

AZIENDA SANITARIA LOCALE "NO" - NOVARA

Viale Roma, 7 - NOVARA

**DELIBERAZIONE
DEL DIRETTORE GENERALE**

N° 217 del 02/07/2020

OGGETTO:

APPROVAZIONE E ADOZIONE DELLA RELAZIONE SULLA
PERFORMANCE A.S.L. "NO" - ANNO 2019.



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 (sopraindividuata) 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.

IL DIRETTORE DELLA SSD GOVERNO CLINICO E SVILUPPO STRATEGICO FORMULA LA SOTTOESTESA 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);

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 2019 nella seduta del 29 giugno 2019, come da verbale 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 2019”;
- 2. di pubblicare** sul sito istituzionale aziendale, nella sezione denominata “Trasparenza, valutazione e merito” il documento di cui al punto precedente;

OGGETTO: **APPROVAZIONE E ADOZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE A.S.L. "NO" - ANNO 2019.**

3. di trasmettere copia della Relazione sulla Performance validata dall'OIV agli organismi competenti.

IL DIRETTORE GENERALE

VISTA la sopraestesa proposta istruttoria;

Con il concorso dei Direttori: Amministrativo e Sanitario;

DECIDE DI APPROVARLA INTEGRALMENTE ADOTTANDOLA QUALE PROPRIA DELIBERAZIONE

IL DIRETTORE GENERALE

Dott.ssa Arabella Maria Teresa Fontana

(Firmato digitalmente ai sensi dell'art. 12 D.Lgs. n. 82/2005)

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

Allegato n. 1: *"Relazione annuale sulla performance aziendale e sugli esiti del monitoraggio delle attività assistenziali e della loro qualità – anno 2019"* n. 124 pagine



REGIONE PIEMONTE
AZIENDA SANITARIA LOCALE NO
NOVARA

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

ANNO 2019

Novara, 29 giugno 2020

Relazione validata dall'OIV il 29 giugno 2020

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. L'organizzazione dei servizi e il nuovo atto aziendale	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 2018	Pag.	25
4.1 Obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi del Direttore Generale	Pag.	25
4.2 Performance organizzativa dell'ASL NO	Pag.	78
4.3 Performance individuale dell'ASL NO	Pag.	80
4.4 Le relazioni sindacali	Pag.	77
5. Gli indicatori di monitoraggio dell'assistenza e della loro qualità	Pag.	79
Appendice – schede di approfondimento	Pag.	90

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 2019, 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 2019. 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 2019, di cui alla DGR n. 4-92 del 19 luglio 2019, modifica con DGR n. 12-156 del 2 agosto 2019 ad oggetto: " Art. 2, comma 2 del D.lgs n. 171/2016 e s.m.i. Assegnazione obiettivi di attività ai Direttori Generali/Commissari delle ASR per l'anno 2019. Approvazione criteri e modalità di valutazione. Revoca per meri errori materiali dell'Allegato A alla D.G.R. n.4-92 del 19.07.2019. Approvazione nuovo Allegato A rettificato", assegnati ai fini dell'attribuzione della quota integrativa del trattamento economico dei Direttori Generali delle Aziende sanitarie regionali per l'anno 2019. In particolare, rispetto a questo punto è riportata integralmente al relazione predisposta dal Direttore Generale e inviata ai competenti settori regionali nei tempi previsti dalla normativa, ad esclusione degli allegati che non sono riportati e restano disponibili agli Atti.
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 nell'ultimo aggiornamento disponibile.

1. IL CONTESTO

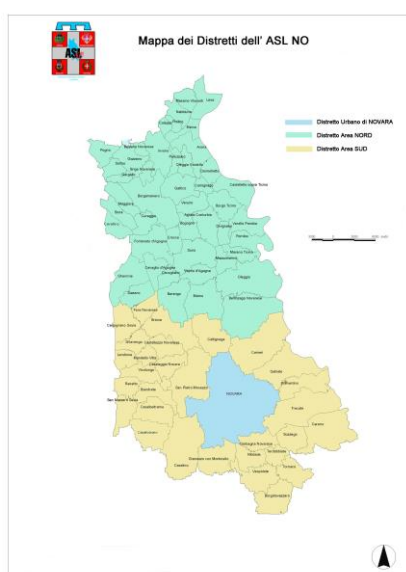
1.1 Territorio servito

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

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

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



Distretto Urbano di Novara

Comune: Novara
Superficie: 103,1 km²

Distretto Area Nord

Comuni: Agrate Conturbia, Arona, Barengo, Bellinzago Nov., Boca, Bogogno, Bolzano Nov., Borgo Ticino, Borgomanero, Briga Nov., Castelletto Ticino, Cavaglietto, Cavaglio D'Agogna, Cavallirio, Colazza, Comignago, Cressa, Cureggio, Divignano, Dormelletto, Fontaneto D'Agogna, Gargallo, Gattico-Veruno, Ghemme, Gozzano, Inverio, Lesa, Maggiora, Marano Ticino, Massino Visconti, Meina, Mezzomerico, Momo, Nebbiuno, Oleggio, Oleggio Castello, Paruzzaro, Pisano, Pogno, Pombia, Sizzano, Soriso, Suno, Vaprio D'Agogna, Varallo Pombia.,
Superficie: 558,7 km²

Distretto Area Sud

Comuni: Biandrate, Borgolavezzaro, Briona, Caltignaga, Cameri, Carpignano Sesia, Casalbeltrame, Casaleggio Novara, Casalino, Casalvolone, Castellazzo Nov., Cerano, Fara Nov.se, Galliate, Garbagna Nov., Granozzo, Landiona, Mandello Vitta, Nibbiola, Recetto, Romentino, S. Nazzaro Sesia, S. Pietro Mosezzo, Sillavengo, Sozzago, Terdobbiato, Tornaco, Trecate, Vespolate, Vicolungo.
Superficie: 541,2 km²

1.2 Popolazione

(cfr. schede sezione I - Demografia)

I residenti sul territorio dell'ASL di Novara, al 31.12.2018, risultano 347.571. Il 44% della popolazione risiede nel Distretto Area Nord che comprende 46 Comuni¹, mentre nel Distretto Urbano di Novara risiede il 30%; una quota di poco inferiore (26%) risiede nel Distretto Area Sud che comprende 30 Comuni.

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

Complessivamente le donne rappresentano il 51,3% della popolazione e sono più numerose degli uomini nelle classi di età più avanzate, costituendo il 57% della popolazione con più di 65 anni e il 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%)

Quasi due terzi della popolazione ha un'età compresa tra 15 e 64 anni. Rispetto all'anno 2000 si registra un invecchiamento della popolazione, con un incremento degli ultra 64enni (24% vs 20%) a scapito della classe di età 15-64 anni (63% vs 68%); i minori di 15 anni rimangono invece costanti (13%).

Nel 2018 in ASL NO, ogni 100 giovani con meno di 15 anni risiedono 180 ultra64enni; dal 2000 l'indice di vecchiaia è aumentato su tutto il territorio ad eccezione del Distretto Area Sud dove tale indice era sceso ma ora sta risalendo (161 vs 159). Superiori al valore aziendale (180) risultano gli indici dei Distretti Area Nord (189) e Urbano di Novara (185). Il Distretto Area Nord rappresenta il Distretto più "vecchio", caratterizzandosi per i maggiori indici di vecchiaia e dipendenza.

Ogni 100 persone tra i 15 ed i 64 anni se ne registrano poco più della metà (58) nelle altre classi di età, considerate "non attive"; questo indice ("di dipendenza") risulta in aumento, con differenze contenute tra i Distretti (range: da 57 D. Area Sud e Urbano di Novara a 59 D. Area Nord).

Gli indici di vecchiaia e dipendenza dell'ASL NO sono entrambi inferiori a quelli regionali (Piemonte: vecchiaia 206; dipendenza 61).

Nel 2018 la popolazione nell'ASL NO è diminuita, confermando l'andamento iniziato nel 2014. Il bilancio demografico infatti risulta negativo, in quanto il saldo migratorio costantemente positivo (più iscrizioni che cancellazioni anagrafiche), non riesce a "compensare" il saldo naturale che si conferma negativo (più morti che nuovi nati). Da alcuni anni la natalità risulta in diminuzione sul territorio dell'ASL NO. Nel 2018, si sono registrati 2.498 nuovi nati, corrispondenti a 7,2 nuovi nati ogni 1.000 residenti, valore in ulteriore diminuzione rispetto agli anni precedenti, anche se superiore alla natalità del Piemonte (6,7 per 1.000). La natalità più elevata si registra nel Distretto Urbano di Novara (nel 2018 7,7 nuovi nati per 1.000 residenti), Distretto dove si osserva una ripresa della natalità rispetto al 2017 (7,5).

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

I neonati stranieri sono il 23% di tutti i neonati, ma con differenze tra i Distretti: 15,5% nel Distretto Area Nord, più del doppio (31,7%) nel Distretto Urbano di Novara e 24,3% 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 2018 si sono registrati 15 nati stranieri ogni 1.000 stranieri e 6 nati italiani ogni 1.000 italiani.

Gli stranieri costituiscono da alcuni anni poco più del 10% dei residenti con proporzioni che risultano più elevate nel Distretto Urbano di Novara (16%) rispetto a quelli di Area Nord (8%) e Area Sud (10%). Gli

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

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.

1.3 Stili di vita

(cfr. schede sezione II – Stili di vita)

L'abitudine tabagica

Tra i residenti dell'ASL NO quasi 1 su 4 fuma, ma la maggior parte degli adulti non è mai stata fumatore. 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.

Ogni anno il tentativo di smettere di fumare riguarda più di 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 62% degli adulti tra i 18 e i 69 anni residenti nell'ASL NO consumi bevande alcoliche e il 22% 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

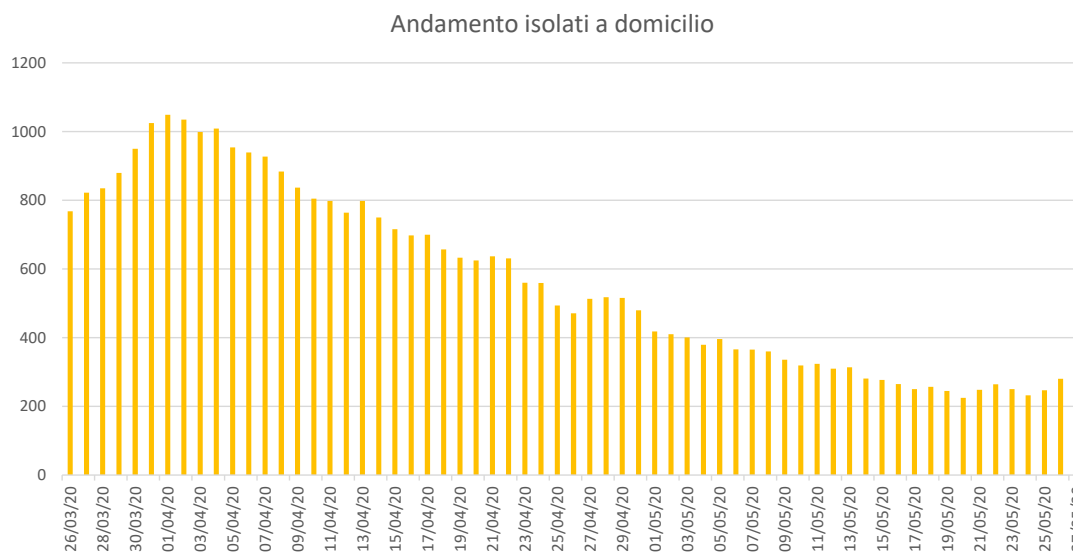
La pandemia SARS-CoV-2

Il 9 gennaio 2020 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha dichiarato che le autorità sanitarie cinesi hanno individuato un nuovo ceppo di coronavirus mai identificato prima nell'uomo, provvisoriamente chiamato 2019-nCoV e classificato in seguito ufficialmente con il nome di SARS-CoV-2. Il virus è associato a un focolaio di casi di polmonite registrati a partire dal 31 dicembre 2019 nella città di Wuhan, nella Cina centrale. Il 30 gennaio, l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha confermato i primi due casi di infezione da COVID-19 in Italia e il 21 febbraio ha confermato il primo caso autoctono in Italia.

Il 30 gennaio 2020 l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) ha dichiarato emergenza di sanità pubblica di interesse internazionale l'epidemia di coronavirus in Cina. Il giorno successivo, 31 gennaio 2020, il Governo italiano ha proclamato lo stato di emergenza con delibera del Consiglio dei Ministri e messo in atto le prime misure contenimento del contagio sull'intero territorio nazionale: ad esse sono seguiti successivi provvedimenti nazionali e regionali che sono stati prontamente applicati in ASL NO per quanto di propria competenza.

La situazione epidemiologica dell'ASL NO vede alla data del 27/05/2020:

- N. 2.675 soggetti positivi a COVID19 residenti in Provincia di Novara², 332 deceduti e 1.404 guariti.
- n. 279 soggetti in isolamento (dato puntuale) a fronte di un numero massimo di isolati pari a n. 1.049, registrati il 01/04/2020. Nel grafico sottostante l'andamento degli isolati al domicilio nel periodo 26 marzo – 27 maggio 2020



I dati dei ricoverati del PO di Borgomanero relativi ai pazienti COVID19 ricoverati, dimessi, deceduti e transitati dalla rianimazione al 25 maggio 2020 sono i seguenti:

Totale pazienti COVID19 RICOVERATI (incluso deceduti in MECAU): 304

Totale pazienti COVID19 ATTUALMENTE PRESENTI IN OSPEDALE: 3 (2,8% dei ricoverati), di cui 1 in Terapia Intensiva, 2 in Medicina CoVID

Totale pazienti COVID19 DECEDUTI per COVID19: 104 (34,21% di tutti i ricoverati per COVID)

Totale pazienti COVID19 TRANSITATI DALLA RIANIMAZIONE: 68 (23,1% dei ricoverati)

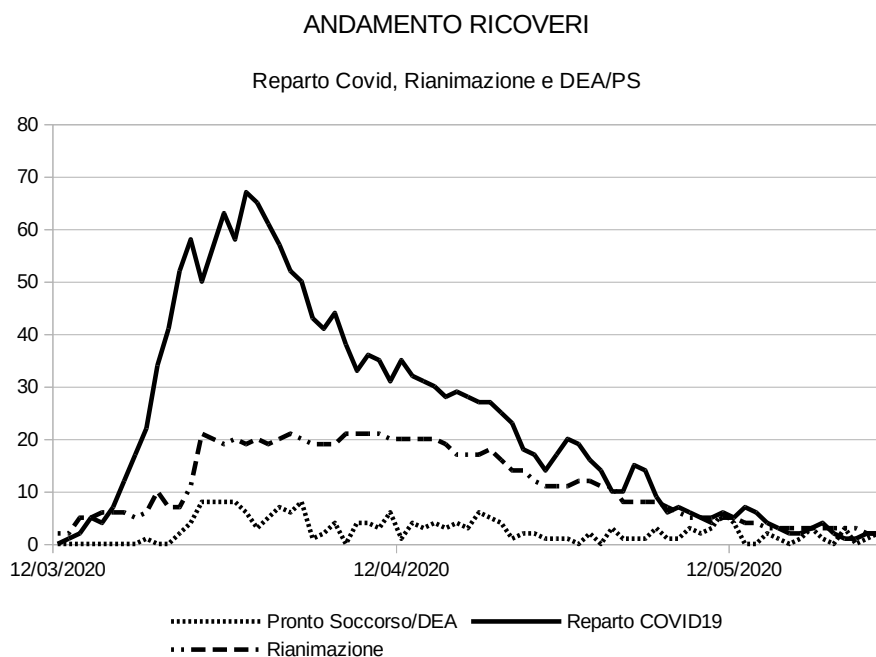
Totale pazienti COVID19 DIMESSI: 197 (64,8% di tutti i ricoverati per COVID)

n. 197 dimessi da Ospedale (dato cumulativo)

n. 104 deceduti in Ospedale (dato cumulativo)

² Dati Regione Piemonte #piemonteinforma

Una rappresentazione grafica dell'andamento dei Ricoveri (dati giornalieri) nei reparti dall'11/03 al 26/05/2020 (TOTALE 304 ricoverati Covid+) è riportata nel seguente grafico:



Gli accessi al DEA nel periodo 22/02-27 maggio sono risultati 5.855, diminuiti del 52,7% rispetto ad analogo periodo del 2019, con un incremento della percentuale di accessi al DEA esitati in ricovero (2019: 10,0%; 2020: 18,7%) e un incremento del 36,8% dei decessi in DEA.

1.5 Sicurezza sul lavoro

(cfr. schede sezione IV – Sicurezza sul lavoro)

La struttura produttiva del territorio novarese è composta soprattutto da aziende di piccole o piccolissime dimensioni (il 93,8% ha meno di 11 addetti); 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 38.000 addetti; seguono Metalmeccanica, Costruzioni e Commercio con circa 10.000 addetti.

Nel 2017 sono stati denunciati 3.557 infortuni, che confermano il trend stabile dopo il calo dell'ultimo decennio (-11% rispetto al 2013).

Gli infortuni in occasione di lavoro definiti positivamente sono stati 1.564 (-4% rispetto al 2016). Il comparto produttivo, che ne registra il numero più alto, è quello dei Servizi (444), seguito da Metalmeccanica (182) e Costruzioni (159).

Gli infortuni gravi (mortalità o che hanno provocato un'inabilità 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)

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

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

1.7 Sicurezza Alimentare

(cfr. schede sezione VI – Sicurezza alimentare)

Presenza di fitosanitari nelle acque ad uso potabile

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

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

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

“Casette dell'acqua”

Le “casette dell'acqua” sono punti di erogazione automatica di acqua collegati all'acquedotto ed installati in spazi pubblici. Il loro scopo è offrire acqua refrigerata e/o addizionata di anidride carbonica (acqua gassata), variamente trattata. Attualmente sul territorio dell'ASL NO sono presenti 46 “casette dell'acqua” collocate in altrettanti Comuni. Gestori delle “casette” e operatori SIAN effettuano varie attività per garantire la salubrità dell'acqua erogata da questi impianti.

Distributori automatici di latte crudo

La vendita di latte crudo direttamente dal produttore al consumatore viene effettuata attraverso l'utilizzo di distributori automatici. Gli standard di produzione e distribuzione, richiesti alle aziende per questa attività, sono elevati e vengono costantemente controllati e verificati dal Servizio Veterinario dell'ASL NO. Attualmente sul territorio dell'ASL di Novara sono presenti 4 distributori automatici, collocati nelle stesse aziende agricole di produzione del latte.

Carni di cinghiale

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

Il consumo dei funghi in sicurezza

Ogni anno vengono registrati episodi di intossicazione da funghi con casi di malattie che talvolta richiedono il ricovero e che possono anche risultare mortali. Per prevenire l'ingestione di funghi velenosi, non commestibili o mal conservati, i raccoglitori possono usufruire della consulenza gratuita dell'Ispettorato Micologico operativo presso il Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione. Nel periodo 2008-2019 l'Ispettorato ha registrato 1.206 accessi con identificazione di 2.067 specie fungine. Il ritiro e la distruzione del 31% dei funghi esaminati dimostrano come questo servizio fornito ai cittadini contribuisca a prevenire casi di intossicazione e avvelenamento da funghi.

Allerte alimentari

Per impedire la distribuzione di prodotti alimentari risultati non conformi, dal 2000 in Europa è attivo il RASFF (Rapid Alert System for Food and Feed - Sistema di Allerta Rapido per Alimenti e Mangimi). Il RASFF è costituito da 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.

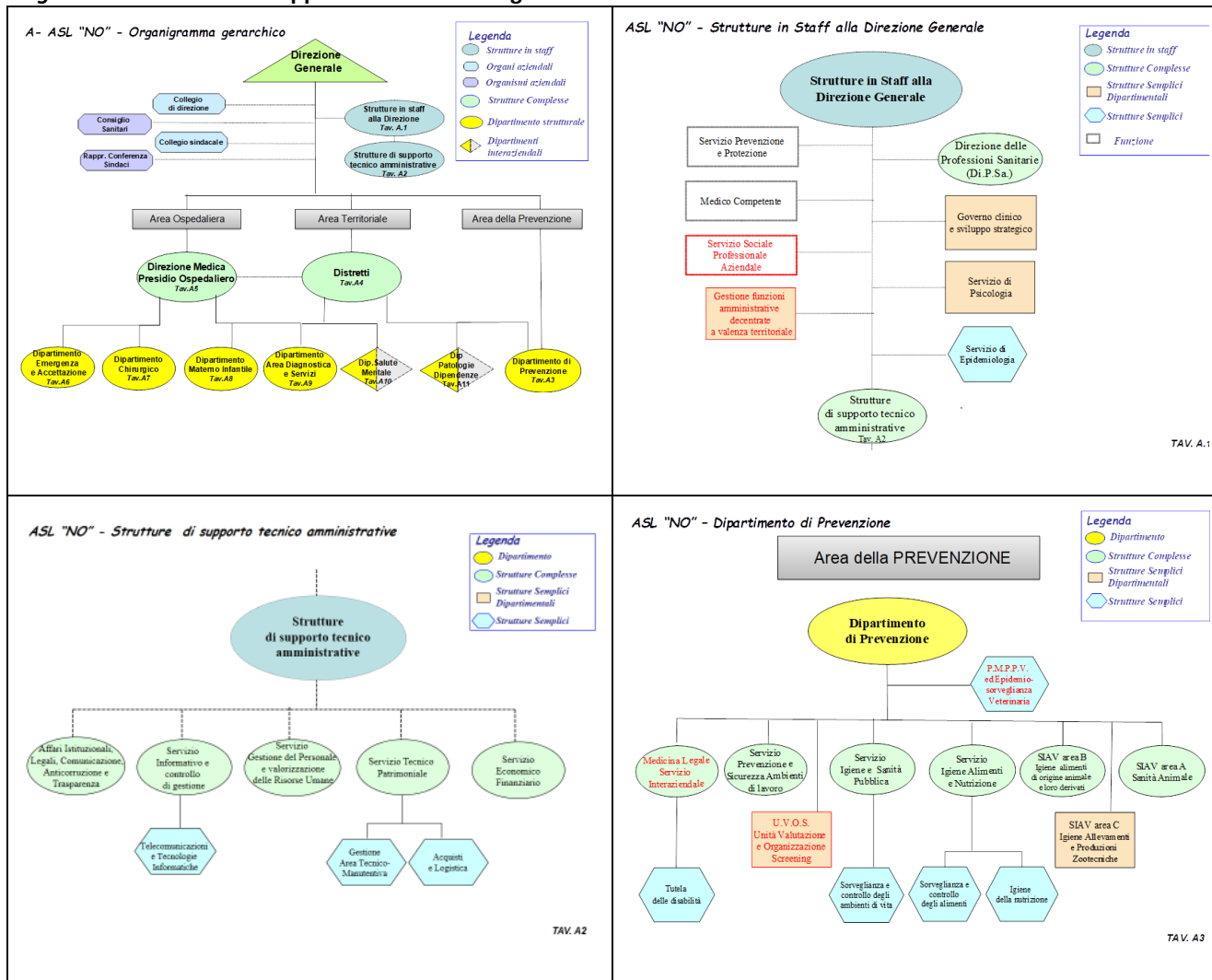
Considerando i tumori più frequenti, la mortalità per tumore del polmone continua a diminuire tra gli uomini ed è attualmente stazionaria tra le donne; quella per tumore della mammella è in diminuzione anche grazie alla progressiva diffusione dello screening preventivo.

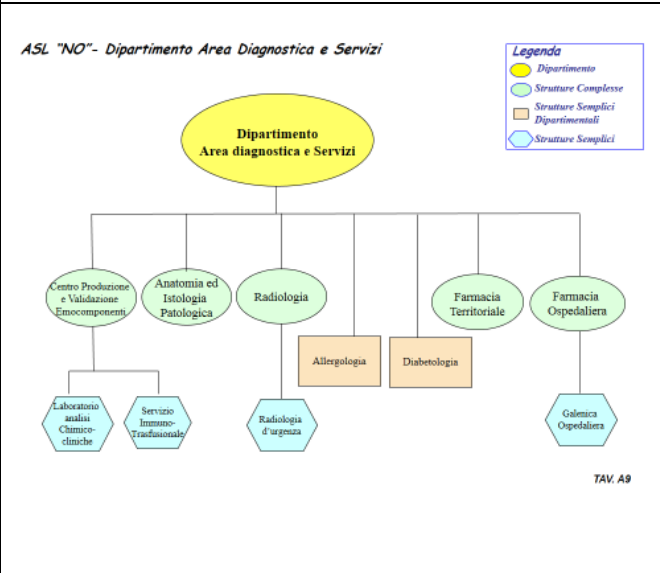
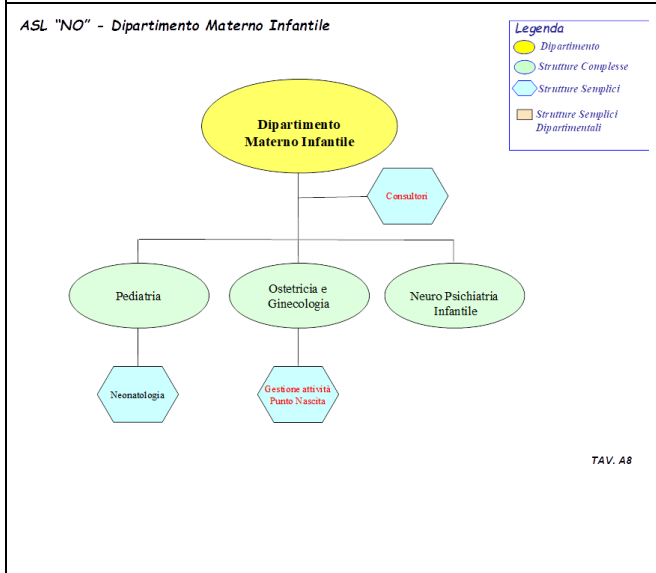
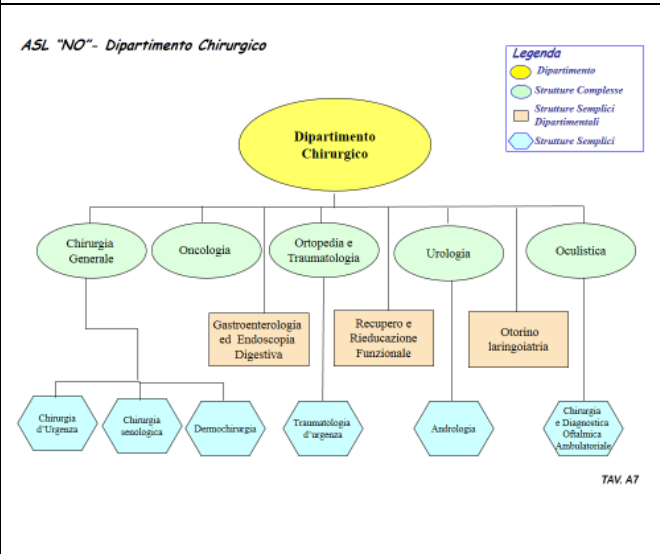
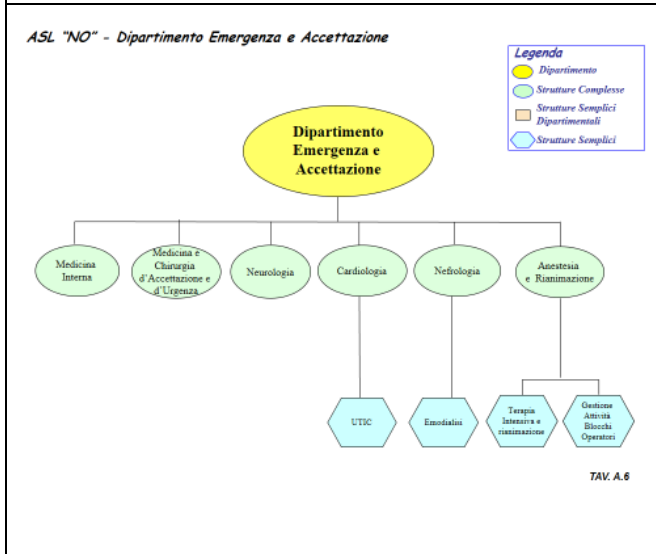
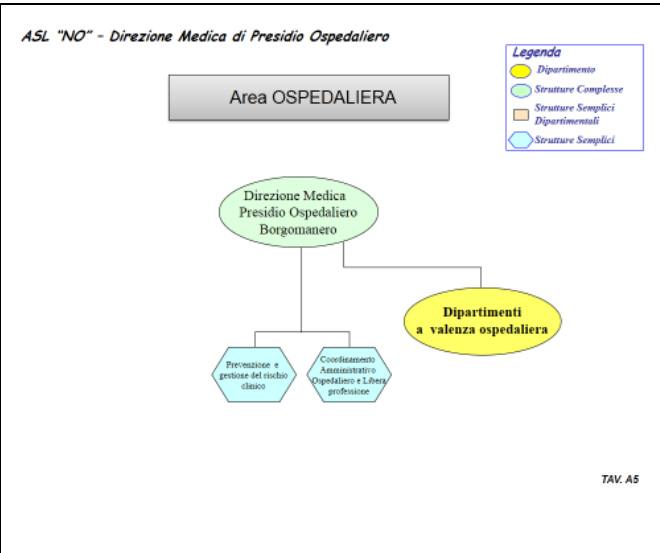
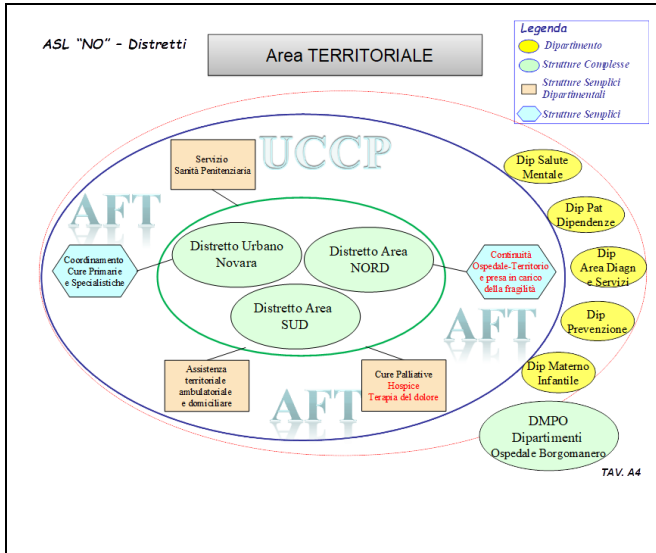
2. L'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI E IL NUOVO ATTO AZIENDALE

