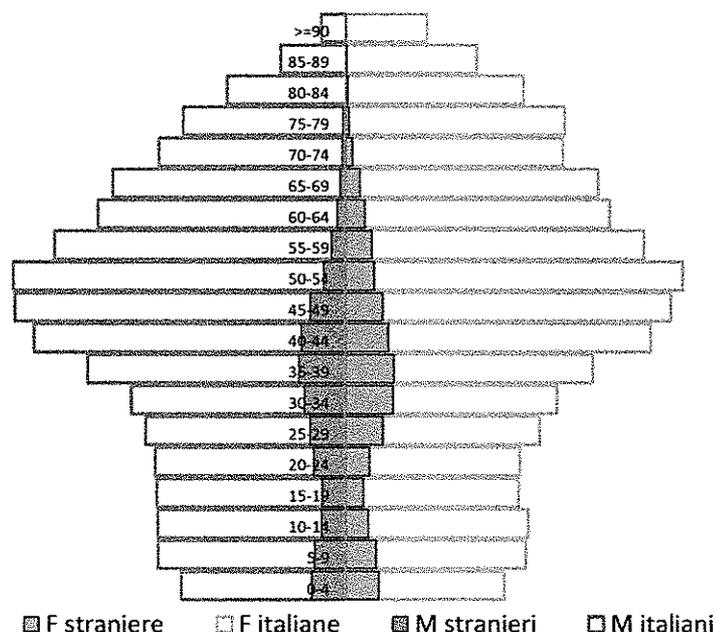
Negli ultimi 5 anni la quota di stranieri residenti risulta abbastanza costante su tutto il territorio dell'ASL.

Tra gli stranieri residenti nell'ASL predominano soggetti in età produttiva e bambini. Quasi 2 stranieri su 3 (62%) hanno meno di 40 anni, il 21% ha meno di 15 anni e l'8% 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 23 di età superiore a 64 anni e ogni 100 stranieri tra i 15 ed i 64 anni "solo" 34 sono in età "non attiva".

### % di residenti stranieri per ASL e per Distretti Trend 2004-2017



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



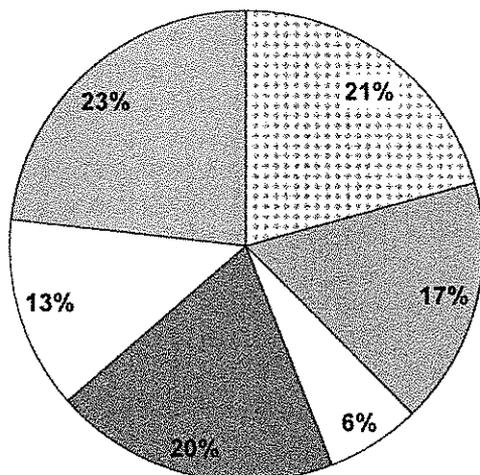
# Stranieri residenti nell'ASL NO al 31.12.17

Fonte DATI: Piemonte STATistica e BDDE (PiSta)

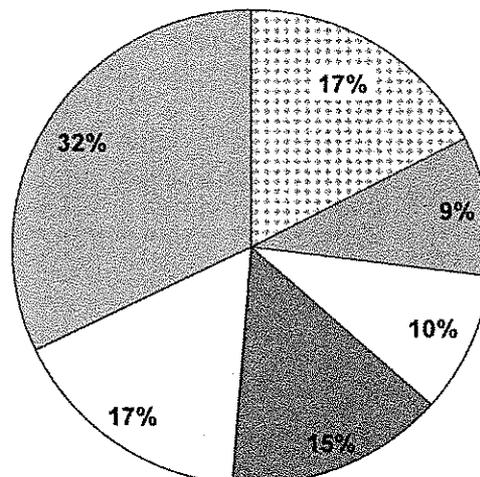
## Aree di provenienza

Per sesso e per Distretto di residenza

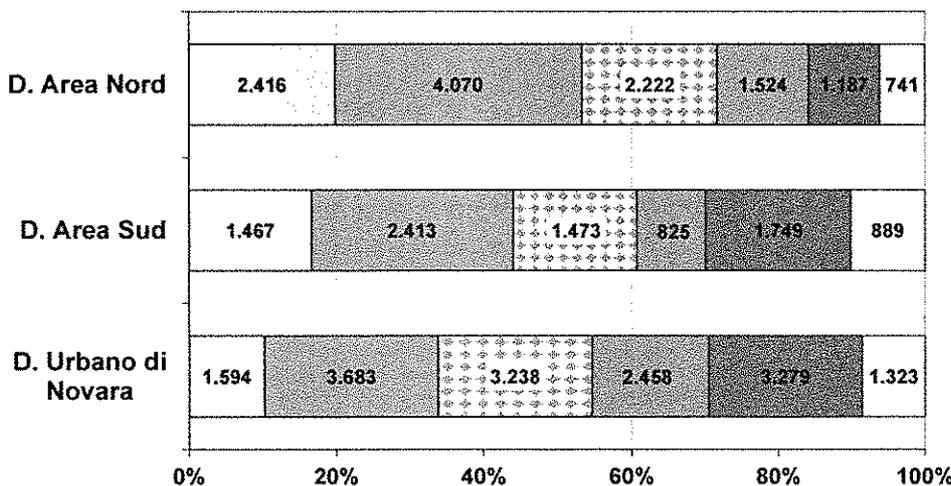
### Maschi



### Femmine



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



Nel 2017, la principale area di provenienza degli stranieri residenti è l'Europa centro-orientale (28% corrispondente a 10.166 persone).

La seconda area di provenienza è l'Africa settentrionale (19% corrispondente a 6.933 persone), seguita a breve distanza da Asia (17%) e dai 27 stati dell'Unione Europea (15%).

Nei due generi le principali aree di provenienza rimangono le stesse anche se cambiano le singole proporzioni (Europa centro-orientale: 23% maschi; 32% femmine. Africa settentrionale: 21% maschi; 17% femmine).

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

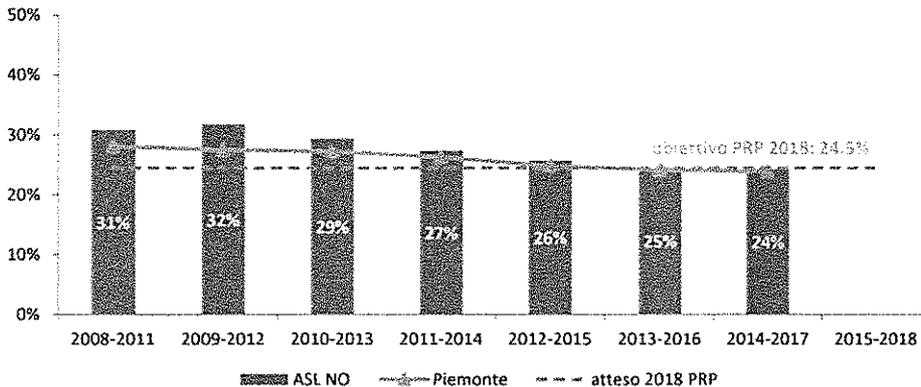
Il Distretto Area Nord si caratterizza per una maggiore presenza di stranieri provenienti dall'Europa sia centro-orientale (33%) che dai paesi dell'Unione Europea (20%) e per una prevalenza minore rispetto agli altri Distretti di stranieri provenienti dall'Asia (10%) e dall'America (6%).



# Abitudine al fumo tra i residenti dell'ASL NO

Fonte dati: SEPI ASL NO - PASSI – popolazione 18-69 anni

## Fumatori Trend 2008-2017

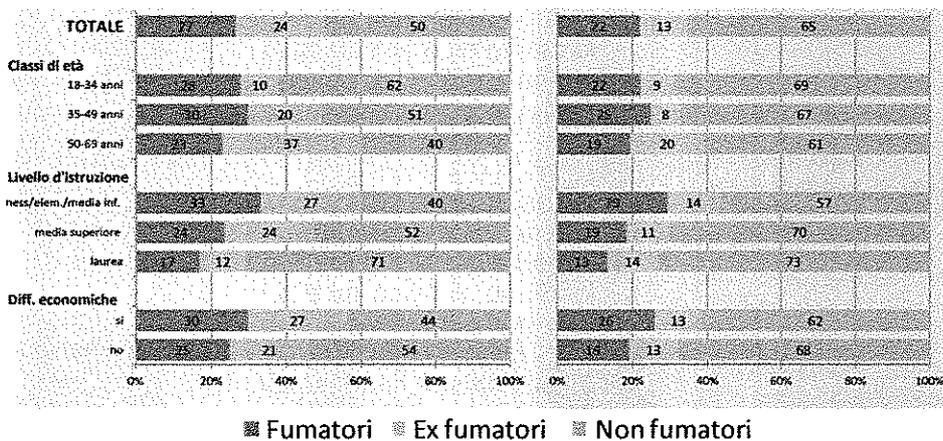


Il fumo di tabacco è il maggiore fattore di rischio di morte evitabile prematura e molte azioni di prevenzione sono state messe in campo negli ultimi decenni.

Anche tra i residenti della ASL NO l'abitudine al fumo è in diminuzione e, tra i 18 ed i 69 anni, i fumatori hanno quasi raggiunto la quota attesa dal Piano Regionale di Prevenzione per il 2018 (24,5%).

La maggior parte (57%) degli adulti non è mai stato fumatore, quasi 1 su 4 (24%) fuma e quasi 1 su 5 (18%) è un ex fumatore. Le persone con abitudine tabagica (presente o pregressa) sono più frequenti negli uomini e, in entrambi i generi, tra i 35-49 anni e nelle persone con minori livelli di istruzione.

## Abitudine tabagica per caratteristiche socio-demografiche Periodo 2014-2017



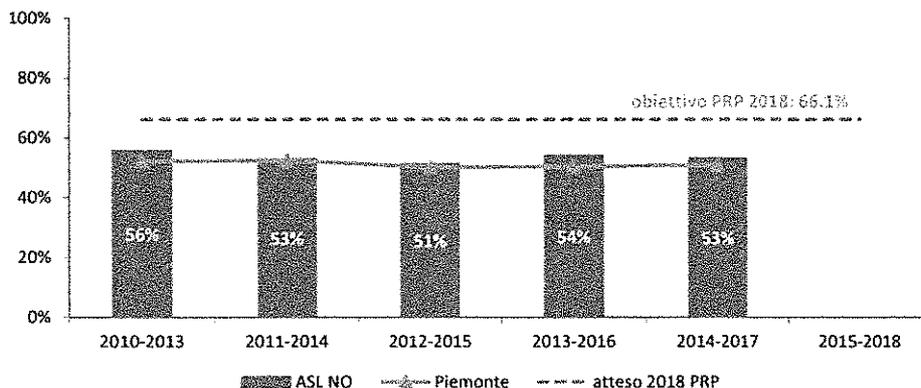
Migliorare l'attenzione di medici e operatori sanitari agli stili di vita delle persone è un obiettivo dei Piani di Prevenzione (PRP) 2014-2018.

Circa 3 non fumatori su 10 e più di 6 fumatori su 10 dicono di avere ricevuto nell'ultimo anno da un operatore sanitario domande sull'abitudine al fumo.

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

Come in ambito regionale, questo indicatore rimane sostanzialmente stabile e non si avvicina al valore atteso nel 2018 (66%) dal PRP.

## Fumatori che hanno ricevuto il consiglio\* di smettere di fumare da un medico o da un operatore sanitario Trend 2008-2017

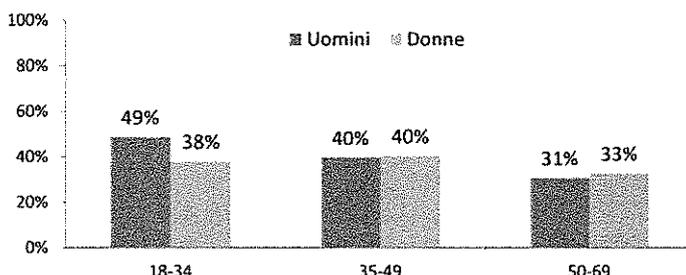


\*Negli ultimi 12 mesi, calcolato tra coloro che sono stati da un medico o un operatore sanitario.

## Disassuefazione dal fumo di tabacco nell'ASL NO

Fonte dati: SERT; SEPI ASL NO (PASSI 2013-2016)

### Fumatori che tentano di smettere di fumare Stratificazione per età e sesso



Tra i 18 e i 69 anni, in 1 anno circa 4 fumatori su 10 tentano di smettere, senza evidenti differenze di genere. Nell'ASL NO il tentativo è più frequente tra i più giovani.

Nel triennio 2016-2018 il Centro di Trattamento del Tabagismo (CTT) ha fornito supporto a 284 nuovi fumatori intenzionati a smettere, per un totale di 807 trattamenti complessivi. Nel 2018 sono inoltre state realizzate 101 consulenze ed esami nell'ambito delle Giornate Mondiali contro il fumo di tabacco. Tutti sono stati sottoposti a interventi di counselling, mentre il 90% circa a psicoterapie individuali o di gruppo ed a farmacoterapia, in grande maggioranza integrate tra loro.

Di questi pazienti, 2 su 3 non fumavano a 6 mesi dal trattamento. Il follow up ad 1 anno indica l'astensione dal fumo per circa 4 pazienti su 10 e la riduzione significativa del numero di sigarette quotidiane per più della metà dei pazienti.

Attualmente il metodo principale di invio degli utenti al CTT (58%) è ancora il passaparola (di parenti e amici), mentre più di 1 su 5 sono arrivati grazie ad operatori sanitari (MMG, specialisti).

### Attività svolte dal Dipartimento di Patologia delle Dipendenze

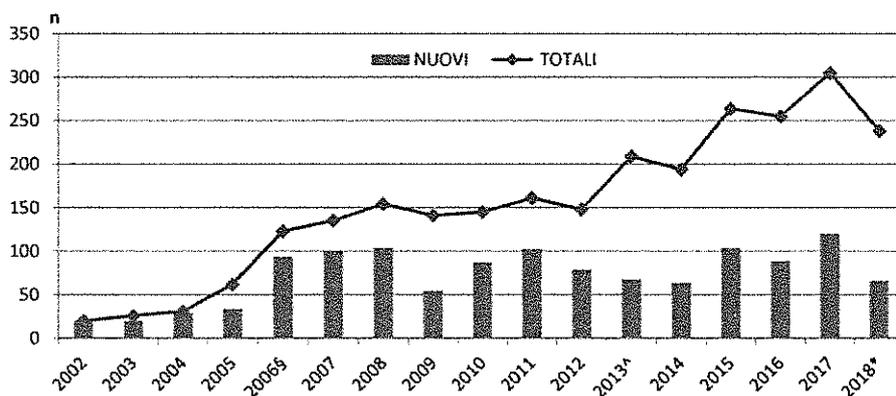
Gli operatori del Dipartimento di Patologia delle Dipendenze (DPD) svolgono attività di prevenzione, diagnosi e terapia del tabagismo. Per la prevenzione primaria gli interventi sono rivolti a studenti, genitori ed insegnanti delle classi seconde delle scuole secondarie di I grado, nell'ambito dei progetti "Unplugged" e "Lasciateci puliti" che, nell'ultimo triennio, hanno coinvolto, annualmente, diversi Istituti scolastici.

In occasione delle Giornate Mondiali contro il fumo di tabacco (31 maggio), in collaborazione con la sede L.I.L.T. di Novara, si realizzano iniziative rivolte alla popolazione con distribuzione di materiale informativo, erogazione di informazioni ed esecuzione di esami strumentali gratuiti ai richiedenti.

Le persone che accedono al Centro di Trattamento del Tabagismo (CTT) vengono sottoposte gratuitamente a valutazione medica clinico-funzionale (con carbossimetria e spirometria) e psicodiagnostica (somministrazione di test atti a valutare la motivazione al cambiamento, l'autoefficacia ed altri criteri di ammissibilità al percorso richiesto); anche la fase terapeutica è gratuita, tranne che per eventuali farmaci prescritti.

### Utenti Centro Trattamento Tabagismo (CTT) dell'ASL NO

⇒ Nuovi e Totali - Trend 2002-2018

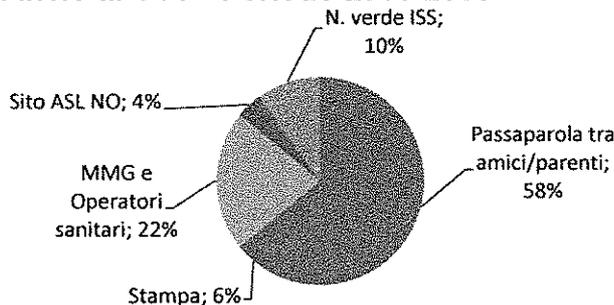


§2006 Inizio visibilizzazione con opuscoli e display della Provincia

^2013 Inizio di sessioni di rinforzo

\*Dato fino al 5 novembre 2018

⇒ Metodi di invio al CTT - Periodo 2016-2018\*



## Fumo passivo

FONTE DATI: SEPI ASL NO - PASSI 2008-2017 (POPOLAZIONE 18-69 ANNI)

### Rispetto del divieto di fumare

#### • Per regione di residenza - 2014-2017

Percezione del rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici per regione di residenza  
Passi 2014-2017



● peggiore del valore nazionale  
○ simile al valore nazionale  
○ migliore del valore nazionale

Percezione del rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro per regione di residenza  
Passi 2014-2017



● peggiore del valore nazionale  
○ simile al valore nazionale  
○ migliore del valore nazionale

Astenzione dal fumo in casa per regione di residenza  
Passi 2014-2017



● peggiore del valore nazionale  
○ simile al valore nazionale  
○ migliore del valore nazionale

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.

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.

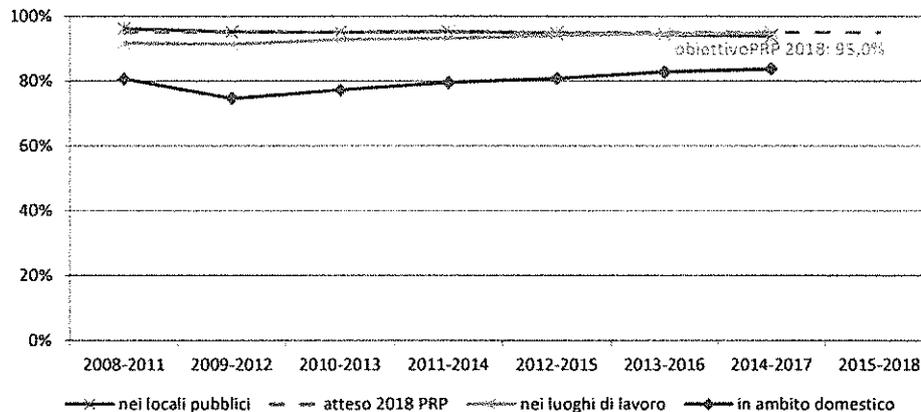
Il rispetto del divieto di fumare è in aumento negli anni e, nell'ASL NO, si è allineato (95,0%) al valore atteso dal Piano Regionale di Prevenzione per il 2018 (95,0%).

Nell'84% delle abitazioni non è ammesso fumare e la quota sale al 90% quando ci vivono minori fino a 14 anni di età.

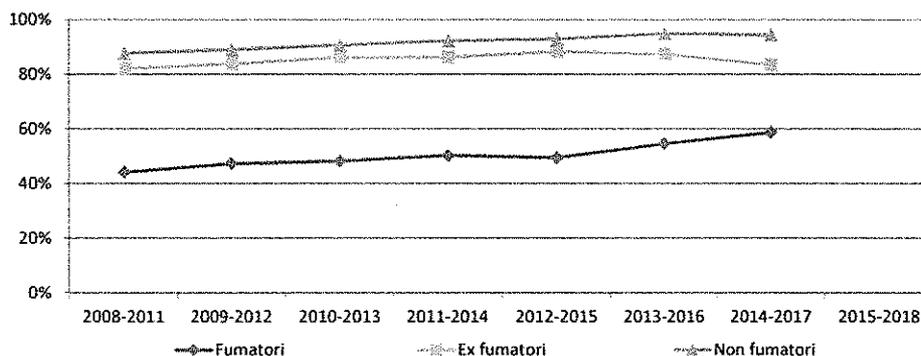
Come atteso, la possibilità di fumare in ambito domestico varia in relazione all'abitudine tabagica di chi ci vive. Nell'ASL NO non è permesso fumare in 9 case su 10 di non fumatori, in 8 su 10 di ex fumatori e, comunque, in 6 case su 10 di fumatori.

Le "case libere da fumo" sono in aumento, indipendentemente dall'abitudine al fumo di chi ci abita.

#### • Trend 2008-2017 - ASL NO



#### Abitazioni nelle quali non è consentito fumare - ASL NO Trend 2008-2017

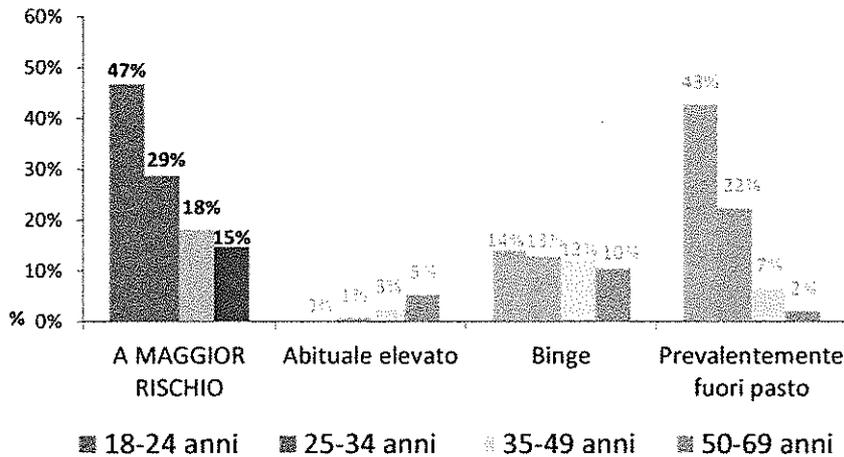


## Il consumo di alcol tra i residenti ASL NO

FONTE DATI: SEPI ASL NO - PASSI (POPOLAZIONE 18-69 ANNI)

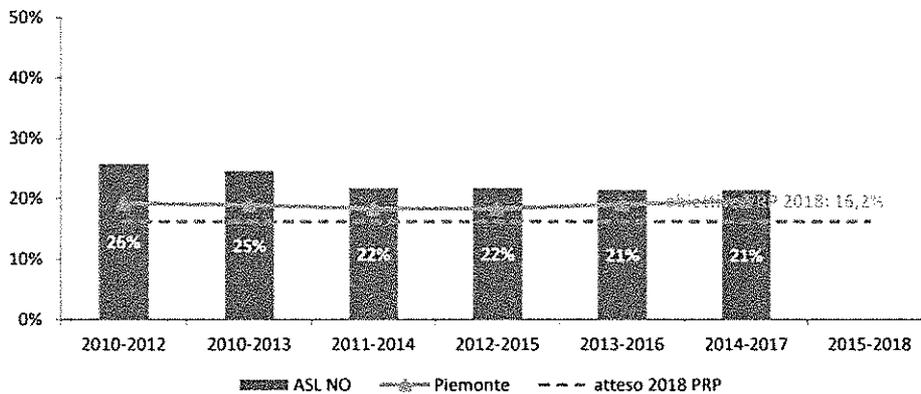
### Bevitori a maggior rischio

Per classi di età  
Periodo 2014-2017



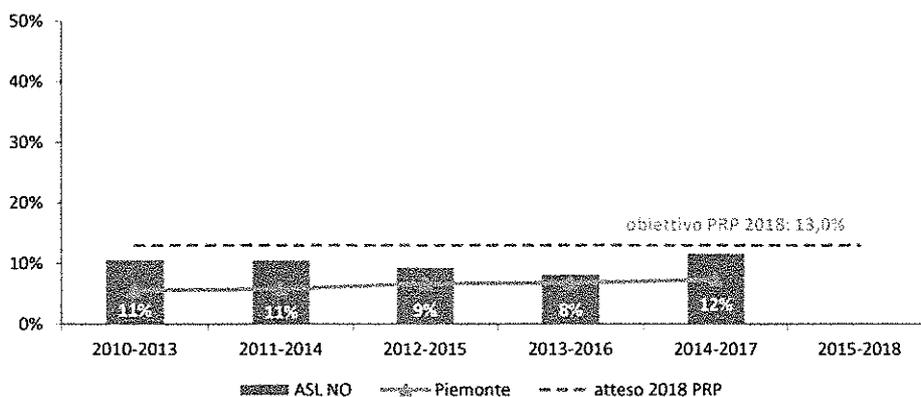
### Bevitori a maggior rischio

Trend 2010-2017



### Bevitori a maggior rischio che hanno ricevuto il consiglio\* di bere meno da un medico o da un operatore sanitario

Trend 2010-2017



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

Le persone che consumano bevande alcoliche sono in diminuzione su tutto il territorio nazionale; l'ASL NO risulta in controtendenza: nel periodo 2014-2017 61% di consumatori vs 59% del periodo 2012-2015.

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 più di un adulto su 5 (21%) dichiara almeno una modalità di consumo di alcol a maggior rischio, condizione particolarmente diffusa tra i 18 e i 34 anni di età (37%). Il consumo di alcol prevalentemente fuori pasto (11%) e quello *binge* (12%) sono le modalità a rischio più diffuse.

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

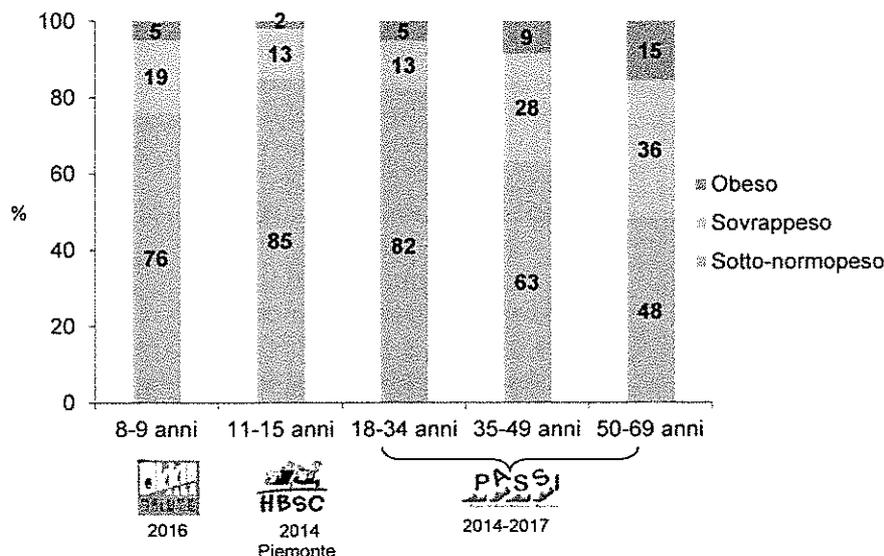
La diminuzione dei bevitori a maggior rischio e l'aumento della attenzione degli operatori sanitari a questo comportamento (al momento molto bassa) sono obiettivi del Piano Regionale di Prevenzione (PRP) 2014-2018.



## Situazione nutrizionale nell'ASL NO

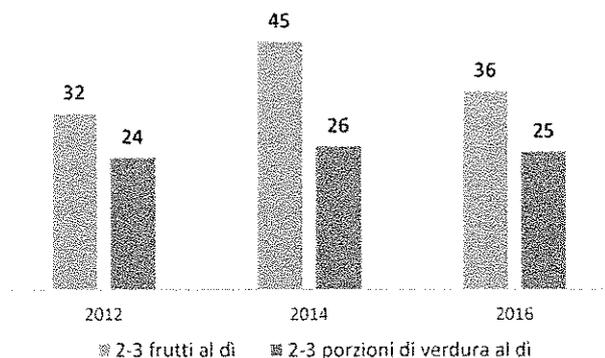
Fonte dati: Okkio alla salute (8-9 anni); HBSC (11-15 anni); PASSI (18-69 anni)

### Per classi di età

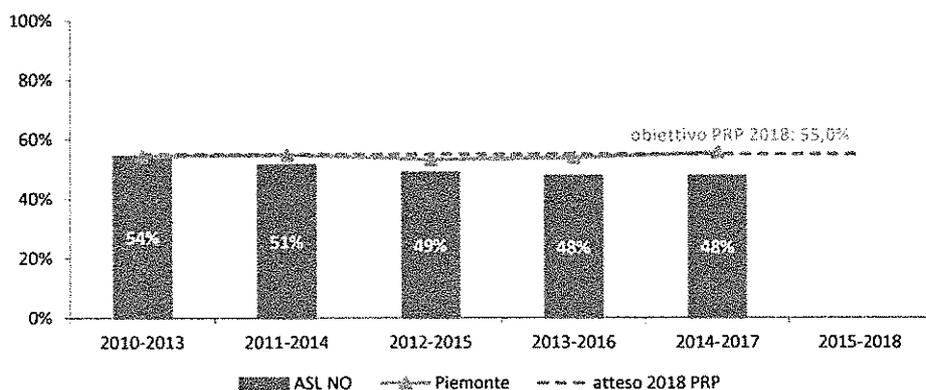


## Consumo di frutta e verdura Andamento temporale

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



### Consumo di almeno 3 porzioni giornaliere di frutta e/o verdura (18-69 anni) - Trend pluriennale 2010-2017



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 circa 1 bambino su 4 è in eccesso ponderale (dato in miglioramento rispetto agli anni precedenti).

Gli adolescenti in eccesso ponderale sono di meno ma questa condizione aumenta 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. Tutte le scuole coinvolte nel 2016, nella sorveglianza "Okkio alla salute", hanno una mensa scolastica funzionante. L'84% delle scuole campionate ha partecipato ad iniziative di educazione nutrizionale e un buon numero (75%) distribuisce frutta o verdura o yogurt come spuntino nel corso della giornata.

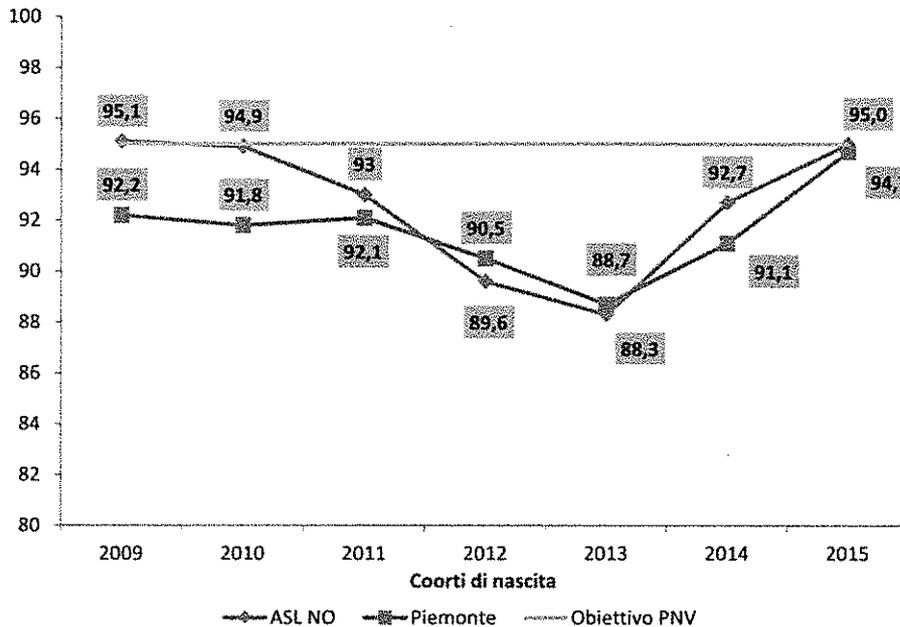


## Copertura vaccinale a 24 mesi Morbillo Parotite Rosolia (MPR)

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

### ASL NO e Regione Piemonte

Coorti di nascita 2009-2015



La copertura vaccinale per morbillo, parotite e rosolia nell'ASL NO risulta attualmente pari al **95%**, conforme quindi all'obiettivo previsto dal Piano Nazionale Vaccini.

L'entrata in vigore della **Legge 119 sull'obbligo vaccinale** ha consentito un ulteriore 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.

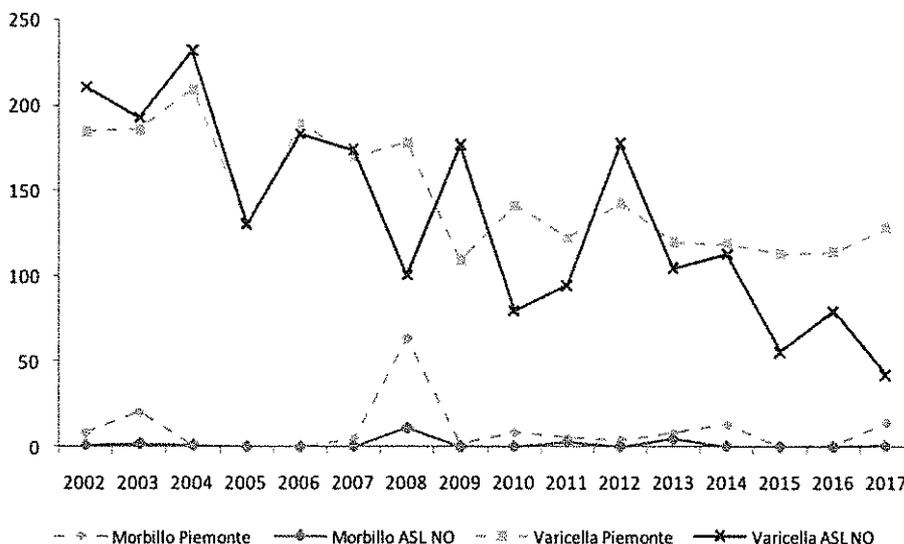
L'efficacia di elevati livelli di coperture vaccinali della popolazione è da sempre ampiamente dimostrata. Infatti, i casi di **morbillo** nell'ASL NO negli ultimi anni sono pochissimi: per ciascuno di essi è in atto un accurato protocollo di conferma diagnostica, rafforzato a seguito dell'aumento delle segnalazioni registrato in Regione nel corso del 2017 (631 nuovi casi). Nell'ASL NO pare in diminuzione anche il numero di casi di varicella, forse anche a seguito di una maggior copertura vaccinale delle fasce d'età a più elevato rischio.

## Casi notificati di Morbillo e Varicella

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

### ASL NO e Regione Piemonte

Trend 2010-2017



**MALATTIE INFETTIVE**

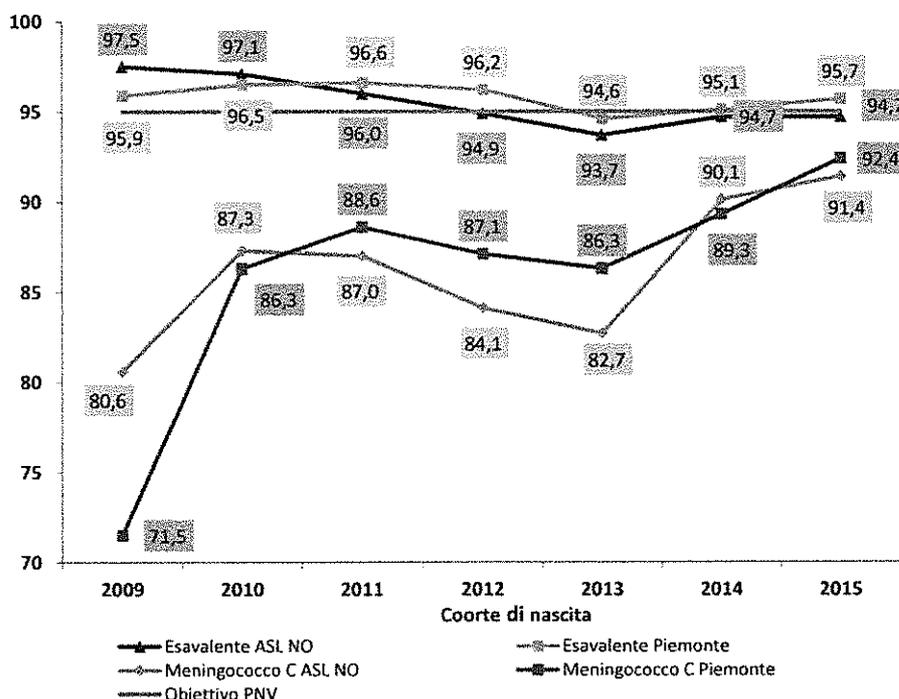
Aggiornamento dicembre 2018



# Coperture vaccinali pediatriche ASL NO e Regione Piemonte

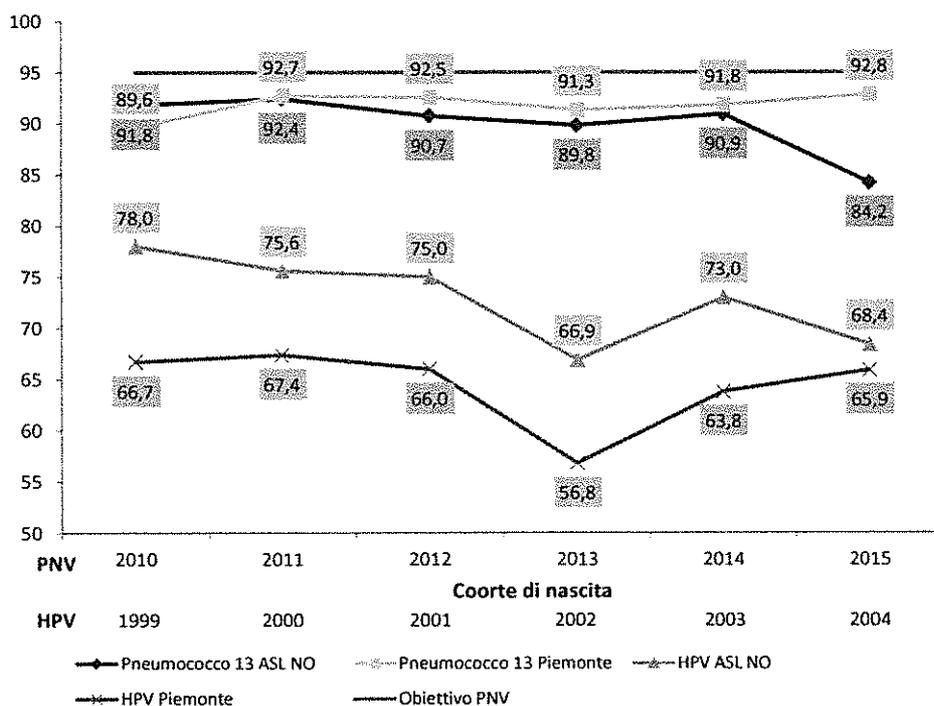
Fonte dati: ASL NO: SISP (SERVIZIO DI IGIENE E SANITÀ PUBBLICA)

## Copertura per vaccino esavalente e meningococco C Coorti di nascita 2009-2015



## Copertura per pneumococco 13 e vaccino anti-papilloma virus

Per Coorti di nascita



La copertura vaccinale per le vaccinazioni obbligatorie (Legge 119: difterite-tetano-pertosse-poliomielite-epatite B-*Haemophilus influenzae*) ha di nuovo raggiunto il livello previsto dal Piano Nazionale Vaccini, dopo qualche anno di calo.

Ciò per effetto delle misure correttive già messe in atto negli anni scorsi, quali l'ampliamento dell'offerta di sedute vaccinali, l'attivazione di sistemi di "recall" tramite SMS, la "pulizia" delle liste dei residenti e la chiamata attiva delle persone assenti alla seduta vaccinale programmata; a queste misure interne si sono sommati gli effetti dell'emanazione della Legge sull'obbligo vaccinale. L'effetto positivo si è registrato anche per il vaccino antimeningococco C, che, pur non incluso nell'obbligo vaccinale, viene offerto attivamente insieme alle vaccinazioni dell'obbligo.

Registra invece un calo la vaccinazione antipneumococcica, le cui coperture risultano inferiori alla media regionale.

L'ASL NO mostra anche per la coorte 2004 una migliore adesione alla vaccinazione anti-papilloma virus nelle ragazze dodicenni, sempre superiore alla media regionale.

Con il nuovo Piano Nazionale Vaccini sarà attivata anche l'offerta del vaccino anti-papilloma virus ai maschi dodicenni (coorte 2006), utilizzando il vaccino a 9 ceppi di recente sviluppo.



# Influenza

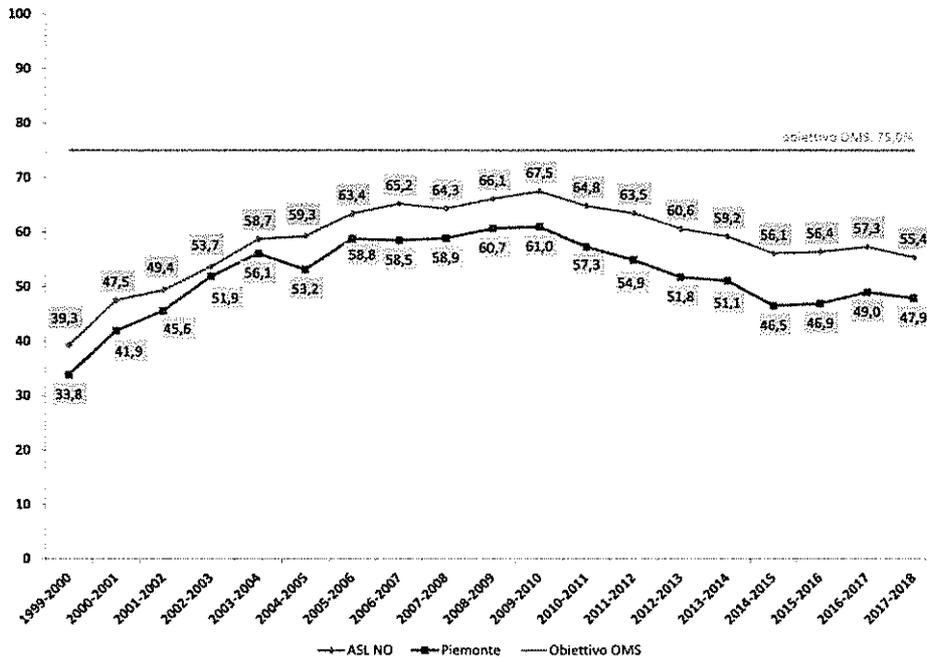
## ASL NO e Regione Piemonte

FORNITORI DATI: ASL NO: SISP (SERVIZIO IGIENE E SANITÀ PUBBLICA); SEREMI ASL AL; PASSI 18-64 anni

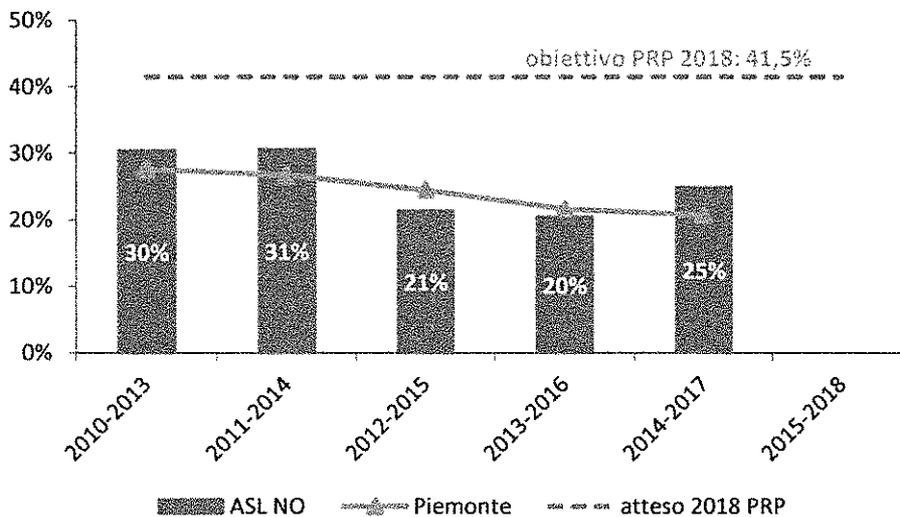
### Copertura vaccinale antinfluenzale

#### Andamento temporale

##### • 65 anni e più



##### • 18-64 anni con una patologia cronica



Le coperture vaccinali antiinfluenzale dei soggetti con 65 anni e più nell'ASL NO si sono mantenute sempre su valori superiori a quelli medi regionali: nella stagione 2017-2018 (rispettivamente 55% vs 48%), valori, tuttavia, sempre lontani da quello ritenuto ottimale dall'OMS (75%).