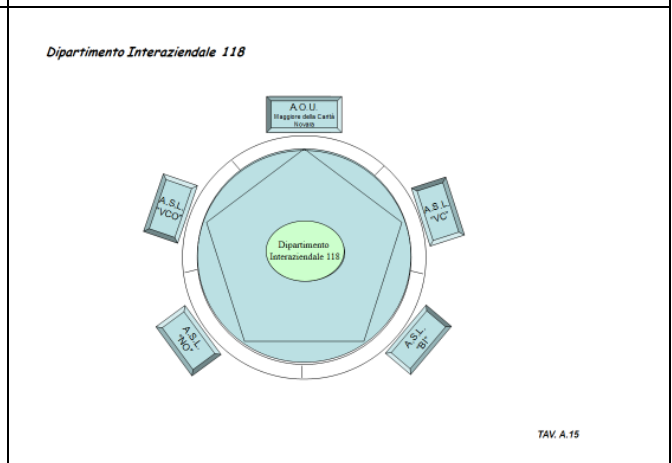
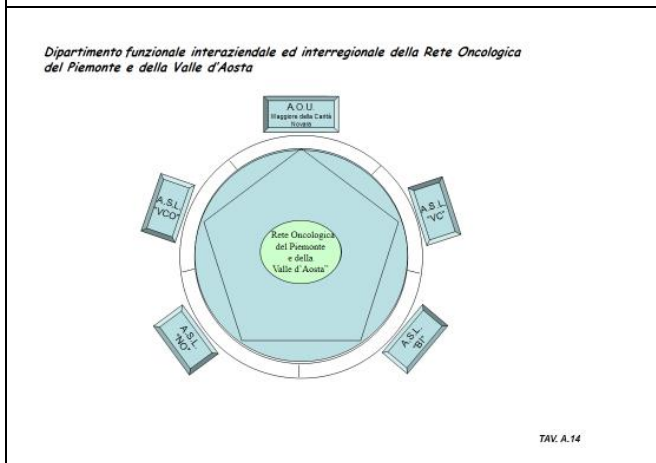
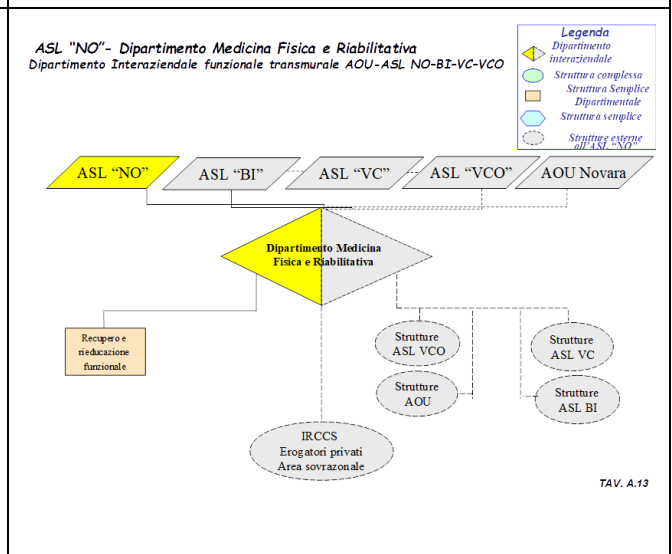
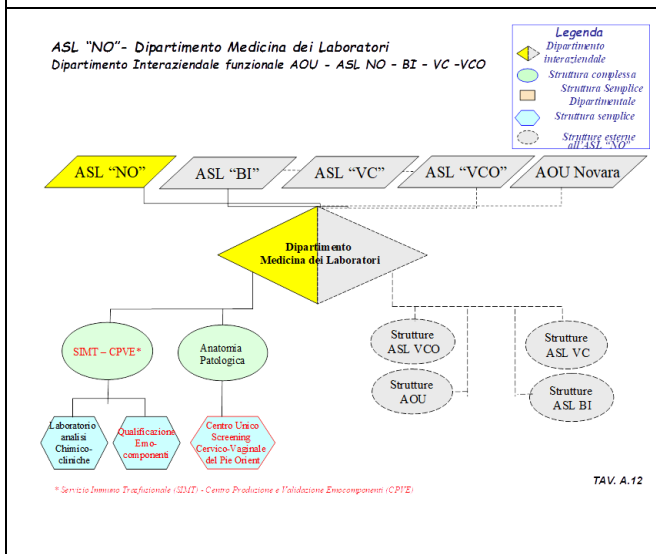
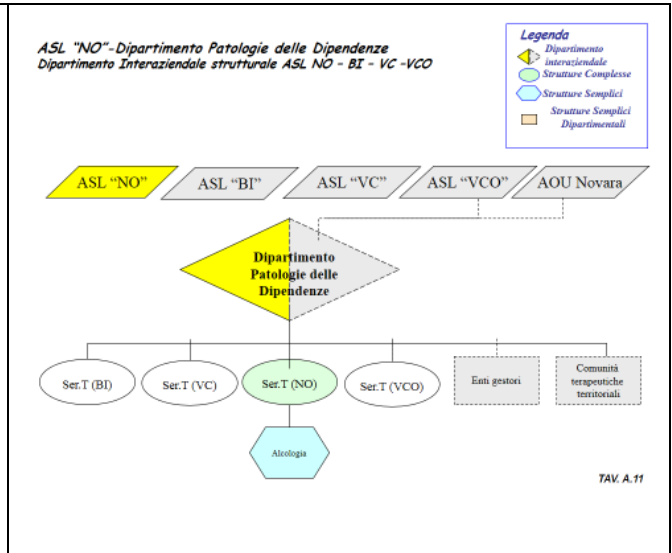
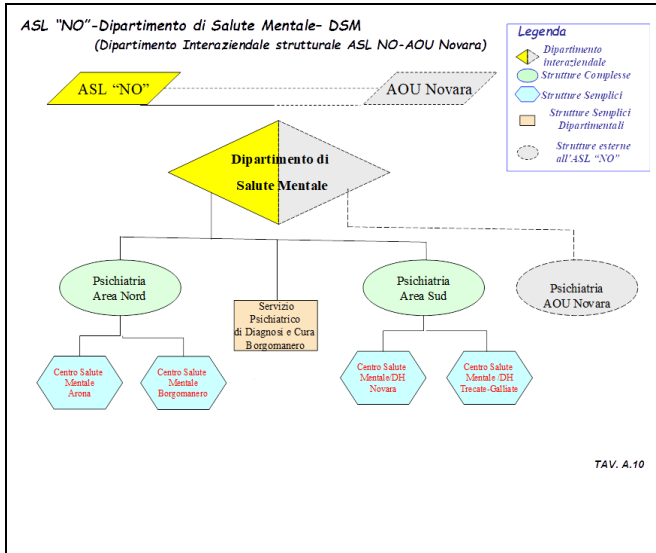
L'ASL di Novara è organizzata secondo l'Atto Aziendale recepito con deliberazione del Direttore Generale n. 109 del 18/03/2019, sottoposto alla valutazione con esito positivo da parte delle competenti strutture regionali ed formalizzato e reso attuativo con Deliberazione del Direttore Generale n. 75 del 01/03/2019.

Di seguito la rappresentazione iconografica dell'organizzazione aziendale.

Fig. 2 - Atto aziendale – Rappresentazione iconografica







L'attuale organizzazione è l'esito della revisione dell'Atto Aziendale effettuato dalla Direzione Generale nel mese di giugno 2018. Tale revisione è stata avviata 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 decentralizzate 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'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 2017-2019

Raggruppamento Qualifica	Dipendenti				
	31/12/2015	31/12/2016	31/12/2017	31/12/2018	31/12/2019
Medici – Veterinari	295	312	308	313	319
Odontoiatri e altro personale sanitario laureato	28	26	28	29	28
Personale dirigente sanitario non medico	1	1	1	1	0
Personale infermieristico	741	746	759	764	783
Personale riabilitativo	71	71	69	73	72
Altro personale sanitario	114	128	134	130	125
Personale professionale dirigente	3	3	3	3	3
Personale tecnico dirigente	1	1	1	1	1
Personale tecnico comparto	206	209	218	244	242
Personale amministrativo dirigente	8	8	8	8	8
Personale amministrativo comparto	263	262	266	273	274
Totale complessivo	1.731	1.767	1.795	1.839	1.855

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 – consuntivo anno 2019

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

AREA DELLA MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE	
ANNO	SPECIALISTI AMBULATORIALI CONVENZIONATI a tempo indeterminato e determinato (DI CUI PSICOLOGI)
2019 consuntivo	68 (13)

2.2 Attività libero professionale intra moenia

Nell'ASL NO l'attività libero professionale intra moenia è organizzata nel rispetto della normativa in vigore (D. Lgvo 502/92 e succ.mod. ed int.; DPCM 27.03.2000, DGR 8-9278 del 28.07.2008; L.120/2007; L. 189/2012; DGR 19-5703 del 23.04.2013; DGR 20-1086 del 23.02.2015, DGR 17-4817, 18-4818 del 27.03.2017); 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 31.12.2019

Di seguito si riportano i dati riferiti ai dipendenti che esercitano l'attività libero professionale intra moenia alla data del 31 dicembre 2019 confrontandoli con i dati del personale dipendente forniti dal Servizio Personale:

Tabella 5 – Attività libero professionale intramoenia – Anno 2019

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	52	2	0	54
Sia in strutture ASL per attività di ricovero che in studi in rete e presso Centri Privati non accreditati	68	0	0	68
Totale	120	2	0	122

Tabella 6 – 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
120	273	44,00%
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
0	25	0
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
2	15	13,00%

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 7 - 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
1. Fase di programmazione					
Definizione Piano di attività dipartimentale, con esplicitazione obiettivi				31 gennaio	
Approvazione proposta scheda di budget	marzo		marzo		
Valutazione proposta scheda di budget				marzo	
2. Fase di negoziazione					
Negoziante con la Direzione strategica	marzo			marzo	
Definizione schede di budget definitive		aprile			
Comunicazione e deliberazione obiettivi di budget		aprile			
3. Fase di gestione e verifica					
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/St: 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 sentito 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):

Home Cruscotto ? Logout

Matricola: _____
 Cognome Nome: _____

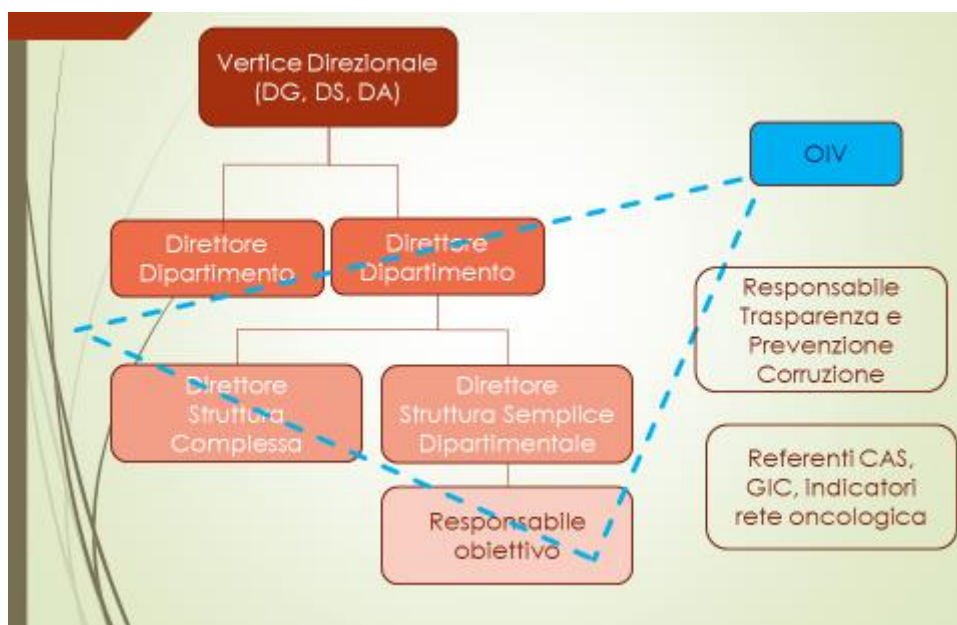
Accedi come: TUTTE Tipo Attività: TUTTE Stato di attivazione: TUTTE Anno di riferimento: 2016
 Dott.ssa Saracino Daniela: 0321374407 (5407)
 Dott. Nucera Andrea: 0321374407 (5407)

Filtri:
 Cod. Azione: _____ Parola chiave: _____ Struttura: _____ Att. visionata: TUTTI

Filtra Rendicontazione attività multipla Stampa Scarica EXCEL

CODICE	INFO	PAROLA CHIAVE	TEMPISTICA	RAGGIUNTO	CONCLUSA	RENDICONTATORE	RESPONSABILE OBIETTIVO	COORDINATORE	STRUTTURA S.C.	VISIONATA
<input type="checkbox"/>	124	INFO	OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	31/01/2016	●	👉			s.s.d. Programmazione e controllo delle attività esterne	●
<input type="checkbox"/>	77	INFO	Aggiornare il GANT del progetto contenzioso liste di attesa	31/03/2016	●	👉			s.s.d. Allergologia	●
<input type="checkbox"/>	100	INFO	Segnalare nuovi casi CAS - modalità	31/03/2016	●	👉			s.c. Anatomia e istologia patologica	●
<input type="checkbox"/>	1311	INFO	ALPI	31/03/2016	●	👉			s.c. Direzione Medica PP.OO.R.	●
<input type="checkbox"/>	1512	INFO	APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	31/03/2016	●	👉			s.c. Direzione Medica PP.OO.R.	●
<input type="checkbox"/>	1025	INFO	DURC - manuale	31/03/2016	●	👉			s.c. Servizio Economico Finanziario	●
<input type="checkbox"/>	1222	INFO	Valutazione sito per PTPC	31/03/2016	●	👉			s.c. Sistema Informativo	●
<input type="checkbox"/>	1223	INFO	Accesso telematico ai dati	31/03/2016	●	👉			s.c. Sistema Informativo	●
<input type="checkbox"/>	101	INFO	Segnalare nuovi casi CAS - attivazione invio	01/04/2016	●	👉			s.c. Anatomia e istologia patologica	●

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 dei 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 2019

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 2019, corredati dei necessari criteri di valutazione, assegnati con DGR n. 12-156 del 2 agosto 2019.

Gli obiettivi assegnati, in alcuni casi ripartiti in sub-obiettivi, sono suddivisi in 6 aree articolate come segue:

Obiettivo	sub-obiettivo
1. Budget	1.1 Equilibrio Economico Finanziario e Sostenibilità dell'SSR
2. Prossimità e integrazione dei percorsi	2.1 Programma regionale cronicità
3. Accessibilità	3.1 Tempi di attesa Ricoveri 3.2 Tempi di attesa specialistica ambulatoriale 3.3 Riduzione del tempo di permanenza dei pazienti in PS
4. Qualità	4.1 Area osteomuscolare 4.2 Tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di IMA STEMI 4.3 Appropriatelyzza nell'assistenza al parto dei Punti Nascita 4.4 Area chirurgia generale: colecistectomia laparoscopica DM 4.5 Screening oncologici 4.6 Vaccini 4.7 Donazioni d'organo 4.8 Protocollo ERAS 4.9 Umanizzazione
5. Gestione spesa: farmaci e DM	5.1 Affidabilità dati rilevati da flussi informativi della farmaceutica 5.2 Assistenza Farmaceutica Territoriale ed Ospedaliera: appropriatezza prescrittiva e riduzione variabilità 5.3 Miglioramento della qualità del flusso informativo dei dispositivi medici
6. Sanità Digitale	6.1 Implementazione progetto FES-Sol e CUP unico regionale

Per ciascun sub-obiettivo vengono proposti:

- una sintetica descrizione di quanto indicato nella D.G.R. n. 12-156 del 2 agosto 2019;
- 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 2019 (RISULTATO);
- i documenti più rilevanti prodotti in corso d'anno che comprovano azioni e risultati conseguiti (allegati).

Agli obiettivi analiticamente elencati nella tabella sopra riportata si deve poi aggiungere, con carattere "contrattuale" rispetto al sistema obiettivi complessivamente considerato, lo specifico obiettivo volto al

rispetto dei tempi di pagamento previsto dall'art. 1, comma 865 della legge n. 145/2018 (Legge di Bilancio 2019), a fronte del quale la Regione Piemonte ha emanato la DGR 69-8679 del 29 marzo 2019 mediante la quale ha integrato i contratti dei Direttori Generali, condizionando il riconoscimento della quota dell'indennità di risultato in misura non inferiore al 30% al raggiungimento dell'obiettivo sui tempi di pagamento, così strutturato:

- a) non è riconosciuta qualora l'ente sanitario registri ritardi superiori a sessanta giorni oppure in caso di mancata riduzione di almeno il 10 per cento del debito commerciale residuo;
- b) è riconosciuta per la metà qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi tra trentuno e sessanta giorni;
- c) è riconosciuta per il 75 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi tra undici e trenta giorni;
- d) è riconosciuta per il 90 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi tra uno e dieci giorni.

Per l'ASL NO quest'ultimo obiettivo risulta raggiunto completamente in quanto l'indicatore di tempestività dei pagamenti risulta addirittura negativo: -6 giorni è l'indicatore calcolato dall'ASL NO per l'anno 2019, -1 giorno è l'indicatore calcolato dalla Piattaforma dei Crediti Commerciali del MEF (PCC).

1. Budget

1.1. OBIETTIVO Equilibrio Economico Finanziario e Sostenibilità dell'SSR

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. 23-8257 del 27/12/2018 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 2019 (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 2019 (attività di Ricovero, Ambulatoriale e PS non seguito da ricovero);
3. Previsionale (bilancio preventivo) per l'anno 2020.

VALORE DELL'OBIETTIVO

1. Sub-obiettivo 1): Spesa consuntiva 2019 (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 al Bilancio Consuntivo 2018. Eventuali variazioni positive nei costi potranno essere autorizzate, nello specifico ed in forma scritta, dalla regione Piemonte.
2. Sub-obiettivo 2): Produzione sanitaria consuntiva 2019, prestazioni di Ricovero e Ambulatoriali e PS non seguito da ricovero, pari o superiore rispetto alla programmazione definita nei Piani di efficientamento 2019 delle AO e dei presidi a gestione diretta delle ASL.
3. Sub-obiettivo 3): presentazione e adozione entro il 31.12.2019

AZIONI

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

1. l'ASL di Novara storicamente risulta l'Azienda Sanitaria piemontese con la quota capitaria di minor entità
2. anche per il 2019 è l'Azienda con la quota pro-capite più bassa
3. la minor quota pro-capite rispetto alle altre ASL ed alla media regionale si concretizza in circa 50 milioni di euro in meno rispetto alla quota calcolata con il valore medio regionale.

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 n. 233 del 30 ottobre 2018 era stato approvato il Piano Investimenti 2019 riguardante il triennio 2019-20-21. Successivamente, in data 22 febbraio 2019, con Deliberazione n. 51, è stato revisionato il predetto Piano al fine di adeguarlo all'autorizzazione regionale di impiego dell'utile 2017 e di aggiornarlo rispetto alle esigenze sopravvenute nel corso del 2018. Con l'autorizzazione all'impiego dell'utile 2017, 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. A Consuntivo non sono stati effettuati acquisti non contemplati dal Piano.
- 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 raffronto della spesa consuntivata nel 2018 con quella registrata nel Bilancio di Verifica (BIVE) 2019 fornisce le seguenti risultanze:

SEGNO	Descrizione	BIVE 2019	CONS 2018	Differenza 2019 - 2018	Diff. %	NOTE
+	Totale costi della produzione da CE (B)	606.998.645	592.457.118	14.541.527	2,45	
+	A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	2.271.848	402.872	1.868.976	463,91	
-	Totale Costo del personale	93.214.951	91.078.390	2.136.561	2,35	Incrementato tetto spesa da Regione
-	Mobilità passiva intra regionale	167.293.591	157.432.492	9.861.099	6,26	Sul Consolidato è a "costo zero"
-	Funzione ricerca IRCCS Maugeri di Veruno	2.500.000	1.450.000	1.050.000	72,41	Incrementato valore da Regione
-	Produzione case di cura e IRCCS Maugeri per altri assistiti	36.742.301	34.630.716	2.111.585	6,10	Compensata in entrata da riaddebiti attivi
=	TOTALE NETTO	309.519.650	308.268.392	1.251.258	0,41	

Sono state escluse dal conteggio le seguenti voci di Bilancio:

- Costo del personale: l'azienda ha avuto nel 2018 un costo del personale inferiore ai tetti di spesa fissati dalla Regione in quanto ha avuto difficoltà a reperire il personale. Nel 2019 i costi si sono mantenuti al di sotto del tetto di spesa, limite che per questo esercizio ha subito anche un incremento da parte della Regione. Di conseguenza non sarebbe corretto considerare nei totali da raffrontare questa categoria di spesa.
- Mobilità passiva infra regionale: trattasi di posta di Bilancio di natura esogena e sulla quale il Direttore Generale dell'azienda non ha la possibilità di incidere significativamente. Inoltre sul Bilancio consolidato regionale si tratta di una partita contabile in pareggio in quanto i costi complessivi corrispondono esattamente ai ricavi complessivi.
- Funzione di ricerca riconosciuta dall'IRCCS Maugeri di Veruno: la Regione stabilisce quali sono gli importi annui riconoscibili e il Direttore Generale non ha alcun potere discrezionale in merito.
- Produzione case di cura e IRCCS Maugeri per altri assistiti: trattasi di poste per le quali il tetto di spesa è stabilito a livello regionale ed inoltre sul Bilancio dell'azienda sono compensate in entrata da ricavi per riaddebiti attivi di pari entità.

Viste le risultanze, l'obiettivo risulta raggiunto in quanto l'incremento di spesa è inferiore a 4 milioni di euro ed in termini percentuali risulta pari allo 0,41%.

Sub obiettivo 2

Dalle tabelle seguenti si evince come la produzione sanitaria consuntiva 2019, prestazioni di ricovero e ambulatoriali e PS non seguito da ricovero, risulti equivalente alla programmazione definita nei Piani di efficientamento 2019 delle AO e dei presidi a gestione diretta ASL, ovvero in linea con lo standard previsto.

CP Sperimentale Previsionale anno 2019 - Istituto 010006 S.s. Trinità Borgomanero		
		Valore
RT0001	totale valorizz.tariffaria prestazioni ricovero ospedaliero SSR	31.727.580,00
RT0002	totale valorizz.tariffaria prestazioni ambulatoriali SSR	14.291.790,00
RT0003	totale valorizz.tariffaria prestazioni PS SSR	2.323.690,00
AA0940	ticket	4.751.000,00
Totale attività programmata: ricovero, ambulatoriale e PS non seguito da ricovero		53.094.060,00

Produzione Presidio ASL - consuntivo 2019		
Fonte: flussi validati inviati entro il 27/01/2020		
Flusso	Prestazione	Valore (incluso ticket e quota fissa)
SDO	Prestazioni di ricovero - HSP 010006/00	31.499.184,15
C	Prestazioni ambulatoriali - STS 000249	18.889.399,96
C2	PS non seguito da ricovero	2.715.620,85
Totale attività a consuntivo: ricovero, ambulatoriale e PS non seguito da ricovero		53.104.204,96

Sub-obiettivo 3

Il Bilancio di Previsione 2020 è stato adottato con Deliberazione del Direttore Generale n. 463 del 27 dicembre 2019, pertanto ampiamente entro il termine previsto dall'obiettivo.

2. Prossimità e integrazione dei percorsi

2.1 OBIETTIVO Continuità assistenziale e Programma Regionale Cronicità

DESCRIZIONE

La Regione Piemonte ha avviato da diversi anni una progressiva revisione dei modelli organizzativi e delle metodologie di sviluppo che partecipano alla riorganizzazione della continuità assistenziale recependo in ultimo nel 2018 gli obiettivi prioritari previsti dal Piano Nazionale Cronicità (DGR 306-29185 del 10/07/2018).

INDICATORE

1. Presenza in ogni Presidio Ospedaliero e in ogni Distretto aziendale, rispettivamente del Nucleo Ospedaliero di Continuità Assistenziale e del Nucleo Distrettuale di Continuità delle Cure come previsti, anche in termini di profili professionali e modalità operative, dall'Ali. A ex DGR n. 27-3628/2012 e s.m.i.;
2. Definizione della proposta di Piano Aziendale della cronicità secondo i contenuti e i tempi previsti dall'Assessorato.

VALORE DELL'OBIETTIVO

1. 100%;
2. 100%.

AZIONI e RISULTATI

1) In ogni presidio Ospedaliero e in ogni Distretto Aziendale sono presenti NOCC e NDCC come specificato all'interno del questionario inviato al competente settore regionale, con la nota prot. n. 15295/19/DG del 11/03/2019 per i NOCC e nota prot. n. 15301/19/DG del 11/03/2019 per i NDCC. La specifica delle funzioni è contenuta all'interno della deliberazione n 295 del 13/12/2017 ad oggetto "Percorso integrato di continuità di cura Ospedale territorio: "La continuità assistenziale del paziente non autosufficiente nell'ASL NO (rev. n. 06.17) e "Punto unico di Accesso (PUA) ai servizi socio-sanitari nell'ambito delle rete delle Cure Primarie-Case della salute dell'ASL NO".

2) In accordo con le scadenze scandite dalla nota regionale prot n. 4669 del 28/02/2019 ad oggetto "Piano Regionale Cronicità: percorso effettuato, prossimi appuntamenti e sviluppo "Piani aziendali Cronicità", in data 11/03/2019 il Referente del Nucleo per la Cronicità Aziendale dell'ASL NO, in accordo con l'AOU, ha inviato via mail all'Assessorato la "Bozza del Piano Cronicità".

A seguire il Referente del Nucleo per la Cronicità Aziendale dell'ASL NO e quello dell'AOU hanno partecipato, con i componenti dei gruppi di lavoro per la Cronicità delle rispettive Aziende, ad ulteriori incontri organizzati dall'Assessorato in seguito a cui è stato elaborato ed inviato con nota prot. n. 20103/DG del 01/04/2019 il documento dal titolo "(PROPOSTA) Piano aziendale per la cronicità ASL NO - AOU Maggiore della Carità" con i relativi allegati, come richiesto dalla citata nota.

In adempimento a quanto richiesto dal gruppo di lavoro Assessorile dalla nota prot. n. 14442 del 12/07/2019, avente ad oggetto "Piano Regionale Cronicità: aggiornamento percorso effettuato, prossimi sviluppi" il 30/07/2019 è stata inviata, come end-point intermedio, la "Scheda di ricognizione funzione infermieristica" (prot. 45508/DS/19 del 30/07/2019) che aveva lo scopo di censire la "Tipologia ambulatori infermieristici" presenti in ASL.

Secondo quanto previsto dall'Assessorato durante il periodo estivo e fino a prima della consegna della successiva versione del Piano l'ASL ha lavorato all'interno di alcuni gruppi di lavoro formulati per meglio definire il contenuto dei capitoli dei Piani ed omogeneizzare gli stessi. Il referente ASL per il Nucleo per la Cronicità Aziendale è stato individuato dal Gruppo di lavoro dell'Assessorato come referente per lo sviluppo del capitolo relativo all "Capitolo 7 -Formazione per lo sviluppo organizzativo", in collaborazione con i referenti della formazione di Città di Torino e di ASL VC.

In data 30/10/2019, sempre in adempimento alle indicazioni fornite dall'Assessorato, i Nuclei Cronicità dell'ASL e dell'AOU, in relazione a quanto condiviso all'interno delle Riunioni della Cabina di Regia, hanno ridefinito il Piano Cronicità, inviato in Assessorato con nota prot. n. 63155/DG/19 del 30/10/2019 ad oggetto "Piano Aziendale Cronicità ASL NO- AOU Maggiore della Carità". Il "Piano" era accompagnato dalla "Scheda di rilevazione dei Fabbisogno ASL AOU" in cui si dettaglia, per aree, il fabbisogno delle due Aziende per l'attivazione degli ambulatori in integrazione con le Case della salute, l'implementazione del nuovo modello organizzativo per le dimissioni protette e l'implementazione PDTA.

In data 24/12/2019, come da accordi con il gruppo regionale formato dai Dirigenti DiPSA è stata inviata la scheda relativa alla "Funzione Infermieristica Organizzata (FIOC)" condivisa tra ASL e AOU.

Tutte le scadenze poste dalla Regione sono state rispettate, come da documenti allegati.

3. Accessibilità

3.1. OBIETTIVO Tempi di attesa Ricoveri

DESCRIZIONE

In continuità con quanto previsto negli anni precedenti, si pone come obiettivo 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 2019-2021.