In Piemonte le vaccinazioni agli ultrasessantacinquenni vengono eseguite per la gran parte dai Medici di Medicina Generale. Il SISP verifica le coperture ed eroga le vaccinazioni per pazienti non residenti o con patologie particolari.

Il sistema di sorveglianza dell'influenza in Piemonte, nel 2017-2018, ha registrato il massimo di casi tra la quarta e l'ottava settimana del 2018, e ha confermato una minor incidenza di casi tra gli anziani, principale oggetto della campagna di vaccinazione.

La sorveglianza attuata nell'ASL NO, attraverso i "medici sentinella", ha registrato un andamento analogo a quello regionale.

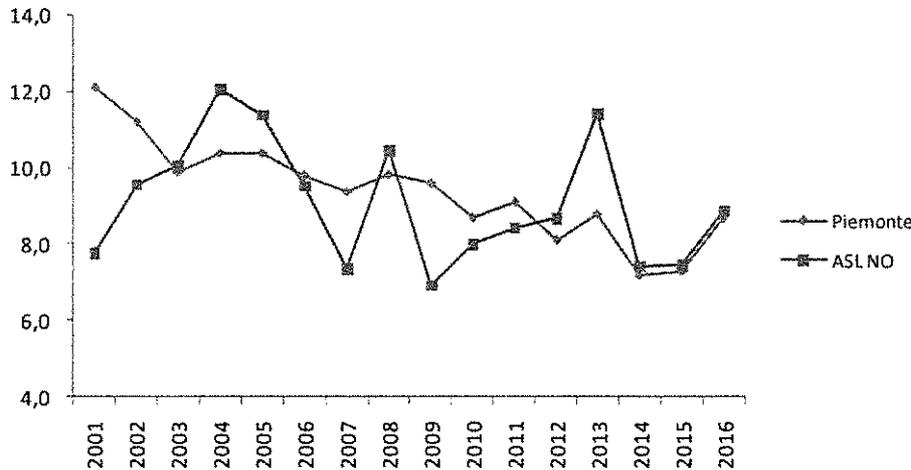
Tra le persone con meno di 65 anni la vaccinazione antiinfluenzale è consigliata a persone con patologie croniche (es diabetici, persone con malattie respiratorie, cardiopatici). Si stima che solo 1 su 4 di queste persone sia stata vaccinata, dato in aumento rispetto alla stagione precedente, anche se ancora non in linea col valore atteso dal Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018 (41,5%).



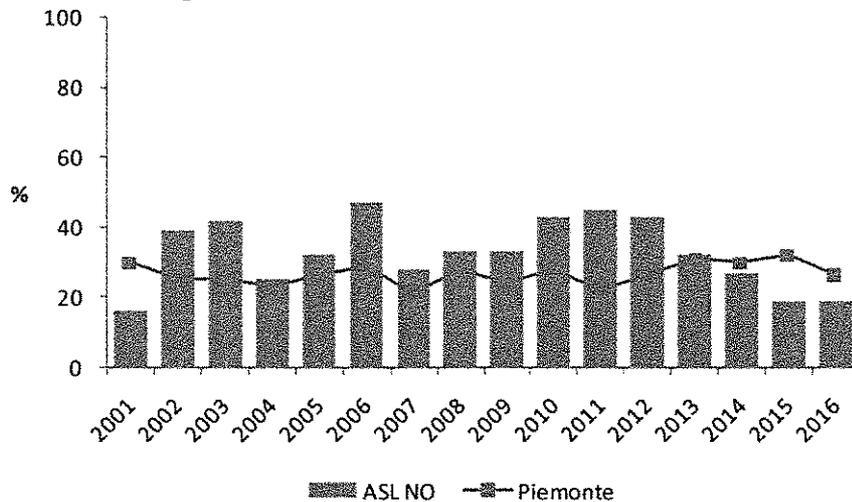
# Tubercolosi

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

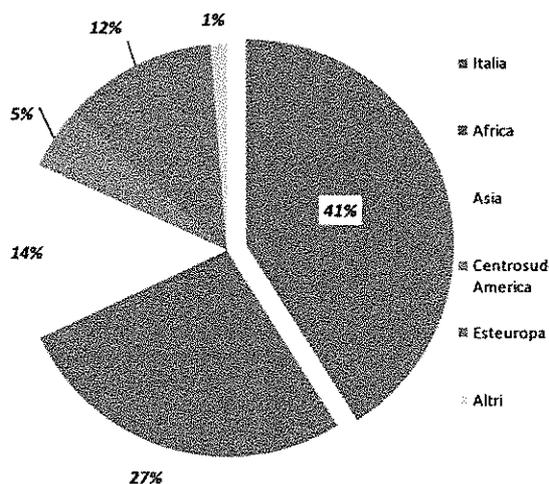
## Incidenza casi di TB - ASL NO e Regione Piemonte Trend 2001-2016 Casi per 100.000 abitanti



## Sede anatomica della malattia tubercolare ASL NO e Regione Piemonte - Periodo 2001-2016



## Distribuzione della malattia tubercolare per origine del paziente ASL NO Periodo 2009-2016



La Tubercolosi (TB) ancora oggi rappresenta una patologia di forte impatto mediatico, sia in relazione agli aspetti sociali (povertà, inadeguate condizioni abitative, ecc.) che in relazione agli aspetti sanitari, legati alla diffusione della resistenza ai farmaci (dal 12 al 20% dei casi, con un 3% di multiresistenza e una maggiore quota di resistenze in caso di recidiva) e alla coinfezione con HIV (circa 3,5% dei casi notificati in Piemonte nel 2014).

Nella nostra ASL negli ultimi 15 anni si è registrata una tendenza generale al calo dell'incidenza della TB, confermata anche dai dati regionali.

Negli ultimi anni in Piemonte circa tre quarti dei casi di TB sono polmonari. Nell'ASL NO questa percentuale è scesa negli ultimi anni. Nell'ASL NO quasi 6 casi di TB su 10 si manifestano in soggetti stranieri: un quarto degli ammalati sono originari dell'Africa, e poco più del 10% dall'Europa Orientale.

Nell'ASL NO è attivo il Protocollo per la Prevenzione e il Controllo della TB (secondo la D.G.R. 31-27361 del 1999), che, nella gestione dei contatti e per i controlli specialistici, coinvolge il Dipartimento di Prevenzione, i presidi Ospedalieri di Novara e Borgomanero, e gli Ambulatori Specialistici territoriali.

La sorveglianza della TB viene effettuata anche sui migranti in arrivo nel territorio piemontese; a partire dal 2017, la radiografia d'ingresso viene eseguita presso il Centro CRI di Settimo Torinese.



## Scabbia ASL NO e Regione Piemonte

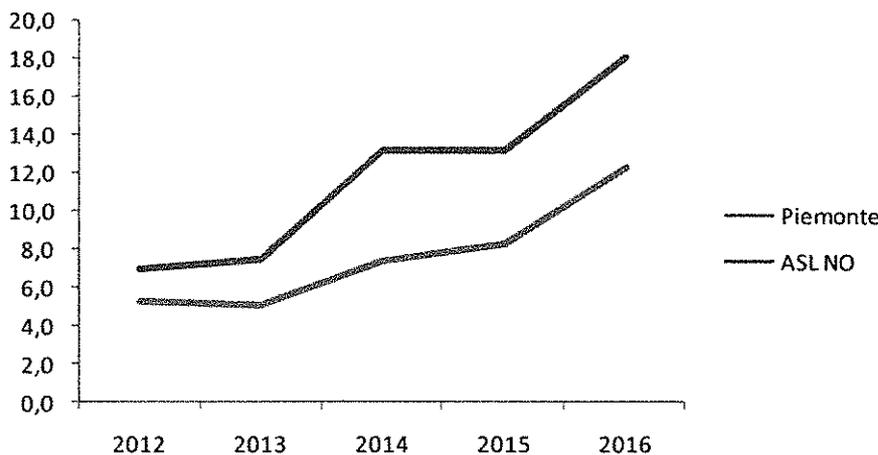
FONTE DATI: ASL NO: SISP (SERVIZIO IGIENE E SANITÀ PUBBLICA)  
REGIONE: SeREMI ASL AL

### Come si evolve la scabbia:

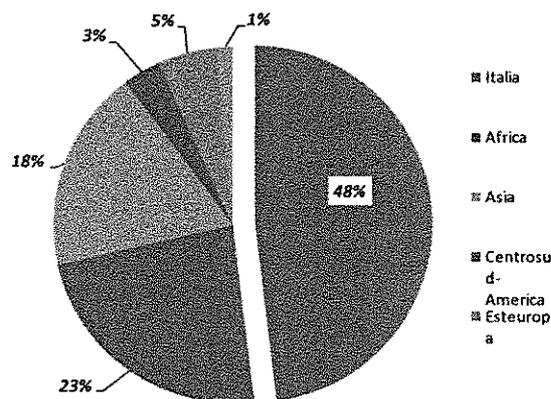


MEDICINA360.COM

### Incidenza casi di scabbia - ASL NO e Regione Piemonte Trend 2012-2016 - Casi per 100.000 abitanti



### Distribuzione delle segnalazioni di scabbia per origine del paziente - ASL NO Periodo 2012-2016



La scabbia, nonostante sia una patologia molto antica, e l'agente causale sia noto da secoli, rappresenta ancora una malattia di forte impatto mediatico, perché collegata storicamente alle classi sociali più disagiate; in realtà, nel modo moderno l'associazione tra malattia e condizioni socio-economiche è molto più debole.

La malattia resta asintomatica per parecchie settimane dopo il contagio e, anche dopo essere stata curata, può ripresentarsi nello stesso individuo; può colpire qualsiasi fascia di età, e si sviluppa più facilmente in ambienti di elevata promiscuità.

Nella nostra ASL, così come in Piemonte, negli ultimi anni si è registrata una tendenza generale all'incremento del numero di casi di scabbia: questo incremento è avvenuto in quasi tutto il mondo.

Nell'ASL NO quasi la metà dei casi di scabbia si manifesta in cittadini italiani; un quarto degli ammalati è originario dell'Africa, mentre quasi 1 su 5 è asiatico.

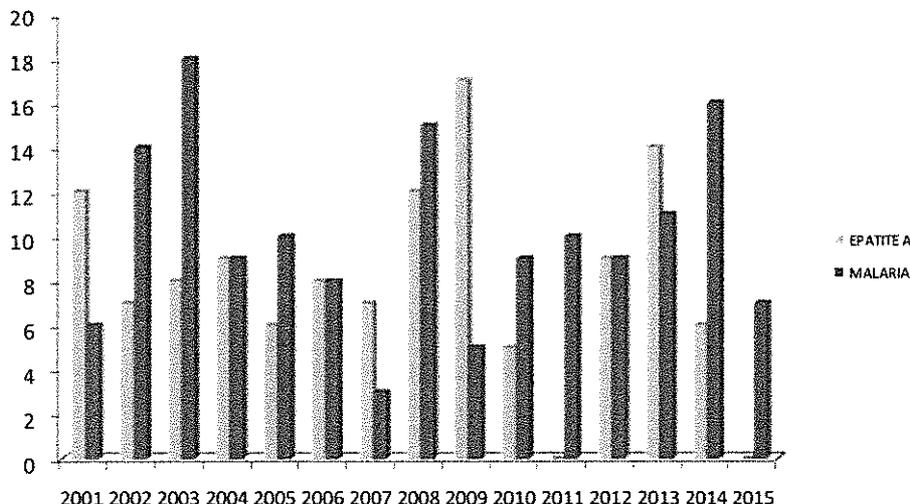
Il protocollo di intervento prevede la ricerca attiva dei contatti che vengono inviati a visita dermatologica per la ricerca di eventuali casi secondari e il controllo dermatologico dei malati a fine terapia.

La sorveglianza della scabbia viene effettuata anche sui migranti in arrivo nel territorio piemontese; nel corso delle prime visite, in caso di sintomi o lesioni suggestive di scabbia, viene eseguita la visita dermatologica.

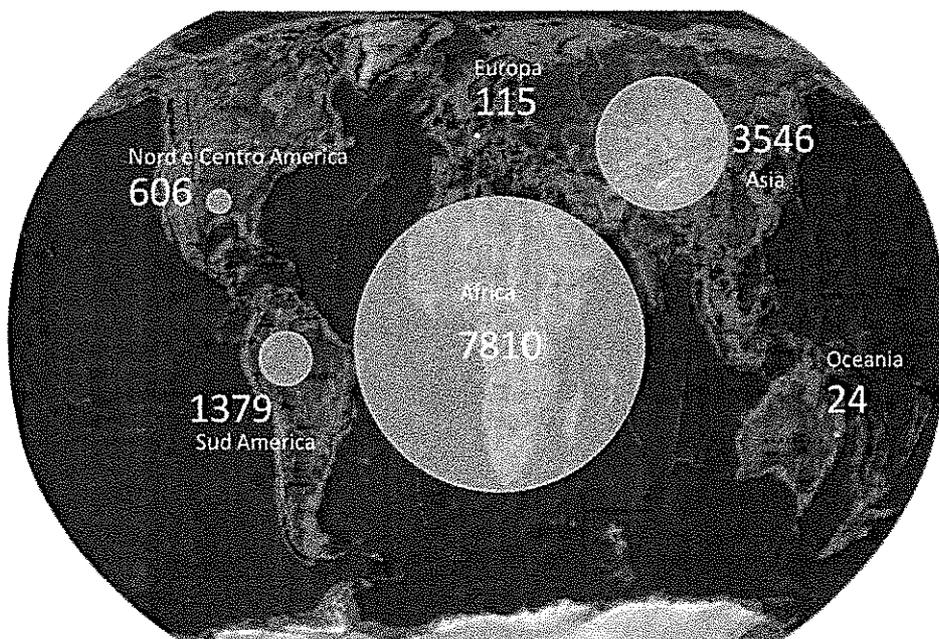
## Profilassi dei viaggiatori internazionali

FONTE DATI: ASL NO: SISP (SERVIZIO IGIENE E SANITÀ PUBBLICA)  
SISTEMA INFORMATIZZATO REGIONALE DI REGISTRAZIONE DEI VIAGGIATORI

### Notifiche di casi di Epatite A e di Malaria nell'ASL NO Periodo 2001-2015



### Continente di destinazione dei viaggiatori registrati presso l'Ambulatorio di Profilassi del Viaggiatore Internazionale dell'ASL NO Periodo 2001-2015



**Malaria ed Epatite A** sono le **malattie** contratte più di frequente durante **viaggi all'estero**.

Dal **2001** al **2015** sono risultati "di importazione" tutti i **150** casi di malaria notificati e solo una quota ridotta dei **100** casi di epatite A.

Per la prevenzione di queste e delle altre malattie diffuse nel mondo è attivo presso l'ASL l'**Ambulatorio di Profilassi del Viaggiatore Internazionale**, autorizzato dal Ministero alla somministrazione del vaccino anti-febbre gialla. Dal 2007 l'ambulatorio utilizza un **data-base informatizzato regionale** dei viaggiatori, messo a disposizione della **rete piemontese** degli ambulatori internazionali.

Tra il 2001 e il 2015 quasi **14.000** persone hanno utilizzato l'ambulatorio per ricevere consigli su come tutelare la propria salute, sottoporsi alle vaccinazioni o ricevere indicazioni per la profilassi antimalarica.

Oltre la metà degli accessi all'Ambulatorio viene effettuato in previsione di un viaggio verso l'**Africa**, anche a causa dell'**obbligo di vaccinazione anti-febbre gialla** per l'accesso ad alcuni Paesi africani.

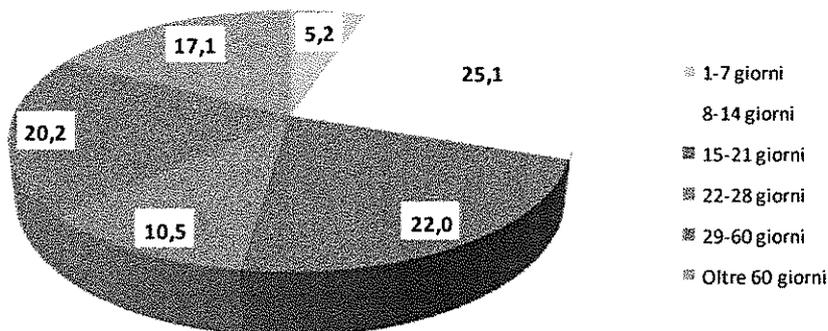
L'Ambulatorio ha vaccinato anche **128 "Viaggiatori abituali"** (piloti d'aereo, assistenti di volo, ecc.).

L'accesso all'ambulatorio avviene mediante prenotazione telefonica al numero **0321-374304-374705**.

# Ambulatorio di Profilassi del Viaggiatore Internazionale ASL NO - Caratteristiche viaggi

Fonte dati: ASL NO: SISP (SERVIZIO IGIENE E SANITÀ PUBBLICA)  
SISTEMA INFORMATIZZATO REGIONALE DI REGISTRAZIONE DEI VIAGGIATORI

## Distribuzione viaggiatori per durata del viaggio Periodo 2007-2015



## Paesi di destinazione dei viaggiatori Confronto anni 2001-2007 e 2008-2015

2001-2007 (%) su 5.760 viaggi		2008-2015 (%) su 7.848 viaggi		Diff. 2008-2015 vs. 2001-2007
1. Kenya	11,5	1. India	8,2	+ 0,6
2. Tanzania	11,2	2. Nigeria	7,1	+ 3,6
3. India	7,6	3. Senegal	6,2	+ 0,7
4. Senegal	5,5	4. Tanzania	4,8	- 6,4
5. Brasile	4,9	5. Ghana	4,5	+ 1,5
6. Nigeria	3,5	6. Kenya	4,5	- 7,0
7. Ghana	3,0	7. Marocco	4,1	+ 2,3
8. Costa d'Avorio	2,9	8. Brasile	3,8	- 1,1
9. Perù	2,8	9. Costa d'Avorio	3,7	+ 0,8
10. Cina	2,4	10. Thailandia	3,3	+ 1,1
11. Madagascar	2,4	11. Arabia Saudita	2,7	+ 0,5
12. Thailandia	2,2	12. Perù	2,5	- 0,3
13. Arabia Saudita	2,2	13. Madagascar	2,4	0
14. Messico	2,2	14. Etiopia	2,1	+ 0,7
15. Sud Africa	1,8	15. Bangladesh	1,7	+ 1,6
16. Marocco	1,8	16. Cina	1,5	- 0,9
17. Egitto	1,4	17. Sri Lanka	1,4	+ 0,2
18. Mali	1,4	18. Sud Africa	1,4	- 0,4
19. Etiopia	1,4	19. Ecuador	1,3	+ 0,5
20. Sri Lanka	1,2	20. Indonesia	1,3	+ 0,4

Quasi la metà delle persone che si sono rivolte all'Ambulatorio del Viaggiatore Internazionale hanno intrapreso un viaggio di durata compresa tra una e tre settimane, mentre oltre un terzo hanno effettuato un viaggio di durata superiore a quattro settimane.

Dal 2007 al 2015 aumentano i viaggi di durata superiore a 60 giorni (dall'11% nel 2007 al 23% nel 2015): questo tipo di viaggio è effettuato in grande maggioranza da stranieri. Forse per il migliorato tenore di vita degli stranieri residenti nel nostro Paese, sono quindi in aumento le destinazioni di questa popolazione: Nigeria, Marocco, Bangladesh, Ghana, Costa d'Avorio, Ecuador.

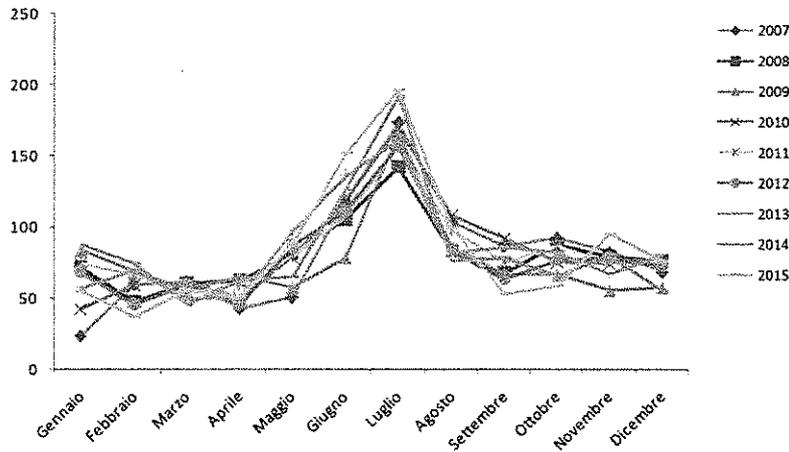
La scelta della destinazione dipende da fattori socio-economici ma anche da "moda" e dalla situazione politica locale (inizio o fine di guerre o catastrofi, mutamento nei rapporti con l'occidente). Rispetto periodo 2001-2007, dal 2008 al 2015, ad esempio, sono aumentati di 27 volte i viaggi in Bangladesh, e aumentati di oltre cinque volte quelli in Pakistan, Afghanistan e Ruanda, mentre sono dimezzati quasi in Tanzania e Kenya, e quasi azzerati quelli in Eritrea.

Le mete principali delle persone che accedono all'ambulatorio sono diventate India, Nigeria e Senegal; aumenti significativi anche per Thailandia, Malaysia e Colombia; in calo invece gli accessi per Messico, Brasile, Cina e Mali.

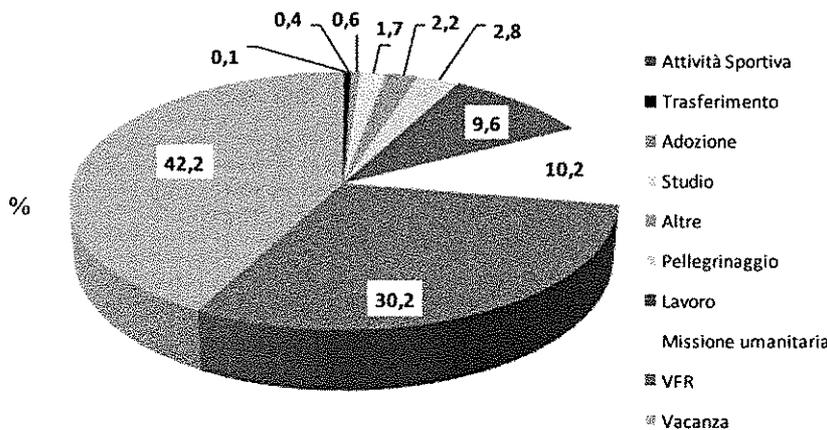
# Ambulatorio di Profilassi del Viaggiatore Internazionale ASL NO - Attività 2007-2015

Fonte dati: ASL NO: SISP (SERVIZIO IGIENE E SANITÀ PUBBLICA)  
SISTEMA INFORMATIZZATO REGIONALE DI REGISTRAZIONE DEI VIAGGIATORI

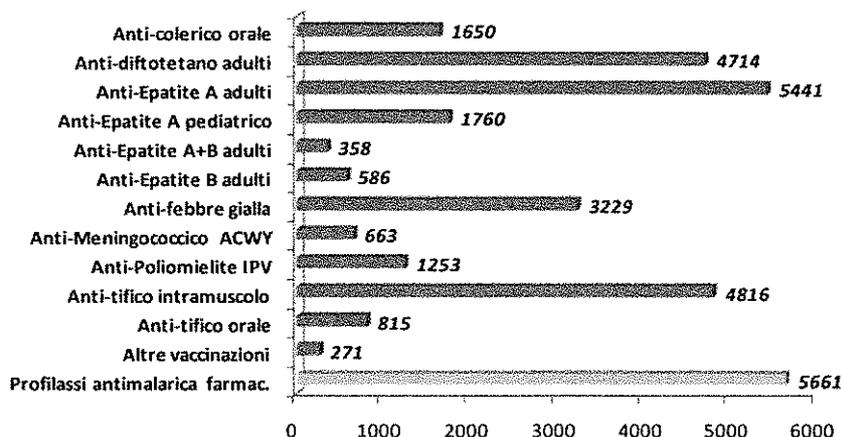
## Numero di accessi mensili



## Motivazione dei viaggi



## Vaccinazioni eseguite e profilassi antimalarica



Quasi il 40% degli accessi all'ambulatorio avviene in giugno, luglio e agosto. Tra i viaggiatori internazionali i minori di 14 anni sono il 19%, più che nella popolazione dell'ASL NO (13%).

Dal 2007 al 2015 meno della metà dei viaggi viene effettuata a scopo turistico, quasi un terzo invece per la visita di parenti residenti all'estero (VFR). La percentuale di VFR è salita dal 21% del 2007 al 44% del 2015. Lavoro e missioni umanitarie giustificano complessivamente 2 viaggi su dieci; molto meno frequenti le altre motivazioni tra le quali il pellegrinaggio a La Mecca per il quale sono obbligatorie le vaccinazioni contro la poliomielite e la meningite meningococcica (236 persone servite tra il 2007 e il 2015).

Dal 2007 al 2015 sono stati somministrati oltre 25000 vaccini, principalmente anti-epatite A, anti-tifico e anti-febbre gialla. Molto numerose anche le vaccinazioni contro tetano e difterite, per la cui somministrazione il viaggio è considerato "occasione opportuna".

L'adozione di misure comportamentali viene consigliata alle persone che si recano in aree con rischio di malaria; in base alla destinazione e alle caratteristiche del viaggio, tra il 2007 ed il 2015 a quasi 5700 persone è stata consigliata anche la profilassi antimalarica farmacologica.

L'accesso all'Ambulatorio avviene su prenotazione alla Segreteria del Servizio di Igiene Sanità Pubblica.

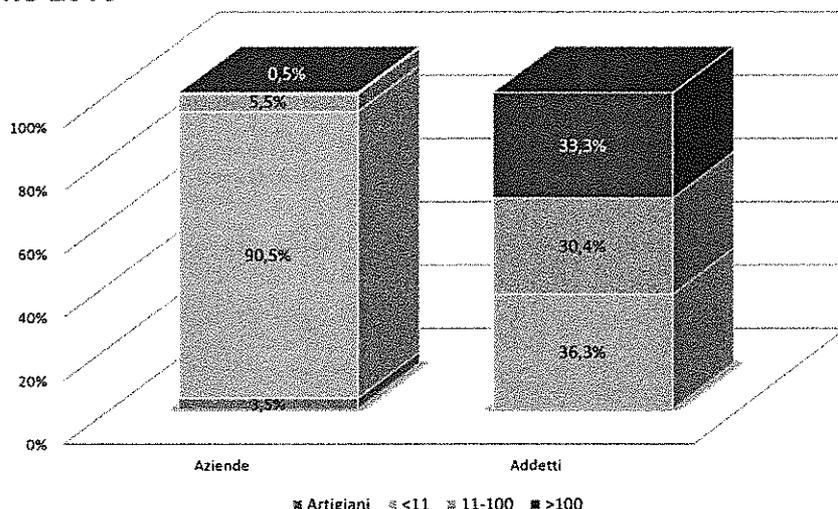
## Struttura produttiva - Territorio ASL NO

### Settore industria e artigianato

Fonte DATI: Flussi INAIL-REGIONI (Aggiornamento 2018)

### Aziende e addetti per dimensione aziendale

Anno 2016



Nel 2016 nel territorio dell'ASL NO le aziende assicurate all'INAIL sono risultate 21.678 (il 7,3% delle aziende del Piemonte).

La struttura produttiva del territorio novarese è composta soprattutto da aziende di piccole o piccolissime dimensioni (il 90,5% ha meno di 11 addetti).

Gli addetti stimati da INAIL attraverso la massa salariale sono stati 98.897 (il 7,7% degli addetti del Piemonte). Nell'ASL NO la maggior parte di essi (63,7%) è impiegata in aziende di medie e grandi dimensioni (più di 10 addetti).

### Ditte e addetti suddivisi per comparto

Anno 2016

Comparti	Ditte		Addetti	
	n	%	n	%
Agrindustria e pesca	275	1,3	360	0,4
Estrazioni minerali	14	0,1	94	0,1
Industria Alimentare	323	1,5	2.771	2,8
Industria Tessile	548	2,5	3.904	3,9
Industria Conciaria	10	0,0	54	0,1
Industria Legno	299	1,4	619	0,6
Industria Carta	178	0,8	768	0,8
Industria Chimica e Petrolio	191	0,9	5.059	5,1
Industria Gomma	48	0,2	447	0,5
Ind.Trasf. non Metalliferi	90	0,4	327	0,3
Industria Metalli	29	0,1	436	0,4
Metalmeccanica	1.856	8,6	12.397	12,5
Industria Elettrica	205	0,9	1.461	1,5
Altre Industrie	392	1,8	1.133	1,1
Elettricità Gas Acqua	12	0,1	39	0,0
Costruzioni	4.920	22,7	9.433	9,5
Commercio	2.610	12,0	8.366	8,5
Trasporti	595	2,7	2.491	2,5
Sanità <sup>1</sup>	602	2,8	9.481	9,6
Servizi	8.481	39,1	39.258	39,7
<b>TOTALE</b>	<b>21.678</b>	<b>100</b>	<b>98.897</b>	<b>100</b>

Nonostante il calo degli ultimi anni il comparto con il maggior numero di addetti (oltre 35.000) continua ad essere quello dei Servizi. Con circa 10.000 addetti si trovano i comparti Metalmeccanica, Costruzioni, Sanità e Commercio.

Il territorio dell'ASL di Novara è caratterizzato dall'elevata presenza di stabilimenti a rischio di incidente rilevante sopra soglia, ai sensi del D. Lgs. 105/15. I 13 stabilimenti dell'ASL NO rappresentano il 32% delle aziende di questo tipo in Piemonte.

**SIGUREZZA SUL LAVORO**

Aggiornamento dicembre 2018



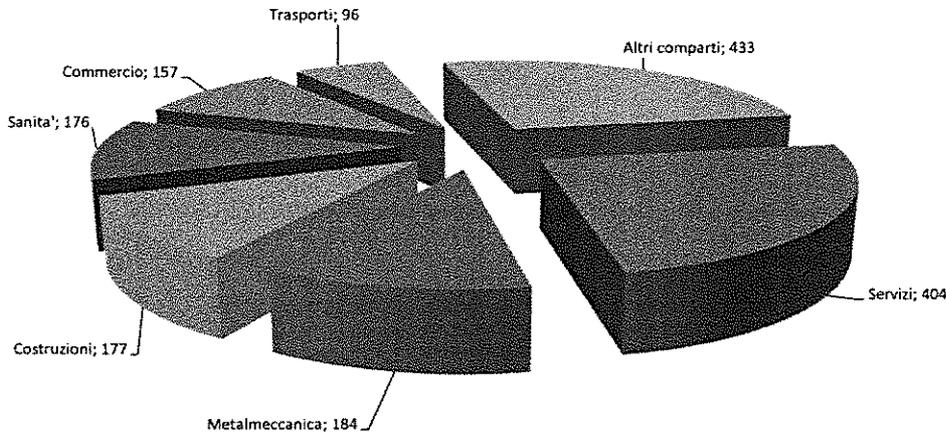
# Infortuni sul lavoro - Territorio ASL NO

## Settore industria e artigianato

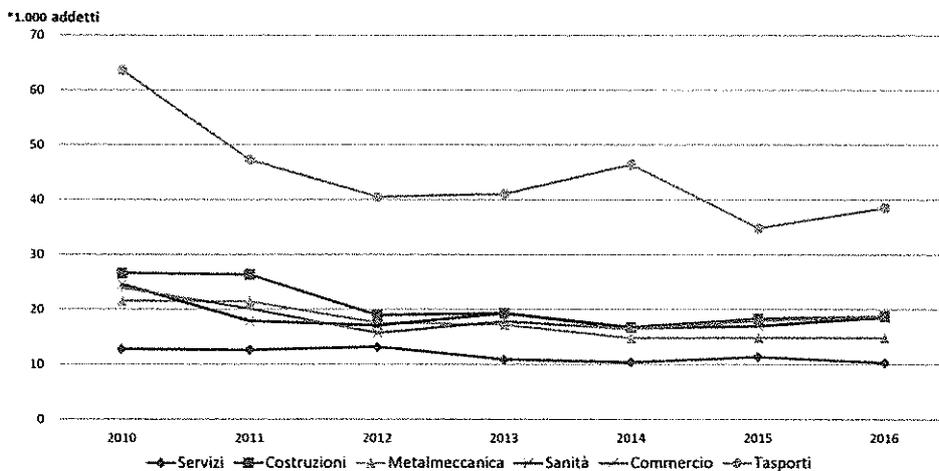
FONTE DATI: Flussi INAIL-REGIONI (Aggiornamento 2018)

### Infortuni in occasione di lavoro per comparto

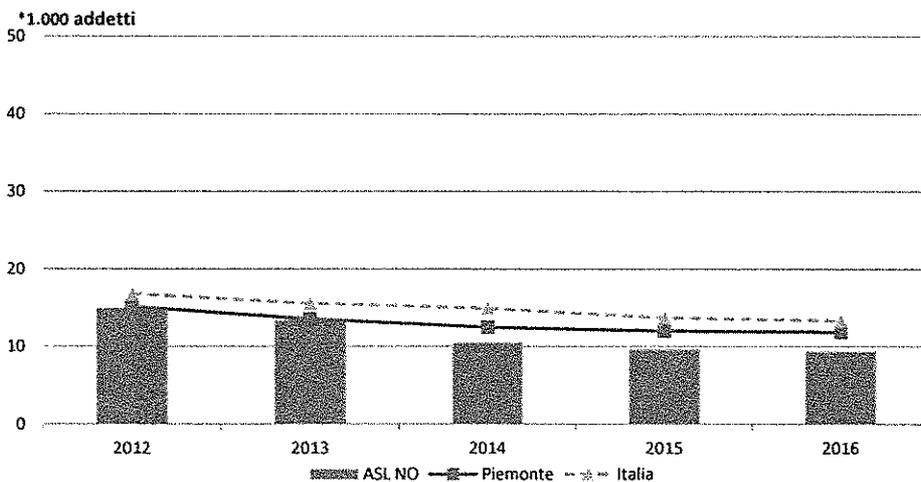
#### • Numero - Anno 2016



#### • Tasso grezzo - Trend 2010-2016



#### Tasso standardizzato Trend 2012-2016



Nel 2016 sono stati denunciati 3.369 infortuni, che confermano il trend in diminuzione degli ultimi anni (-2% rispetto al 2015).

Gli infortuni in occasione di lavoro definiti positivamente sono stati 1.627. Il comparto produttivo che ne registra il numero più alto è quello dei Servizi (404), seguito da Metalmeccanica (184) e Costruzioni (177).

Il comparto dei Trasporti risulta quello con il più alto rischio infortunistico, ossia con la proporzione più alta di infortuni rispetto al numero di lavoratori (38 ogni 1.000 lavoratori). Seguono a distanza (tra 10 e 20 infortuni ogni 1.000 lavoratori) i comparti Costruzioni, Sanità, Metalmeccanica e Commercio.

Per effettuare confronti che tengano conto del diverso rischio infortunistico di ogni comparto, si utilizzano tassi standardizzati sulla distribuzione per comparto della popolazione assicurata. Questo indicatore registra una progressiva diminuzione del fenomeno infortunistico e, per l'ASL NO, valori che dal 2009 risultano inferiori a quelli Nazionali e dal 2014 a quelli Regionali.

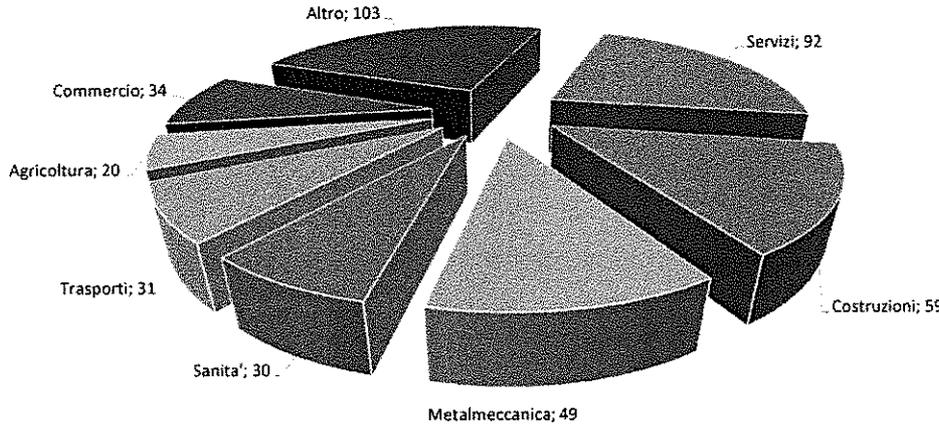


# Infortunati sul lavoro gravi -Territorio ASL NO

## Settore industria e artigianato

Fonte DATI: Flussi INAI-ISPELS-REGIONI (EPIWORK Aggiornamento 2018)

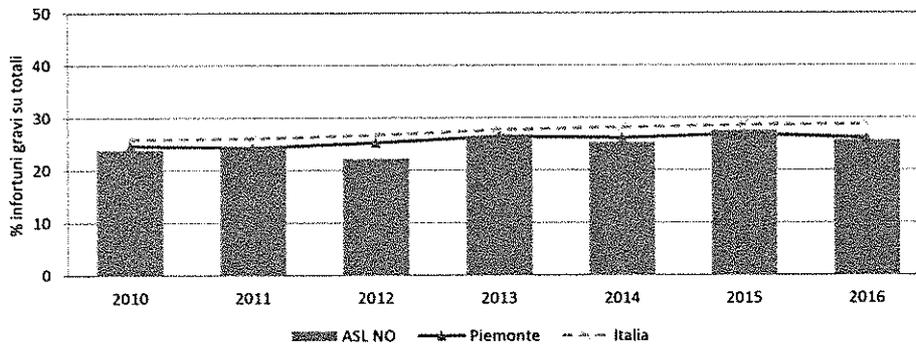
### Infortunati gravi per comparto - Numero Anno 2016



Nell'ASL NO nel 2016 gli infortuni gravi sono stati 418. In questa sede vengono definiti gravi gli infortuni mortali o che hanno provocato una invalidità permanente di qualunque grado.

Anche per gli infortuni gravi, i comparti maggiormente coinvolti in termini assoluti si confermano Servizi, Costruzioni e Metalmeccanica.

### Infortunati gravi Trend 2010-2016

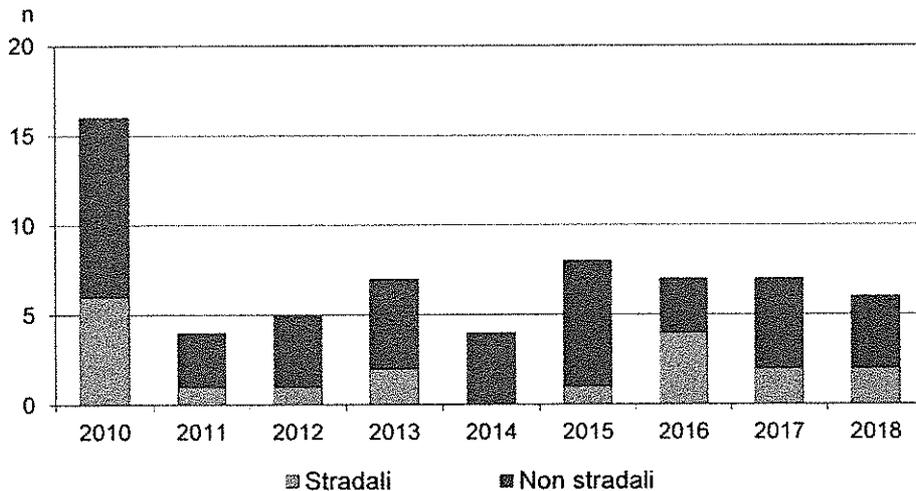


Nell'ASL NO, nel 2016 gli infortuni gravi risultano il 26% dei 1.627 infortuni definiti in occasione di lavoro.

Analogamente a quanto osservato dal 2010, questa quota risulta inferiore a quella registrata in ambito nazionale.

### Infortunati mortali (compresi quelli in itinere) Trend 2010-2016

Fonte DATI: SpreSAL e integrazioni INAIL



Nel territorio dell'ASL NO nel periodo 2010-2016, si sono verificati 51 infortuni mortali, di cui 15 stradali (sia in itinere che in occasione di lavoro).

Gli incidenti stradali degli ultimi anni potrebbero essere sotto-stimati, a causa della tempistica del sistema di registrazione dell'evento.

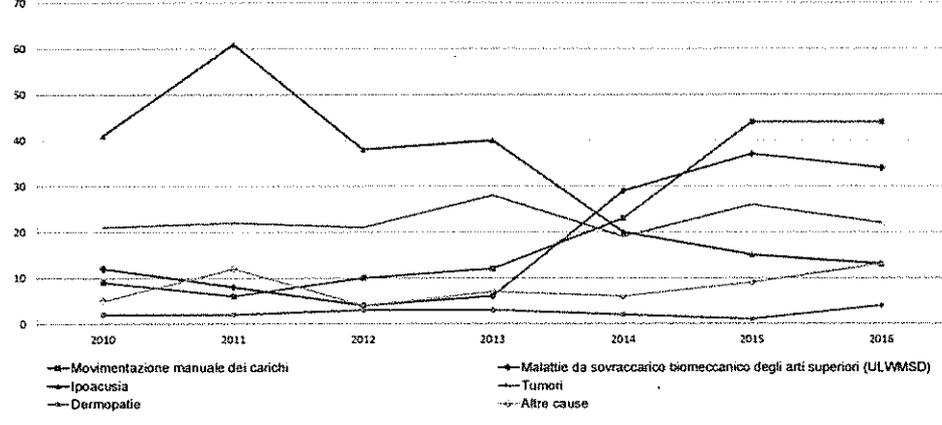


# Malattie professionali nell'ASL NO

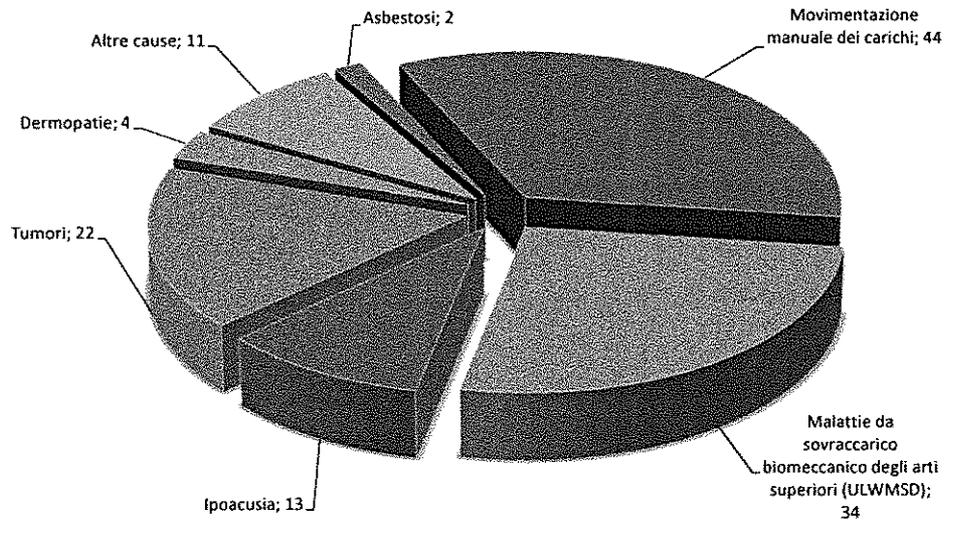
FONTE DATI: Relazione sull'Attività dei Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (Anno 2017)

## N. malattie professionali denunciate per tipologia

### • Trend 2010-2016



### • Anno 2016



Nel 2016 sono state denunciate al Servizio Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPreSAL) dell'ASL NO 130 malattie professionali.