Di seguito si elencano le procedure oggetto dell'obiettivo che si effettuano nell'ambito del Presidio Ospedaliero:

1. interventi chirurgici tumore mammella
2. interventi chirurgici tumore prostata
3. interventi chirurgici tumore colon
4. interventi chirurgici tumore retto
5. interventi chirurgici tumori dell'utero
6. interventi chirurgici per melanoma
7. interventi chirurgici per tumore maligno della tiroide
8. intervento protesi d'anca
9. Colecistectomia laparoscopica
10. Emorroidectomia
11. Riparazione ernia inguinale

INDICATORE

1. Per tipologia di intervento con codice di priorità A:
N° prestazioni per classe di priorità A erogate entro 30 gg/N° prestazioni totali per classe di priorità A;
2. Per tipo di intervento con codice di priorità B:
N° prestazioni per classe di priorità B erogate entro 60 giorni /N° prestazioni totali per classe di priorità B.

VALORE DELL'OBIETTIVO

1. Cfr. tabella valori soglia di garanzia ex DGR n. 12-156 del 2 agosto 2019
2. ≥90% per singola tipologia di intervento con codice di priorità B.

AZIONI

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 è proseguito 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. Tale progetto si è espletato nei seguenti mesi del 2019: gennaio, marzo, aprile, maggio, ottobre, novembre, dicembre.

Il pagamento del progetto è stato effettuato con l'accantonamento del Fondo Balduzzi sull'attività intramoenia svolta dai dirigenti ASL NO.

Al fine di ottimizzare la gestione delle Sale Operatorie nel mese di novembre 2019 è stata istituita la Commissione Aziendale per il "Buon Uso delle Sale Operatorie", finalizzata a ridefinire le modalità organizzative e gestionali delle Sale Operatorie del Presidio Ospedaliero di Borgomanero (cfr. nota prot. 64263/DS/19 del 05/11/2019 di istituzione della Commissione).

RISULTATO

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

CLASSE DI PRIORITA' A	Std	2018		2019	
		Gen-Dic		Gen-Dic	
		Totale	% Entro std	Totale	% Entro std
MAMMELLA^	≥90%	22	86%	23	100%
PROSTATA^	≥90%	35	31%	30	90%
COLON^	≥90%	33	79%	38	92%
RETTO^	≥90%	7	86%	10	80%
UTERO^	≥90%	0	N.C.	0	N.C.
TIROIDE^	≥89%	9	78%	10	100%
PROTESI D'ANCA^	≥90%	0	N.C.	0	N.C.
COLECISTECTOMIA^ LAPAROSCOPICA	≥67%	6	67%	4	75%
EMORROIDECTOMIA^	≥90%	2	100%	0	N.C.

CLASSE DI PRIORITA' B	Std	2018		2019	
		Gen-Dic		Gen-Dic	
		Totale	% Entro std	Totale	% Entro std
MAMMELLA^	≥90%	0	N.C.	1	100%
PROSTATA^	≥90%	0	N.C.	0	N.C.
COLON^	≥90%	5	20%	4	75%
RETTO^	≥90%	1	100%	3	100%
UTERO^	≥90%	1	100%	0	N.C.
MELANOMA^	≥90%	0	N.C.	0	N.C.
TIROIDE^	≥90%	7	43%	11	64%
PROTESI D'ANCA^	≥90%	16	63%	20	95%
COLECISTECTOMIA^ LAPAROSCOPICA	≥90%	94	41%	97	73%
EMORROIDECTOMIA^	≥90%	0	N.C.	1	N.C.
RIPARAZIONE^ ERNIA INGUINALE	≥90%	12	75%	6	67%

Obiettivo raggiunto

Obiettivo non raggiunto

Fonte dati: SDO 2018-2019

L'analisi dei tempi di attesa dei ricoveri in base alle classi di priorità evidenzia un pieno raggiungimento dell'obiettivo per tutti gli interventi chirurgici in classe di priorità A, dimostrando un miglioramento

rispetto all'anno precedente. Unica eccezione è rappresentata dagli interventi sul retto per i quali i tempi sono stati comunque garantiti in 8 casi su 10.

Per quanto riguarda gli interventi in classe B, quindi con un'urgenza minore, l'obiettivo risulta pienamente raggiunto per i tumori della mammella e del retto, nonché per gli interventi di protesi d'anca. Per i restanti interventi, pur non avendo registrato un pieno raggiungimento dell'obiettivo, si evidenzia un miglioramento significativo rispetto all'anno precedente. Unica eccezione riguarda l'intervento di riparazione dell'ernia inguinale, intervento peraltro a minor complessità.

L'analisi approfondita delle singole cartelle dei pazienti che hanno effettuato interventi oltre il tempo previsto, ha consentito di evidenziare le motivazioni che hanno comportato la mancata esecuzione dell'intervento chirurgico entro i tempi stabiliti.

In particolare:

- In 3 casi (un intervento alla tiroide, 2 ernioplastiche) il paziente ha chiesto di spostare l'intervento programmato;
- un intervento di emorroidectomia è stato rimandato in quanto la paziente ha avuto un episodio di tonsillite;
- In un caso di intervento di ernioplastica, il paziente è stato sottoposto a numerosi e approfonditi accertamenti su richiesta dei medici del prericovery; l'esecuzione degli stessi ha portato ad un prolungamento dei tempi.

Restano ancora margini di miglioramento organizzativo che verranno implementati nel corso del 2020.

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, formalizzati con deliberazione del Direttore Generale n. 255 del 28/11/2018, disponibile agli Atti.

3. Accessibilità

3.2. OBIETTIVO Tempi di attesa prestazioni di specialistica ambulatoriale - ASL/AO/AOU

DESCRIZIONE

Con Intesa della Conferenza Stato Regioni n. prot. 28/CSR del 21.02.2019 è stato approvato il nuovo PNGLA per il triennio 2019 - 2021, in corso di recepimento da parte della Regione Piemonte.

All'interno di tale cornice 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 3 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 e s.m.i.)
- **Implementazione del modello RAO per gastroenterologia (ex DD 259 del 10.04.2019)** Stante l'implementazione del flusso DEM.
- Partecipazione alla definizione del **nuovo modello di monitoraggio regionale** dei tempi di attesa della specialistica ambulatoriale.

INDICATORE

$$1. \frac{\sum (\text{data prenotazione} - \text{data erogazione})}{\text{N}^\circ \text{ prestazioni}}$$

2. Implementazione del modello RAO per la gastroenterologia
3. Partecipazione dei referenti aziendali per i tempi di attesa al gruppo regionale per la definizione del nuovo modello di monitoraggio regionale.

VALORE DELL'OBIETTIVO

1. Cfr. tabella prestazioni ex DGR 12-156 del 2 agosto 2019
2. Evidenza dell'applicazione del modello RAO - gastroenterologia nella prescrizione delle prestazioni
3. Partecipazione ad almeno il 90% degli incontri programmati

Subobiettivo 3.2.1 - Adeguamento del tempo medio di attesa

AZIONI

Nel 2019 l'ASL NO ha proseguito con l'attuazione delle azioni previste nei Progetti aziendali per la riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni critiche di specialistica ambulatoriale (secondo le indicazioni operative della Direzione Sanità trasmesse con nota prot. 15954 del 17/07/2018) redatti nel corso del mese di luglio 2018 e relative al biennio 2018 – 2019.

Gli ambiti di intervento individuati (di maggiore criticità) su cui intervenire hanno riguardato:

- 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.

Nell'ambito della definizione degli accordi contrattuali con gli erogatori 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.

Nell'ambito dell'Area omogenea del Piemonte Nord Est (ASL VC, ASL BI, ASL NO, ASL VCO e AOU Novara) con la Deliberazione del Direttore Generale dell'ASL NO n. 248 del 3 luglio 2019, in recepimento della DGR n. 110-9017 del 16 maggio 2019, si è provveduto all'aggiornamento della composizione del Gruppo di Coordinamento dei Tempi di Attesa della stessa Area omogenea, con capofila ASL NO. Il Gruppo di Coordinamento opera secondo le modalità previste dall'art. 4 del Regolamento di funzionamento del Gruppo approvata con delibera del Direttore Generale ASL NO n. 99/2017 (Disponibile agli atti).

Al proprio interno l'ASL NO – Azienda capofila – ha altresì definito un tavolo di lavoro aziendale a supporto della stesura ed implementazione del Programma di Area per il Governo dei Tempi di Attesa.

Il Gruppo di Coordinamento dell'Area, secondo le disposizioni della DGR n. 110-9017 ha definito il nuovo Piano per il Governo dei Tempi d'Attesa di Area per il triennio 2019 – 2021, che è stato presentato alla Direzione Sanità per la fase istruttoria entro il termine previsto del 16 luglio. La Direzione Sanità ha comunicato l'esito positivo dell'istruttoria il 24/09/2019, pertanto il Piano sottoscritto dai Direttori Generali delle cinque Aziende è stato formalizzato (rif. Deliberazione dal Direttore Generale ASL NO n. 360 del 02/10/2019), sottoscritto dai Direttori Generali delle cinque Aziende dell'Area.

RISULTATI

Per quanto riguarda il primo indicatore, di seguito sono riportate le tabelle relative ai tempi di attesa nel corso del 2019 dalle quali si evince che considerando il periodo 01/01/2019-31/12/2019 risultano entro standard o con un incremento della produzione rispetto al 2015 superiore del 30%, 31 delle 68 prestazioni soggette a monitoraggio.

(Fonti: per attività istituzionale dati validati da Regione su flusso C)

Prestazioni ambulatoriali soggette a monitoraggio – confronto rispetto allo standard regionale

Descrizione Prestazione	dal 01/01/2019 al 31/12/2019			std
	N. prest.	gg totali	T.A.	
Visita cardiologica	12.017	376.495	31,3	30
Visita chirurgia vascolare	1.973	40.331	20,4	30
Visita endocrinologica	3.080	126.651	41,1	30
Visita neurologica	6.784	286.527	42,2	30
Visita oculistica	18.867	834.698	44,2	30
Visita ortopedica	13.388	382.360	28,6	30
Visita ginecologica	12.610	162.486	12,9	30
Visita otorinolaringoiatrica	12.516	235.152	18,8	30
Visita urologia	6.209	179.551	28,9	30
Visita dermatologica	10.109	483.059	47,8	30
Visita fisiatrica	17.329	479.814	27,7	30
Visita gastroenterologica	3.445	89.881	26,1	30
Visita pneumologica	4.125	116.969	28,4	30
Mammografia bilaterale	1.459	58.692	40,2	40
Mammografia monolaterale	302	13.637	45,2	40
TC del Torace	2.269	119.759	52,8	30
TC Torace senza e con MDC	5.059	225.289	44,5	30
TC dell'Addome superiore	40	2.014	50,4	30
TC dell'Addome superiore senza e con MDC	286	15.068	52,7	30
TC dell'Addome inferiore	32	1.553	48,5	30
TC dell'Addome inferiore senza e con MDC	79	4.402	55,7	30
TC dell'Addome completo	782	19.908	25,5	30
TC dell'Addome completo senza e con MDC	5.381	234.321	43,5	30
TC Cranio - encefalo	1.943	57.604	29,6	30
TC Cranio - encefalo senza e con MDC	1.771	45.273	25,6	30
TC del Rachide e speco vertebrale cervicale, toracico, lombosacrale	766	20.297	26,5	30
TC del Rachide e speco vertebrale cervicale, toracico, lombosacrale senza e con MDC	26	393	15,1	30
TC di bacino e articolazioni sacroiliache	163	3.075	18,9	30
RMN di encefalo e tronco encefalicogunzione cranio-spinale e relativo distretto vascolare	2.427	88.761	36,6	30
MDC	2.682	111.592	41,6	30
RMN di addome inferiore e scavo pelvico	49	1.510	30,8	30
RMN di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	604	21.644	35,8	30
RMN Cdella colonna in toto	7.508	150.122	20,0	30
RMN Cdella colonna in toto senza e con MDC	1.110	28.047	25,3	30
Diagnostica ecografica del Capo e collo	9.272	619.005	66,8	40
Eco(color)dopplergrafia cardiaca	16.676	794.088	47,6	40
Eco(color)dopplergrafia dei tronchi sovra aortici	11.770	609.649	51,8	40
Ecografia dell'addome superiore	5.964	281.401	47,2	30
Ecografia dell'addome inferiore	832	33.255	40,0	30
Ecografia dell'addome completo	11.410	560.446	49,1	30
Ecografia bilaterale della Mammella	4.117	160.638	39,0	30
Ecografia monolaterale della Mammella	176	4.335	24,6	30
Ecografia Ostetrica	4.307	20.034	4,7	11
Ecografia Ginecologica	737	8.119	11,0	11
Ecocolordoppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	8.795	171.509	19,5	30
Colonscopia totale con endoscopio flessibile	3.696	197.773	53,5	30
Polipectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unica	174	245	1,4	30
Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile	186	4.788	25,7	30
Esofagogastroduodenoscopia con biopsia sede unica	4.131	150.060	36,3	30
Elettrocardiogramma	33.004	1.176.883	35,7	30
Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	6.245	221.251	35,4	40
Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	733	39.868	54,4	40
Altri test cardiovascolari da sforzo	353	7.860	22,3	40
Esame audiometrico tonale	4.866	178.321	36,6	30
Spirometria semplice	2.851	44.941	15,8	40
Spirometria globale	2.007	42.925	21,4	40
Fotografia del fundus	3.137	309.800	98,8	30
Elettromiografia semplice per arto superiore, inferiore, capo, tronco Valutazione EMG dinamica del cammino	339	2.573	7,6	30
Emg dinamica dell'arto superiore				

Prestazioni ambulatoriali soggette a monitoraggio – incrementi superiori al 30% dei volumi rispetto al 2015

Descrizione Prestazione	std	T.A.	n. prest 2019	n. prest 2015	rapporto 19/15
Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	40	54,4	733	492	+ 49%
Fotografia del fundus	30	98,8	3137	1750	+ 79%

Per le prestazioni di RM e TC si ritiene opportuno segnalare un importante incremento di attività rispetto ai volumi erogati nel 2015, ancorchè per queste prestazioni non sia prevista tale valutazione nella verifica degli obiettivi.

Descrizione Prestazione	std	T.A.	n. prest 2019	n. prest 2015	rapporto 19/15
TC del Torace	30	52,8	2270	1516	+ 50%
TC dell'Addome inferiore senza e con MDC	30	55,7	78	38	+ 105%
RMN di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	30	35,8	604	286	+ 111%

Nella tabella seguente sono riportate specifiche analisi per le prestazioni risultate oltre lo standard e che non presentano aumenti di consumo oltre il 30% tra il 2019 e il 2015.

Prestazione	Valore al 31/12/2018	Commento
Visita cardiologica	31.3 (atteso 30)	Prestazione sostanzialmente entro standard (1 giorno).
Visita endocrinologica	41.1 (atteso 30)	L'ASL NO ha assunto dal 01/09/2019 uno Specialista Endocrinologo a tempo indeterminato da inserire nell'organico della S.S.D. Diabetologia, da destinare, tra l'altro, per il contenimento dei tempi di attesa. Si prevede che per il 2020 l'intervento avrà esito positivo sui tempi di attesa della prestazione
Visita neurologica	42.2 (atteso 30)	Prestazione storicamente oltre tempi di attesa, si segnala che il 30% delle prestazioni consumate si riferiscono alla classe P (standard 180gg).
Visita oculistica	44.2 (atteso 30)	Tale attività, storicamente al di sopra dei tempi di attesa, ha comunque confermato l'andamento positivo e ulteriormente registrato notevole miglioramento rispetto agli anni precedenti, essendo passata da 70.2 giorni di attesa nel 2017 a 56.7 nel 2018 e a 44.2 nel 2019.
Visita dermatologica	47.8 (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. Infatti si registra un lieve miglioramento del ta medio che passa da 50.7 giorni medi del 2018 a 47.8 del 2019.
Mammografia monolaterale	45.2 (atteso 40)	Le prestazioni di mammografia presentavano nel 2018 una ta medio notevolmente oltre lo standard atteso (81.9 giorni). Nel 2019 pertanto il ta medio della mammografia monolaterale si è quasi dimezzato. Le prestazioni in classe P rappresentano però circa il 69% del totale delle prestazioni, trattandosi per una quota significativa 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, in presenza di un sospetto diagnostico che deve essere indicato in modo inequivocabile. La loro prescrizione NON 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.
TC del Torace senza e con contrasto	52.8 44.5 (atteso 30)	Permane la criticità rilevata nel 2018, nonostante sia stata inclusa nei progetti per l'abbattimento dei tempi d'attesa con l'offerta di prestazioni. L'analisi dettagliata dei dati di consumo del 2019 dimostrano che il 50% circa delle prestazioni è prescritto con classe P, ovvero trattasi di prestazioni di controllo e follow-up.
TC dell'Addome superiore senza e con contrasto	50.4 55.7 (atteso 30)	Per queste prestazioni si confermano le osservazioni descritte per la TC Torace. Le rilevazioni della prescrizione in ricetta dematerializzata dimostrano come poco meno del 50% di queste prestazioni sia originata da prescrizioni in classe P.
TC dell'Addome inferiore senza e con contrasto	48.5 65.0 (atteso 30)	
TC dell'Addome completo senza e con contrasto	43.5 (atteso 30)	
RMN cervello e tronco encefalico con e senza contrasto	36.6 41.6 (atteso 30)	Anche in questo caso le rilevazioni su prescrizione in ricetta dematerializzata dimostrano come oltre il 50% di queste prestazioni sia originata da prescrizioni in classe P.
RMN addome inferiore e scavo pelvico con e senza contrasto	35.8 (atteso 30)	Anche in questo caso le rilevazioni regionali su prescrizione in ricetta dematerializzata dimostrano come oltre il 47% di queste prestazioni sia originata da prescrizioni in classe P.
Diagnostica ecografica del capo e del collo	66.8 (atteso 40)	Anche in questo caso le rilevazioni regionali su prescrizione in ricetta dematerializzata dimostrano come quasi 50% di queste prestazioni sia originata da prescrizioni in classe P.
Ecocolordoppler cardiaca	47.6 (atteso 40)	Si segnala che il tempo di attesa medio è fortemente influenzato dalle prestazioni in classe P e di secondo accesso.
Ecocolodoppler TSA	51.8 (atteso 40)	Si segnala che il tempo di attesa medio è fortemente influenzato dalle prestazioni in classe P e di secondo accesso.
Ecografia Addome superiore, inferiore, completo	47.2 40 49.1 (atteso 30)	Anche in questo caso le rilevazioni su prescrizione in ricetta dematerializzata dimostrano come poco meno del 50% di queste prestazioni sia originata da prescrizioni in classe P.
Ecografia Mammella bilaterale	39 (atteso 30)	L'ecografia della mammella moniolaterale risulta ampiamente erogata entro gli Standard (26.9 giorni medi). Per l'ecografia bilaterale, che supera di 9 giorni il tempo standard previsti, si segnala che i dati di dettaglio delle classi di priorità evidenziano che la prestazione sia prescritta per oltre il 25% dei casi in classe P e che le richieste di classe U, B e D sono state erogate in tempi rientranti negli standard previsti per ciascuna delle relative classi di priorità.
Colonscopia	53.5 (atteso 30)	Prestazione oggetto di interventi significativi a partire dal 2018; gli incrementi di produzione (fino a +50%) non hanno prodotto miglioramenti proporzionali sui tempi di attesa, seppur in miglioramento. Si segnala che le prestazioni con classe U e B sono erogate entro i ta standard previsti per ciascuna classe di priorità ma che è elevato il numero di prestazioni richieste in secondo accesso e, in generale, per la classe P.

Esofagogastro duodenoscopia	36.3 (atteso 30)	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 nel corso del 2018 (-7,3 giorni rispetto 2017) e sostanzialmente stabile nel 2019.
-----------------------------	---------------------	---

3.2.2 - Implementazione del modello RAO per gastroenterologia

AZIONI

Con la Determina Dirigenziale D.D. n. 259 del 10/04/2019 la Direzione Sanità dell'Assessorato Regionale ha aggiornato i criteri per l'individuazione delle classi di priorità cliniche per alcune prestazioni della branca Gastroenterologia (prima visita gastroenterologica, esofagogastroduodenoscopia, colonscopia con endoscopio flessibile) e modificato il documento contenente le indicazioni riferite alla preparazione del paziente per l'esecuzione della colonscopia.

Il documento è stato diffuso a tutti i Medici Prescrittori, con la raccomandazione di riferirsi alle indicazioni riportate nelle tabelle contenute nell'allegato e a segnalare sulle impegnative, oltre alla classe di priorità (sempre obbligatoria) i riferimenti alle "parole chiave" che hanno determinato l'individuazione della priorità nel campo del "quesito diagnostico" della ricetta dematerializzata (cfr. nota prot. 60868/DS/19 del 18/10/2019).

Si precisa che le note informatia e le istruzioni per la preparazione agli esami di colonscopia sono stati adeguati secondo le indicazioni della D.D. e sono consegnate a ciascun paziente all'atto della prenotazione presso i CUP Aziendali, stampate unitamente al promemoria della prenotazione.

La documentazione utile (testo della determina e tabelle RAO per visita gastroenterologica, colonscopia ed EGDS) sono consultabili nella apposita sezione del portale ECWMED.

RISULTATI

L'ASL NO ha effettuato nel mese di dicembre 2019 (settimana indice da 9 al 13 dicembre), il monitoraggio dei risultati (valutazione di appropriatezza e concordanza), in collaborazione con le Strutture erogatrici delle prestazioni, al fine di valutare le ricadute degli interventi attuati.

L'analisi è stata condotta utilizzando la metodologia e i criteri già previsti dalla "Procedura gestionale per l'applicazione del Modello RAO" di Agenas (aggiornamento del 30/01/2019).

Sono state esaminate tutte le prescrizioni in ricetta dematerializzata delle prestazioni ambulatoriali erogate dalla S.S.D. Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva dal 9 al 13 dicembre 2019, per:

- prima visita gastroenterologica
- colonscopia con endoscopio flessibile
- esofagogastroduodenoscopia.

La "valutazione di concordanza" rispetto alla classe di priorità individuata dal prescrittore è stata effettuata dai Dirigenti medici della Struttura, prima dell'erogazione della prestazione. Gli Specialisti, sulla base della valutazione clinico-anamnestica, hanno attribuito la classe di priorità conforme alle indicazioni cliniche dei RAO.

Successivamente un Gruppo di Lavoro composto da un Dirigente Medico DMPO, dalla CPSS Coordinatrice GOCSS) e dal CPSI Coordinatore S.S.D. Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva, ha preso in analisi tutte le impegnative dematerializzate verificando la presenza di:

- indicazione della classe di priorità;
- indicazione della tipologia di accesso;
- presenza delle "parole chiave" nel quesito diagnostico tali da evidenziare la corretta individuazione da parte del prescrittore della classe di priorità adeguata.

Gli esiti del monitoraggio sono attualmente oggetto di analisi finalizzata a definire le azioni di rinforzo relativamente alle criticità emerse sul recepimento delle informazioni diffuse, nonché per la valutazione di

eventuali adeguamenti degli slot delle agende di prenotazione (offerta) per la quantificazione della distribuzione per accessi e classi di priorità (sulla base della domanda rilevata).

3.2.3 - Partecipazione alla definizione del nuovo modello di monitoraggio regionale dei tempi di attesa

La Direzione Sanità Regione Piemonte ha attribuito al Gruppo di Coordinamento (cabina di Regia) dei Tempi di Attesa, tra l'altro, il compito di individuare i criteri e degli indicatori per l'analisi ed il monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero, in base alle classi di priorità, in superamento degli attuali criteri adottati e come previsto dalla deliberazione di assegnazione degli obiettivi ai Direttori Generali per l'anno 2019

L'argomento è stato affrontato nel corso delle riunioni del Gruppo tenutesi a Torino il 13 giugno, 30 luglio, 24 settembre e 11 ottobre.

La dr.ssa Elide Azzan, Direttore Sanitario dell'ASL NO e ReTA dell'Area Omogenea Piemonte Nord Est ha partecipato a tutti gli incontri calendarizzati.

3. Accessibilità

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

DESCRIZIONE

Tempo di permanenza in PS

INDICATORE

Tempo medio di permanenza in PS:

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

N° di accessi in PS

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

PS di Base ≤4 ore

PS di area disagiata ≤5 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.

RISULTATO

Le azioni messe in atto anche nel 2019 hanno consentito di mantenere il tempo medio di attesa al di sotto delle 6 ore, essendo pari a 3 ore e 59 minuti, per un numero complessivo di accessi pari a 45.369. Di questi l'83% è stato gestito entro il tempo massimo atteso (6 ore).

Rispetto all'anno precedente si registra una riduzione del tempo di attesa.

Descrizione Prestazione	Std	2018	2019
		Gen-Dic*	Gen-Dic*
Valore % OBI*		2,2%	1,0%
N° accessi		45278	45369
Tempo medio attesa	≤6 ore	4h 10'	3h 59'

La percentuale di accessi gestiti in Osservazione Breve Intensiva (OBI) è stata per il 2019 pari al 1,0%, valore dimezzato rispetto all'anno precedente (2018 2,2% degli accessi).

4. Qualità dell'assistenza**4.1. OBIETTIVO Area Osteomuscolare****DESCRIZIONE**

Proporzione di ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro 2 giorni in pazienti ultrasessantacinquenni e un volume minimo di interventi per struttura complessa pari a 75/anno

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 48 ore dall'arrivo in PS (differenza tra data della procedura e data di arrivo in PS \leq 48 ore)

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.

Con questa finalità tra gli obiettivi di budget della s.c. Ortopedia e Traumatologia (rif. Deliberazione del Direttore Generale n. 132 del 01 aprile 2019) è stato previsto un obiettivo relativo a questo argomento, così declinato:

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attesi
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 2019 \geq 2018	sc Ortopedia e Traumatologia; sc. Anestesia e Rianimazione	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. Il parziale ripristino delle risorse umane nel corso del 2019 ha consentito di riportare l'indicatore ai valori già registrati nel 2017, ovvero con una percentuale di interventi di frattura di femore operati entro le 48 ore pari al 70%, pertanto in linea con lo standard aziendale ($\geq 70\%$)

	Std	2018		2019		
		Gen-Dic		Gen-Dic		
		% Entro std	Entro TA std	Totale	% Entro std	
FRATTURA FEMORE	$>70\%$	66%	84	120	70%	

	Std	2018		2019	
		Gen-Dic		Gen-Dic	
		Mediana	N	Media	Mediana
FRATTURA TIBIA E PERONE	<6	1	28	1,9	2

Fonte dati: SDO 2018-2019

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.

Il numero di casi è superiore ai 75/anno attesi.

4. Qualità dell'assistenza

4.2. OBIETTIVO Tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di IMA STEMI

DESCRIZIONE

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

INDICATORE

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

Numero di episodi di STEMI

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 nei primi nove mesi dell'anno 2019, analizzando i verbali di accesso al DEA e le cartelle cliniche dei casi ricoverati.

Complessivamente dal 01/01/2019 al 30/09/2019 risultano 9 SDO con diagnosi di STEMI.

Di queste:

- 7 sono relative a pazienti trasferiti entro 2 giorni per eseguire PTCA primaria (78%);
- 1 è un rientro dall'AOU Maggiore della Carità di Novara dopo avere eseguito PTCA Primaria (codifica ICD-9 errata);
- 1 è un paziente molto anziano con gravi comorbidità e complicanze per cui è stato inviato all'IRCCS Maugeri di Veruno per riabilitazione;

Un' analisi statistica più completa che tiene conto anche degli STEMI inviati direttamente dal DEA al centro Hub per PTCA primaria evidenzia che 40 dei 41 STEMI giunti in DEA sono stati trasferiti per PTCA primaria (97.5%)

In sintesi:

STEMI acuti giunti in P.O. di Borgomanero dal 1.1.2019	49
PTCA Primaria entro 2 giorni	47/49 (96%)
Deceduto in DEA	1
Trasferito per riabilitazione	1

RISULTATI

Considerando l'indicatore in termini di tutela, ovvero di residenti, il valore registrato nel corso del 2019 è pari al 94,1%, pertanto in linea con lo standard regionale pari all'85%.

	Std	2019		
		Gen-Dic		
		Num	Den	% Entro std
Proporzione di episodi di STEMI trattati con PTCA entro 2 giorni	≥85%	160	170	94,1%

Fonte dati: SDO 2019 scarico SDS

4. Qualità dell'assistenza

4.3. OBIETTIVO Appropriately nell'assistenza al parto

DESCRIZIONE

Alla luce della Delibera del 2008 in merito al Percorso nascita (DGR 34-8769 del 12.05.2008 e s.m.i), che ha preceduto l'Accordo Stato Regioni del 2010, dell'avvio e del consolidamento del flusso CEDAP e del DWH regionale relativo al Percorso Nascita, il presente obiettivo intende valorizzare l'attenzione che il Servizio Sanitario Regionale ha sempre più rivolto a tale ambito attraverso il progressivo allineamento e integrazione dei diversi flussi informativi (CEDAP e SDO) che consentono di monitorare la tipologia e la qualità dell'assistenza erogata in tale percorso assistenziale supportando altresì gli audit organizzativi interni ai Punti nascita.