Col passare degli anni acquistano sempre più rilevanza le patologie muscolo scheletriche (40% del totale di malattie denunciate nel 2016), che comprendono sia quelle a carico del rachide (da movimentazione manuale dei carichi) che quelle da sovraccarico biomeccanico degli arti superiori per movimenti ripetitivi (soprattutto patologie della spalla e sindrome del tunnel carpale).

Tra le patologie tumorali denunciate (22 nel 2016) la maggior parte (>90%) sono rappresentate da casi di mesotelioma della pleura e del peritoneo, attribuibili principalmente a pregresse esposizioni ad amianto.

# Incidenti stradali

Fonte dati: ACI-ISTAT

## Consistenza parco veicolare 2015



In Provincia di Novara circolano 234.000 autoveicoli (pari a 632 ogni 1.000 abitanti), valori pressoché uguali alla media regionale e alla media nazionale.

Gli autocarri sono circa 25.000 (68 ogni 1.000 abitanti) anche questo valore non diverso dalla media nazionale e regionale.



Il numero di motoveicoli, invece, è leggermente inferiore alla media regionale e nazionale, attestandosi su 100 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 "Quarto Programma d'azione europeo per la sicurezza stradale", ha l'obiettivo di ridurre la mortalità per incidente stradale del 50% tra il 2010 e il 2020.

Dal 2010 al 2014 la riduzione in Italia è stata del 17,8%, in Provincia di Novara dell'8,8%, in Regione Piemonte del 19%, valori ancora lontani dall'obiettivo prefissato

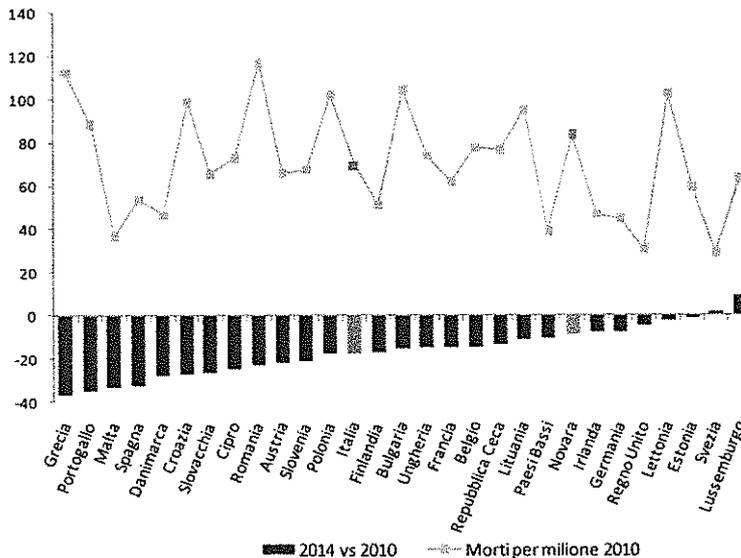
In alcuni Paesi Europei invece tale obiettivo sembra essere più vicino (es. Grecia, Portogallo); solo Lussemburgo e Svezia presentano un aumento dell'indicatore.

I Paesi che hanno segnalato la minor riduzione dei morti per incidente sono spesso quelli che hanno ottenuto migliori risultati nel precedente "Libro Bianco Europeo 2000-2010".

	2014	2014 vs 2010		
	Prov. Novara	Prov. Novara	Piemonte	Italia
Incidenti	1.012	-17%	-16%	-16%
Morti	31	-9%	-19%	-18%
Feriti	1.322	-23%	-18%	-17%

## Riduzione della mortalità per incidente stradale dal 2010 al 2014

Paesi UE e Provincia di Novara



Dal 2002 al 2015 il numero di autoveicoli in Provincia di Novara è cresciuto del 13%, circa il doppio del l'incremento della popolazione nello stesso periodo. Nel medesimo intervallo di tempo, il numero di motoveicoli è aumentato di oltre il 50%.

Nel 2014, in Provincia di Novara, si sono verificati 1.012 incidenti stradali, con 31 morti e 1.322 feriti.

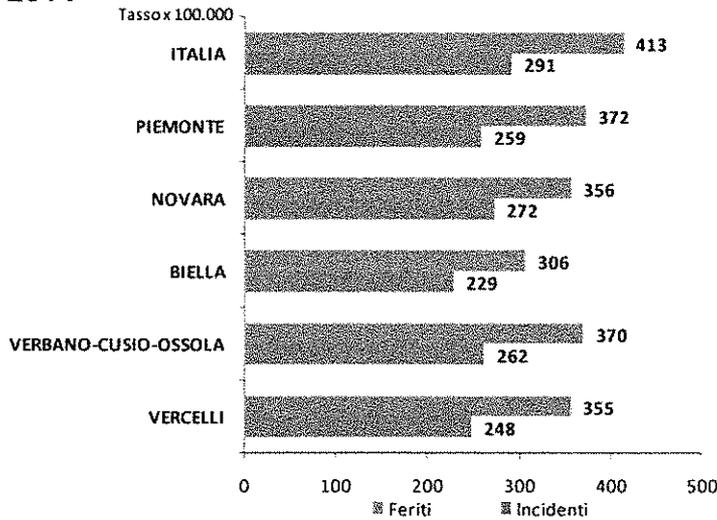
Tra il 2010 e il 2014 la Provincia di Novara registra una riduzione della mortalità per incidente inferiore al Piemonte e all'Italia, mentre la riduzione dei feriti è risultata superiore a quella di questi territori.

Ogni 100 incidenti registrati dalle Forze dell'Ordine in Provincia di Novara, dunque, si sono avuti 131 feriti (indice di lesività) e 3 morti (indice di mortalità); in Piemonte si registra un indice di lesività di 144 e un indice di mortalità di 2,3; a livello nazionale si registrano 142 feriti e 1,9 morti ogni 100 incidenti. La Provincia di Novara nel periodo 2010-2014 si caratterizza quindi per una importante riduzione del numero di feriti, cui non si è associata una paragonabile riduzione del numero di morti per incidente stradale.

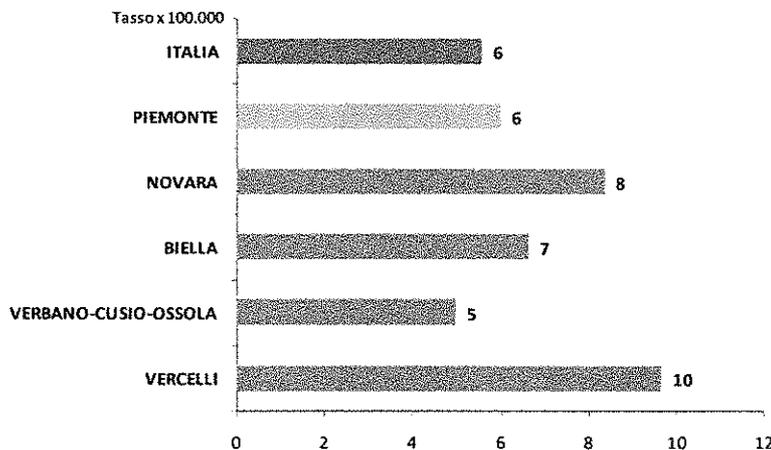
# Incidenti stradali per territorio

Fonte dati: ISTAT

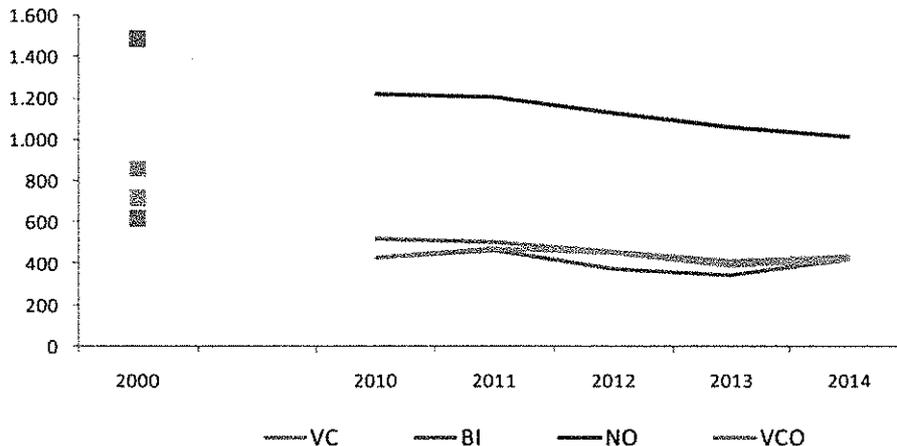
## Incidenti stradali e feriti Anno 2014



## Morti in incidenti stradali Anno 2014



## Trend temporale degli incidenti stradali Periodo 2000-2014



Nel territorio della Provincia di Novara nel 2014 si sono registrati **1012 incidenti**, pari a **272 incidenti ogni 100.000 abitanti**, e **1322 feriti (356 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; il numero di feriti, invece, risulta inferiore alla media nazionale, come del resto avviene in tutto il quadrante.

L'andamento degli incidenti stradali nelle Province del Quadrante Nord-Est del Piemonte mostra un significativo decremento tra il 2000 e il 2010; dal 2010 in poi la diminuzione degli incidenti è stata importante in Provincia di Novara e Vercelli (-17% e -16% rispettivamente), con riduzioni simili alla media regionale e nazionale; la riduzione è stata quasi nulla nelle altre due Province, dove invece nel decennio precedente era stata superiore.



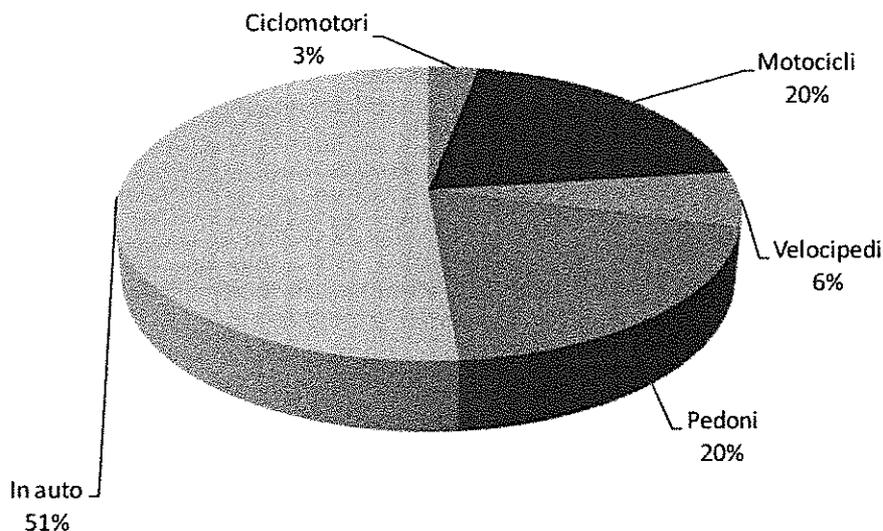
# Indice di mortalità e lesività Andamento settimanale ed orario Piemonte - Anno 2014

Fonte dati: ISTAT - Focus incidenti stradali Piemonte



## Decessi per incidenti stradali per categorie coinvolte Piemonte - Anno 2014

Fonte dati: ISTAT - Focus incidenti stradali Piemonte



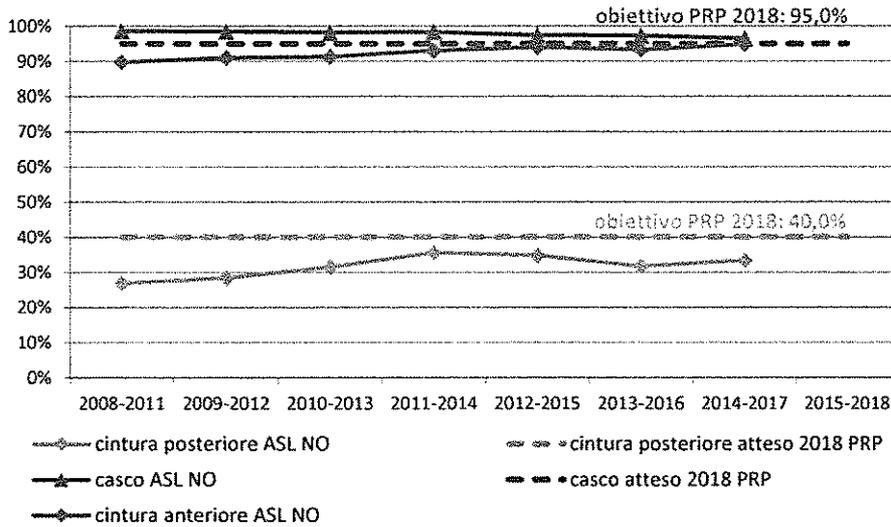
Incidenti stradali e feriti si distribuiscono in modo diverso durante la settimana e durante le ore del giorno. Il numero di morti e feriti sulle strade piemontesi, come in tutta l'Italia, tende ad aumentare nel fine settimana. La quota di incidenti mortali è massima vicino all'alba, quando la concentrazione alla guida viene ritenuta minima, mentre nel resto della notte la mortalità per incidente resta inferiore a quella diurna, che invece tende ad aumentare nelle ore pomeridiane. Il maggior numero di feriti si registra invece nelle prime ore della notte, ed è minimo nelle ore della mattina.

Nel 2014 in Piemonte si sono verificati 265 decessi per incidente stradale. Quasi la metà hanno coinvolto persone che viaggiavano in auto, un quarto gli utenti più "deboli" della strada (20% pedoni, 6% biciclette). Rispetto al 2010, sono aumentati i decessi a carico dei motociclisti (20% nel 2014) e dei pedoni, mentre sono diminuiti quelli a carico di persone in auto. 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. Il tipo di incidente più frequentemente mortale è lo scontro frontale tra vetture, o l'uscita di strada di un veicolo. La maggior percentuale di feriti si registra invece nello scontro frontale-laterale e nel tamponamento tra veicoli.

# Utilizzo dei dispositivi di sicurezza stradale

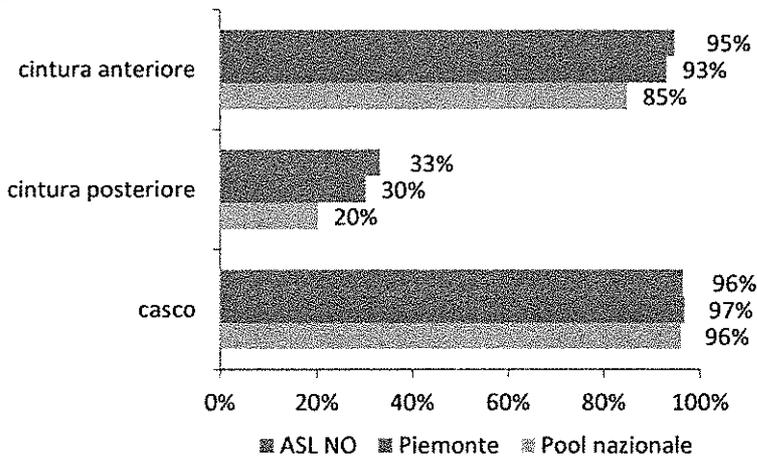
FONTE DATI: SEPI ASL NO - PASSI 2008-2017 (POPOLAZIONE 18-69 ANNI)

## Trend - ASL NO Periodo 2008-2017



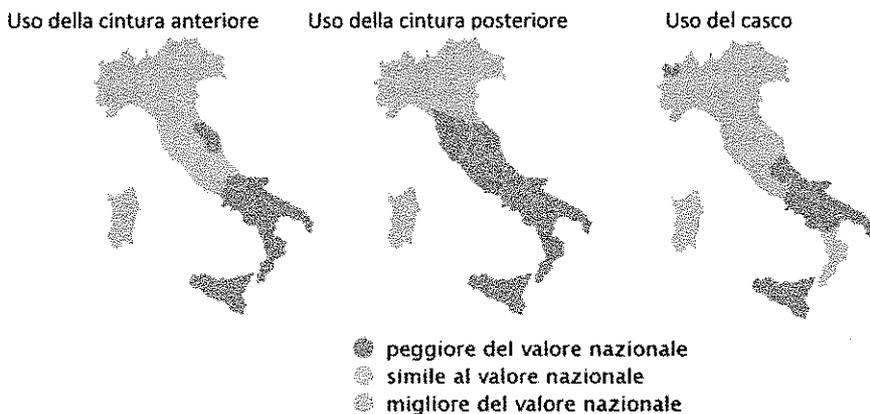
In Italia il codice della strada dispone l'obbligo dell'uso del casco per chi va in moto e delle cinture di sicurezza per chi viaggia in auto. È anche obbligatorio che i minori viaggino assicurati con seggiolini di sicurezza e adattatori per i più grandicelli. L'uso dei dispositivi di sicurezza stradale 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 2014-2017



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 (33%) e non ha ancora raggiunto il valore atteso (40%) dal PRP per il 2018.

## Prevalenza Regioni Periodo 2014-2017



L'uso dei dispositivi di sicurezza stradale mostra in Italia un andamento generalmente decrescente da nord a sud.



## Alcol e guida

FONTE DATI: SEPI ASL NO - PASSI 2008-2017; MEDICINA LEGALE

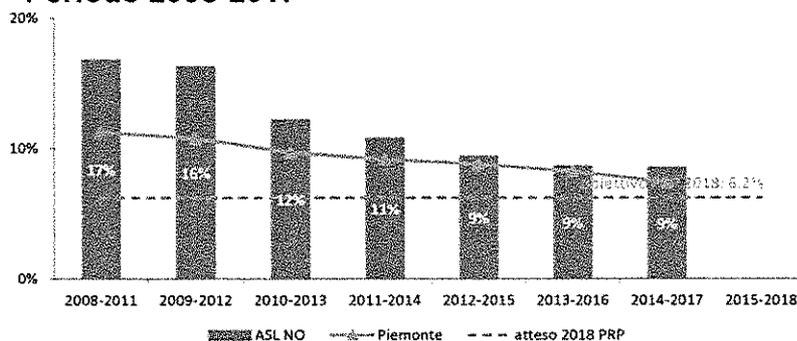
### Guida sotto l'effetto dell'alcol\*

\*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).

#### • Analisi per sottogruppi - ASL NO Periodo 2014-2017

	ASL NO	
	%	(IC al 95%)
<b>Totale</b> (popolazione 18-69 anni)	<b>8,5</b>	<b>6,5 - 11,1</b>
<b>Bevitori a maggior rischio</b>	<b>14,2</b>	<b>9,3 - 19,2</b>
prevalentemente fuori pasto	9,0	3,4 - 14,6
binge	15,5	8,5 - 22,6
con consumo abituale elevato	32,7	15,1 - 50,4

#### • Trend - ASL NO e Piemonte Periodo 2008-2017



#### Controlli delle Forze dell'Ordine - ASL NO Periodo 2014-2017

	ASL NO	
	%	(IC al 95%)
<b>Fermati</b> (popolazione che guida)	<b>33,4</b>	<b>30,4 - 36,5</b>
<b>Etilotest a fermati</b>	<b>15,5</b>	<b>11,4 - 19,6</b>
popolazione che guida	5,2	3,7 - 6,6
bevitori a maggior rischio	10,5	6,1 - 14,9

#### Attività Medicina Legale ASL NO Periodo 2015-2018 (\*fino al 31 ottobre)

	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	9,5	668	7,2	72	12,5	1199	8,3
2018*	337	13,8	570	5,9	47	0,0	954	8,3

\*fino al 31 ottobre 2018

Tra le persone non astemie, meno di 1 guidatore su 10 dichiara di aver guidato negli ultimi 30 giorni sotto l'effetto dell'alcol.

Questo comportamento a rischio risulta in diminuzione e la prosecuzione di questo andamento potrebbe consentire di raggiungere il valore atteso (6,2%) dal Piano Regionale di Prevenzione per il 2018.

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 di questo comportamento che risulta particolarmente diffuso (14%) tra le persone che assumono alcol con le modalità a maggior rischio. In particolare tra chi ha un consumo abituale elevato di alcol arrivano ad essere più di 3 su 10 quelli che dichiarano di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol negli ultimi 30 giorni.

PASSI stima che in un anno venga sottoposto ad etilotest il 5% dei guidatori e una quota maggiore (11%) di bevitori a maggior rischio.

A motivo di questi controlli più di 1.000 persone ogni anno accedono al Servizio di Medicina Legale dell'ASL NO per accertare l'idoneità alla patente di guida, che nel 2018 è stata revisionata in circa il 14% dei casi, dato in aumento rispetto agli anni precedenti.