INDICATORE

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

VALORE DELL'OBIETTIVO

- maternità di I livello: 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 2019 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. 132 del 01 aprile 2019):

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	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 completa e corretta documentazione attraverso CeDAP	1) N° parti con cesareo primario/ N° parti con nessun pregresso cesareo x 100; 2) coerenza tra cartella SDO e scheda CEDAP	1) Valore 2019 \leq 2018 2) 100%	s.c. Ostetricia e Ginecologia	1) Report GoCSS 2) report PADDI

RISULTATI

Il Presidio Ospedaleiro SS. Trinità di Borgomanero è una maternità di I livello, avendo effettuato nel 2019 835 parti (si evidenzia un decremento del numero dei parti dal 2018 al 2019, in linea con l'andamento demografico di denatalità registrato in Piemonte). Di questi 752 sono parti primari. I parti cesari primari sono stati 132, con un'incidenza sul totale dei parti primari pari al 17,6%, dato leggermente superiore allo standard regionale ($\leq 15\%$).

Anno di riferimento	Parti primari	Parti cesarei primari	% parti cesarei primari
2019	752	132	17%
2018	841	129	15%
2017	880	151	17%
2016	884	160	18%

Fonte dati: SDO gennaio-dicembre 2019, 2018, 2017, 2016

4. Qualità dell'assistenza

4.4. OBIETTIVO Area Chirurgia Generale: colecistectomia laparoscopica

DESCRIZIONE

Percentuale di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni e un volume minimo di interventi per struttura complessa pari a 100/anno.

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 2019 alla s.c. Chirurgia Generale uno specifico obiettivo relativo relativo al contenimento della degenza negli interventi di colecistectomia strutturato come di seguito esplicitato (rif. Deliberazione del Direttore Generale n. 132 del 01 aprile 2019):

Descrizione	Indicatore	Target (Standard)	Strutture coinvolte	Documenti attesi
Migliorare la performance della struttura, misurata attraverso gli indicatori di esito delle cure annualmente rilevati dal Programma Nazionale Esiti di AGENAS	Intervento chirurgico per colecistectomia laparoscopica con dimissione entro 3 giorni/ricoveri per colecistectomia laparoscopica*100	> 70% o almeno > 2018	s.c. Chirurgia Generale	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 2019 hanno consentito di mantenere i valori ben al di sopra dello standard previsto dalla regione (> 70%), come evidenziato in tabella.

	Std	Selezioni	2018	2019		
			Gen-Dic*	Gen-Dic*		
			% Entro std	Num	Den	% Entro std
COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	>70	SI^	95%	124	133	93%

Fonte dati: SDO 2018-2019

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****DESCRIZIONE**

Il primo indicatore per ciascuno dei tre screening oncologici 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.

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 screenate con pap-test, tre anni "non aderenti", 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 nella vita 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
SCREENING MAMMOGRAFICO ETÀ 50-69 ANNI		
<i>COPERTURA INVITI:</i> NUMERO DI DONNE INVITATE AD EFFETTUARE IL TEST DI SCREENING + ADESIONI SPONTANEE / POPOLAZIONE BERSAGLIO ANNUALE	100%	97%
<i>COPERTURA ESAMI:</i> NUMERO DI DONNE SOTTOPOSTE AL TEST DI SCREENING + ADESIONI SPONTANEE / POPOLAZIONE BERSAGLIO ANNUALE	51%	45.9%
SCREENING CERVICO-VAGINALE ETÀ 25-64 ANNI		
<i>COPERTURA INVITI:</i> 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%
<i>COPERTURA ESAMI:</i> 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%
SCREENING COLO-RETTALE ETÀ 58 ANNI		
<i>COPERTURA INVITI:</i> NUMERO PERSONE INVITATE A SIGMOIDOSCOPIA+ ADESIONI SPONTANEE / POPOLAZIONE BERSAGLIO ANNUALE	100%	97%
SCREENING COLO-RETTALE ETÀ 58-69 ANNI		
<i>COPERTURA ESAMI:</i> 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, oltre alle lettere di preavviso per le FS. Si è mantenuto il sistema di recall per i prenotati alle FS presso l'AOU Maggiore.

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.

RISULTATO

Come si evince dalla tabella sottostante, 4 su 6 degli obiettivi minimi attesi dalla DGR sono raggiunti dal Programma 5 (in verde quelli raggiunti e in rosa quelli non raggiunti).

	Programma 5	Atteso DGR	Minimo DGR
SCREENING MAMMOGRAFICO:			
Copertura da inviti: età 50-69 anni – proporzione di inviti + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale	100%	100%	97%
SCREENING MAMMOGRAFICO			
Copertura da esami: Numero donne sottoposte a test di primo livello / popolazione bersaglio 50-69 anni	49%	51%	46%
SCREENING CERVICO-VAGINALE:			
Copertura da inviti: Numero donne invitate ad effettuare il test di screening + adesioni spontanee / popolazione	91%	100%	97%
SCREENING CERVICO-VAGINALE:			
Copertura da esami: età 25-64, esecuzione di un numero di esami di screening di primo livello / popolazione bersaglio annuale	34%	47%	42%
SCREENING COLO-RETTALE:			
Copertura da inviti: Numero persone invitate a sigmoidoscopia + adesioni spontanee / popolazione bersaglio 58 anni	97%	100%	97%
SCREENING COLO-RETTALE:			
Copertura da esami FOBT e sigmoidoscopia: età 58-69 anni, numero persone sottoposte a sigmoidoscopia o FOBT / popolazione bersaglio	53%	40%	36%

Gli aspetti critici riguardano essenzialmente le **coperture da inviti e da esami dello screening citologico**.

La copertura da inviti risente quest'anno di una serie di anomalie, legate ad una disomogenea distribuzione delle donne "invitabili" legata all'asestamento del passaggio dallo screening "pap-test" a quello "HPV", con diverso periodismo (5 anni) per le donne negative al test HPV. Vi sono stati quindi periodi di carenza di invitabili (nelle fasi di "buco" di maturazione delle donne passate all'HPV, e quindi non più invitabili nel triennio); dovrebbe però trattarsi dell'ultimo anno di stabilizzazione.

Inoltre vi sono stati problemi nella definizione della popolazione obiettivo (non corrisponde più alla popolazione "anagrafica" in fascia di età, ma alla popolazione "invitabile" sulla base di vari periodismi previsti nel programma). Infine lo svolgimento di progetti di sperimentazione regionale, ha creato alcune confusioni nella programmazione a causa del blocco di alcune coorti di donne, la necessità di convogliarle insieme in sedute dedicate ecc. riducendo anche l'efficienza dello screening in questi periodi.

Sono stati presi comunque provvedimenti per cercare di affrontare le criticità su descritte (parte delle quali dovrebbero non manifestarsi più nell'anno 2020)

La "copertura da esami" risente come ogni anno della copresenza sul territorio di un'importante attività spontanea privata. L'avvio di un sistema di counselling suppletivo da parte delle "Farmacie dei Servizi", come pure di una nuova campagna informativa istituzionale (anche per le donne straniere) potrebbe migliorare il tasso di adesione allo screening organizzato per l'anno 2020.

4. Qualità dell'assistenza

4.6. OBIETTIVO Programma regionale prevenzione: coperture vaccinali

DESCRIZIONE

1. copertura vaccinale per 1° dose di vaccino morbillo, parotite, rosolia, varicella (MPRV) calcolata a 24 mesi di età (le vaccinazioni dei nati della coorte 2017 vengono calcolate a fine 2019);
2. copertura vaccinale per 2° dose di vaccino morbillo, parotite, rosolia (MPR) calcolata a 7 anni di età;
3. copertura vaccinale per ciclo completo di HPV nelle femmine della coorte 2007.

INDICATORE

1. MPRV N° di soggetti residenti appartenenti alla coorte 2017 e vaccinati per 1°dose di

Numero di soggetti residenti appartenenti alla coorte 2017

2. MPR N° di soggetti residenti appartenenti alla coorte 2012 e vaccinati per 2• dose di

Numero di soggetti residenti appartenenti alla coorte 2012

3. HPV Numero di soggetti residenti femmine appartenenti alla coorte 2007 vaccinate per
(ciclo completo)

Numero di soggetti residenti femmine appartenenti alla coorte 2007

VALORE DELL'OBIETTIVO

1. Copertura vaccinale $\geq 95\%$
2. Copertura vaccinale $\geq 95\%$
3. Copertura vaccinale $\geq 95\%$

AZIONI

L'ASL NO ha sempre ottenuto buoni risultati nelle attività correlate alla prevenzione vaccinale, garantendo un impegno costante per l'adesione alle indicazioni Regionali e Nazionali volte al conseguimento dei valori di copertura necessari per la protezione delle diverse fasce di popolazione.

Anche per l'anno in corso, il monitoraggio delle attività svolte ed i dati disponibili, riferiti al 31 dicembre, consentono di confermare che, grazie al grande impegno di tutti gli operatori coinvolti, è stato possibile raggiungere un livello più che soddisfacente di conseguimento degli obiettivi previsti.

Per quanto attiene alle strategie per mantenere e migliorare i risultati al fine del conseguimento completo degli obiettivi previsti per il 2019, sono state messe in atto dai Servizi coinvolti le seguenti procedure:

- 1) alla fine della seduta vaccinale sono stati contattati telefonicamente coloro che non si erano presentati (se disponibile un recapito telefonico) e fissato un nuovo appuntamento; se mancante il recapito telefonico veniva inviata una lettera di sollecito per un colloquio informale o una lettera raccomandata per nuovo invito; successivamente veniva contattato il PLS o il MMG per informazioni e richiesta di collaborazione per recuperare le vaccinazioni non effettuate, sollecitando un loro intervento per invitare i propri assistiti a recarsi presso i servizi vaccinali;

- 2) è stato effettuato il costante monitoraggio del flusso migratorio in entrata, con verifica della documentazione delle vaccinazioni effettuate in altra ASL o all'estero ed eventuale valutazione (con esami ematologici) del livello di protezione immunitaria in caso di dati non disponibili;
- 3) è proseguita la verifica, in collaborazione con i Comuni, dell'effettiva presenza nel territorio dei soggetti che risultano sconosciuti o irreperibili alla convocazione, ai fini dell'aggiornamento dei dati reali dell'anagrafe vaccinale.

RISULTATI

Come si può evincere dalla tabella sottoriportata, per l'**obiettivo n°1**, relativo alla coorte dei nati nel 2017 (2.680 soggetti), è stata raggiunta al 31 dicembre 2019 una copertura per la prima dose di vaccino anti MPR del 95,60% (nelle due formulazioni MPRV e MPR) e del 92,46% per il vaccino comprendente anche la protezione dalla varicella (tenendo conto che all'atto della prima convocazione alcuni bambini, 75, avevano già superato la malattia e pertanto erano già immuni e quindi non vaccinabili).

Per quanto riguarda l'**obiettivo n°2**, relativo alla coorte dei nati nel 2012 (3.149 soggetti), la copertura per la 2a dose del vaccino anti MPR raggiunta al 31 dicembre 2019 è pari al 94,50%, livello migliorato rispetto al dato finale conseguito lo scorso anno nei nati del 2011, come evidenziato in tabella allegata. Il non completo raggiungimento dell'obiettivo è dovuto alla particolare situazione anagrafica del polo sud (Novara e Distretto area sud) in cui è notevole la presenza di popolazione straniera notificata come residente, ma che in realtà non è presente, al momento, sul nostro territorio.

Infine, per l'**obiettivo n°3**, relativo alla coorte delle ragazze nate nel 2007 (1.705 soggetti) da sottoporre a vaccinazione anti HPV, bisogna innanzitutto dire che l'attività è ancora in pieno corso, in quanto da ottobre a tutto dicembre 2019 non si è avuta disponibilità di vaccino per difficoltà di approvvigionamento (non è stato consegnato dal fornitore). La ripresa della campagna vaccinale è avvenuta dalla seconda metà di gennaio 2020 ed è tuttora in corso. Il dato di copertura (parziale) a tutt'oggi raggiunto è del 72,08% (ciclo completo), con parecchie sedute ancora in appuntamento. La prima dose della stessa vaccinazione si attesta sull'85,34%, passibile di miglioramento con le sedute di recupero che verranno effettuate a fine campagna. Tuttavia si tratta di un vaccino non obbligatorio e relativamente nuovo, quindi con una adesione inferiore, legata a un certo grado di sospetto sulla necessità di vaccinare.

		ATTIVITA' ASL 2019 al 31/12/2019	ATTIVITA' ASL 2018 al 31/12/2018
TIPO VACCINO MPRV	NUMEROSITA' COORTE MPR	Totale Nati 2017 = 2680 Totale vaccinati= 2562 Copertura 95,60%	Totale Nati 2016 = 2750 Totale vaccinati= 2623 Copertura 95,4%
	VARICELLA	Totale vaccinati= 2478 Copertura 92,46% (75 non vaccinati per immunità)	
TIPO VACCINO MPR	NUMEROSITA' COORTE 2° DOSE	Totale Nati 2012 = 3149 (di cui 6 non vaccinabili) Totale vaccinati= 2970 Copertura 94,5%	Totale Nati 2011 =3177 Totale vaccinati= 2959 Copertura 93,14%
TIPO VACCINO HPV	NUMEROSITA' COORTE 1° DOSE	Totale Nate 2007 = 1705 Totale vaccinate= 1455 Copertura 85,34% (in corso)	Totale Nati 2006 = 1637 Totale vaccinate =1410 Copertura 86%
	2° DOSE	Totale vaccinate= 1229 Copertura 72,08% (in corso)	Totale vaccinate =1292 Copertura 79%

4. Qualità dell'assistenza**4.7. OBIETTIVO Donazioni d'organo****DESCRIZIONE**

La Regione Piemonte con DGR n. 48-8659 del 29 marzo 2019, ha provveduto al recepimento dell'ultimo Accordo tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano in merito al documento recante "Programma Nazionale di Donazione Organi 2018-2020".

In considerazione della tipologia di attività, si prevede per il 2019 il raggiungimento aziendale dei seguenti obiettivi di governo regionale:

1. Segnalazioni di soggetti in Morte Encefalica (BDI%)
2. Non opposizioni alla donazione di organi
3. Donatori di Cornee

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. Opposizioni alla donazione di organi nei reparti di rianimazione afferenti al Presidio Ospedaliero/segnalazioni di morte encefalica nei reparti di rianimazione afferenti al Presidio Ospedaliero.
3. N° donatori di cornea nel 2019/ totale decessi ospedalieri del 2018 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
NO	ISTITUTO S.S. TRINITA'-BORGOMANE RO	20 - 40 %	< 33 %	n.10 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. 131 del 01 aprile 2019).

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.

Si è proceduto ad effettuare uno specifico corso di formazione rivolto a tutto il personale interessato intitolato: "Donazione corne e tessuti". Sono state effettuate n. 3 edizioni, per un numero complessivo di 53 operatori formati.

RISULTATI

Tutti gli indicatori sono in linea con lo standard regionale e precisamente:

- L'indice BDI al 31/12/19 è per il Presidio Ospedaliero di Borgomaeno del 33% (score regionale 20-40%)
- L'opposizione alla donazione degli organi risulta dello 0% in relazione a 3 prelievi multi-organo effettuati sino al 31/12/19 (score regionale <33%)
- I prelievi di cornea al 31/12/19 sono stati 20 (score regionale 10).

4. Qualità dell'assistenza

4.8. OBIETTIVO Adesione al Programma ERAS "Enhanced Recovery After Surgery" – ASL/AO/AOU

DESCRIZIONE

Proporzione di casi inclusi negli studi ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) sulla chirurgia oncologica del colon-retto e sugli interventi di isterectomia, sul totale dei/delle pazienti eleggibili secondo i rispettivi protocolli.

INDICATORE

N° pazienti inseriti nel database elettronico di raccolta dati
(int. colon-retto+isterectomia) nel 2019

N° pazienti da SDO con interventi programmati
(int. colon-retto+ isterectomia) nel 2019

VALORE DELL'OBIETTIVO

≥90%

AZIONI

Il protocollo ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) comprende una serie di interventi perioperatori che mirano ad attenuare lo stress chirurgico, a ottimizzare la gestione del dolore e a mantenere quanto più possibile la normale fisiologia del paziente.

Il Presidio Ospedaliero di Borgomanero partecipa a due programmi: ERAS Chirurgia coloretale ed ERAS Isterectomia.

Come da indicazioni regionali, l'ASL NO ha sottoposto al Comitato Etico dell'AOU Maggiore della Carità di Novara il protocollo di studio e ha preso atto del parere favorevole espresso dal Comitato medesimo (rif. Determinazioni n. 832 e n. 833 del 13/05/2019), ha individuati il team ERAS ed i referenti dei singoli programmi; il personale individuato ha partecipato alle riunioni organizzate e sono stati attivati gli accessi al software dedicato.

L'arruolamento dei pazienti è iniziato il giorno 1 settembre 2019, viene regolarmente effettuato sia per i pazienti con chirurgia coloretale che per pazienti sottoposte a isterectomia, qualora soddisfatti i criteri di inclusione previsti dai Protocolli.

RISULTATI

Per quanto riguarda l'isterectomia risultano reclutate 11 pazienti su 11 soggetti eleggibili (100%), per quanto riguarda la chirurgia colon-rettale i reclutati sono stati 21 su 23 eleggibili (91,3%), dei due soggetti non reclutati uno non ha firmato il consenso e uno è stato operato in urgenza.

4. Qualità dell'assistenza

4.9. OBIETTIVO Umanizzazione dei percorsi ed empowerment del paziente

DESCRIZIONE

La Regione Piemonte, nell'ambito delle iniziative legate al processo di empowerment, ed in coerenza con il PSSR 2012-2015, si è fatto promotore con le ASR del programma nazionale di valutazione partecipata della qualità delle strutture di ricovero - promosso e coordinato da Agenas e dall'Agenzia di Valutazione Civica di Cittadinanza Attiva.

La Regione Piemonte, mutuando il percorso avviato dalla Rete HPH regionale sul tema "engagement", all'interno della più ampia esperienza maturata a livello internazionale, ha ritenuto di individuare le New Haven Recommendations come riferimento per la pianificazione di specifiche strategie e azioni per costruire efficace partenariato che coinvolgano pazienti, famiglie e cittadini, strutturate secondo tre livelli di priorità:

1. sostenere il coinvolgimento del paziente e delle famiglie nel momento di fruizione del servizio (micro livello);
2. sostenere il coinvolgimento del paziente, delle famiglie e dei cittadini all'interno degli ospedali e dei servizi per la salute (meso livello);
3. sostenere il coinvolgimento del paziente, delle famiglie e dei cittadini nella pianificazione delle politiche dei sistemi di erogazione dell'assistenza (macro livello).

INDICATORE

1. PERCORSO CONTINUITÀ OSPEDALE-TERRITORIO E PRONTO SOCCORSO

Compilazione check liste definizione delle azioni di miglioramento su aree critiche

2. PROGETTI EMPOWERMENT CRONICITÀ

Implementazione delle azioni pianificate per l'anno 2019 nell'ambito dei progetti di empowerment definiti nel Piano aziendale cronicità.

VALORE DELL'OBIETTIVO

1. 100%
2. 100%

AZIONI

- 1 PERCORSO CONTINUITÀ OSPEDALE-TERRITORIO E PRONTO SOCCORSO

In ottemperanza a quanto stabilito dalla nota regionale n.15482/A14000 del 29/7/2019, nel corso del 2019 si è provveduto alla ricostituzione dell'Equipe mista che in data 02/10/2019 ed in data 09/12/2019 si è riunita per procedere all'analisi richiesta attraverso l'utilizzo *Check List per l'analisi dei percorsi di continuità ospedale-territorio e del grado di umanizzazione del pronto soccorso dell'ASL NO*. L'analisi è stata effettuata - come da disposizioni regionali - facendo riferimento a materiale documentale che supportasse le evidenze.

Dei 22 item di cui si componeva la Check List, si è preso atto del fatto che in 18 casi l'organizzazione dell'ASL NO rispondeva allo standard massimo richiesto, mentre soltanto in 4 casi non si è raggiunto lo standard massimo fissato.

A seguito della discussione dell'equipe mista, costituito da referenti aziendali e esponenti delle associazioni di cittadini, si è deciso di individuare come azioni di miglioramento quelle relative agli item A1.7, A2.1c e B1.3 della check list. In particolare, dopo analisi di fattibilità effettuata con i direttori/responsabili dei servizi interessati, sono individuate azioni di miglioramento relativamente ai seguenti items della check list:

- Per l'item A 1.7: *E' stata data un'informazione a livello aziendale in merito alla procedura di continuità Ospedale-Territorio?* si è individuata come azione di miglioramento, da attuare nel corso del 2020, la REALIZZARE DI UN EVENTO FORMATIVO (gold standard della check list) sul tema specifico destinandolo a tutto il personale medico, infermieristico di tutte le strutture ospedaliere e territoriali coinvolte nell'attività di Continuità delle Cure Ospedale-Territorio.
- Per l'item A 2.1c: *Vengono effettuate delle rivalutazioni del paziente nel corso del ricovero?* Dopo aver comunque ribadito che le rivalutazioni del paziente ricoverato per cui è stato attivato il NOCC vengono effettuate, ma senza un periodismo definito, si è comunemente deciso di porre come azione di miglioramento un AGGIORNAMENTO DELLA PROCEDURA AZIENDALE stessa con l'introduzione di un capitolo CHE IDENTIFICHI TEMPI E CRITERI per la rivalutazione periodica dei pazienti. Si intende implementare questa azione di miglioramento entro la fine del 2020
- Per l'item b 1.3 *sono presenti procedure formalizzate che definiscono modalità e tempi di attivazione degli specialisti per specifiche patologie (stemi, stroke)* si è individuata come azione di miglioramento, da realizzarsi entro il termine del 2020 a cura della direzione medica in collaborazione con il dea, la STESURA DI UNA PROCEDURA SCRITTA PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE CON STROKE.

2. PROGETTI EMPOWERMENT CRONICITA'

Sono stati individuati quei progetti che rispettassero i criteri richiesti e fossero parte integrante del Piano di Cronicità aziendale.

In particolare sono stati considerati i seguenti progetti:

- Progetto "Integrare sociale e sanitario per una migliore gestione della dimissione protetta"
- Progetto "Buon Respiro"
- Progetto "Spazio Anziani: punto informativo e di orientamento"
- Progetto "Diabete a Scuola"

Per ciascun progetto sono state elaborate delle schede riassuntive utilizzando il format regionale. I progetti sono stati tutti implementati.

RISULTATI

1. PERCORSO CONTINUITÀ OSPEDALE-TERRITORIO E PRONTO SOCCORSO

Di tutto quanto riferito – come da indicazioni regionali – si sono compilate le schede relative alle azioni di miglioramento ed è stato redatto regolare verbale firmato dai componenti dell'Equipe mista ASL/Cittadini. Tutti i documenti sono stati inviati agli uffici regionali nei tempi indicati dalla citata nota n.15482/A14000 del 29/7/2019.

2. PROGETTI EMPOWERMENT CRONICITA'

Tutti i documenti sono stati inviati agli uffici regionali nei tempi indicati dalla citata nota n.15482/A14000 del 29/7/2019

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

5.1. OBIETTIVO Affidabilità dati rilevati da flussi della farmaceutica

DESCRIZIONE

1. Verifica trimestrale, per ciascuna azienda sanitaria e ospedaliera, della coerenza tra i costi aziendali rilevati dal Modello di Conto Economico (CE) nella voce BA0040 - B.1.A.1.1 - Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale, e nella voce BA2670 - B.15.A - Variazione rimanenze sanitarie, limitatamente ai prodotti farmaceutici ed i costi aziendali rilevati attraverso il flusso informativo della distribuzione diretta (DM 31 luglio 2007 e s.m.i.), il flusso dei consumi ospedalieri (DM 4 febbraio 2009) e quelli di cui al flusso della tracciabilità del farmaco (DM 15 luglio 2004), tenendo conto delle eventuali note di credito.
2. Verifica della coerenza tra i dati dei flussi informativi inviati mensilmente dalle aziende (relativi alla distribuzione diretta e ai consumi ospedalieri) e gli analoghi valori mensili consolidati a fine anno.

INDICATORE

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

$$\frac{\text{costi aziendali rilevati dal Modello di Conto Economico (CE) nella voce BA0040- B.1.A.1.1 - Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale, e nella voce BA2670 B.15.A- Variazione rimanenze sanitarie, limitatamente ai prodotti farmaceutici}}{\text{costi aziendali rilevati attraverso il flusso informativo della distribuzione diretta (DM 31 luglio 2007 e s.m.i.) e il flusso dei consumi ospedalieri (DM 4 febbraio 2009), tenendo conto delle eventuali note di credito}}$$
2. Rapporto tra i costi aziendali rilevati mensilmente dai flussi informativi della farmaceutica (DO, CO e tracciabilità) e gli analoghi costi mensili consolidati a fine anno, come di seguito formulato:

$$\frac{\text{costi aziendali rilevati mensilmente, attraverso il flusso informative della distribuzione diretta e il flusso dei consumi ospedalieri}}{\text{costi aziendali mensili rilevati ad annualità conclusa, attraverso il flusso informativo della distribuzione diretta e il flusso dei consumi ospedalieri}}$$

VALORE DELL'OBIETTIVO

1. 100% del rapporto tra i costi aziendali rilevati dal Modello di Conto Economico {CE} ed i costi aziendali rilevati dai flussi informativi della farmaceutica (DD, CO e tracciabilità);
2. 100% del rapporto tra costi aziendali rilevati mensilmente dai flussi informativi della farmaceutica (DD, CO) e i costi aziendali mensili rilevati a fine anno.

AZIONI

Al fine di garantire maggiore qualità al flusso informativo della distribuzione diretta sono stati predisposti report di controllo, utili a rilevare eventuali anomalie, storicamente riconducibili alla gestione del frazionamento del farmaco ed alla fase di prescrizione.

Il flusso dei consumi ospedalieri, essendo collegato agli scarichi di magazzino, risulta meno critico in termini di valorizzazione.

RISULTATI

Sub-obiettivo 1

Sulla base delle precisazioni pervenute dalla Regione con mail del 14.11.2019, si è predisposto il report per il calcolo dell'indicatore dell'obiettivo

Codice Regione	Codice azienda	BA0040	Colonna di compilazione regionale	Colonna di compilazione regionale	BA2671	Colonna di compilazione regionale
		B.1.A.1.1) Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale, ossigeno e altri gas medicali	Importo note di credito	Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini e emoderivati di produzione regionale, lordo note di credito	B.13.A.1) Variazione delle rimanenze - Prodotti farmaceutici ed emoderivati	Valore finale da confrontare con i flussi DD,CO e TRACCIA
		(1)	(1-bis)	(1 ter)= (1)+(1-bis)	(2 a)	(3)=(1 ter) + (2 a)
10	208	17.997.329,60	0,00	17.997.329,60	-438.204,21	17.559.125,39

Consumi ospedalieri	Distribuzione diretta	Distribuzione per conto	Distribuzione per conto	Distribuzione Diretta totale	Totale flussi	Δ in valore assoluto	CE/flusso
A	B	C	C bis	D=B+Cbis	E=A+D	F= E-(3)	G=(3)/E
4.142.047,74	13.386.051,67	10.013.837,19		13.386.051,67	17.528.099,41	-31.025,98	100,2%

Sub-obiettivo 2

Per la valutazione della tempistica di invio del flusso si è utilizzato il report disponibile su PADDI "11 - IND 5.1.2 - Verifica Invii mensili_GEN-NOV_2019".

Dalle tabelle successive si rileva un'aderenza del 100% per il flusso CO e del 99,1% per il flusso F. L'indicatore complessivo di coerenza tra gli invii mensili e i valori consolidati del report regionale si attesta sul 99,3%.

Si sottolinea che lo scostamento tra flusso periodico e flusso consolidato, peraltro di valore contenuto e di segno negativo, non è dovuto ad integrazioni del flusso, ma a correzione di valore degli scarichi, emersi dalle verifiche periodiche.

ASL 208 - NOVARA - Tempistica File F				
MESE	Importo a scadenza mensile (A)	Importo a ultima elaborazione (B)	Delta (C) = (B - A)	Percentuale scostamento (C/A) %
Gennaio	1.194.453	1.177.477	- 16.976	-1%
Febbraio	1.101.683	998.167	- 103.516	-9%
Marzo	1.160.831	1.160.831	-	0%
Aprile	1.200.396	1.200.396	-	0%
Maggio	1.228.645	1.228.645	-	0%
Giugno	1.131.817	1.131.817	-	0%
Luglio	1.176.736	1.176.736	-	0%
Agosto	1.164.427	1.164.427	-	0%
Settembre	1.163.392	1.163.392	-	0%
Ottobre	1.383.656	1.383.656	-	0%
Novembre	1.168.089	1.168.089	-	0%
Totale	13.074.125	12.953.633	-120.492	-0,9%

ASL 208 - NOVARA - Tempistica File CO				
MESE	Importo a scadenza mensile (A)	Importo a ultima elaborazione (B)	Delta (C) = (B - A)	Percentuale scostamento (C/A) %
Gennaio	364.029	364.029	-	0%
Febbraio	358.532	358.532	-	0%
Marzo	340.510	340.510	-	0%
Aprile	397.447	397.447	-	0%
Maggio	322.553	322.553	-	0%
Giugno	393.878	393.878	-	0%
Luglio	374.922	374.922	-	0%
Agosto	372.894	372.894	-	0%
Settembre	335.676	335.676	-	0%
Ottobre	365.732	365.732	-	0%
Novembre	286.341	286.341	-	0%
Totale	3.912.514	3.912.514	-	0,0%

Totale File F e CO 11 mesi					
Azienda		Importo a scadenza mensile (A)	Importo a ultima elaborazione (B)	Delta (C) = (B - A)	Percentuale scostamento (C/A) %
208	A.S.L. NOVARA	16.986.639	16.866.147	-120.492	-0,7%

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

5.2. OBIETTIVO Assistenza Farmaceutica Territoriale ed Ospedaliera: appropriatezza prescrittiva e riduzione della variabilità

DESCRIZIONE

La legge 11 dicembre 2016 n° 232 prevede che, a decorrere dall'anno 2017, il tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti sia determinato nella misura del 6,89 %, mentre il tetto della spesa farmaceutica convenzionata è rideterminato nella misura del 7,96%.

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

Gli scostamenti presi in esame riguardano le seguenti categorie:

Farmaci in ambito territoriale

1. ATC=A01BC (inibitori di pompa acida);
2. ATC=J01 (antibatterici per uso sistemico in ambito territoriale);

Farmaci in ambito ospedaliero

3. ATC=J01 (antibatterici per uso sistemico in ambito ospedaliero);
4. Viene inoltre definito, per le ASL, un ulteriore obiettivo afferente alla realizzazione, da parte delle aziende, di eventi rivolti ai Medici di Medicina Generale finalizzati a sensibilizzarli sull'appropriata prescrizione con particolare riferimento ai farmaci per BPCO, antibatterici, inibitori di pompa e vitamina D, secondo le indicazioni del Settore Assessoriale competente.

INDICATORE

1. Per ATC=A01BC

$$\frac{\text{Numero di confezioni da 28 compresse}}{\text{Numero di confezioni globale}} \%$$

2. Per ATC=J01 ambito territoriale:

Spesa in regime convenzionale nell'anno 2019 - spesa di riferimento calcolata sulla spesa pro-capite del best performer regionale.

3. Per ATC=J01 ambito ospedaliero

Rapporto tra le giornate di terapia a richiesta motivata e il totale delle giornate di terapia.

4. Numero di eventi realizzati nell'anno.

VALORE DELL'OBIETTIVO

1. Per ATC=A01BC

$$\frac{\text{Numero di confezioni da 28 compresse}}{\text{Numero di confezioni globale}} \geq 60\%$$

2. La spesa in regime convenzionale nel 2019 per gli antibatterici ATC J01 ha come riferimento la spesa pro capite (per popolazione pesata) registrata dalla ASL best performer per l'anno 2018. Ogni ASL deve ridurre di almeno il 50 % lo scostamento fra la propria spesa pro-capite e quella di riferimento dell'azienda best performer.
3. L'obiettivo 2019 per i farmaci antibatterici ATC J01 ad uso sistemico in ambito ospedaliero ha quale riferimento il rapporto tra le giornate di terapia dei farmaci a richiesta motivata della AO / AOU e il totale delle giornate di terapia registrate nella AO / AOU best performer nel periodo 1° ottobre 2017 - 30 settembre 2018. Ogni AO / AOU deve riportare nel 2019 una percentuale pari o non superiore a quella di riferimento dell'azienda best performer. L'obiettivo si considera raggiunto anche in presenza di uno scostamento rispetto al valore best performer non superiore al 10%
4. Il numero di eventi realizzati nell'anno deve essere pari ad almeno 4, uno per ogni tematica oggetto del presente punto indicati nella descrizione. Le ASL dovranno organizzare gli eventi in collaborazione con le AO/AOU.

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 2019 approvati in comitato aziendale per la medicina generale in data 21/03/2019, 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 e in particolare:

- **ANTIBIOTICI:** Promuovere l'utilizzo appropriato degli antibiotici negli adulti in patologie delle vie respiratorie e urinarie secondo le indicazioni delle campagne nazionali per la prevenzione delle resistenze batteriche attraverso la diffusione di una sinossi delle linee guida nazionali ed internazionalisull'uso degli antibiotici nelle patologie sopra indicate; corso di formazione per la condivisione e la divulgazione di indicazioni sull'uso appropriato degli antibiotici nella pratica clinica; audit in equipe territoriali
- **VITAMINA D:** promuovere il trattamento dei pazienti secondo le linee guida aziendali eprivilegiando i confezionamenti con il miglior rapporto costo beneficio
- **EFFICIENZA DELLE TERAPIE:** utilizzare antipertensivi da soli o in associazione precostituite con il miglior rapporto costo beneficio; prediligere le confezioni da 28 cpr nelle terapie continuative in modo da contenere i costi a parità di efficacia; partecipare al corso di aggiornamento sulla deprescrizione/riconciliazione terapeutica

Riunioni multidisciplinari interaziendali ASL NO - AOU Maggiore della Carità per analizzare le prescrizioni ed individuare azioni di miglioramento per un corretto uso dei farmaci respiratori per il trattamento della broncopneumopatia cronica ostruttiva con la revisione del prontuario terapeutico ospedaliero, di insuline, insuline in associazione, farmaci glicosurici e utilizzo di biosimilari, nonché dei dispositivi per la misurazione della glicemia.

Progettazione e realizzazione di corsi ECM sugli antibiotici, sulla gestione delle terapie croniche (BPCO), sulla vitamina D con aggiornamento e diffusione delle raccomandazioni sull'uso corretto in seguito anche

alla nuova nota 96 che ne regola la prescrivibilità a carico del SSN. Sul corretto utilizzo della vit D e degli inibitori della pompa protonica sono stati realizzati anche due corsi di aggiornamento FAD.

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
- Monitoraggio delle prescrizioni di oppiacei per individuare gli iperconsumatori e di insulina lispro biosimilare per verificarne la prescrizione.

Monitoraggio delle prescrizioni ai sensi della Legge 425/96: sono stati approfonditi in particolar modo i farmaci prescritti potenzialmente fuori indicazione e/o controindicati. Le verifiche hanno riguardato le seguenti molecole: etoricoxib; ketorolac; nimesulide prescritta per più di 15gg; citalopram ed escitalopram negli over 65anni; fluorochinoloni, nadroparina ed antidepressivi nella popolazione pediatrica; ormoni sessuali femminili e maschili prescritti rispettivamente nel genere maschile e in quello femminile.

Monitoraggio dei piani terapeutici relativi a medicinali per la fertilità e teriparatide al fine di verificare la congruità con le limitazioni alla rimborsabilità

Monitoraggio delle prescrizioni di enoxaparina: sono proseguite le verifiche sui controlli iniziati nel 2018 riguardanti 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.

Progetto cronicità: è stato rivisto ed avviato il progetto sul monitoraggio delle terapie nel paziente cronico. In particolar modo sono stati presi in considerazione i pazienti affetti da BPCO. E' stata promossa l'assistenza pro-attiva del paziente mediante valutazione dell'appropriatezza e sicurezza delle terapie e informazione rivolta ai pazienti per aumentare la consapevolezza della malattia e migliorare l'uso corretto di farmaci e di device in collaborazione con i medici e infermieri della Casa della Salute. Aggiornamento del PDTA BPCO con individuazione dei percorsi di continuità tra ospedale-territorio, indicazioni delle terapie farmacologiche più appropriate in relazione alla nuova stadiazione GOLD della patologia, inserimento nei Prontuari Terapeutici aziendali ed interaziendali dei farmaci a miglior profilo costo/beneficio

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 continuità terapeutica ospedale -territorio con particolare riguardo alle terapie ad alto costo iniziate in ospedale in ambito

oncematologico e dermatologico. Inoltre, ha condiviso le scelte inerente il PTO dell'AOU in ambito di farmaci respiratori.

La commissione Farmaceutica Aziendale nell'anno 2019 ha proseguito il monitoraggio spesa farmaceutica Ospedaliera e Territoriale, discutendo di volta in volta della prescrizione delle categorie a maggior impatto sulla spesa sia in convenzionata (colecalfiferolo, IPP), DPC (insuline, NAO, antidiabetici) e ospedaliera (farmaci biologici e per pazienti emofilici). La CFI ha approvato e implementato l'aggiornamento delle raccomandazioni sull'uso corretto della vitamina D, ha verificato l'applicazione delle linee di indirizzo sull'utilizzo dei farmaci biosimilari adalimumab per malattie reumatiche. In collaborazione con il CDCD (Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze) è stato rivisto il percorso di gestione del integrato del paziente affetto da demenza e la corretta prescrizione e fornitura dei farmaci, previa redazione del Piano Terapeutico Specialistico dai Centri U.V.A.. Come previsto dal D.D. 31 marzo 2011, n. 235, è stato monitorato l'andamento degli indicatori regionali riguardanti i consigli terapeutici forniti in dimissione da ricovero ospedaliero, visita ambulatoriale o passaggio in Pronto Soccorso, ove si è raggiunto il 100% per completezza nella schede sia per i dati del Medico Prescrittore che del paziente, 77% per classe di rimborsabilità e valori prossimi al 100% per la prescrizione di farmaci a brevetto scaduto nelle categorie monitorate, quali IPP, statine, Ace-Inibitori e sartani, antidepressivi SSRI.

RISULTATI

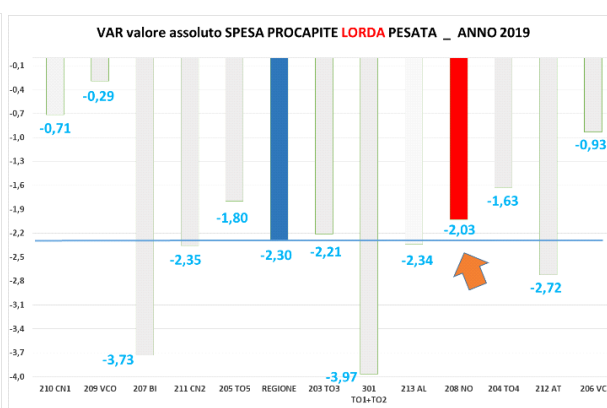
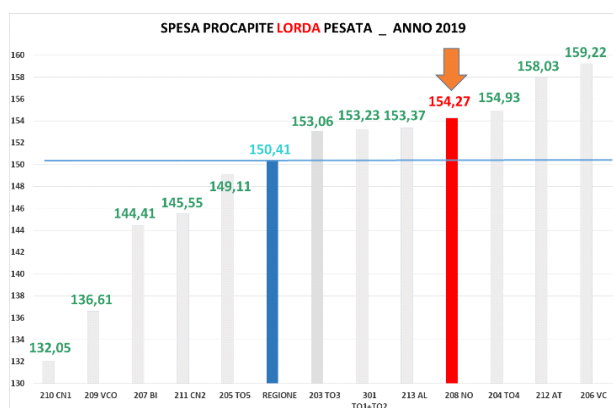
La spesa convenzionata sostenuta dall'ASL NO nel 2019 è risultata pari a € 51.226.976 lordi (€ 42.992.415 netti) con una diminuzione rispetto all'anno 2018 del -1,30% e con una diminuzione della spesa lorda procapite della popolazione pesata di circa € 2,00 da € 156,30 nell'anno 2018 a € 154,27 nell'anno 2019. Complessivamente, rispetto al 2018, le azioni messe in atto hanno consentito una riduzione della spesa convenzionata netta pari a - € 391.322 (-0,90%).

Anno 2019 - spesa convenzionata ASL NO e Regione Piemonte (fonte: Regione Piemonte)

SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA - ANNO 2019

Azienda	2019			variazione val. ass.			variazione val. %		
	Ricette	Lordo	Netto	Ricette	Lordo	Netto	Ricette	Lordo	Netto
208 NO	3.032.230	51.226.976 €	42.992.415 €	- 89.637	- 674.011 €	- 391.322 €	-2,87%	-1,30%	-0,90%
REGIONE PIEMONTE	40.645.012	658.191.411 €	558.046.033 €	- 937.416	- 10.044.021 €	- 6.125.621 €	-2,25%	-1,50%	-1,09%

Fonte dati: Regione Piemonte



Per quanto riguarda la Distribuzione per Conto il costo complessivo sostenuto dall'ASL NO nel 2019 è pari a € 10.013.837, ovvero il + 7,27% rispetto alla spesa dell'anno 2018, in Piemonte la spesa 2019 vs 2018 è aumentata del + 10,98%.

Il numero di confezioni 306.547 nell'anno 2019 è aumentato del +10,17%, in ambito piemontese l'aumento è stato del +10.84%, come si evince nella seguente tabella.

Anno 2019 – Distribuzione per conto ASL NO e Regione Piemonte (fonte: Regione Piemonte)

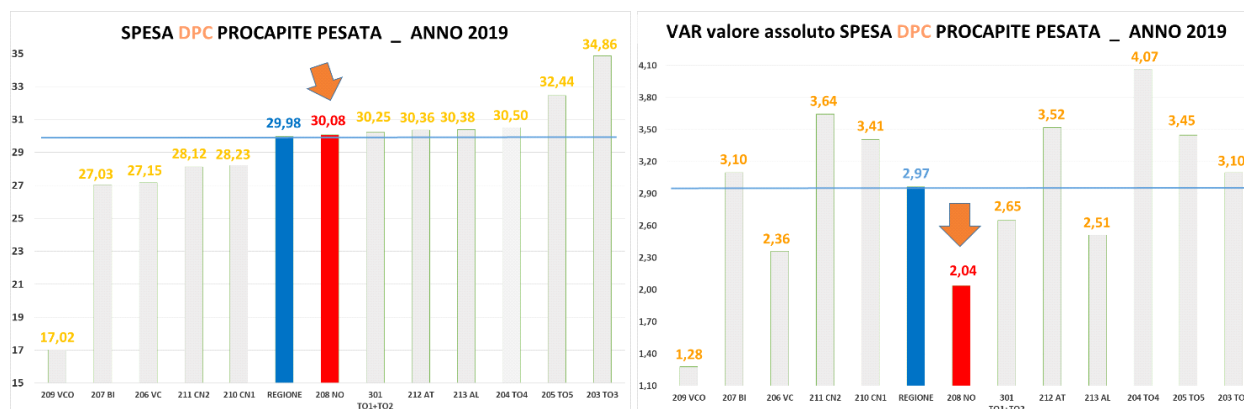
DISTRIBUZIONE PER CONTO - ANNO 2019

Azienda		anno 2019		variaz. val. assoluti		variazioni val. %	
		spesa	confezioni	spesa	confezioni	spesa	confezioni
208	NO	10.013.837 €	306.547	678.739 €	28.290	7,27	10,17
REGIONE PIEMONTE		132.641.957 €	3.809.853	13.120.989 €	371.981	10,98	10,82

Fonte dati: Regione Piemonte


La spesa procapite pesata presenta un trend in aumento rispetto al 2018, il valore aziendale pari a 30,08€ è in linea con la media regionale (29,98€).

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 per l'anno 2019 sono stati elaborati i dati di consumo dal Sistema TS.

In particolare i dati relativi al monitoraggio degli antibatterici per uso sistemico in ambito territoriale sono riportati nella seguente tabella:

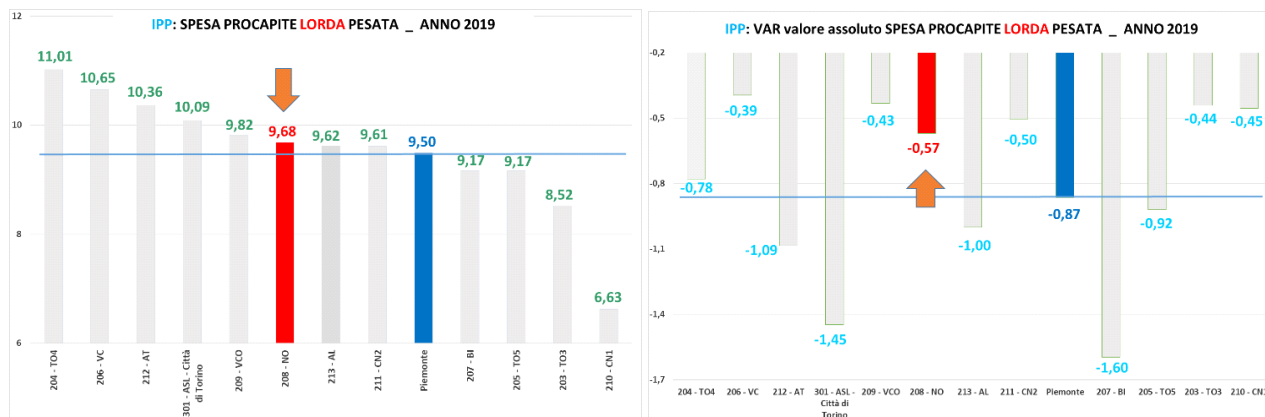
 A.S.L. NO Azienda Sanitaria Locale di Novara	SITUAZIONE 2018		OBIETTIVO 2019	SPESA ATTUALE	PROIEZIONE E STIMA		DESIDERATA	% RAGGIUNGI-MENTO OBIETTIVO
	ANNO 2018	SPESA CONVENZIONATA Pro capite ANNO 2018	OBIETTIVO TARGET (*)	SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA ANNO 2019	Var valore assoluto 2019 vs 2018	Spesa pro-capite ANNO 2019	Per raggiungere l'obiettivo la spesa convenzionata nel periodo a fine 2019 dovrebbe essere	
J01 ANTIBATTERICI PER USO SISTEMICO (SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA)	2.714.371 €	8,17 €	7,45 €	2.482.210 €	-232.161 €	7,47 €	2.473.920 €	97%

Dati presi da TS

(*) Diminuzione del 50% della differenza tra la spesa procapite dell'ASL NO e la spesa procapite dell'ASL best performer.

Si evidenzia per l'ATC J01 una riduzione della spesa rispetto all'anno precedente di - 232.161€ (-8,55%). La spesa procapite è diminuita da 8,17€ nel 2018 a 7,47€ nel 2019 determinando il **raggiungimento dell'obiettivo al 97%**.

Gli inibitori della pompa protonica presentano nell'anno 2019 una spesa procapite lorda di 9,68€ con una riduzione in valore assoluto rispetto al 2018 di - 0,57 € come mostrato dai grafici seguenti.



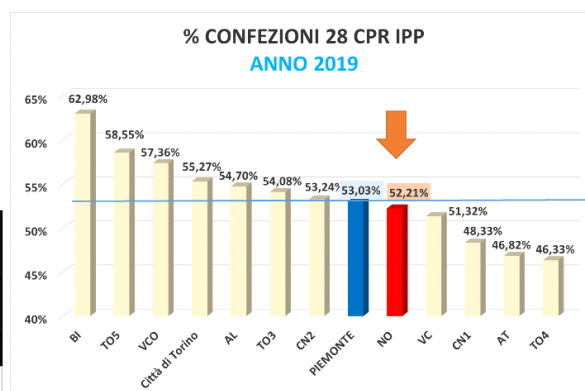
La prescrizione delle confezioni da 28cpr sul totale delle confezioni erogate nell'ASL NO presenta una percentuale del **52,21% nell'ANNO 2019**.

Tale valore risulta leggermente al di sotto della media regionale (53,03%).

PERIODO: ANNO 2019

% IPP 28CPR	ASL NO	PIEMONTE
A02BC TOT	482.346	5.921.218
A02BC 28CPR	251.844	3.140.117
% 28 CPR	52,21%	53,03%

Deati Farma360



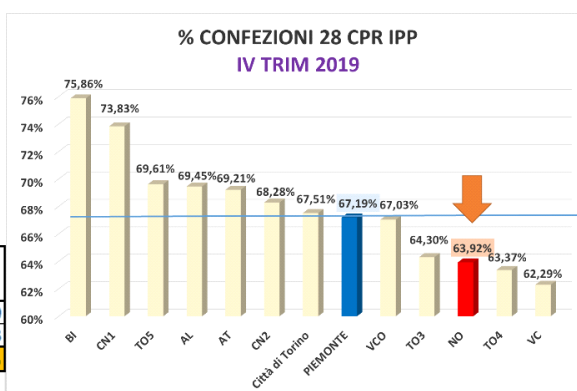
L'obiettivo fissato per il 60% è stato quindi raggiunto per l'87%.

Andando ad analizzare l'ultimo periodo disponibile, solo i mesi del IV trim 2019, l'obiettivo risulta raggiunto pienamente e la situazione viene di seguito rappresentata:

PERIODO: IV TRIM 2019

% IPP 28CPR	ASL NO	PIEMONTE
A02BC TOT	115.053	1.380.589
A02BC 28CPR	73.543	927.633
% 28 CPR	63,92%	67,19%

Debiti Farmacia: 3600



Nel corso del 2019 sono stati realizzati ed accreditati i seguenti eventi formativi rivolti ai MMG:

- “Audit formativo ASL NO nuove strategie per un uso corretto e consapevole degli antibiotici” Corso residenziale – Codice ECM 33892 edizione 1, 32 partecipanti di cui 29 Mmg; edizione 2, 29 partecipanti di cui 28 Mmg
- “Audit formativo ASL NO la riconciliazione farmacologica nel paziente cronico” Corso residenziale – Codice ECM 35273 edizione 1, 84 partecipanti di cui 70 Mmg. In tale corso è stato dato rilievo ai pazienti affetti da BPCO.
- “VITAMINA D: RACCOMANDAZIONI E PRESCRIZIONI”. Evento formativo FAD. Codice ECM 35483
- “APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA DEGLI INIBITORI POMPA PROTONICA”. Evento formativo FAD. Codice ECM 35482

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

5.3. OBIETTIVO Miglioramento della qualità del flusso informativo dei dispositivi medici

DESCRIZIONE

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

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).

Flusso Consumi DMRP 2019

(escluse la CND Z - ad eccezione della Z13 – e la CND W - Dispositivi medico-diagnostici in vitro)

CE 2019 (Voci B.1.A.3.1 + B.1.A.3.2)

2. Compilazione del campo "Forma di negoziazione" (campo 20.0 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>), nonché la compilazione del campo "Identificativo Contratto (campo 16.0 del Tracciato Contratti) del flusso regionale DMRP con un CIG per lotto.

VALORE DELL'OBIETTIVO

1. Coerenza, con un margine di tolleranza compreso tra -5% e +10%, tra la spesa aziendale per DM rilevata da flusso DMRP (al netto dei dispositivi di CND Z – ad eccezione della Z13 - e di CND W) 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 l'85% dei record relativi a contratti stipulati nel 2019 inviati al flusso DMRP-Contratti nel 2019 deve presentare la compilazione del campo "Forma di negoziazione", nonché la compilazione del campo "Identificativo Contratto" con codici CIG per lotto aventi corrispondenza nell'archivio dei codici CIG rilasciati dall'ANAC.

RAPPORTO TRA I DATI DI CONSUMO AZIENDALE DEI DISPOSITIVI MEDICI ED I COSTI**Sub-obiettivo 1****AZIONI**

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

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

RISULTATO

Il calcolo dell'indicatore secondo la formula indicata nella DGR n. 4-92 del 19/07/2019 pone l'ASL al di fuori dello standard.

Codice ASR	Denominazione ASR	COSTI 2019 DISPOSITIVI MEDICI IN FLUSSO DMRP-CONSUMI (escluse CND W e Z - a eccezione della Z13) [A]	SPESA 2019*** PER DISPOSITIVI MEDICI IN VOCI CE B.1.A.3.1 + B.1.A.3.2 [B]	INDICATORE OBBIETTIVO Incidenza costi rilevati su spesa CE (escluse CND W e Z - a eccezione della Z13) [C = A / B] 91,1%
208	ASL NO	€ 5.767.886	€ 6.332.209	

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

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

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

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

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

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

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

È evidente la non coincidenza tra il criterio di imputazione al conto e il criterio dell'indicatore e pertanto si ritiene corretto considerare il calcolo alternativo presente su PADDI con inclusione della CND Z. In tal modo l'indicatore obiettivo rientra nei limiti previsti.

Codice ASR	Denominazione ASR	COSTI 2019 DISPOSITIVI MEDICI IN FLUSSO DMRP-CONSUMI (esclusa CND W)	SPESA 2019*** PER DISPOSITIVI MEDICI IN VOCI CE B.1.A.3.1 + B.1.A.3.2	INDICATORE OBIETTIVO Incidenza costi rilevati su spesa CE (esclusa CND W) [C = A / B]
		[A]	[B]	
208	ASL NO	€ 6.858.072	€ 6.332.209	108,3%

A completamento, si propone il calcolo dell'indicatore corretto, basato sull'esclusione dei dispositivi con CND Z imputati a conti diversi da quelli inclusi nelle voci di CE considerate (nel caso ASL NO € 567.671,00 sui conti 3100149 e 3100504):

Codice ASR	Denominazione ASR	COSTI 2019 DISPOSITIVI MEDICI IN FLUSSO DMRP-CONSUMI (esclusa CND W e prodotti CND Z imputati a conti diversi)	SPESA 2019*** PER DISPOSITIVI MEDICI IN VOCI CE B.1.A.3.1 + B.1.A.3.2	INDICATORE OBIETTIVO Incidenza costi rilevati su spesa CE (esclusa CND W) [C = A / B]
		[A]	[B]	
208	ASL NO	€ 6.290.401	€ 6.332.209	99,3%

Sub-obiettivo 2

AZIONI

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

Il codice CIG relativo ad ogni contratto stipulato è stato inserito nell'apposito campo nel programma di gestione e la procedura di gara relativa ad ogni codice CIG è stata pubblicata nell'osservatorio regionale nei modi e tempi previsti. E' stata richiamata l'attenzione degli operatori alla corretta compilazione del dato al fine di limitare gli errori di trascrizione.

COMPILAZIONE DEL CAMPO "FORMA DI NEGOZIAZIONE"

Attraverso il programma di gestione informatica è effettuata la verifica sulla presenza della forma di negoziazione nei listini relativi ai contratti attivi.

RISULTATO

Nell'anno si è verificato un solo errore di codice CIG che ha condotto ad anomalia su 6 contratti, mentre la forma di negoziazione è risultata sempre compilata. Come si evince dalla tabella sottostante l'indicatore (97,6%) è ampiamente al di sopra del valore minimo richiesto (almeno 85%).

ASL 208 - NOVARA

RECORD CONTRATTI 2019 [A]	RECORD CONTRATTI [A] CON SMART CIG *** [B]	RECORD CONTRATTI OGGETTO DI MONITORAGGIO (PRIVI DI SMART CIG) *** [C = A - B]	RECORD CONTRATTI [C] CON FORMA DI NEGOZIAZIONE COMPILATA [D]	RECORD CONTRATTI [C] CON CIG AVENTE RISCANTRO IN OSSERVATORIO CONTRATTI RP [E]	RECORD CONTRATTI [C] CON FORMA DI NEGOZIAZIONE COMPILATA E CIG AVENTE RISCANTRO IN OSSERVATORIO CONTRATTI RP [F]	INDICATORE OBIETTIVO Incidenza record con forma di negoz. compilata e CIG avente riscontro in OSS.RP (al netto degli Smart CIG) [I = F / C]
863	617	246	246	240	240	97,6%

6. Digitalizzazione del SSR

6.1. OBIETTIVO Fascicolo sanitario elettronico e Servizi on Line

DESCRIZIONE

Con la Deliberazione della Giunta Regionale 23 febbraio 2018, n. 27-6517 la Regione Piemonte ha dato attuazione del Piano Triennale per l'informatica nella P.A. 2017-2019 e degli adempimenti in materia di Sanità digitale, definendo le linee di indirizzo della sanità digitale Piemontese - Progetti regionali 2018-2020.

Per l'esercizio 2019 il perseguimento dei citati obiettivi richiede, tra l'altro, un governo aziendale attivo che assicuri la realizzazione degli interventi finalizzati alla realizzazione del CUP unico regionale, alla digitalizzazione e alimentazione del FSE dei seguenti documenti clinico sanitari: Lettera di dimissione, referto di pronto soccorso, referto di anatomia patologia e radiologia (ivi incluso le immagini), nonché all'utilizzo da parte dei cittadini ed operatori sanitari dei servizi digitali realizzati.

Inoltre, in attuazione tra l'altro al DM 2 novembre 2011 e le disposizioni regionali conseguenti, la ricetta cartacea, di cui al decreto 17 marzo 2008, è sostituita dalla ricetta dematerializzata generata dal medico prescrittore. In proposito, nel corso dell'esercizio 2019, gli Enti del SSR dovranno definire e porre in essere i necessari interventi finalizzati a:

- completa dematerializzazione delle prescrizioni delle ricette mediche, da parte di tutti i medici autorizzati, nel rispetto delle normative nazionali che regolamentano la prescrizione medica (es. formazione, monitoraggio attivo, ecc);
- garantire il completamento, nel rispetto delle normative nazionali, del ciclo di vita delle ricette dematerializzate (presa in carico ed erogazione) da parte di tutti gli erogatori autorizzati.

INDICATORE

1. Avvio di tutte le iniziative di digitalizzazione, archiviazione nel deposito repository aziendale e alimentazione FSE-Sol, nel rispetto delle indicazioni regionali, e realizzazione dell'alimentazione nel FSE entro il 31 dicembre 2019 di almeno 2 dei seguenti documenti clinico-sanitari: LDO, VPS, AP e Radiologia;
2. Avvio entro il 31 dicembre 2019, fatto salvo eventuale deroga regionale, il sistema regionale omogeneo di gestione delle agende e delle prenotazioni sanitarie (Gara 63/2015) e adesione alla convenzione sottoscritta da SCR in esito alla gara 63/2015 entro 30 giorni successivi alla pubblicazione del presente provvedimento;
3. Informare e Promuovere l'utilizzo dei servizi digitali realizzati: a) ritiro referti on line utilizzato per almeno 5% dei cittadini che hanno effettuato presso la struttura pubblica un esame di laboratorio nel periodo da luglio - dicembre 2019; espressione del consenso alimentazione FSE per almeno il 20% dei cittadini che hanno effettuato presso la struttura pubblica un esame di laboratorio nel periodo da luglio - dicembre 2019.