**INCIDENTI STRADALI**

Aggiornamento dicembre 2018

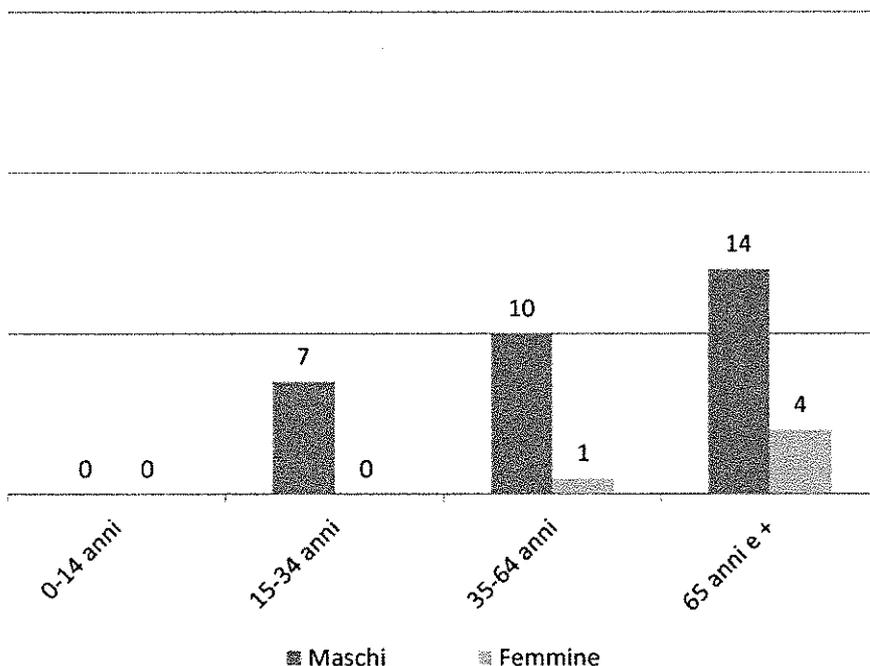


# Mortalità per incidenti da trasporto

FONTE DATI: MADESMART

## Decessi per classi di età e sesso

ASL NO  
Periodo 2014-2015

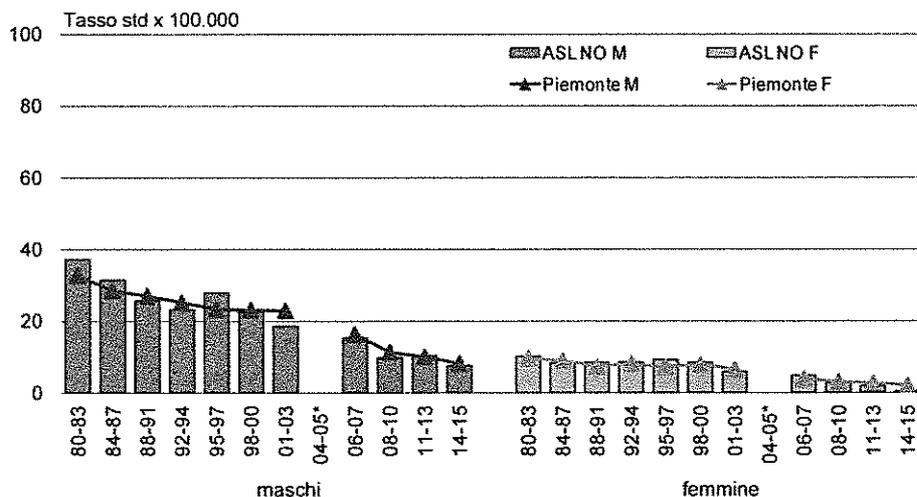


Nel biennio 2014-2015 per incidente stradale sono morti 31 uomini e 5 donne residenti nell'ASL NO.

La metà dei decessi (50%) ha riguardato giovani adulti tra i 15 ed i 64 anni e, nel biennio, gli anni di vita persi prima dei 75 anni sono risultati 655 per gli uomini e 32 per le donne.

Nel biennio 2014-2015 per gli incidenti stradali i residenti dell'ASL NO hanno dunque registrato una media annua di 18 decessi e 344 anni di vita persi prima dei 75, corrispondenti rispettivamente al 18% e al 27% della mortalità totale per traumatismi ed avvelenamenti.

## Trend ASL NO e Regione Piemonte Periodo 1980-2015



\*non disponibile

La diminuzione della mortalità per incidenti stradali è obiettivo europeo ripreso dai Piani della Prevenzione Nazionale e Regionale. 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

FONTE DATI: Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN) ASL NO  
Periodo: 2016-30 giugno 2017

### Fonti di approvvigionamento acqua potabile ASL NO

ex Distretti	Totali			Con presenza di antiparassitari*		
	Pozzi	Sorgenti	Acque superficiali	Pozzi (%)	Sorgenti (%)	Acque superficiali (%)
Area Nord	110	15	6	5 (5%)	1 (7%)	0
Area Sud	70	3 §	0	12 (17%)	0	0
Area Urbana	26	0	0	7 (27%)	0	0
ASL NO	206	18	6	24 (12%)	1 (12%)	0

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

§ le 3 sorgenti ubicate nel distretto di Area Sud approvvigionano l'acquedotto di Novara

La presenza di prodotti fitosanitari si riscontra in 25 (11%) delle 230 fonti di approvvigionamento idrico esistenti nell'ASL NO, con una situazione in miglioramento rispetto alle rilevazioni precedenti.

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

ex Distretti	Impianti di trattamento		
	Totale	per valori superiori ai limiti di legge	a scopo precauzionale
Area Nord	2	0	2
Area Sud	11	2	9
Area Urbana	6	1	5
ASL NO	19	3	16

Delle 25 fonti idriche interessate dalla presenza di antiparassitari, 3 pozzi (pari al 12%) registrano all'origine valori al di sopra dei limiti di legge, risultato anch'esso in miglioramento rispetto alle rilevazioni precedenti.

Per il loro utilizzo vengono adottati specifici interventi, rappresentati da impianti di trattamento con filtri a carboni attivi. Analoghi impianti sono stati messi in funzione a scopo precauzionale dai Gestori dei Servizi Idrici su ulteriori 16 pozzi per i quali i controlli evidenziavano concentrazioni di antiparassitari prossime ai limiti di legge.

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.

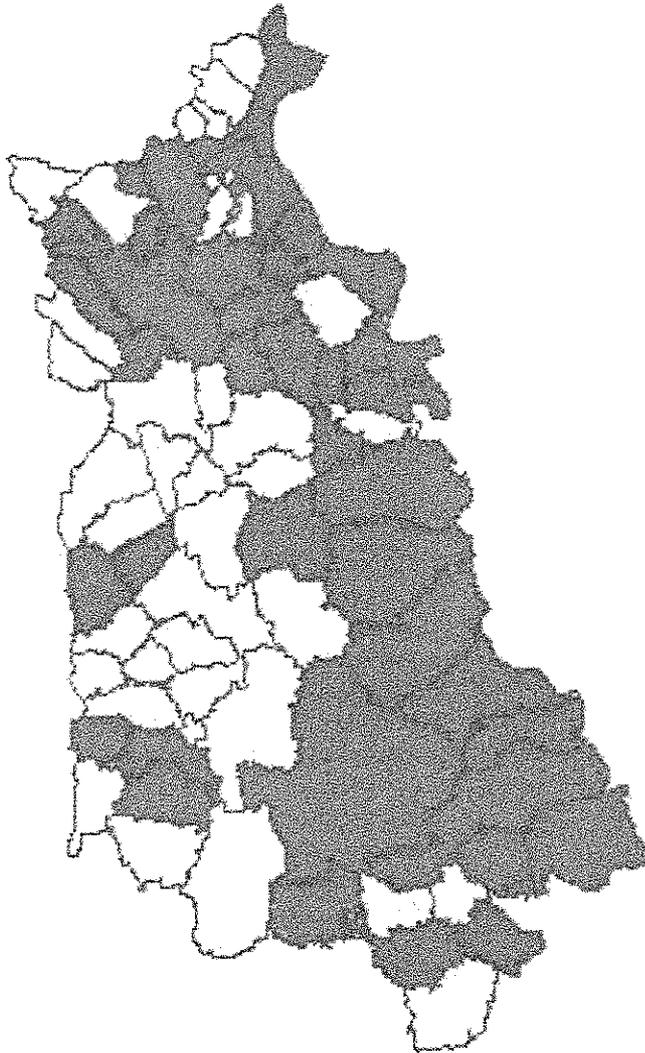
Il controllo delle acque potabili da parte del SIAN prevede almeno un campionamento annuale sull'impianto di approvvigionamento prima dell'eventuale trattamento e prelievi periodici sulla rete idrica.

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 2017



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 nell’ultimo triennio.

Il riscontro delle non conformità, di origine microbiologica, ha comportato la sospensione dell’erogazione dell’acqua fino alla risoluzione del problema.

Anno	Casette controllate	Campioni chimici	Campioni microbiologici	Campioni non conformi
2018	11	22	22	2
2017	18	36	36	1
2016	24	48	48	2

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 **41 “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 **sogetti 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.

**SICUREZZA ALIMENTARE**

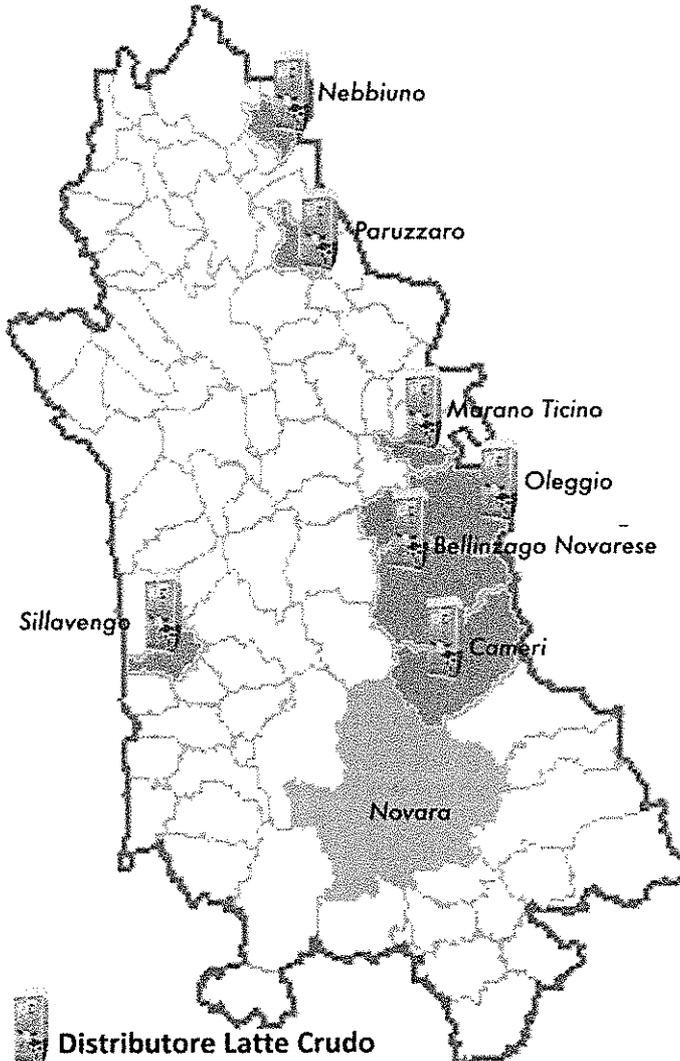
Aggiornamento dicembre 2018



## Distributori automatici di latte crudo

FONTE DATI: SIAV Area C ASL NO

### Comuni dell'ASL NO con distributori automatici di latte crudo Anno 2018



Prelevando il latte crudo sia dalla cisterna frigorifera aziendale sia direttamente dai 7 distributori automatici presenti sul territorio, durante l'anno 2017 il Servizio Veterinario ha effettuato 14 campionamenti microbiologici per la ricerca di germi potenzialmente patogeni, altri 14 per la ricerca di antibiotici e 7 per la ricerca di Aflatossina M1, oltre alla valutazione dei requisiti sanitari del latte e dell'eventuale presenza di batteri indicatori di scarsa igiene.

Per l'anno 2018 il Piano Ufficiale di Monitoraggio ha previsto 42 campionamenti, di cui 14 per la ricerca di germi patogeni, altri 14 per la ricerca di antibiotici, 7 per la ricerca di Aflatossina M1 ed altri 7 riguardanti la conformità dei parametri sanitari del latte crudo.

I risultati di questi campionamenti negli anni 2017-2018 hanno evidenziato 1 sola non conformità riferita all'anno 2017 per la presenza di Aflatossina M1.

Il riscontro di non conformità comporta la sospensione immediata della vendita del latte, fino alla risoluzione del problema.

I distributori automatici consentono la vendita diretta di latte crudo dal produttore al consumatore finale. Attualmente sul territorio dell'ASL di Novara sono presenti 7 distributori: 6 collocati nelle aziende agricole di produzione del latte ed 1 al di fuori.

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 e 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 muffe presenti nei mangimi.

**SICUREZZA ALIMENTARE**

Aggiornamento

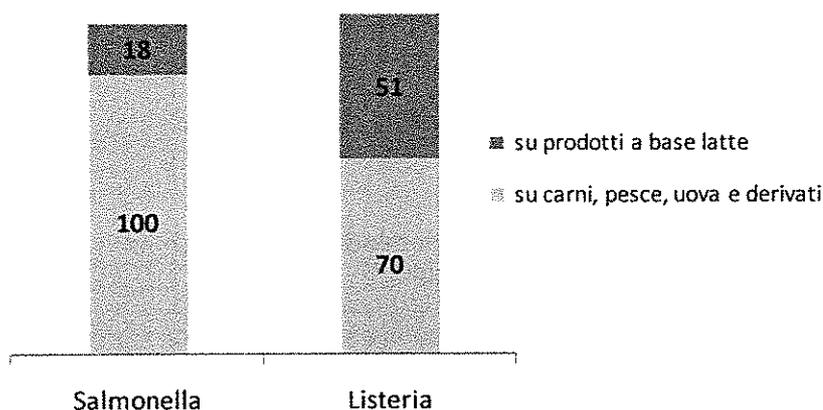


## Ricerca di Salmonella e Listeria negli alimenti di origine animale nell'ASL NO Periodo 2014-2016

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

Garantire la Sicurezza Alimentare per i consumatori è l'obiettivo primario dei Servizi del Dipartimento di Prevenzione che controllano l'igiene della produzione degli alimenti sia negli stabilimenti di lavorazione che negli esercizi di commercializzazione. Per gli alimenti di origine animale le attività di controllo sono svolte dagli operatori del Servizio Veterinario area B (SIAV B). Salmonella e Listeria sono tra i germi che più frequentemente causano gravi malattie a trasmissione alimentare e, quindi, sono costantemente ricercate su tutte le matrici alimentari.

### Prelievi effettuati Periodo 2014-2016



### Prelievi effettuati e positività Per anno e matrice

anno	prelievi	Ricerca Salmonella		Ricerca Listeria	
		pesce, uova e derivati	su prodotti a base latte	pesce, uova e derivati	su prodotti a base latte
2014	totali	37	7	23	20
	positivi	0	0	0	1
2015	totali	35	8	29	17
	positivi	0	0	1	0
2016	totali	28	3	18	14
	positivi	0	0	0	0

I risultati del piano di controllo per Listeria e Salmonella del triennio 2014-2016 confermano condizioni igieniche confortanti sia negli stabilimenti di lavorazione che negli esercizi di vendita al dettaglio di alimenti di origine animale.

La Salmonella è risultata assente in tutti i prelievi effettuati. Le 2 positività riscontrate in 3 anni su 239 campioni si riferiscono a presenza di Listeria presso stabilimenti di lavorazione: nel 2014 in un formaggio e nel 2015 in un salmone affumicato.

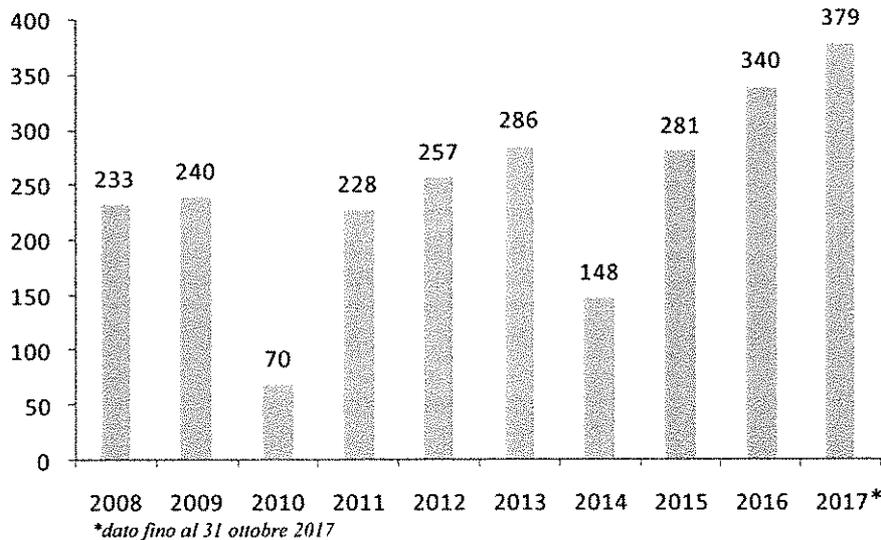
L'assenza di Salmonella nel settore lattiero-caseario è dovuta all'applicazione di adeguate norme igieniche quali l'uso prevalente di latte pastorizzato, la scelta di conferenti latte crudo con basse cariche batteriche, gelati preparati con latte e prodotti d'uovo sottoposti a trattamenti di pastorizzazione o sterilizzazione.

Le positività per Listeria sono esigue anche grazie alla continua sensibilizzazione attuata dagli operatori dei Servizi Veterinari della ASL con ispezioni e audit. I produttori hanno progressivamente apportato modifiche strutturali ed impiantistiche importanti ed applicano regolarmente le procedure necessarie per garantire elevati standard igienici.

## 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 2008-2017



Sul territorio dell'ASL NO vi è uno stabilimento riconosciuto per la lavorazione delle carni di cinghiale. Gli oltre 2.000 cinghiali lavorati tra il 2008 ed il 2017 sono stati cacciati nelle Province di Novara e Vercelli, provenienti dalle Aree protette Parco Ticino e Lago Maggiore e dal Parco Valle Sesia, nonché da riserve private e da Aree Territoriali di caccia.

Tutti gli animali esaminati fino al 2017 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 presenta 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 privi di predatori naturali sul territorio della Provincia di Novara; la loro popolazione tende ad aumentare causando problemi a coltivazioni, allevamenti e alla circolazione veicolare.

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 loro lavorazione i cinghiali abbattuti sono sottoposti a controlli sanitari tra i quali la ricerca al microscopio di *Trichinella spiralis*, parassita che può causare nell'uomo patologie allergiche o importanti danni funzionali agli organi colpiti.

Dal 2009 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.

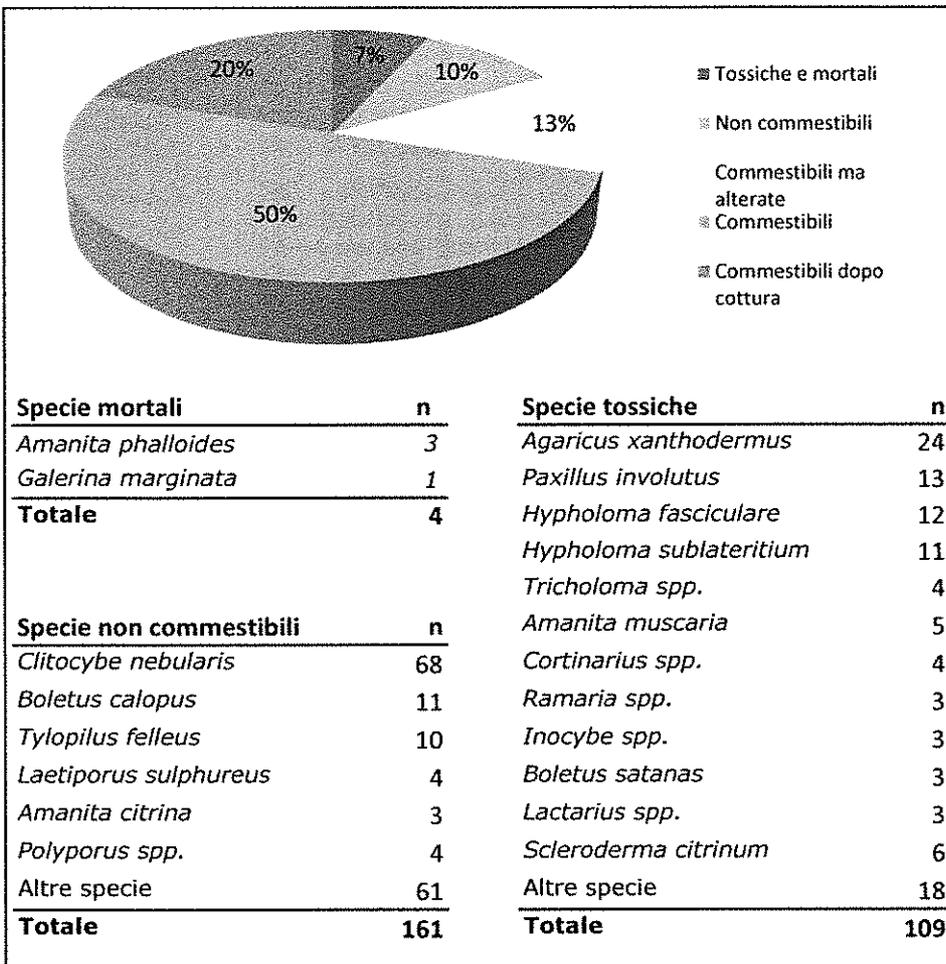
Attualmente, grazie a una disposizione della Regione Piemonte, i cacciatori che vogliono utilizzare per autoconsumo le carni di cinghiali abbattuti possono conferire un campione di muscolo presso le sedi dell'ASL NO e ricevere (via mail in pochi giorni) il risultato dell'esame trichinoscopico effettuato presso l'Istituto Zooprofilattico di Vercelli.