VALORE DELL'OBIETTIVO

1. Iniziative di digitalizzazione, archiviazione nel deposito repository aziendale e alimentazione FSE-Sol, nel rispetto delle indicazioni regionali avviate al 100% e 2 dei documenti clinico-sanitari sopra elencati realizzati al 100%;
2. Sistema regionale omogeneo di gestione delle agende e delle prenotazioni sanitarie (Gara 63/2015) avviato entro il 31 dicembre 2019, fatto salvo eventuale deroga regionale, e adesione alla convenzione sottoscritta da SCR in esito alla gara 63/2015 entro 30 giorni successivi alla pubblicazione del presente provvedimento;

3. % referti ritirati on line: ≥5%.

Espressione consenso alimentazione FSE: ≥20%.

AZIONI e RISULTATI

Sub-obiettivo 1

Digitalizzazione

Nel corso del 2019 l'ASL ha dovuto cambiare il fornitore di riferimento per la gestione del Sistema Informativo Ospedaliero, attualmente basato su piattaforma TrakCare.

Il piano di sviluppo per l'anno 2019 prevedeva la migrazione del sistema al Cloud e la valutazione di passaggio alla Standard Edition di TrakCare con conseguente disponibilità del Repository e di tutti referti prodotti sulla piattaforma in formato PADES.

Le diverse ipotesi analizzate con i fornitori non hanno condotto alla definizione di una soluzione condivisa e realizzabile per la presenza di rilevanti criticità anche di carattere economico.

Al fine di non bloccare il processo di digitalizzazione è stata data priorità al completamento del processo di gestione dei referti dei laboratorio, già inviati a FSE in formato PADES dal luglio del 2018 e basati su applicativo LabTrak, non interessato dalla migrazione alla Standard Edition e quindi con certezza di sviluppi fruibili fino alla realizzazione del progetto di Laboratorio unico di AIC.

Nella pianificazione è stata data priorità all'invio ROL e all'attivazione di PagoPA,.

In data 18.11.2019 (cfr. verbale di corretta esecuzione delle attività di integrazione tra LIS ed FSE firmato da Regione, CSI Piemonte, Asl Novara e Dedagroup) si è attivato il servizio ROL all'utenza.

Nel mese di dicembre sono stati completati i test con integrazione del LIS al GPA secondo le nuove specifiche, inclusa la produzione dell'avviso PagoPA completo di bollettino postale (n. autorizzazione DB/SISB/P1 48355 del 29.11.2019).

Sono state avviate, ma non completate entro l'anno, le attività di sviluppo del referto LIS nel nuovo formato pdf/A con CDA2 secondo il processo autorizzato da Regione con mail del 17.04.2019 (intervento sulla routine di composizione del PCL includendo la generazione del CDA-R2 e dei metadati. Conversione del PCL in pdf ed iniezione del CDA-R2 nel pdf prima di sottoporlo al processo di firma).

Al fine di perseguire l'obiettivo specifico di produzione di almeno 2 referti in formato PADES sono stati contattati i fornitori degli applicativi interessati. Esclusi, per le motivazioni sopra esposte i referti generati in TrakCare, sono stati concordati gli sviluppi per il referto di Radiologia e di Anatomia Patologica.

Il referto di radiologia in formato PADES è stato implementato sulla nuova piattaforma in Cloud dell'applicativo eRIS dal fornitore Exprivia con integrazione al sistema di firma remota ARUBA.

Il referto di Anatomia Patologica in formato PADES è stato incluso nel progetto di passaggio al Cloud in corso di aggiudicazione.

Archiviazione ed alimentazione FSE

Il processo di acquisizione del Repository è ancora in fase di definizione. La necessità di far confluire sulla piattaforma anche i referti di LabTrak complica l'individuazione della soluzione in quanto il fornitore del sistema non ha chiarito i vincoli tecnici.

Si prevede di concludere l'iter amministrativo di scelta del contraente entro il primo semestre 2020.

Sub-obiettivo 2

Sistema regionale omogeneo di gestione delle agende e delle prenotazioni sanitarie (Gara 63/2015)

L'ASL ha aderito alla Convenzione con Determina 619 del 09.04.2019 ed ha avviato il sistema in data 10.06.2019, come da cronoprogramma.

Sub-obiettivo 3

L'integrazione del sistema di laboratorio con il sistema regionale ROL per il ritiro referti on line è operativo dal 18.11.2019.

Nel progetto iniziale era stato previsto l'avvio contestuale ROL-PagoPA per agevolare dal punto di vista organizzativo il controllo sul pagamento del ticket. Il prolungarsi delle attività di sviluppo dell'integrazione LIS GPA-PagoPA ha indotto a disgiungere i due progetti con conseguenti complicazioni organizzative.

Al fine di promuovere il progetto si sono condotte campagne di comunicazione sia all'esterno, attraverso l'Ufficio Stampa, sia all'interno attraverso incontri di informazione/formazione con gli operatori degli sportelli dei centri prelievo e i "Punto assistito".

Nella comunicazione si sono promossi i servizi ROL, Fascicolo Sanitario Elettronico e si sono fornite indicazioni su SPID.

E' stato organizzato un incontro anche con tutte le RSA del territorio al fine di coinvolgerle nel progetto sia come gestori di "Punto assistito" dedicati agli utenti delle strutture sia come fruitori del Fascicolo Sanitario Elettronico.

Dal punto di vista tecnico lato ASL non si sono rilevati problemi particolari, tuttavia si deve constatare la scarsa adesione dell'utenza all'iniziativa, forse dovuta alla difficoltà di utilizzo della piattaforma, vincolata alla disponibilità di credenziali forti, la cui diffusione è ancora scarsa.

L'adesione al ROL è risultata, secondo i dati comunicati da Dedagroup, di soli 84 casi in tre mesi.

Per quanto riguarda i fascicoli attivati dai cittadini l'ASL non ha visibilità del dato.

4.2 PERFORMANCE ORGANIZZATIVA DELL'ASL NO

Complessivamente sono stati attribuiti 513 obiettivi ai fini del riconoscimento della quota integrativa al trattamento economici per l'anno 2019.

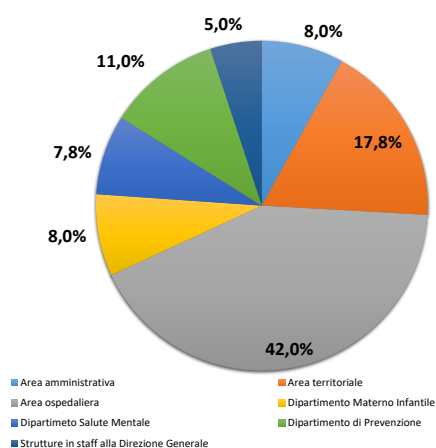
Mediamente ad ogni struttura sono stati attribuiti 9,5 obiettivi per la quota integrativa, come dettagliato nella tabella sottostante.

Obiettivi attribuiti nel 2019 suddivisi per prospettiva di riferimento

Prospettiva di riferimento	N. medio obiettivi per struttura
Economici e di attività	3,5
Appropriatezza e qualità	3,4
Innovazione e sviluppo	2,3

Tenuto conto della strutturazione dell'ASL NO, il 42% degli obiettivi è di competenza dell'area ospedaliera, il 29% dell'area territoriale, includendo il Dipartimento di Prevenzione. Il 16% degli obiettivi è stato assegnato a dipartimenti con entrambe le componenti (Dipartimento di Salute Mentale e Dipartimento Materno Infantile) e l'8% è rappresentato dagli obiettivi assegnati alle strutture amministrative, i restanti sono attribuiti alle strutture in staff (5%).

Obiettivi attribuiti nel 2019 suddivisi per area



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

Obiettivi attribuiti nel 2019 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	22	51%	10	23%	11	26%	43
Area territoriale	39	23%	31	10%	26	11%	96
Area ospedaliera	94	10%	83	4%	51	5%	228
Dipartimento Materno Infantile	15	52%	16	24%	11	26%	42
Dipartimento Salute Mentale	13	52%	17	24%	12	26%	42
Dipartimento di Prevenzione	15	38%	29	17%	14	19%	58
Strutture in staff alla Direzione Generale	11	73%	9	33%	10	37%	30
Totale	209	39%	195	36%	135	25%	539

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 97% (anno 2018: 99,7%) degli obiettivi "economici e di attività", del 99% (anno 2018: 98,3%) degli obiettivi di "appropriatezza e qualità" e del 98% (anno 2018: 99,4%) degli obiettivi di "innovazione e sviluppo".

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

Obiettivi attribuiti nel 2019 – Percentuale di raggiungimento per prospettive di riferimento e tipologie di area

	Economici e di attività	Appropriatezza e qualità	Innovazione e sviluppo
Area amministrativa	100%	90%	100%
Area territoriale	89%	100%	88%
Area ospedaliera	99%	99%	100%
Dipartimento Materno Infantile	95%	96%	100%
Dipartimento Salute Mentale	100%	100%	100%
Dipartimento di Prevenzione	100%	98%	100%
Strutture in staff alla Direzione Generale	100%	100%	100%
Totale	97%	99%	98%

4.3 PERFORMANCE INDIVIDUALE

Personale dirigente

Complessivamente sono stati valutati 381 dirigenti

Per quanto riguarda la distribuzione nelle diverse strutture, la maggior parte dei dirigenti si concentra nell'Area Ospedaliera (46%), seguita a distanza dal Dipartimento di Prevenzione (16%) e dall'Area Territoriale (14%), dal Dipartimento di Salute Mentale (9%), dal Dipartimento Materno Infantile (7%) e in Staff (5%). L'area meno rappresentata è quella relativa all'area amministrativa (3%).

Il punteggio medio assegnato è pari a 41/45, con una mediana del 42.

Raggruppando i punteggi per fasce, si riscontra come oltre la metà dei dirigenti (64%) abbia ottenuto un punteggio medio-alto (> di 40/45). Rispetto al 2018 si osserva un incremento della quota di dirigenti con punteggio medio-alto di 10 punti percentuali (anno 2018: 54%).

Meno del 10% dei dirigenti (8,1%) ha ottenuto una valutazione inferiore a 35/45.



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

Complessivamente sono stati assegnati 280 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 al 99% (2018: 98,7%).

Personale appartenete all'Area del Comparto

Complessivamente sono stati valutati 1.499 operatori appartenenti all'area del Comparto, coinvolgendo 93 valutatori, con una media di 16 soggetti da valutare per ogni valutatore.

Categoria	n.	%
A/B/BS/C	462	31,2
D/DS	953	64,3
D/DS_coordinatori	68	4,6
Totale	1483	100,0

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 90,5/100 (valore 2018: 83,1/100), superiore sia all'autovalutazione (87,8; dato 2018: 81,4), sia all'eterovalutazione (89,7; dato 2018: 82,6).

In tutte le categorie si osserva come il punteggio medio dell'autovalutazione sia inferiore alla valutazione fatta dal proprio valutatore, ad eccezione della categoria D/DS.

La categoria con il punteggio più elevato è rappresentata dalla categoria D/DS.

Rispetto al 2018 si osserva un incremento di 7 punti rispetto alla media della valutazione condivisa, 6 rispetto all'autovalutazione e 7 rispetto all'eterovalutazione.

<i>Punteggio medio</i>			
Categoria	auto valutazione	etero valutazione	valutazione condivisa
A/B/BS/C	87,3	88,6	89,2
D/DS	94,4	93,8	94,9
D/DS_coordinatori	91,5	92,6	93,7
Totale complessivo	87,8	89,7	90,5

Meno dell'1% dei valutati (2 operatori) ha ottenuto un punteggio inferiore a 60/100, ovvero considerato insufficiente, circa il 65,7% ha ottenuto un punteggio tra 90 e 100.

4.4 RELAZIONI SINDACALI

La gestione delle Relazioni Sindacali comprende l'insieme dei processi che concorrono a regolare i rapporti tra l'ASL Novara e le Organizzazioni Sindacali (OO.SS.) e le Rappresentanze Sindacali Unitarie (RSU) per quanto concerne la contrattazione integrativa, l'applicazione del Contratto Collettivo Nazionale del Lavoro (CCNL) e del Contratto Collettivo Integrativo (CCI).

La composizione della delegazione di parte pubblica è stata costituita rispettivamente con deliberazione D.G. n. 135 del 20 giugno 2018 per quanto riguarda il Comparto Sanità e con deliberazione D.G. n. 65 del 04/03/2020 per quanto riguarda la dirigenza Area Sanità.

La delegazione di parte sindacale è composta dalla R.S.U. e dai rappresentanti delle organizzazioni sindacali territoriali di comparto firmatarie del CCNL.

Attualmente risultano accreditate al tavolo di contrattazione le seguenti sigle sindacali:

Area Comparto:

- FP CGIL
- CISL FP
- UIL FPL
- FIALS
- FSI
- NURSING UP

Area dirigenza Sanità

- ANAAO ASSOMED
- CIMO
- FASSID
- AAROI EMAC
- FP CGIL
- FVM
- FESMED
- FEDERAZIONE CISL MEDICI
- ANPO SCOTI FIALS MEDICI
- UIL FPL

Area dirigenza PTA

- CGIL FP
- CISL FPS
- UIL FPL
- FEDIR SANITA'

Il confronto tra le delegazioni è stato finalizzato a contemperare l'interesse dei dipendenti al miglioramento delle condizioni di lavoro, allo sviluppo professionale ed al sistema incentivante con l'esigenza di migliorare e mantenere elevati livelli di qualità, efficienza e efficacia dell'attività e dei servizi istituzionali.

Secondo il CCNL vigente si articola nei seguenti modelli relazionali:

- Partecipazione:
 - informazione;
 - confronto
 - organismi paritetici di partecipazione
- Contrattazione

Nel corso dell'anno 2019 sono stati sottoscritti diversi accordi con le soprarichiamate organizzazioni sindacali che sono stati formalizzati con i le seguenti deliberazioni:

- Deliberazione n. 106 del 14/03/2019: OOSS Comparto Accordo su piano annuale servizio di pronta disponibilità;
- Deliberazione n. 148 del 11/04/2019: Accordo sindacale sottoscritto in data 05/02/2019 Progressioni economiche orizzontali (P.E.O.);
- Deliberazione n. 2702 del 19/07/2019 Formalizzazione accordo sull'utilizzo impianti di video sorveglianza;
- Deliberazione n. 312 del 02/08/2019: Formalizzazione accordo sindacale Dirigenza area medica e veterinaria – corresponsione retribuzione di risultato anno 2018;
- Deliberazione n. 313 del 02/08/2019: Formalizzazione accordo sindacale Dirigenza area medica e veterinaria – corresponsione retribuzione di risultato anno 2018;
- Deliberazione n. 381 del 17/10/2019: contrattazione integrativa aziendale: Criteri per la corresponsione della performance individuale – Anno 2018 di cui all'art. 8, comma 5, CCNL 21/05/2018;
- Deliberazione n. 410 del 14/11/2019: Criteri per la definizione delle procedure per le progressioni economiche per l'anno 2019: formalizzazione.

Nel corso del 2019 è stato, inoltre, portato avanti il confronto sugli incentivi per funzioni tecniche di cui all'art. 113 del D.Lgs. n.50/2016 e s.m.i.; il processo si è concluso nel 2020 con l'approvazione del regolamento con deliberazione D.G. n. 54 del 25/02/2020.

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 relativi alle Aree Medica, chirurgica e Materno-Infantile.

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, ove disponibile, con cui l'evento si manifesta espressa in percentuale (rispettivamente "% grezza" e "% Adj").

Vengono di seguito riportati i dati relativi alle seguenti macroaree:

- Area Materno-Infantile
- Area Chirurgica
- Area Medica

AREA MATERNO INFANTILE

Cesarei Primari – Percentuali grezze e standardizzate

La percentuale grezza dei cesarei primari nel periodo analizzato è stata del 17.6% (20.1% Adj); come anche mostrato in figura, la proporzione di cesarei primari standardizzata mostra una costante riduzione dal 2014 al 2017 compreso (fig. 3)

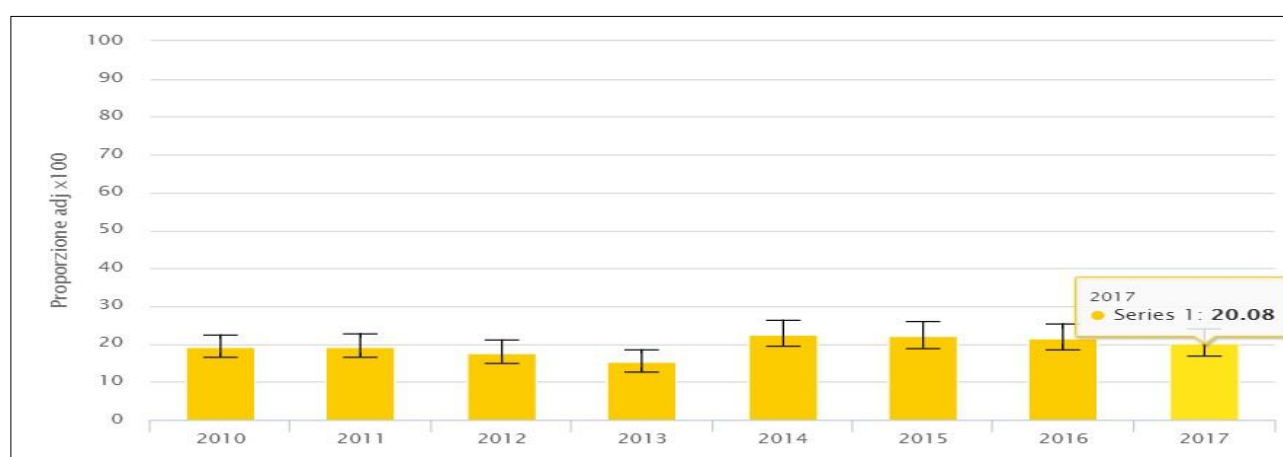


Fig. 3: Andamento proporzione di parti cesarei primari – ASL NO

La proporzione standardizzata di parti cesarei primari relativa al punto nascita di Borgomanero si colloca al di sotto della media nazionale ed è sovrapponibile agli altri ospedali del Quadrante Nord-Est, fatto salvo l'Ospedale Maggiore della Carità di Novara.

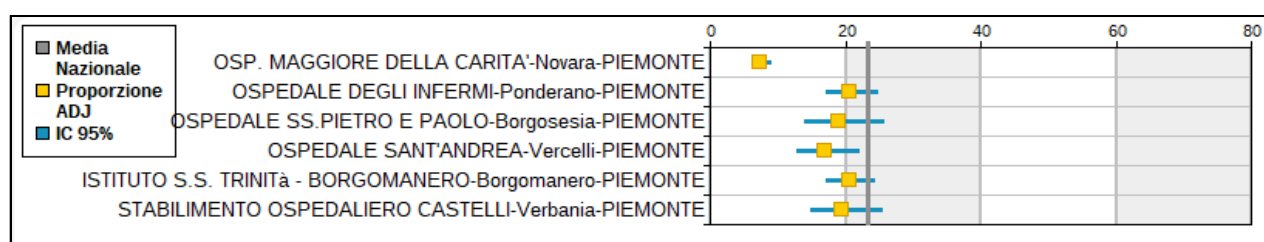






Fig. 4: Proporzione di parti cesarei primari – confronto con media nazionale e ospedali del quadrante Nord-Est

Gli esiti – Complicanze e Ricoveri successivi al parto

Il dati del PNE indicano in generale una buona qualità degli esiti: nell’area perinatale 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.

Appare utile approfondire gli aspetti relativi alle complicanze dopo parto naturale, non tanto per la loro prevalenza relativa (1.05% - 1.13 Adj - nel caso di parti naturali), ma quanto per una tendenza al rialzo nel tempo, benché non statisticamente significativa (p=0.187). Da notare che le complicanze dopo TC sono più basse della media nazionale ed in miglioramento rispetto agli anni precedenti.

	% Grezza 2017	% Grezza 2016	% Grezza 2015	% Adj 2017	% Adj 2016	% Adj 2015
Parto naturale: complicanze durante il parto o il puerperio 	1.05	0.45	0.45	1.13	0.50	0.49
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 o 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

Tab. 1

A. Parti con nuovi ricoveri durante il puerperio

La figura 5 dimostra come l’incidenza (tasso standardizzato %) di ricoveri successivi dopo parto naturale e durante il puerperio, per il punto nascita di Borgomanero sia abbondantemente sotto la media nazionale e tra le più basse del quadrante.

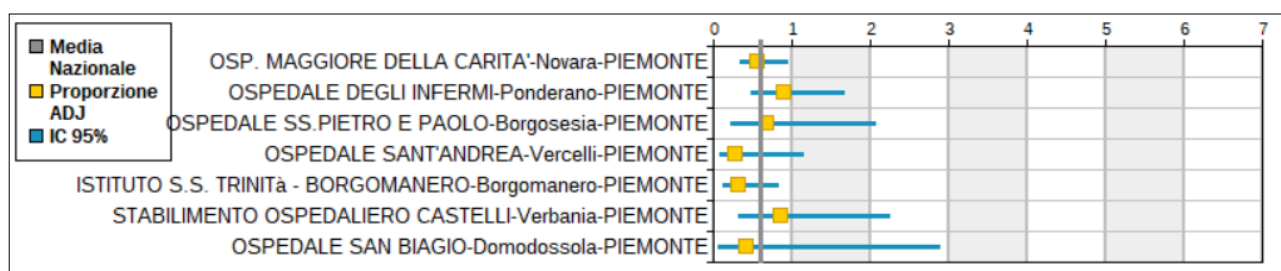


Fig. 5: Proporzione di donne con parto naturale che hanno re-ricovero durante il puerperio - CONFRONTO PN DEL QUADRANTE

Allo stesso modo la figura 6 indica come la Proporzione di donne con parto cesareo presso il PN di Borgomanero, e che hanno un re-ricovero durante il puerperio, sia sotto la media nazionale e tra le più basse del quadrante.

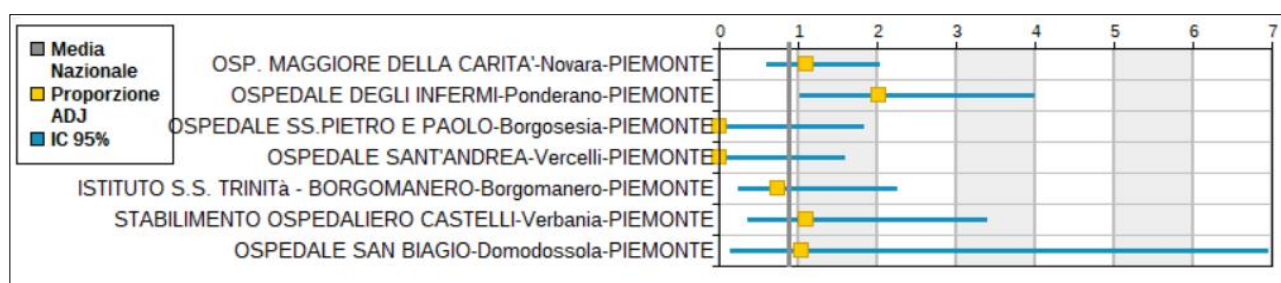


Fig. 6: Proporzione di donne con parto cesareo presso il PN di Borgomanero che hanno re-ricovero durante il puerperio - CONFRONTO PN DEL QUADRANTE

La figura 7 mostra l'andamento dei ricoveri ripetuti dopo cesareo evidenziando una costante riduzione negli ultimi anni.

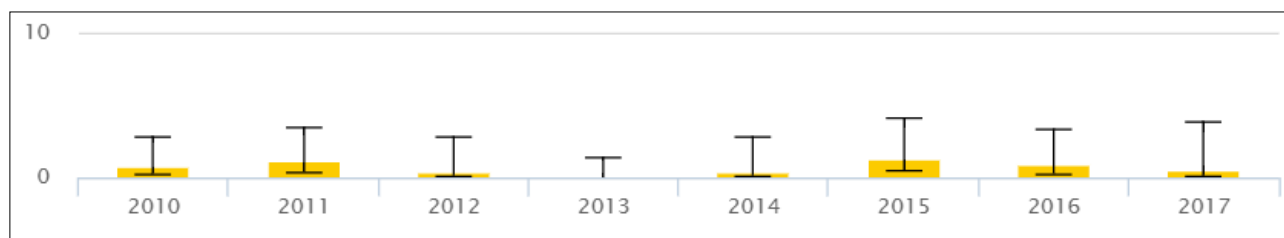


Fig. 7: Proporzione di donne con parto cesareo presso il PN di Borgomanero che hanno re-ricovero durante il puerperio – Andamento

B. Parti con complicanze durante il parto o il puerperio

Anche per quanto riguarda le complicanze durante il parto o il puerperio, il punto nascita di Borgomanero fa segnare valori migliori della media nazionale e tra i migliori del quadrante (fig. 8)

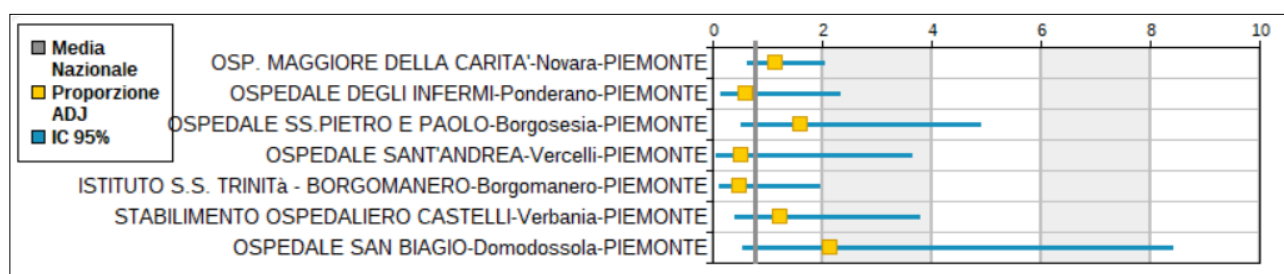


Fig. 8: Proporzione di donne con parto cesareo presso il PN di Borgomanero che hanno complicanze durante il parto o il puerperio - CONFRONTO PN DEL QUADRANTE

Chirurgia per patologia Maligna

Come mostrato nelle figure 8 e 9, nell'anno relativo all'analisi presso la SC di Ginecologia ed Ostetricia dell'Ospedale di Borgomanero sono stati effettuati 8 ricoveri per intervento di K Utero e 1 ricovero per intervento di K Ovaio.

Intervento chirurgico per TM utero: volume di ricoveri - Italia 2017

STRUTTURA	PROVINCIA	REGIONE	N	GRAFICO
ITALIA			12044	
OSPEDALE SANT'ANDREA - Vercelli	VC	Piemonte	17	
OSPEDALE DEGLI INFERMI - Ponderano	BI	Piemonte	20	
ISTITUTO S.S. TRINITÀ - BORGOMANERO - Borgomanero	NO	Piemonte	8	
OSPEDALE SS.PIETRO E PAOLO - Borgosesia	VC	Piemonte	14	
STABILIMENTO OSPEDALIERO CASTELLI - Verbania	VB	Piemonte	8	
OSP. MAGGIORE DELLA CARITA' - Novara	NO	Piemonte	65	

Fig. 10: Interventi per K Utero - confronto ospedali del quadrante

Intervento chirurgico per TM ovaio: volume di ricoveri - Italia 2017				
STRUTTURA	PROVINCIA	REGIONE	N	GRAFICO
ITALIA			3892	
OSPEDALE DEGLI INFERMI - Ponderano	BI	Piemonte	6	
ISTITUTO S.S. TRINITÀ - BORGOMANERO - Borgomanero	NO	Piemonte	1	
OSPEDALE SS.PIETRO E PAOLO - Borgosesia	VC	Piemonte	1	
STABILIMENTO OSPEDALIERO CASTELLI - Verbania	VB	Piemonte	1	
OSPEDALE SANT'ANDREA - Vercelli	VC	Piemonte	2	
OSP. MAGGIORE DELLA CARITA' - Novara	NO	Piemonte	34	

Fig. 11: Interventi per K Ovaio - confronto ospedali del quadrante

Isterectomie

Le isterectomie eseguite presso il PO di Borgomanero sono state 74; segue confronto con gli altri ospedali di quadrante. Il volume di attività registra un lieve calo nel tempo.

Isterectomia: volume di ricoveri - Italia 2017				
STRUTTURA	PROVINCIA	REGIONE	N	GRAFICO
ITALIA			56719	
ISTITUTO S.S. TRINITÀ - BORGOMANERO - Borgomanero	NO	Piemonte	74	
OSPEDALE SS.PIETRO E PAOLO - Borgosesia	VC	Piemonte	143	
STABILIMENTO OSPEDALIERO CASTELLI - Verbania	VB	Piemonte	96	
OSPEDALE SANT'ANDREA - Vercelli	VC	Piemonte	79	
OSPEDALE SAN BIAGIO - Domodossola	VB	Piemonte	6	
OSPEDALE DEGLI INFERMI - Ponderano	BI	Piemonte	121	
OSP. MAGGIORE DELLA CARITA' - Novara	NO	Piemonte	313	

Fig. 12: Interventi di isterectomia - confronto ospedali del quadrante

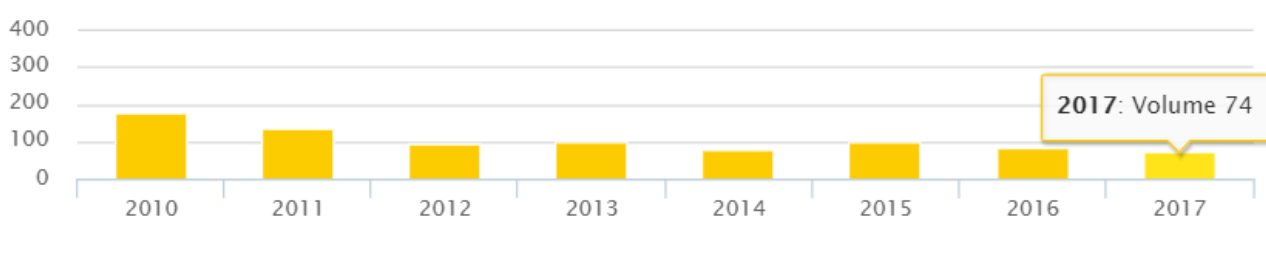


Fig. 14: Isterectomie eseguite presso PO Borgomanero: Andamento 2010 - 2017

PEDIATRIA

I dati presenti nel PNE riguardanti la pediatria riportano solo volumi di attività relativi alle Tonsillectomie, alle Tonsillectomie con adenoidectomia e alle Adenoidectomie senza tonsillectomia. Non vengono riportati indicatori di esito.