# Consumo dei funghi in sicurezza

Periodo 2008-2017

FORNITORI DATI: Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN) ASL NO

## Esito controlli su funghi raccolti da privati



## Specie fungine responsabili di episodi di avvelenamento e/o intossicazione

Specie fungine	Causa dell'episodio	N° episodi	N° casi malattia	N° casi mortali
<i>Amanita phalloides</i>	Specie tossica mortale	4	14	3
<i>Amanita muscaria</i>	Specie tossica	1	1	0
<i>Armillaria mellea</i>	Cottura inadeguata per mancata prebollitura	11	20	0
<i>Clitocybe 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 sp.</i>	Specie non commestibile	1	1	0
<i>Boletus gr. edules</i> , <i>Xerocomus badius</i> , <i>Boletus erythropus</i> , <i>Leccinum sp.</i> , <i>Clitocybe gibba</i> , <i>Agaricus campestris</i>	Consumati crudi o in pasti abbondanti e ravvicinati	8	9	0
<b>Totale</b>		<b>28</b>	<b>48</b>	<b>3</b>

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 2008-2017 l'Ispettorato ha registrato 1.014 accessi con identificazione di 1.628 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* e *Galerina marginata*, 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.

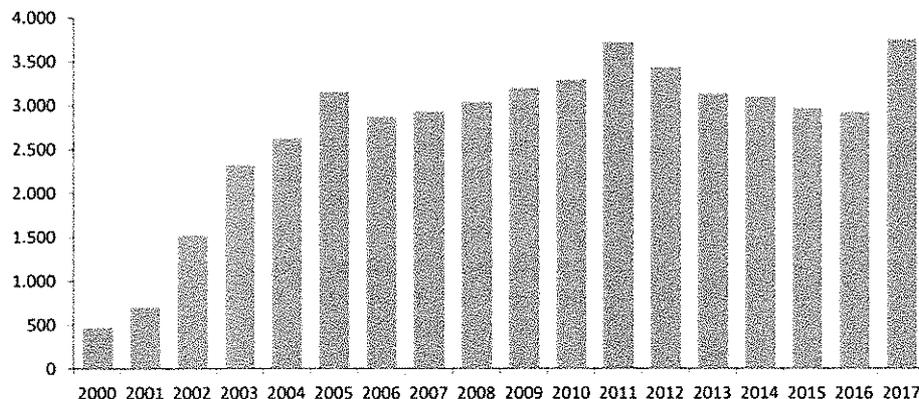
Negli ultimi 10 anni risultano 28 episodi di intossicazione da funghi con 48 casi di malattia, di cui 38 con ricovero. I 4 episodi causati dal consumo di *Amanita phalloides* hanno causato 3 decessi. Per consumo di *Amanita muscaria* si è registrato 1 caso di sindrome neurotossica. I rimanenti episodi sono riconducibili prevalentemente a inadeguata cottura (*Armillaria mellea*), intolleranza individuale e consumo eccessivo.

## Allerte alimentari

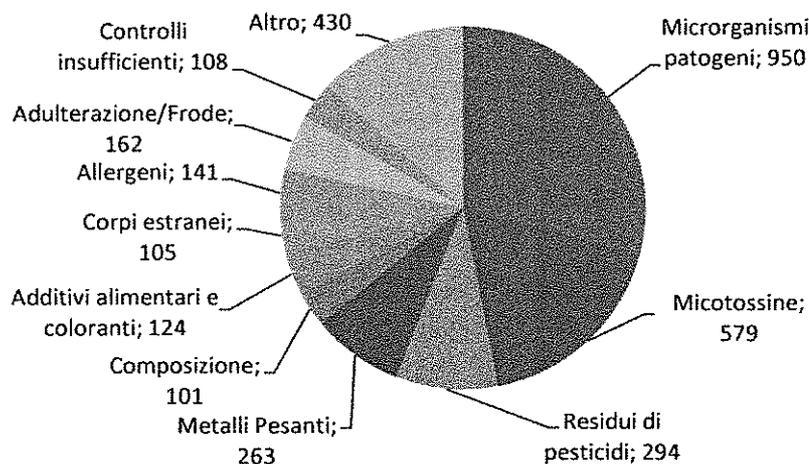
FONTE DATI: MINISTERO DELLA SALUTE - RELAZIONE ANNUALE RASFF 2017; DATI DI ATTIVITÀ SIAN E SIAV

### Notifiche trasmesse dal sistema di allerta rapido (RASFF)

- numero annuo totale  
Periodo 2000-2017



- numero per tipologia di rischio  
Anno 2017



### Attività ASL NO per RASFF

	2016	2017	2018
Segnalazioni ricevute da RASFF	80	118	176
Sopralluoghi c/o Operatori Settore Alimentare	176	176	247
Attivazioni del Sistema RASFF	2	4	0

Il centinaio di notifiche di allerta che giungono annualmente all'ufficio unico dell'ASL NO richiede l'effettuazione di circa 250 sopralluoghi presso gli operatori del settore alimentare (aziende, depositi, esercizi commerciali). Nell'anno 2018 si è registrato un incremento delle segnalazioni dal sistema RASFF dovuto ad alimenti non conformi per la presenza di allergeni non dichiarati in etichetta (50 segnalazioni) e a non conformità riscontrate in alimenti provenienti da grandi aziende produttrici che distribuiscono il loro prodotto capillarmente sul territorio nazionale (14 segnalazioni per presenza di *Listeria m.* in verdure congelate).

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 3.000 notifiche ogni anno. Le cause più frequenti di non conformità sono la presenza di microrganismi patogeni (29%) e di micotossine (18%).

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.

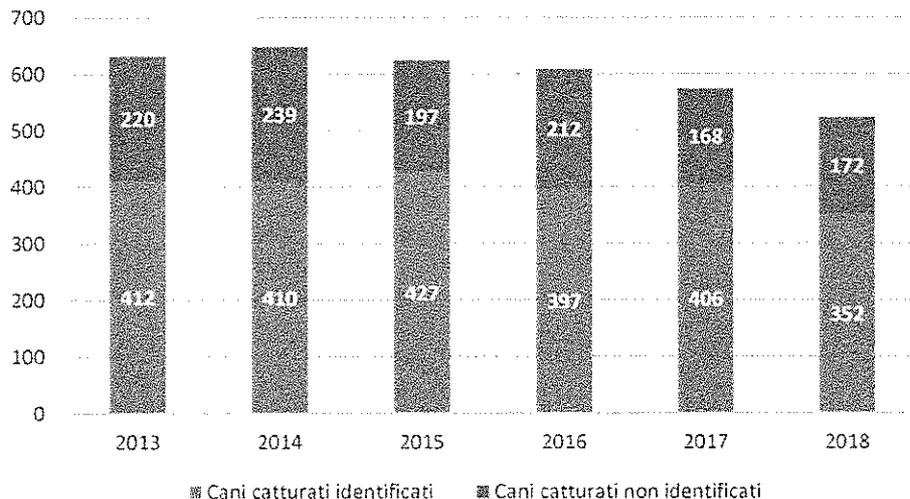
In Italia il punto di contatto con gli altri Stati membri è il Ministero della Salute che, attraverso le Regioni, attiva le ASL per verificare l'effettivo ritiro dal commercio del prodotto non conforme. Il ritiro è in carico al produttore.

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



La corretta identificazione dei cani è una delle principali azioni di prevenzione del randagismo. Viene attuata, prima del 2004 con tatuaggio e, successivamente, 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. Nei canili sanitari gli animali sono sottoposti a controlli sanitari e di identificazione, prima della restituzione ai legittimi proprietari o dell'affido ad una nuova famiglia.

Nel 2018 la popolazione di cani identificati presenti nel territorio dell'ASL NO è di 55.168.

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 entro i 60 giorni di età.

Tutti gli eventi che riguardano il cane (variazioni di detenzione, cessioni, o decessi) devono essere segnalati, di norma entro 15 giorni, al Servizio Veterinario di residenza. 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 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 animali rinvenuti vaganti sul territorio. Dei cani rinvenuti vaganti circa 2 su 3 sono identificabili.

È importante ricordare che la detenzione di un animale domestico necessita di una importante responsabilizzazione del proprietario al rispetto delle norme e delle esigenze etologiche dall'animale stesso. In caso di ritrovamento di un cane vagante dovrà essere attivato il servizio di cattura autorizzato tramite la polizia municipale del Comune interessato.

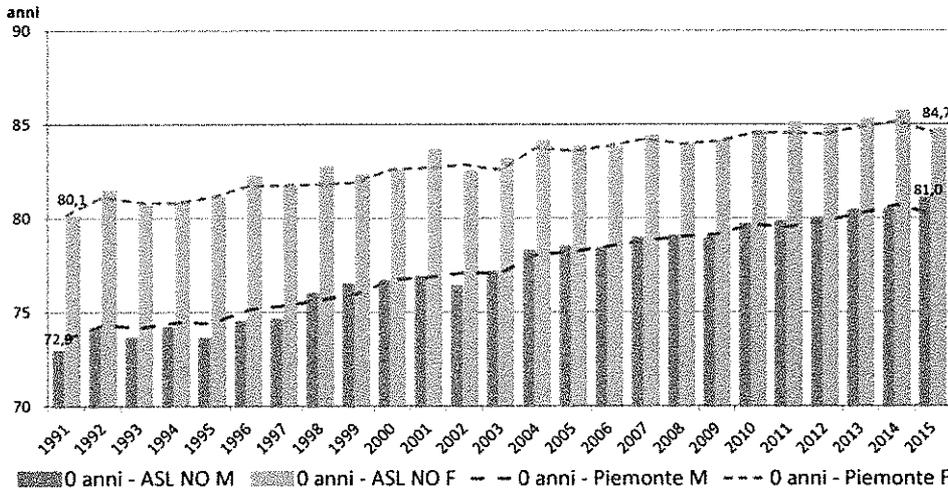
# Speranza di vita e mortalità generale

## Trend 1991-2015

Fonte dati: Piemonte STATistica e BDDE (PiSta)

### Speranza di vita alla nascita - ASL NO e Regione Piemonte

#### Stratificazione per sesso



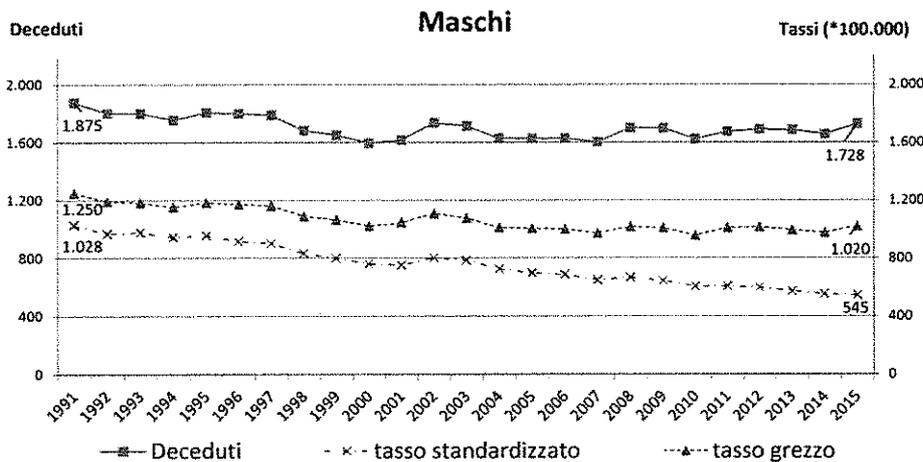
La speranza di vita alla nascita per i residenti dell'ASL NO nel 2015 risulta di 84,7 anni per le donne e 81,0 per gli uomini.

La differenza tra i generi sta diminuendo: rispetto al 1991, nel 2015 la speranza di vita è aumentata di 4,6 anni per le donne e di 8,1 anni per gli uomini, con differenze tra generi di più di 7 anni nel 1991 e di circa 4 anni nel 2015.

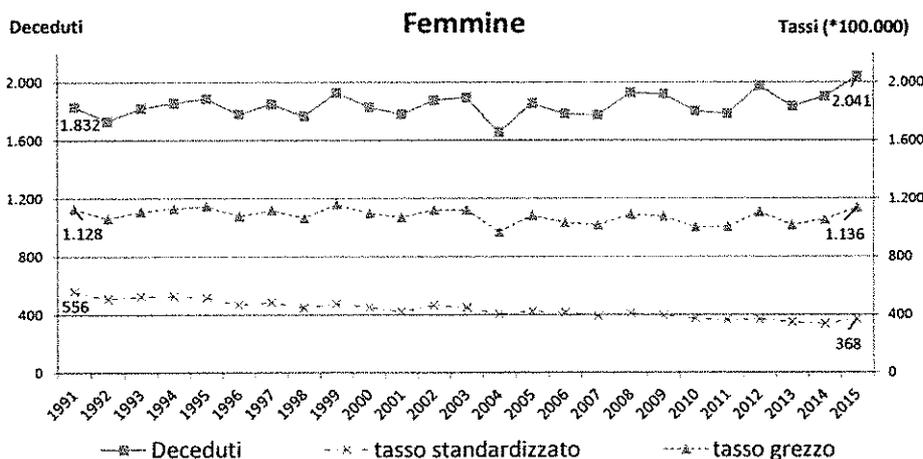
La situazione osservata nell'ASL NO è analoga a quella del Piemonte.

### Mortalità generale - ASL NO

#### Deceduti, tasso grezzo e tasso standardizzato per età



La crescita della speranza di vita si accompagna alla diminuzione della mortalità. Tra i suoi indicatori diminuiscono il tasso grezzo (che mette in rapporto il numero di decessi con la popolazione residente) e, ancora di più, il tasso standardizzato (che "annulla" le differenze per età delle popolazioni degli anni a confronto). Le diminuzioni osservate sono maggiori tra gli uomini che tra le donne (TG: -18,4% vs 0,7%; Tstd: -46,9% vs -33,7%).



Tra i residenti dell'ASL NO, nel 2015 sono morti 1.728 uomini e 2.041 donne. Il numero di decessi annui, che esprime il carico "assoluto" di mortalità, dal 1991 diminuisce del 7,8% per gli uomini e risulta invece di segno positivo (+11,4%) per le donne.

# Mortalità per grandi gruppi di cause Residenti ASL NO Periodo 2014-2015

FONTE DATI: MADESMART

## 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 580	Tumori maligni 342,0	Tumori maligni 197,4	Tumori maligni 13,7
2	Apparato circolatorio 560	Apparato circolatorio 330,2	Apparato circolatorio 170,8	Apparato circolatorio 7,6
3	Apparato respiratorio 136	Apparato respiratorio 80,3	Apparato respiratorio 40,1	Cause accidentali 6,9
4	Sistema nervoso 79	Sistema nervoso 46,6	Cause accidentali 28,6	Sistema nervoso 1,6
5	Cause accidentali 66	Cause accidentali 39,0	Sistema nervoso 25,0	Apparato respiratorio 1,6
6	Apparato digerente 63	Apparato digerente 37,2	Apparato digerente 21,5	Apparato digerente 1,4
7	Malattie endocrine 54	Malattie endocrine 31,9	Malattie endocrine 16,5	Malattie endocrine 0,7
8	Malattie infettive 37	Malattie infettive 21,5	Malattie infettive 11,6	Stati morbosi maldefiniti 0,6
9	Disturbi psichici 30	Disturbi psichici 17,4	Disturbi psichici 9,0	Condizioni morbose perinatali 0,6
10	Malattie apparato genito-urinario 27	Malattie apparato genito-urinario 15,6	Stati morbosi maldefiniti 8,3	Malattie infettive 0,6

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 801	Apparato circolatorio 444,8	Apparato circolatorio 117,9	Tumori maligni 10,7
2	Tumori maligni 464	Tumori maligni 257,8	Tumori maligni 115,4	Apparato circolatorio 3,0
3	Apparato respiratorio 132	Apparato respiratorio 73,4	Sistema nervoso 20,9	Malformaz. congenite e cause perinatali 1,5
4	Sistema nervoso 119	Sistema nervoso 65,9	Apparato respiratorio 19,6	Sistema nervoso 1,3
5	Malattie endocrine 85	Malattie endocrine 47,0	Malattie endocrine 13,9	Cause accidentali 1,1
6	Stati morbosi maldefiniti 76	Stati morbosi maldefiniti 42,0	Apparato digerente 12,6	Apparato digerente 0,9
7	Apparato digerente 69	Apparato digerente 38,3	Stati morbosi maldefiniti 9,8	Apparato respiratorio 0,5
8	Disturbi psichici 54	Disturbi psichici 30,0	Malattie infettive 8,3	Tumori benigni 0,4
9	Malattie infettive 52	Malattie infettive 28,6	Disturbi psichici 7,8	Malattie endocrine 0,4
10	Cause accidentali 34	Cause accidentali 18,9	Cause accidentali 7,0	Stati morbosi maldefiniti 0,3

Le malattie dell'apparato circolatorio e i tumori rappresentano le principali cause di morte e determinano circa 2 decessi su 3 degli oltre 3.500 annui che si registrano ogni anno tra i residenti dell'ASL NO.

Tra gli uomini il numero di decessi per questi due gruppi non è molto diverso ed i decessi per tumore rappresentano il 34% e le malattie dell'apparato circolatorio il 33% dei 1.692 decessi maschili medi annuali del periodo.

Al terzo posto si registrano le malattie dell'apparato respiratorio che rappresentano l'8% 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 (41% vs 24% dei 1.971 decessi femminili medi annuali del periodo).

Anche nel sesso femminile la terza causa di morte è rappresentata dalle malattie dell'apparato respiratorio, con un numero medio di decessi annui simili agli uomini (maschi: 136; femmine: 132).

## Mortalità per grandi gruppi - UOMINI Residenti ASL NO e Distretti - 2014-2015

FONTE DATI: MADESMART

### 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)	580	253	133	194
Malattie dell'apparato circolatorio (390-459 I00-I99)	560	253	130	177
Malattie dell'apparato respiratorio (460-519 J00-J99)	136	57	36	44
Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi (320-389 G00-G99, H00-H95)	79	17	13	20
Cause accidentali (Traumatismi e avvelenamenti 800-999 S00-T98)	66	30	18	19
Malattie dell'apparato digerente (520-579 K00-K93)	63	26	16	21
Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche (240-279 E00-E90)	54	22	12	21
Malattie infettive (001-139 A00-B99)	37	17	8	13
Disturbi psichici (290-319 F00-F99)	30	13	8	9
Malattie dell'apparato genito-urinario (580-629 N00-N99)	27	12	8	7
Stati morbosi maldefiniti (780-799 R00-R99)	27	10	7	10
Tumori Benigni, in situ, incerti (210-239 D00-D48)	21	10	5	7
Malattie osteomuscolari e del connettivo (710-739 M00-M99)	6	1	2	3
Malattie del sangue, degli organi emopoietici e disordini immunitari (280-289 D50-D89)	5	3	2	1
Malformazioni congenite (740-759 Q00-Q99)	2	1	2	0
Malattie della pelle e del sottocutaneo (680-709 L00-L99)	2	1	1	1
Condizioni morbose perinatali (760-779 P00-P96)	1	0	0	1
<b>TUTTE LE CAUSE</b>	<b>1.692</b>	<b>751</b>	<b>396</b>	<b>545</b>

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 i tumori maligni il Distretto Urbano di Novara registra una mortalità maschile superiore a quella regionale. Questa situazione si osserva anche nel Distretto di Area Nord per la mortalità da malattie del sistema nervoso.

Una mortalità maschile inferiore a quella regionale si registra per i disturbi psichici (nell'ASL NO e nel Distretto di Area Nord).

# MORTALITÀ

Aggiornamento marzo 2019



## Mortalità per grandi gruppi - DONNE Residenti ASL NO e Distretti - 2014-2015

Fonte dati: MADESMART

### 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)	801	355	189	257
Tumori Maligni (140-208 C00-C97)	464	193	127	144
Malattie dell'apparato respiratorio (460-519 J00-J99)	132	52	39	42
Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi (320-389 G00-G99, H00-H95)	119	53	28	38
Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche (240-279 E00-E90)	85	38	19	29
Stati morbosi maldefiniti (780-799 R00-R99)	76	34	24	19
Malattie dell'apparato digerente (520-579 K00-K93)	69	28	20	22
Disturbi psichici (290-319 F00-F99)	54	25	15	15
Malattie infettive (001-139 A00-B99)	52	19	15	18
Cause accidentali (Traumatismi e avvelenamenti 800-999 S00-T98)	34	18	7	10
Malattie dell'apparato genito-urinario (580-629 N00-N99)	33	16	8	9
Tumori Benigni, in situ, incerti (210-239 D00-D48)	22	9	7	6
Malattie osteomuscolari e del connettivo (710-739 M00-M99)	16	8	3	5
Malattie del sangue, degli organi emopoietici e disordini immunitari (280-289 D50-D89)	8	3	1	4
Malformazioni congenite (740-759 Q00-Q99)	6	2	2	2
Malattie della pelle e del sottocutaneo (680-709 L00-L99)	5	1	2	2
Condizioni morbose perinatali (760-779 P00-P96)	1	1	0	0
Complicanze della gravidanza, del parto e del puerperio (630-677 O00-O99)	0	0	0	0
<b>TUTTE LE CAUSE</b>	<b>1.972</b>	<b>851</b>	<b>503</b>	<b>619</b>

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 solo per le **malattie del sistema nervoso**, e solo nell'ASL NO nel suo complesso.

Risultano inferiori a quella regionale la mortalità femminile per **malattie dell'apparato respiratorio**, (Distretto Area Nord) e quella per **traumatismi e avvelenamenti** (Distretto Area Sud e Urbano di Novara).