I ricoveri per tonsillectomia in età pediatrica (fig. 15), nel 2017, sono stati 98; tale volume di attività – nel quadrante di riferimento – è secondo solo a quello dell’AOU Maggiore della Carità di Novara

Tonsillectomia: volume di ricoveri in eta pediatrica - Italia 2017				
STRUTTURA	PROVINCIA	REGIONE	N	GRAFICO
ITALIA			20707	
OSPEDALE SAN BIAGIO - Domodossola	VB	Piemonte	51	
ISTITUTO S.S. TRINITÀ - BORGOMANERO - Borgomanero	NO	Piemonte	98	
OSPEDALE SANT'ANDREA - Vercelli	VC	Piemonte	58	
OSPEDALE DEGLI INFERMI - Ponderano	BI	Piemonte	61	
OSP. MAGGIORE DELLA CARITA' - Novara	NO	Piemonte	160	

Fig. 15: Interventi di tonsillectomie - confronto ospedali del quadrante

Le medesime considerazioni interessano le tonsillectomie con adenoidectomia (fig. 16); queste sono state 84 nel corso del 2017.

Tonsillectomia con adenoidectomia: volume di ricoveri in eta pediatrica - Italia 2017				
STRUTTURA	PROVINCIA	REGIONE	N	GRAFICO
ITALIA			17572	
OSPEDALE DEGLI INFERMI - Ponderano	BI	Piemonte	52	
OSPEDALE SANT'ANDREA - Vercelli	VC	Piemonte	47	
ISTITUTO S.S. TRINITÀ - BORGOMANERO - Borgomanero	NO	Piemonte	84	
OSPEDALE SAN BIAGIO - Domodossola	VB	Piemonte	40	
OSP. MAGGIORE DELLA CARITA' - Novara	NO	Piemonte	143	

Fig. 16: Interventi di tonsillectomie con adenoidectomie - confronto ospedali del quadrante

Infine le adenoidectomie senza tonsillectomia (fig. 17) sono state 10, questo risulta il volume di attività più

Adenoidectomia senza tonsillectomia: volume di ricoveri in eta pediatrica - Italia 2017				
STRUTTURA	PROVINCIA	REGIONE	N	GRAFICO
ITALIA			15299	
OSPEDALE SAN BIAGIO - Domodossola	VB	Piemonte	16	
OSPEDALE SANT'ANDREA - Vercelli	VC	Piemonte	29	
ISTITUTO S.S. TRINITÀ - BORGOMANERO - Borgomanero	NO	Piemonte	10	
OSPEDALE DEGLI INFERMI - Ponderano	BI	Piemonte	26	
OSP. MAGGIORE DELLA CARITA' - Novara	NO	Piemonte	46	

basso tra gli ospedali di quadrante.



Fig. 17: Interventi di adenoidectomie senza tonsillectomie - confronto ospedali del quadrante

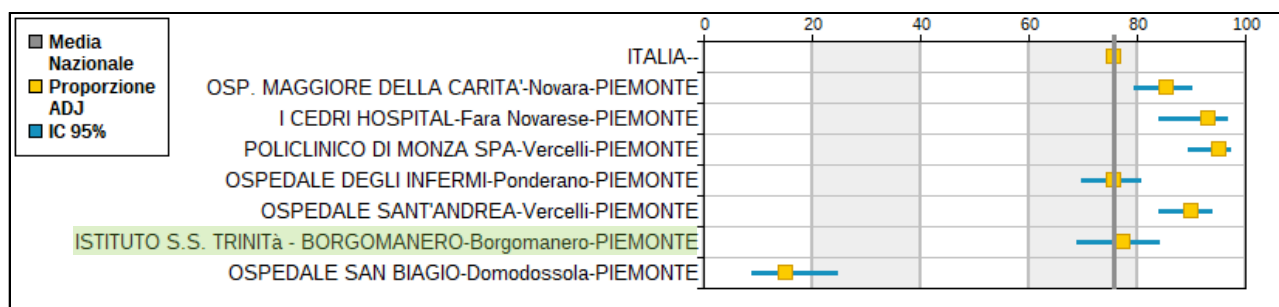
AREA CHIRURGICA

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

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.

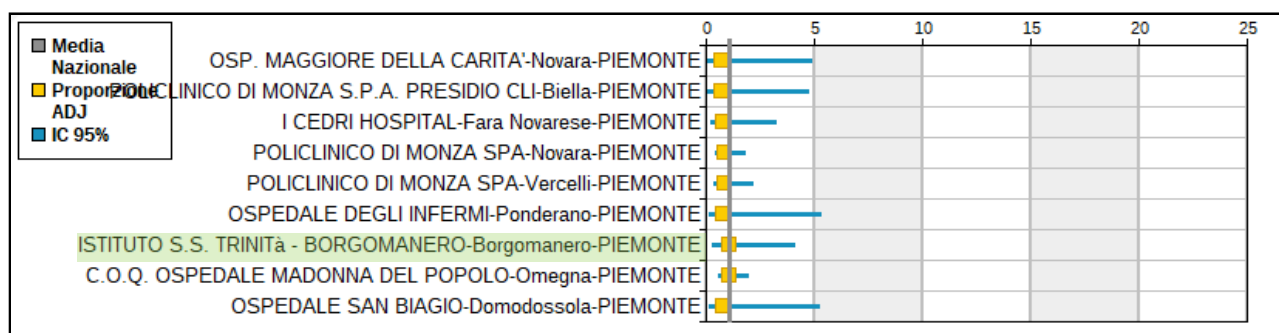
		% Grezza 2017	% Grezza 2016	% Grezza 2015	% Adj 2017	% Adj 2016	% Adj 2015
Chirurgia	Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni 	81.0	71.0	70.2	77.4	54.3	51.5
	Colecistectomia laparoscopica in R.O.: complicitanze a 30 giorni 	2.4	2.8	2.9	2.7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



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

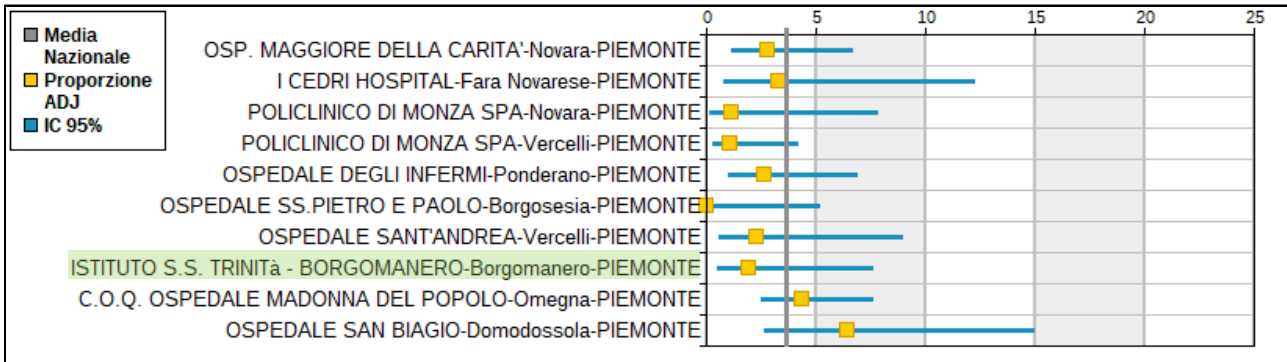
Interventi di Ortopedia-Traumatologia

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.



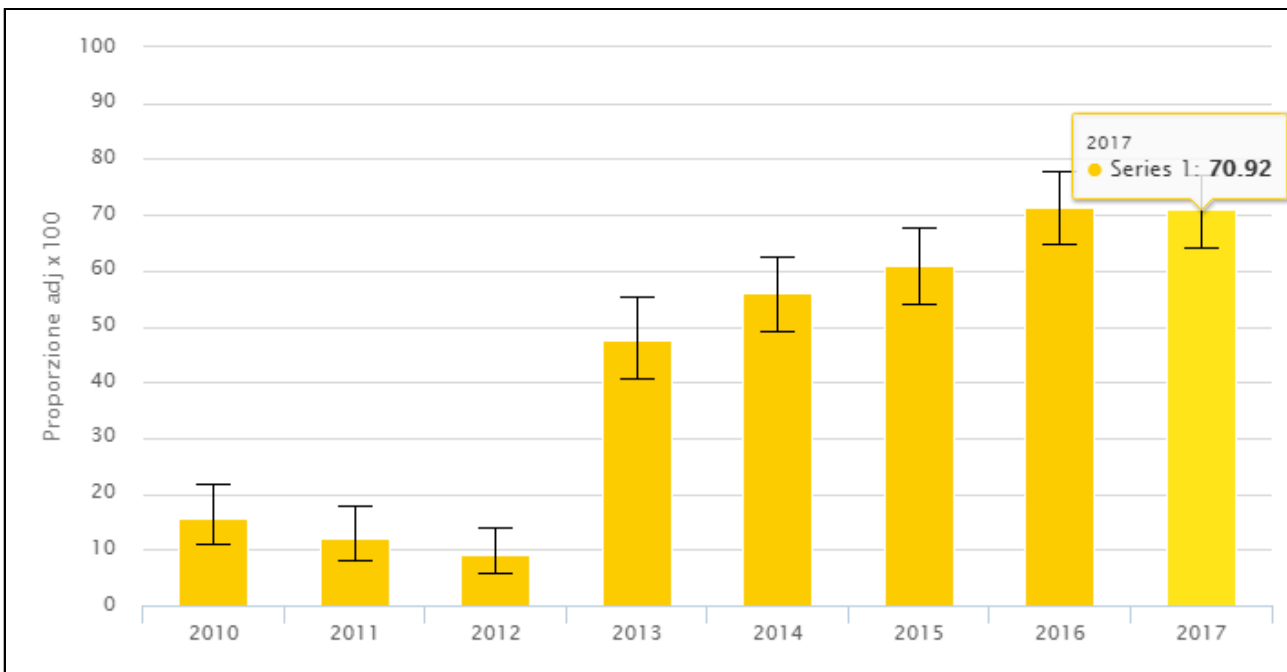
Nuovo ricovero entro 6 mesi dalla prima artroscopia

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

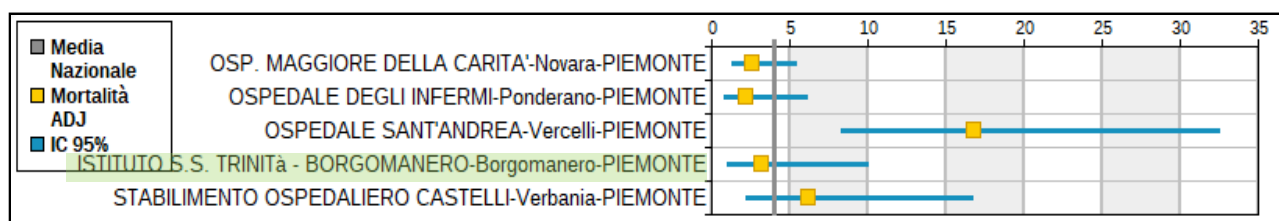
CHIRURGIA PER TUMORE MALIGNO

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
Osp. S.S. Trinità-Borgomanero	60	63
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

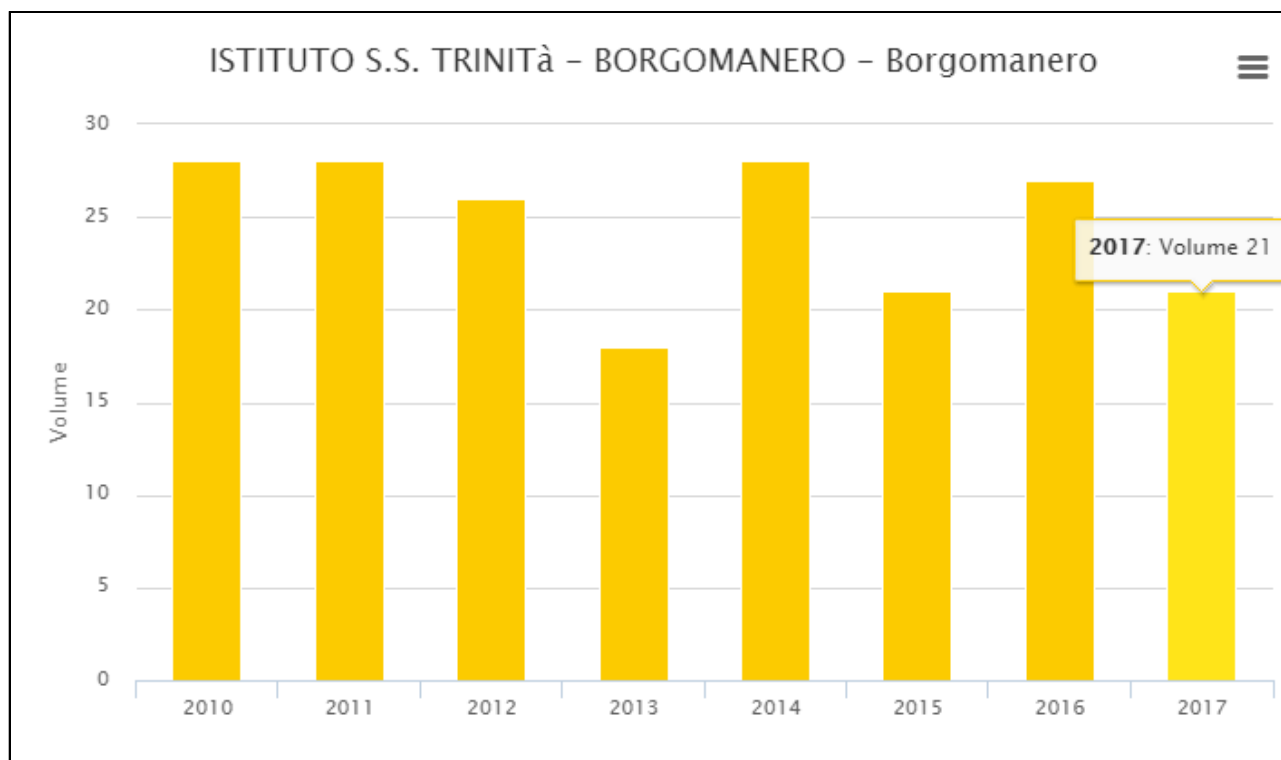
Interventi per K Rene

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
ISTITUTO S.S. TRINITÀ - BORGOMANERO - Borgomanero	NO	Piemonte	21
OSPEDALE SS.PIETRO E PAOLO - Borgosesia	VC	Piemonte	1
STABILIMENTO OSPEDALIERO CASTELLI - Verbania	VB	Piemonte	1
OSP. MAGGIORE DELLA CARITA' - Novara	NO	Piemonte	63

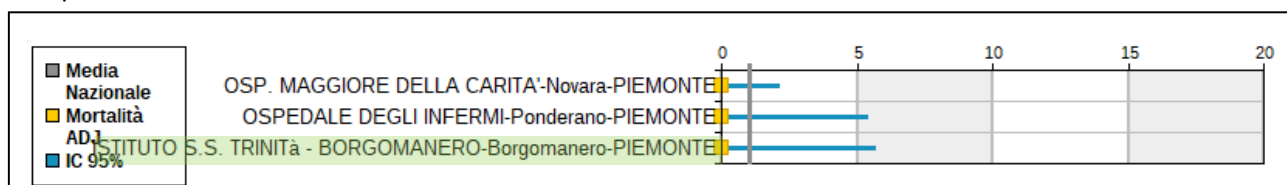
Volumi attività nel quadrante

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

AREA MEDICA

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

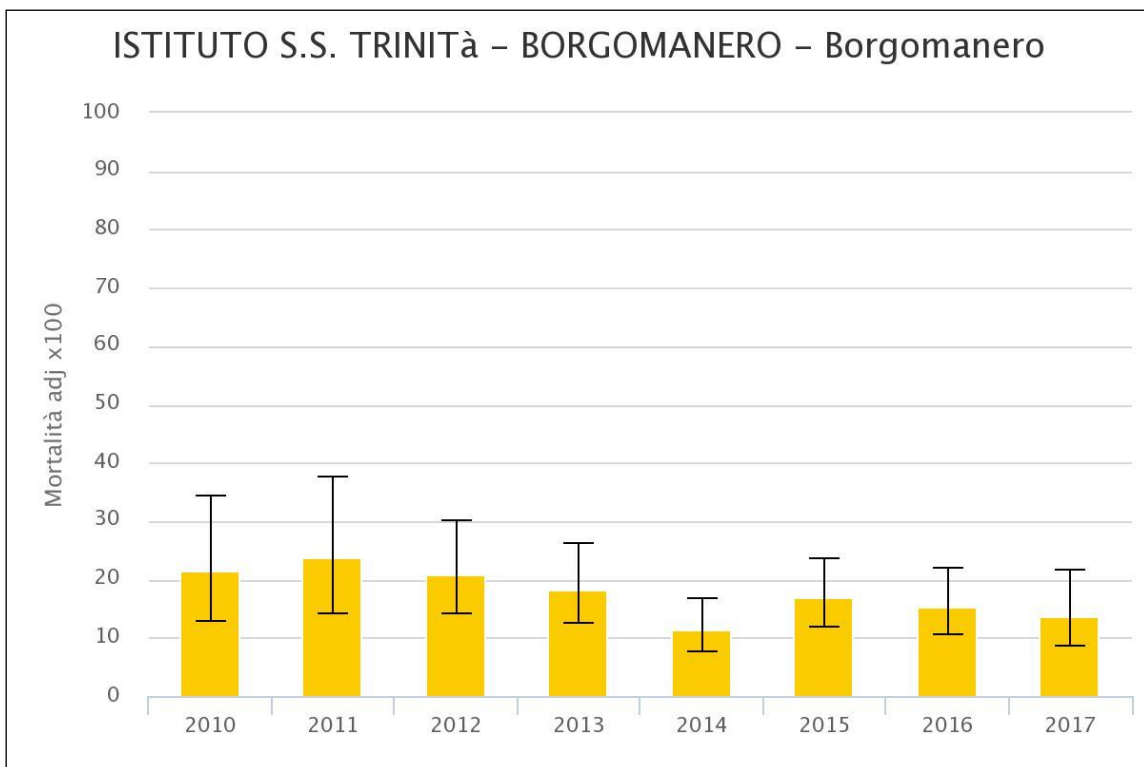
La Mortalità a 30 giorni dall'evento per Ictus è del 15,5% (13,7% Adj). Un confronto con gli altri ospedali colloca questi valori in linea con quelli registrati dagli altri ospedali del quadrante, come dimostra la seguente figura; non si apprezzano infatti differenze statisticamente significative sui valori standardizzati.

Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni - Italia 2017



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

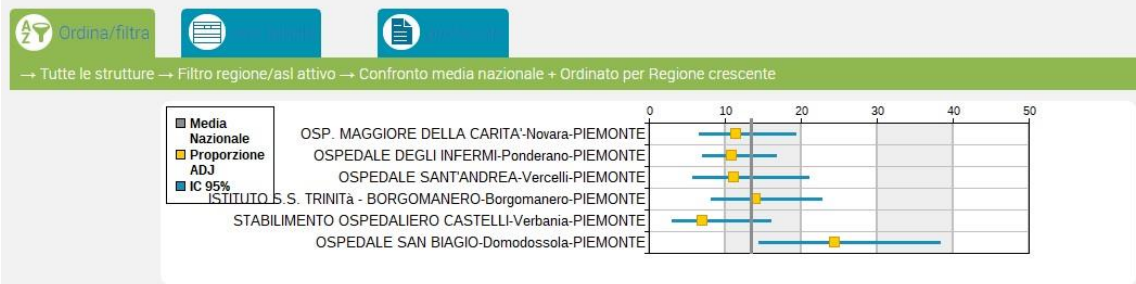
Da notare che la mortalità a 30 giorni per Ictus, presso il Po di Borgomanero, sta registrando un calo costante negli ultimi anni.



Mortalità a 30 giorni per Ictus: Andamento annuale presso PO di Borgomanero

Per quanto riguarda la BPCO, si segnala che la quota di ricoveri ripetuti entro i 30 giorni registrata presso il PO di Borgomanero è in linea con gli altri ospedali del quadrante.

BPCO riacutizzata: riammissioni ospedaliere a 30 giorni - Italia 2017



BPCO: Re-ospedalizzazioni a 30 giorni

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 IV – Sicurezza sul lavoro;
- Sezione V – Incidenti stradali;
- Sezione VI – Sicurezza alimentare;
- Sezione VII – Ambienti di vita;
- Sezione VIII – Mortalità.

**ASL NO:
Immagini di salute
e
dei fattori che la influenzano**

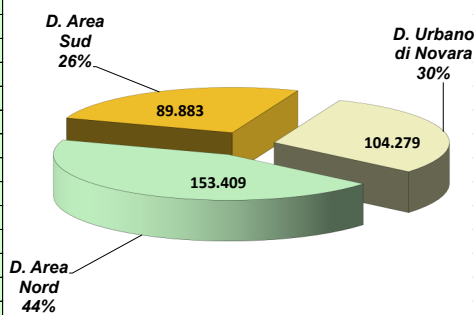
Servizio di Epidemiologia
Azienda Sanitaria Locale ASL NO - Novara

Residenti nell'ASL NO al 31.12.17

FONTI DATI: Piemonte STATistica e BDDE (PiSta)

Distribuzione per Comune e Distretto di residenza

DISTRETTO AREA NORD			DISTRETTO AREA SUD		
Comune	Popolazione residente al 31.12.2018	Densità di popolazione ab/km ² al 31.12.2018	Comune	Popolazione residente al 31.12.2018	Densità di popolazione ab/km ² al 31.12.2018
AGRATE CONTURBIA	1.549	106,6	BIANDRATE	1.302	104,5
ARONA	13.952	919,7	BORGOLAVEZZARO	2.030	96,2
BARENGO	788	40,4	BRIONA	1.152	46,5
BELLINZAGO NOVARESE	9.579	244,5	CALTIGNAGA	2.517	112,8
BOCA	1.198	124,7	CAMERI	10.856	271,5
BOGOGNO	1.276	149,9	CARPIGNANO SESIA	2.518	171,8
BOLZANO NOVARESE	1.197	362,2	CASALBELTRAME	938	58,5
BORGOMANERO	21.666	671,4	CASALEGGIO NOVARA	915	86,9
BORGO TICINO	5.166	386,3	CASALINO	1.525	38,6
BRIGA NOVARESE	2.834	596,9	CASALVOLONE	864	49,4
CASTELLETTO S. TICINO	9.915	677,2	CASTELLAZZO NOVARESE	319	29,6
CAVAGLIETTO	383	59,1	CERANO	6.764	207,2
CAVAGLIO D'AGOGNA	1.172	119,2	FARA NOVARESE	2.037	221,1
CAVALLIRIO	1.343	161,3	GALLIATE	15.719	535,2
COLAZZA	451	142,6	GARBAGNA NOVARESE	1.433	142,6
COMIGNAGO	1.259	283,0	GRANOZZO CON MONTICELLO	1.381	70,7
CRESSA	1.605	225,9	LANDIONA	563	77,3
CUREGGIO	2.636	309,9	MANDELLO VITTA	228	38,9
DIVIGNANO	1.414	277,4	NIBBIOLA	827	72,9
DORMELLETO	2.585	356,4	RECETTO	963	108,8
FONANETO D'AGOGNA	2.651	125,2	ROMENTINO	5.621	317,7
GARGALLO	1.767	470,7	SAN NAZZARO SESIA	738	64,4
GATTICO	3.393	208,3	SAN PIETRO MOSEZZO	1.995	57,2
GHEMME	3.499	169,5	SILLAVENGO	562	58,9
GOZZANO	5.561	442,0	SOZZAGO	1.070	82,8
INVORIO	4.394	252,9	TERDOBBIATE	470	55,5
LESA	2.211	162,8	TORNACO	932	70,4
MAGGIORA	1.658	155,6	TRECCATE	20.715	541,9
MARANO TICINO	1.651	212,0	VESPOLATE	2.053	115,5
MASSINO VISCONTI	1.050	153,0	VICOLUNGO	876	65,9
MEINA	2.422	321,4	DISTRETTO URBANO DI NOVARA		
MEZZOMERICO	1.229	159,2	NOVARA	104.279	1.011,9
MOMO	2.494	105,7			
NEBBIUNO	1.809	218,9			
OLEGGIO	14.156	374,5			
OLEGGIO CASTELLO	2.177	366,8			
PARUZZARO	2.185	418,0			
PISANO	816	295,0			
POGNO	1.415	143,4			
POMBIA	2.171	176,6			
SIZZANO	1.430	133,0			
SORISO	761	119,4			
SUNO	2.765	129,6			
VAPRIO D'AGOGNA	992	99,1			
VARALLO POMBIA	4.914	361,0			
VERUNO	1.870	189,4			



Al 31 dicembre 2018 risultano **residenti** nell'ASL di Novara **347.571** persone.

Il 44% della popolazione (153.409 persone) risiede nel Distretto Area Nord che comprende 46 Comuni ed ha una densità abitativa di 274,6 ab/km².

Nel Distretto Urbano di Novara risiede il 30% della popolazione (104.279 persone e 1.011,9 ab/km²). Una quota di poco inferiore (26%) risiede nel Distretto Area Sud (89.883 persone) che comprende 30 Comuni ed ha una densità abitativa di 166,1 ab./km².

I 3 Comuni dell'ASL NO con il maggior numero di residenti sono Novara (104.279), Borgomanero (21.666) e Treccate (20.715).

Complessivamente le **donne** rappresentano il 51,3% della popolazione e sono **più numerose degli uomini principalmente nelle classi di età più avanzate**, costituendo il 57% della popolazione con più di 65 anni e il 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

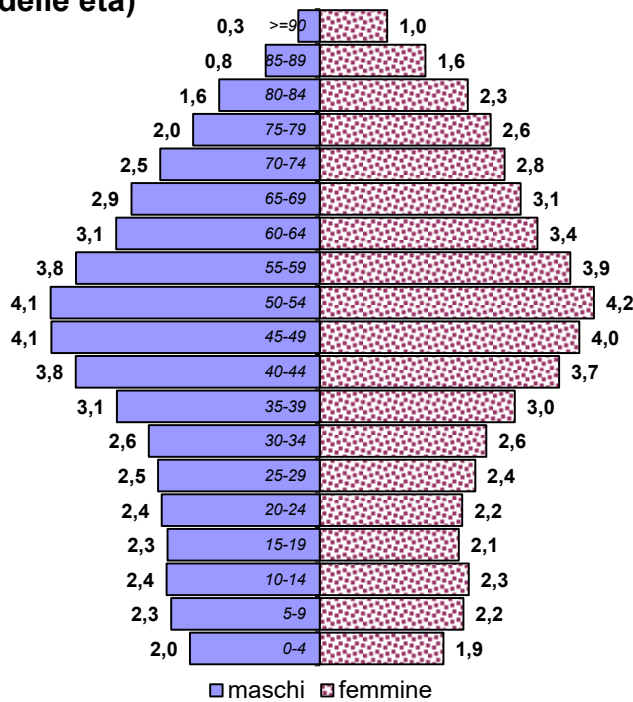
MASCHI						
Distretti	Fasce di età					Tutte le età
	0-4	5-14	15-64	65-79	≥ 80	
Area Nord	2.945	7.084	48.660	11.688	4.271	74.648
Area Sud	1.937	4.424	28.975	6.425	2.305	44.066
Urbano di Novara	2.069	4.669	33.501	7.307	2.868	50.414
ASL NO	6.951	16.177	111.136	25.420	9.444	169.128

FEMMINE						
Distretti	Fasce di età					Tutte le età
	0-4	5-14	15-64	65-79	≥ 80	
Area Nord	2.758	6.841	47.937	13.608	7.617	78.761
Area Sud	1.865	4.287	28.257	7.262	4.146	45.817
Urbano di Novara	1.992	4.532	33.012	8.921	5.408	53.865
ASL NO	6.615	15.660	109.206	29.791	17.171	178.443

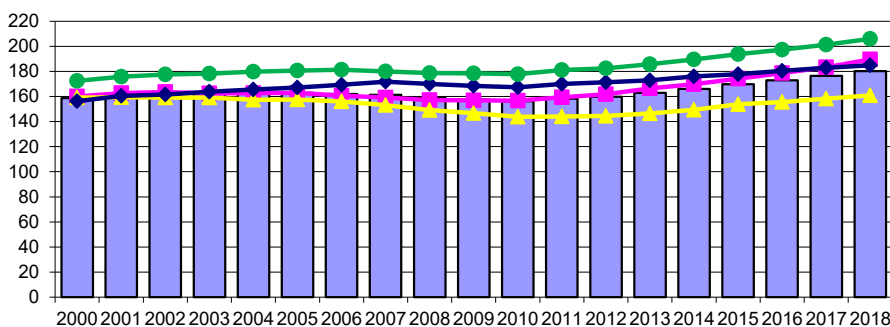
Residenti nell'ASL NO

FONTE DATI: Piemonte STATistica e BDDE (PiSta)

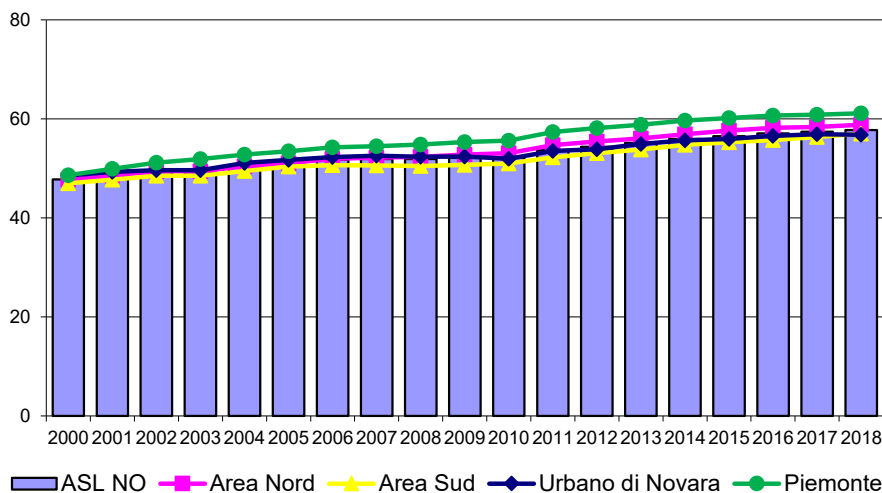
Distribuzione % per classi di età e sesso al 31.12.18 (Piramide delle età)



Indice di vecchiaia - Trend 2000-2018



Indice di dipendenza - Trend 2000-2018



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 (24% vs 20%), a scapito della classe di età 15-64 anni (63% vs 68%); i minori di 15 anni rimangono invece costanti (13%).