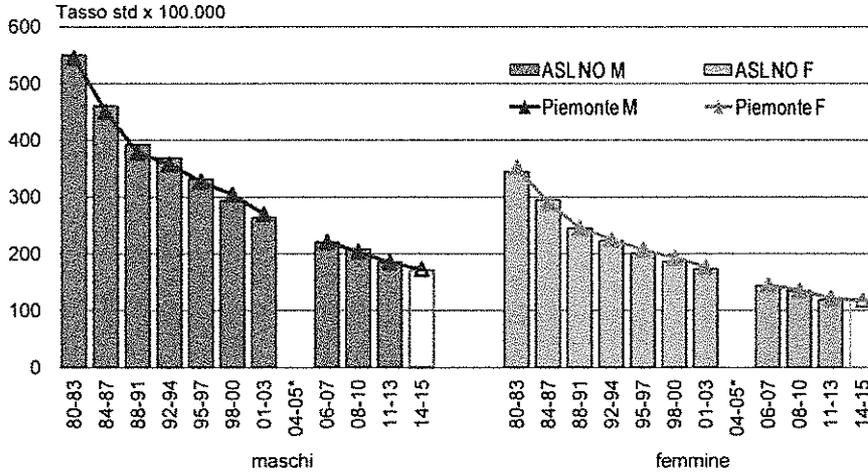
Per i **disturbi psichici** l'ASL NO registra una mortalità femminile inferiore a quella regionale, confermando il risultato osservato tra gli uomini e in più si registra anche in tutti i suoi Distretti.

# MORTALITÀ

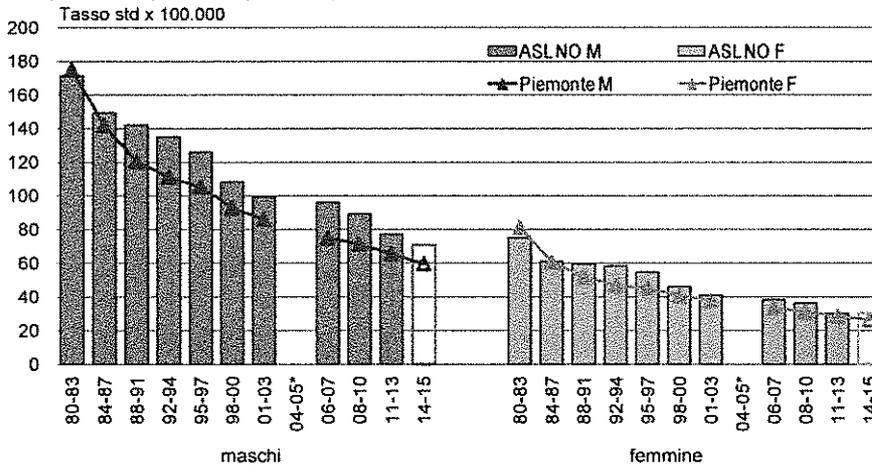
# Mortalità cardiovascolare Residenti ASL NO e Regione Piemonte Trend 1980-2015

Fonte dati: MADESMART

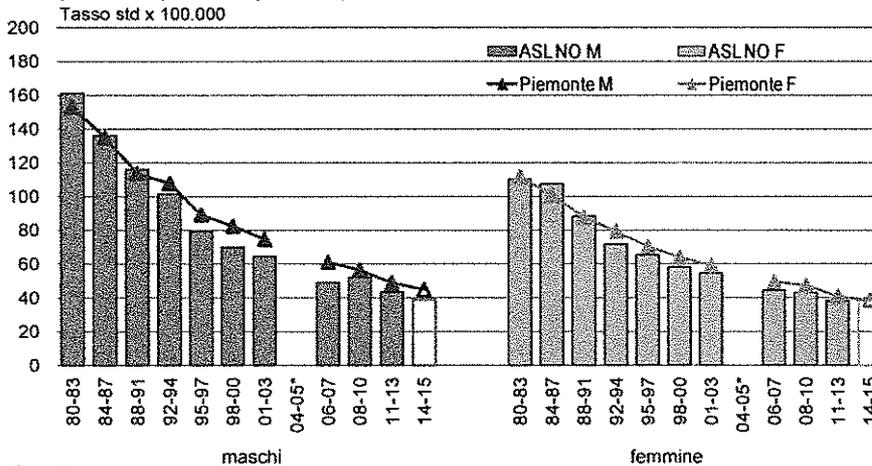
## Mortalità per mm dell'apparato circolatorio ICD IX (390-459) ICD X (I00-I99)



## Mortalità per mm ischemiche del cuore ICD IX (410-414) ICD X (I20-I25)



## Mortalità per mm cerebrovascolari ICD IX (430-438) ICD X (I60-I69)



\*non disponibile

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 (61%) dei decessi per malattie dell'apparato circolatorio.

La mortalità maschile rimane più elevata di quella femminile, con differenze che negli anni 2014-2015 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, anche se negli ultimi 2 periodi solo per gli uomini.

## Mortalità per malattie ischemiche del cuore e per malattie cerebrovascolari nell'ASL NO Periodo 2014-2015

FONTE DATI: MADESMART

### Decessi e anni di vita persi a 75 anni

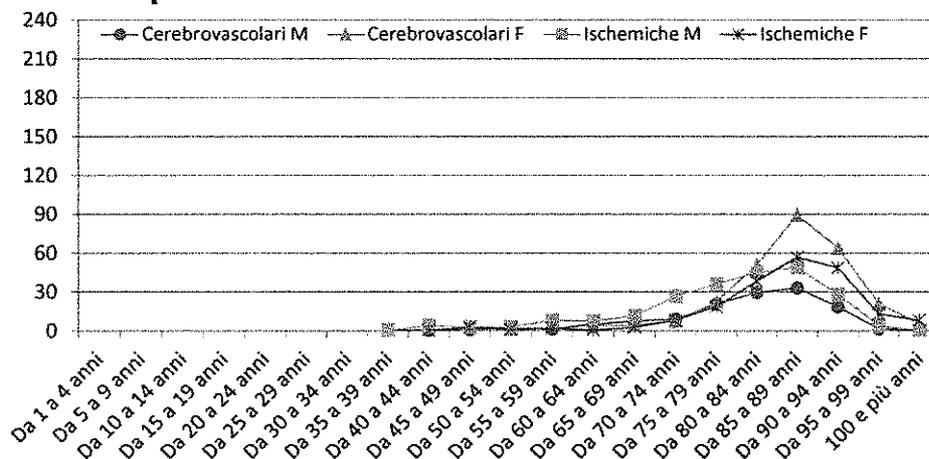
	DECESSI				ANNI DI VITA PERSI A 75 ANNI			
	numero medio annuo		% su tot apparato circolatorio		numero medio annuo		% su tot apparato circolatorio	
	mm ischemiche del cuore	mm. cerebrovasc.	mm ischemiche del cuore	mm. cerebrovasc.	mm ischemiche del cuore	mm. cerebrovasc.	mm ischemiche del cuore	mm. cerebrovasc.
Maschi	227	131	40	23	705	276	46	18
Femmine	201	271	36	48	189	133	12	9
Totale	427	402	31	30	894	409	42	19

Con più di 400 morti ciascuna ogni anno, le **ischemie cardiache** e le **malattie cerebrovascolari** determinano, insieme, la **maggior parte (61%) 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 894 anni di vita persi prima dei 75 anni, corrispondenti al 42% di quelli persi per malattie dell'apparato circolatorio. Tra gli uomini questa quota è ancora più elevata (46%).

### Decessi per classi di età - n. medio annuo



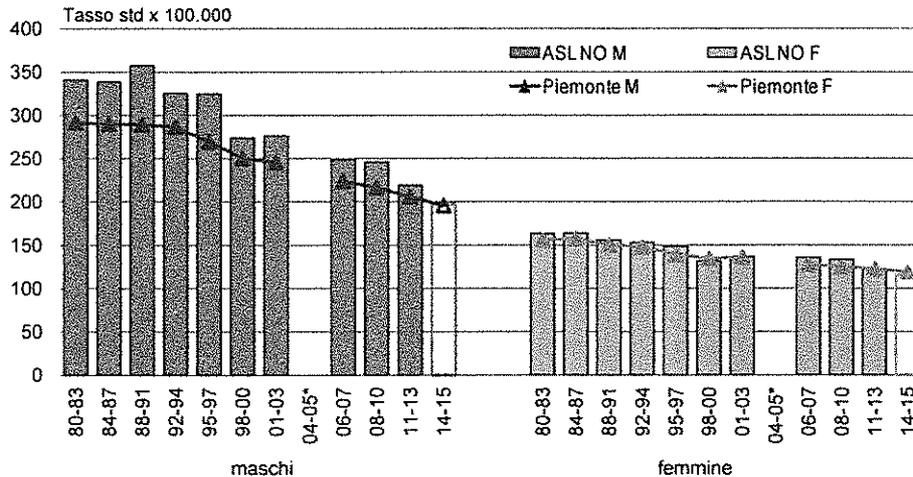
I **decessi per ischemie cardiache** e **malattie cerebrovascolari** **aumentano a partire dai 40 anni** e **registrano valori di picco tra 85 e 89 anni** in entrambi i sessi.

Infatti i **tassi grezzi di mortalità** (che indicano la diffusione nella popolazione mettendo in relazione il numero di decessi alla popolazione residente) **aumentano con l'età**.

## Mortalità tumorale

Fonte dati: MADESMART

### Mortalità tumorale complessiva ICD IX (140-208) ICD X (C00-C97) Residenti ASL NO e Regione Piemonte Trend 1980-2015



\*non disponibile

La mortalità per tumori maligni è in diminuzione, soprattutto tra gli uomini che, tuttavia, continuano a registrare una mortalità tumorale maggiore di quella femminile: numero medio annuo 580 vs 464; tasso grezzo per 100.000: 342 vs 258.

### Mortalità tumorale per cause specifiche Residenti ASL NO Numero medio annuo di morti per genere Periodo 2014-2015

Rango	Uomini	Donne
1	Trachea, bronchi, polmoni 156	Mammella 79
2	Fegato e dotti biliari 53	Trachea, bronchi, polmoni 60
3	Pancreas 43	Colon 40
4	Prostata 42	Fegato e dotti biliari 35
5	Colon 40	Pancreas 33
6	Stomaco 25	Leucemie specificate e non 24
7	Leucemie specificate e non 20	Stomaco 19
8	Vescica 18	Linfomi non Hodgkin 17
9	Linfomi non Hodgkin 16	Ovaio 13
10	Retto e giunzione retto-sigma 15	Altri tumori apparato digerente 13

Nel biennio 2014-2015 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 medi annui tra i residenti dell'ASL NO), seguiti dai tumori del fegato (88 decessi medi annui) e da quelli del colon (79 decessi medi annui).

**MORTALITÀ**

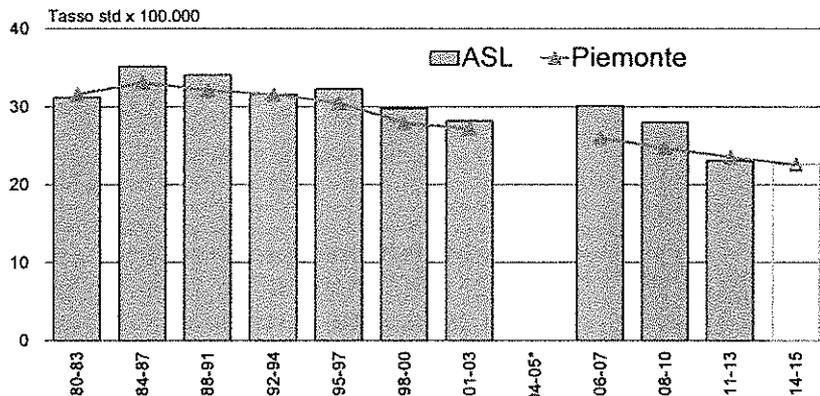


Aggiornamento marzo 2019

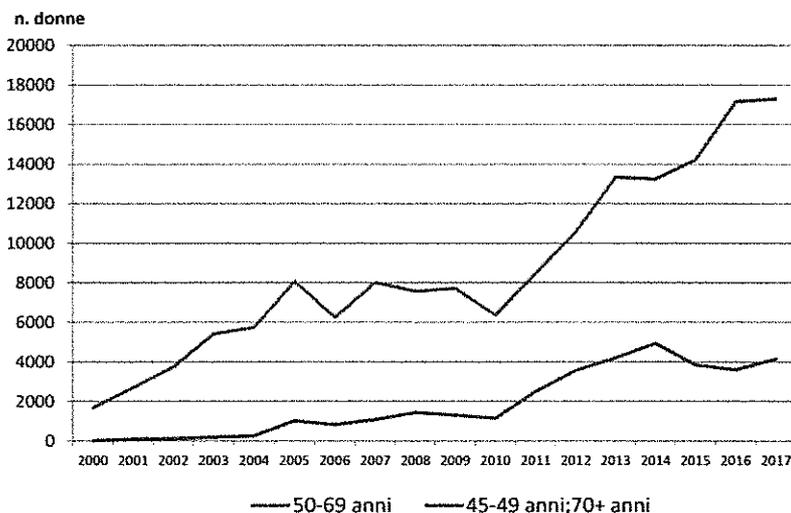
## Mortalità per tumore della mammella ASL NO e Regione Piemonte

FONTE DATI: MADESMART; UVOS

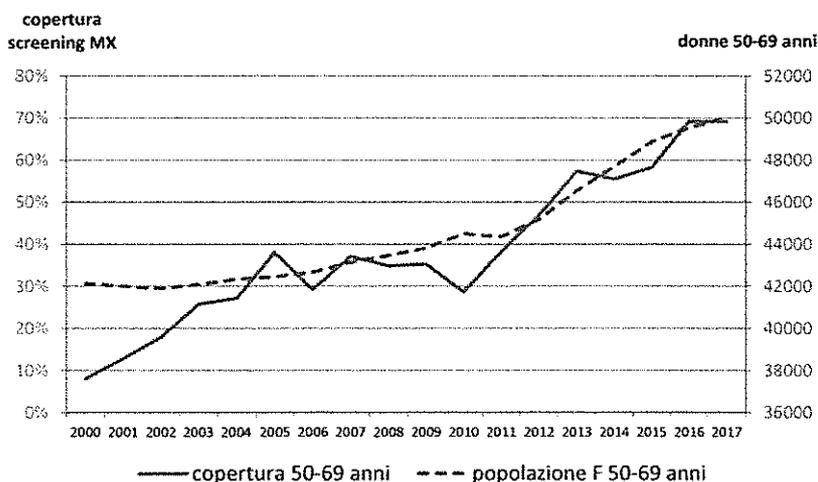
### Mortalità per tumore della mammella - ICD IX (174); ICD X (C50) Trend 1980-2015



### Screening mammografico ASL NO Trend 2000-2017



### Copertura screening mammografico donne 50-69 anni ASL NO Trend 2000-2017



Con 79 decessi e 581 anni di vita persi prima dei 75 anni ogni anno, il tumore della mammella è la **prima causa di mortalità tumorale nelle donne**; la mortalità è in **diminuzione** e, nel biennio 2014-2015, non si osservano differenze rispetto ai valori regionali.

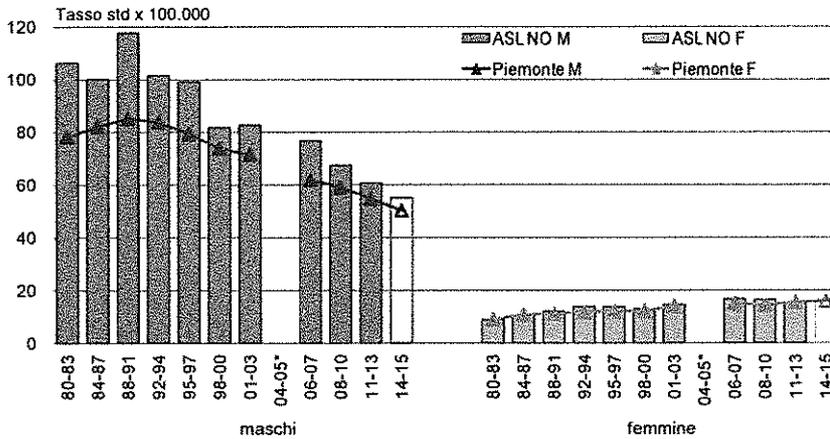
Lo screening del tumore della mammella è il principale strumento di **contrasto alla mortalità per questa causa**. E per questo nell'ASL NO da molti anni una mammografia ogni 2 anni viene offerta attivamente alle donne tra 50 e 69 anni. In anni più recenti possono essere inserite nel programma regionale "Prevenzione Serena" anche donne tra 45 e 49 anni e con 70 anni e più. L'attività di screening per il tumore della mammella è aumentata notevolmente negli anni arrivando nel 2017 a coinvolgere più di 17mila donne.

Quasi il 70% della popolazione femminile di età compresa tra 50 e 69 anni risulta "coperta" con lo screening organizzato dalla ASL NO. Secondo la sorveglianza PASSI più del 10% effettuerebbe lo screening in maniera individuale.

# Mortalità tumorale per cause specifiche ASL NO e Regione Piemonte Trend 1980-2015

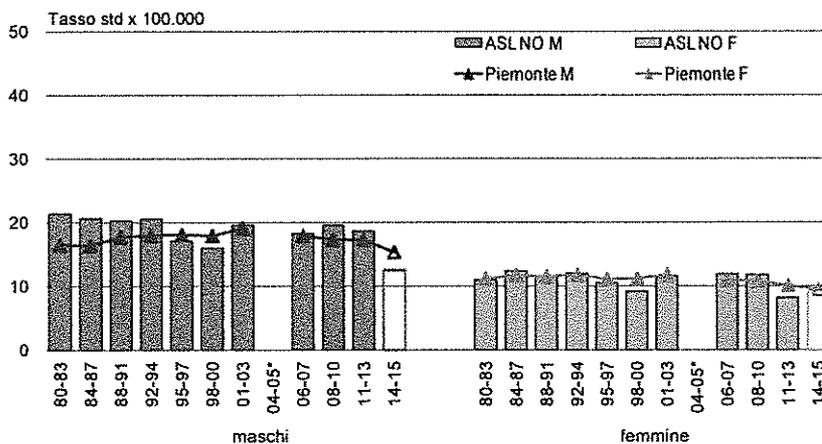
Fonte dati: MADESMART

## Mortalità per tumore della trachea, dei bronchi e del polmone ICD IX (162); ICD X (C33-C34)



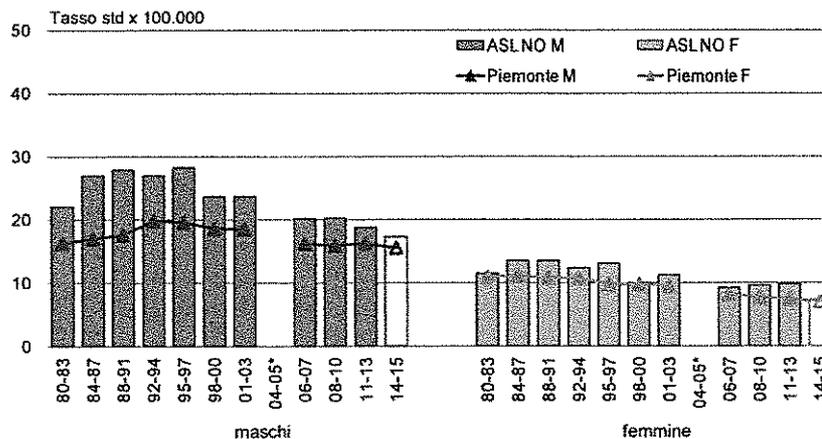
Il tumore al polmone rappresenta la principale causa di mortalità oncologica, con 216 decessi e 1.216 anni di vita persi prima dei 75 anni in media ogni anno nel periodo 2014-2015. Anche se in diminuzione, la mortalità maschile si conferma decisamente più elevata di quella femminile e maggiore di quella regionale. La mortalità femminile risulta attualmente stazionaria e con valori dell'ASL NO non molto diversi da quelli regionali.

## Mortalità per tumore del colon ICD IX (153); ICD X (C18)



Il tumore del colon causa ogni anno circa 80 decessi, con 290 anni di vita persi prima dei 75 anni. La mortalità maschile è maggiore di quella femminile e nel biennio 2014-2015 è inferiore al valore regionale.

## Mortalità per tumore ) del fegato e dei dotti biliari ICD IX (155-156); ICD X (C22-C24)



Il tumore del fegato causa ogni anno 88 decessi e la perdita di 298 anni di vita prima dei 75 anni. Per questa causa la mortalità dell'ASL NO, in diminuzione, si conferma superiore a quella registrata in Piemonte, nel biennio 2014-2015 in entrambi i sessi.

\*non disponibile

**AFFARI ISTITUZIONALI, LEGALI, COMUNICAZIONE,  
ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA**

**FOGLIO ADEMPIMENTI  
- EFFETTI -**

• Il presente provvedimento è esecutivo:

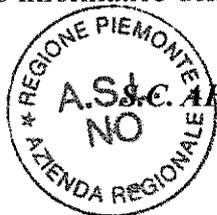
*Giorno inizio esecutività* 15 LUG, 2019

*dal giorno della sua iscrizione nel Registro Generale*

*dalla data in esso provvedimento indicata*

**- PUBBLICAZIONE -**

Al presente provvedimento è stata data pubblicità legale, ai sensi dell'art. 32, 1° comma, L. 69/2009,  
tramite pubblicazione sul sito informatico dell'Ente ad iniziare dal giorno - 5 LUG, 2019



**AFFARI ISTITUZIONALI, LEGALI, COMUNICAZIONE,  
ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA  
IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO**

(dott. Mauro Rossi)

\*\*\*\*\*

**- COMUNICAZIONI -**

*Provvedimento trasmesso in copia alle sottospecificate Strutture aziendali*

V.D.

COLLEGIO SINDACALE

AILCAT  
 SICG  
 GOCSS  
 SPP  
 ASSTERR  
 SML  
 API  
 DUN  
 SIAV

SEF  
 DMPO  
 SPS  
 MC  
 PALLIATIVE  
 DSM  
 CCP  
 DP  
 SPRESAL

GPVRU  
 DIPSA  
 FO  
 SEPI  
 SANPEN  
 DMI  
 DAN  
 SISP  
 UVOS

STP  
 DEA  
 FT  
 ACEP  
 COTESS  
 DPD  
 DAS  
 SIAN  
 DADES

ALTRI \_\_\_\_\_