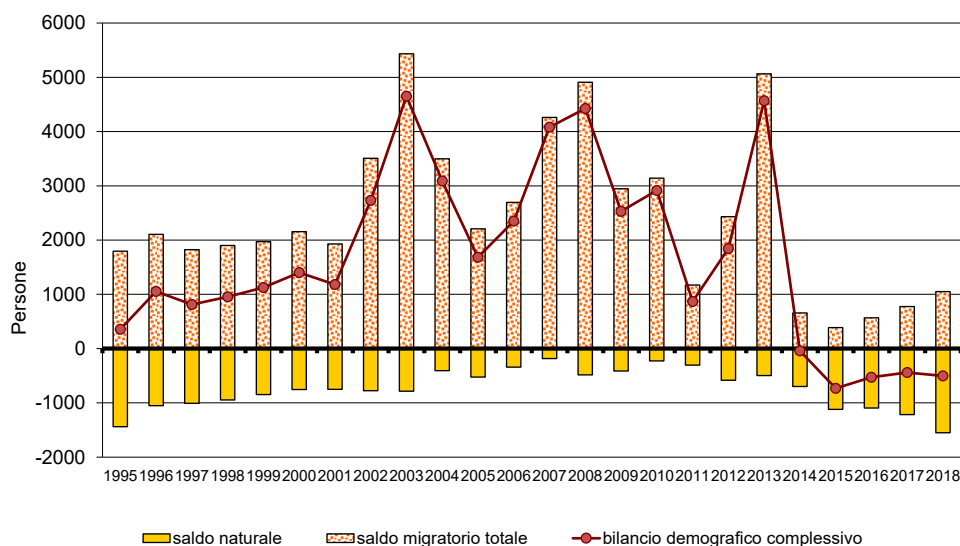
Nel 2018 in ASL, ogni 100 giovani con meno di 15 anni risiedono 180 ultra64enni; dal 2000 l'indice di vecchiaia è aumentato su tutto il territorio ad eccezione del Distretto Area Sud dove tale indice era sceso ma ora sta risalendo (161 vs 159). Superiori al valore aziendale (180) risultano gli indici dei Distretti Area Nord (189) e Urbano di Novara (185). Il Distretto Area Nord rappresenta il Distretto più "vecchio", caratterizzandosi per i maggiori indici di vecchiaia e dipendenza.

Ogni 100 persone tra i 15 ed i 64 anni se ne registrano poco più della metà (58) nelle altre classi di età, considerate "non attive"; questo indice ("di dipendenza") risulta in aumento, con differenze contenute tra i Distretti (range: da 57 D. Area Sud e Urbano di Novara a 59 D. Area Nord). Gli indici di vecchiaia e dipendenza dell'ASL NO sono entrambi inferiori a quelli regionali (Piemonte: vecchiaia 206; dipendenza 61).

Bilancio demografico

FONTI DATI: Piemonte STATistica e BDDE (PiSta)

Residenti ASL NO Trend 1995-2018



Dal 2014 il **bilancio demografico della ASL NO è negativo**. Nel 2018, rispetto all'anno precedente, la popolazione diminuisce di 502 unità, ovvero di 1,4 persone ogni 1.000 residenti, (Distretto Area Nord: -3,5; Distretto Area Sud: -0,7). Il Distretto Urbano di Novara è in controtendenza, infatti il tasso di crescita è positivo (+0,9) ed è pari a +96 persone.

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

Residenti ASL NO e Distretti Anno 2018

anno 2018	ASL NO	Distretto Area Nord	Distretto Area Sud	Distretto Urbano di Novara
Movimento naturale				
Nati vivi	2.498	1.006	687	805
Morti	4.050	1.834	923	1.293
Saldo naturale	-1.552	-828	-236	-488
% nati vivi / morti	62	55	74	62
Movimento migratorio				
Iscrizioni	13.344	6.400	3.398	3.546
dall'Italia	10.603	5.443	2.783	2.377
dall'estero	2.121	723	485	913
altri iscritti	620	234	130	256
Cancellazioni	12.294	6.109	3.223	2.962
per l'Italia	10.194	5.081	2.824	2.289
per l'estero	1.102	549	207	346
altri cancellati	998	479	192	327
Saldo migratorio	1.050	291	175	584
Bilancio demografico complessivo	-502	-537	-61	96
Tasso di crescita totale (* 1000)	-1,4	-3,5	-0,7	0,9

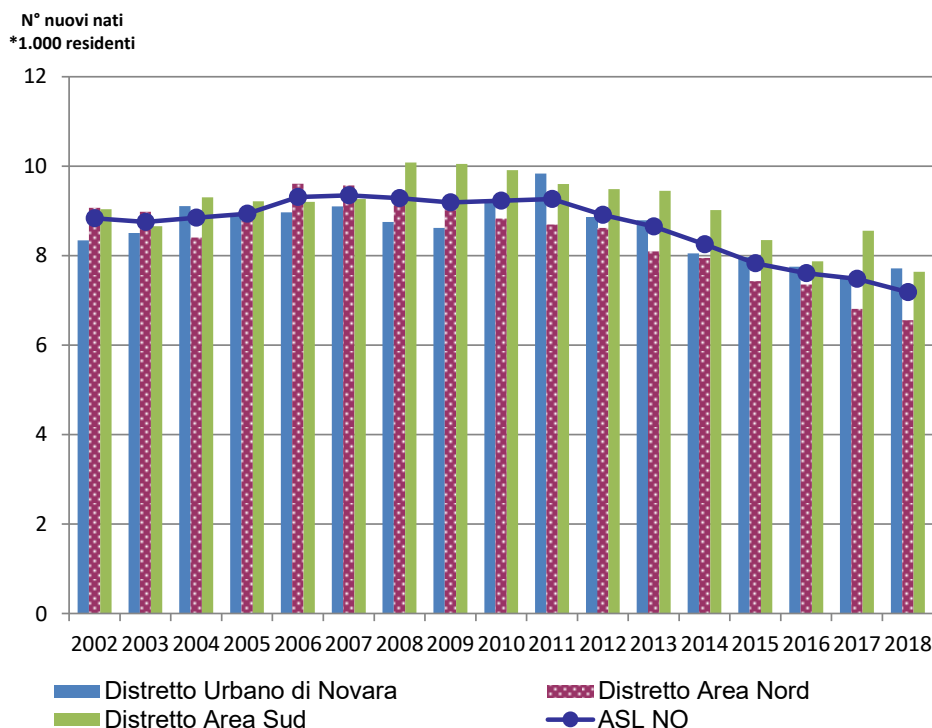
In particolare il saldo naturale negativo a livello di ASL registra 62 nati vivi ogni 100 morti (range da 55 nel Distretto Area Nord a 74 nel Distretto Urbano di Novara).

Il saldo migratorio positivo a livello aziendale nel 2018 risulta di +1.050 persone, valore in crescita rispetto al 2015 (388) anno in cui si è registrato uno tra i valori più bassi degli ultimi 20 anni.

Natalità Trend 2002-2018

FONTE DATI: Piemonte STAtistica e BDDE (PiSta)

Totale residenti - ASL NO e Distretti



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

Nel 2018, si sono registrati 2.498 nuovi nati, corrispondenti a **7,2 nuovi nati ogni 1.000 residenti**, valore in ulteriore **diminuzione** rispetto agli anni precedenti, anche se superiore alla natalità del Piemonte (6,7 per 1.000).

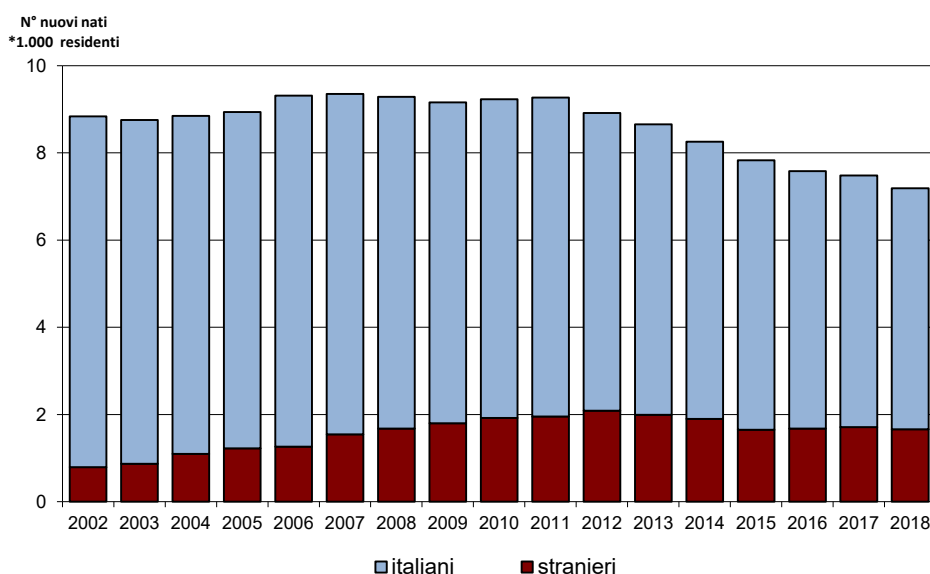
La natalità più elevata si registra nel Distretto Urbano di Novara (nel 2018 7,7 nuovi nati per 1.000 residenti), Distretto dove si osserva una ripresa della natalità rispetto al 2017 (7,5). La natalità più bassa si registra nel Distretto Area Nord (6,6 per 1.000).

I neonati stranieri sono il 23% di tutti i neonati, ma con differenze tra i Distretti: 15,5% nel Distretto Area Nord, più del doppio (31,7%) nel Distretto Urbano di Novara e 24,3% 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 2018 si sono registrati 15 nati stranieri ogni 1.000 stranieri e 6 nati italiani ogni 1.000 italiani.

ASL NO - Italiani e Stranieri



Stranieri residenti nell'ASL NO al 31.12.18

FORNITORI DATI: Piemonte STATistica e BDDE (PiSta)

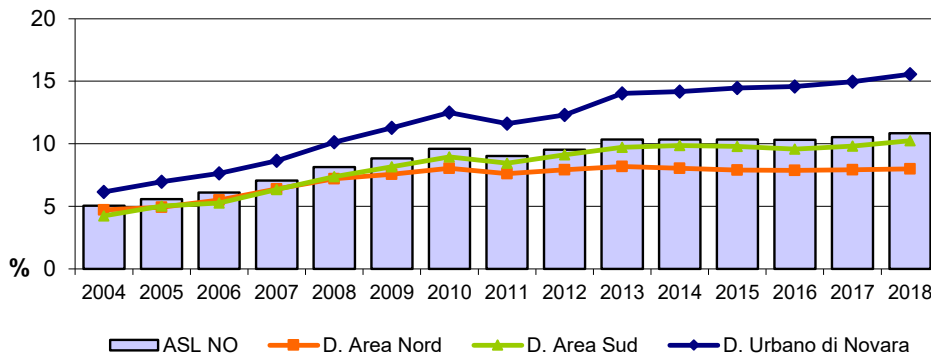
Numerosità per ASL e per Distretto di residenza

DISTRETTI	Maschi	Femmine	Totale	% residenti stranieri rispetto a popolazione
Area Nord	5.530	6.747	12.277	8,0
Area Sud	4.439	4.761	9.200	10,2
Urbano di Novara	8.252	7.966	16.218	15,6
ASL NO	18.221	19.474	37.695	10,8

Nel 2018 nell'ASL NO risultano **residenti 37.695 stranieri**, pari al **10,8% della popolazione**, valore superiore a quello regionale (9,8%).

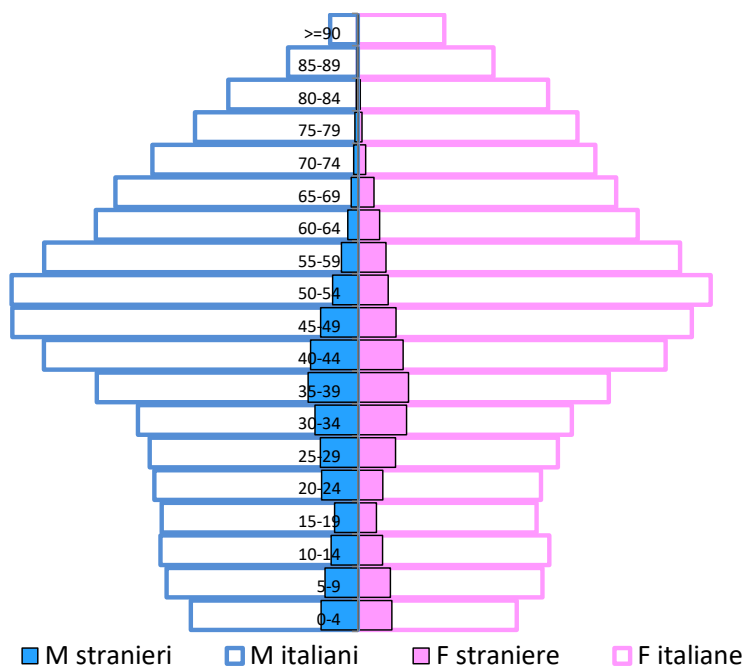
La maggiore presenza di stranieri si osserva nel Distretto Urbano di Novara (nel 2018: 15,6%); inferiore al valore aziendale risulta soprattutto il dato del Distretto Area Nord (8,0%).

% di residenti stranieri per ASL e per Distretti Trend 2004-2018



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

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



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" 35 sono in età "non attiva".

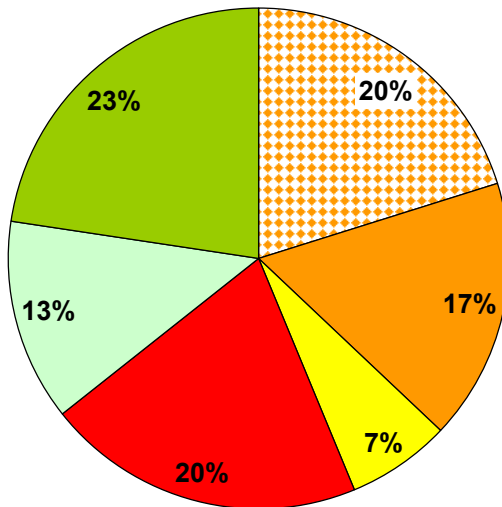
Stranieri residenti nell'ASL NO al 31.12.17

FONTE DATI: Piemonte STATistica e BDDE (PiSta)

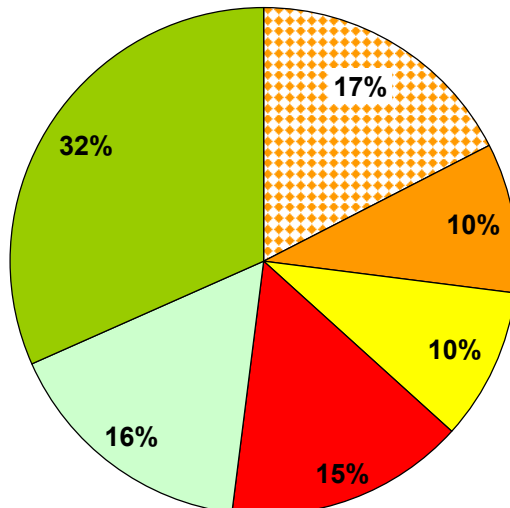
Aree di provenienza

Per sesso e per Distretto di residenza

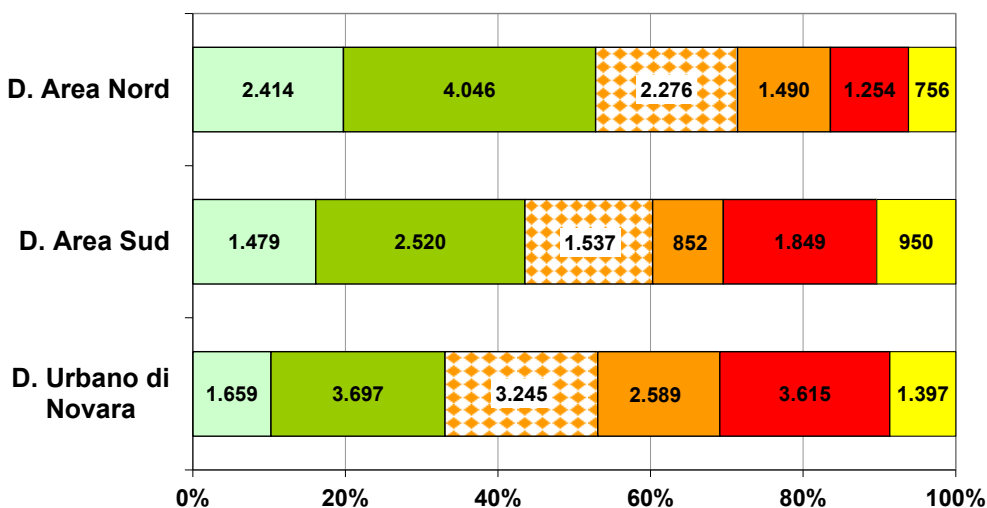
Maschi



Femmine



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



Nel 2018, la **principale area di provenienza** degli stranieri residenti è l'**Europa centro-orientale** (27% corrispondente a 10.263 persone).

La **seconda** area di provenienza è l'**Africa settentrionale** (19% corrispondente a 7.058 persone), seguita a breve distanza da Asia (18%) 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: 20% maschi; 17% femmine).

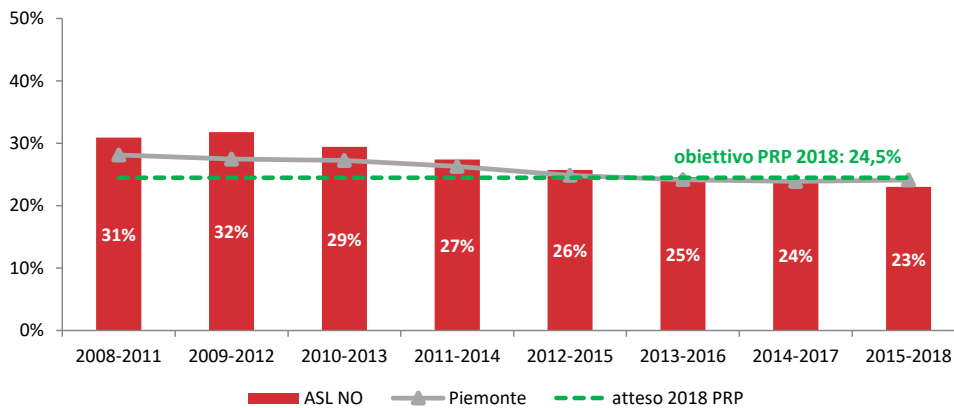
La provenienza degli stranieri non è totalmente sovrapponibile nei tre Distretti.

Il Distretto Area Nord si caratterizza per una maggiore presenza di stranieri provenienti dall'Europa sia centro-orientale (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%).

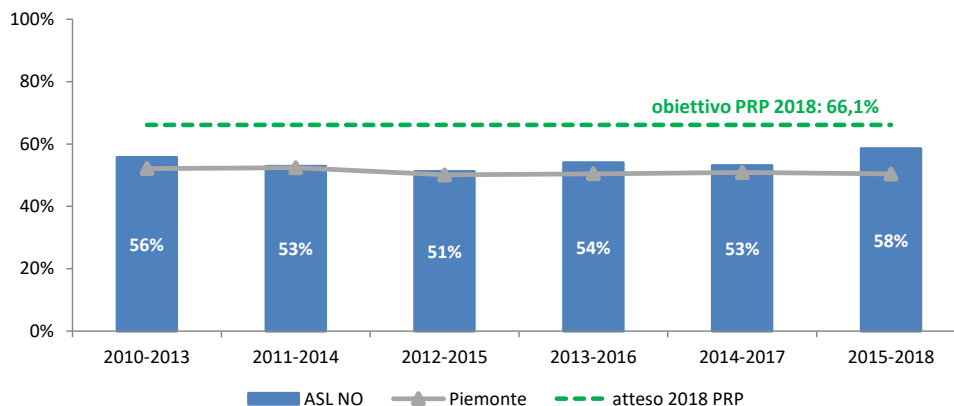
Abitudine al fumo tra i residenti dell'ASL NO

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

Fumatori Trend 2008-2018



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



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

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 raggiunto la quota attesa dal Piano Regionale di Prevenzione per il 2018 (24,5%).

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

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

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

Con un valore più alto (58%), rispetto all'ambito regionale (50%), questo indicatore risulta in aumento rispetto agli anni precedenti, ma senza ancora raggiungere il valore atteso nel 2018 (66%) dal PRP.

Disassuefazione dal fumo di tabacco nell'ASL NO

Fonte dati: SERT;

Tra i 18 e i 69 anni, in 1 anno più di 4 fumatori su 10 tentano di smettere.

Attività svolte dal Dipartimento di Patologia delle Dipendenze

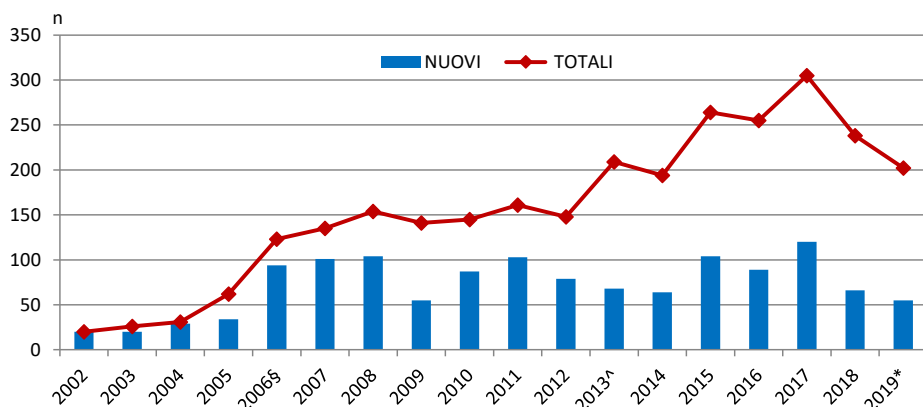
Gli operatori del Dipartimento di Patologia delle Dipendenze (DPD) svolgono attività di prevenzione, diagnosi e terapia del tabagismo. Per la prevenzione primaria gli interventi sono rivolti a studenti, genitori ed insegnanti delle classi seconde delle scuole secondarie di I grado, nell'ambito dei progetti "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 LILT di Novara, si realizzano iniziative rivolte alla popolazione con distribuzione di materiale informativo, erogazione di informazioni ed esecuzione di esami strumentali gratuiti ai richiedenti. Da novembre 2019 si svolge un ambulatorio presso la sede LILT di Novara. 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.

Nel 2019 il Centro di Trattamento del Tabagismo (CTT) ha fornito supporto a 60 nuovi fumatori intenzionati a smettere, per un totale di **207 trattamenti complessivi**. Nel 2019 sono inoltre state realizzate 126 consulenze ed esami nell'ambito delle Giornate Mondiali contro il fumo di tabacco. Il 100% dei pazienti è stato sottoposto ad interventi di counselling, mentre l'85% circa a psicoterapie individuali o di gruppo ed il 15% alla sola farmacoterapia, in grande maggioranza integrate tra loro (67%).

Di questi pazienti, 2 su 3 non fumavano a 6 mesi dal trattamento. Il follow up ad 1 anno (30/11/2018 -30/11/2019) indica l'astensione dal fumo per il 58% dei pazienti e la riduzione significativa del numero di sigarette quotidiane (max 5) nel 29% dei pazienti.

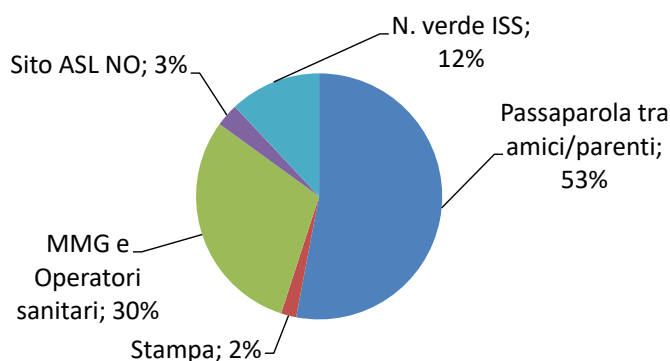
Attualmente il metodo principale di invio degli utenti al CTT (52%) è ancora il passaparola (di parenti e amici), mentre il 31% sono arrivati grazie ad operatori sanitari (MMG, specialisti).

Utenti Centro Trattamento Tabagismo (CTT) dell'ASL NO ⇒ Nuovi e Totali - Trend 2002-2019



§2006 Inizio visibilizzazione con opuscoli e display della Provincia
^2013 Inizio di sessioni di rinforzo
*Dato fino al 15 novembre 2019

⇒ Metodi di invio al CTT - Anno 2019*



Fumo passivo

FORNITORI DATI: PASSI 2008-2018 (POPOLAZIONE 18-69 ANNI)

Rispetto del divieto di fumare

• Per regione di residenza - 2015-2018

Percezione del rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici per regione di residenza
Passi 2015-2018



● 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 2015-2018



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

Astenzione dal fumo in casa per regione di residenza
Passi 2015-2018



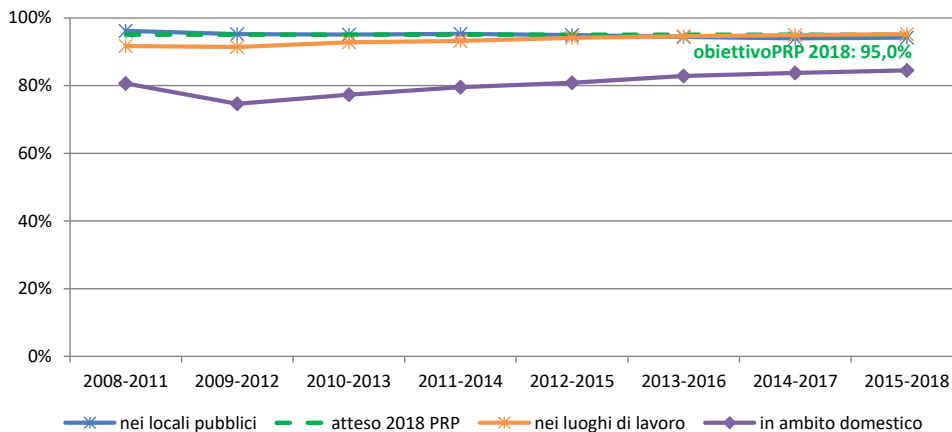
● peggiore del valore nazionale
● simile al valore nazionale
● migliore del valore nazionale

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.

• Trend 2008-2018 - ASL NO



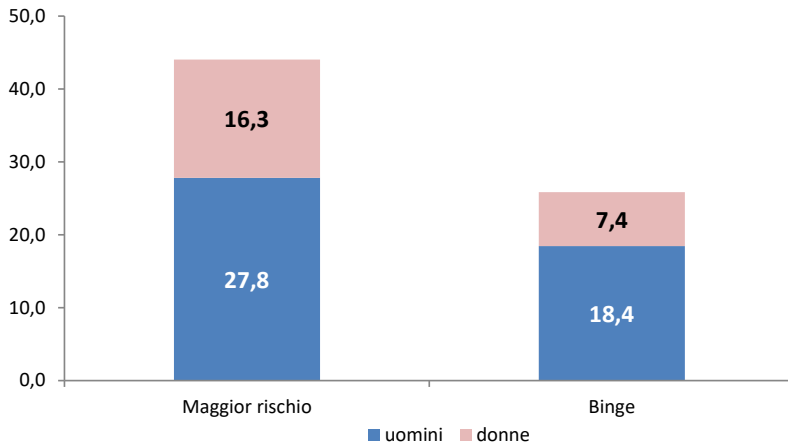
Il rispetto del divieto di fumare nei luoghi di lavoro è in aumento negli anni e, nell'ASL NO, si è allineato (95,0%) al valore atteso dal Piano Regionale di Prevenzione per il 2018 (95,0%).

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

Il consumo di alcol tra i residenti ASL NO

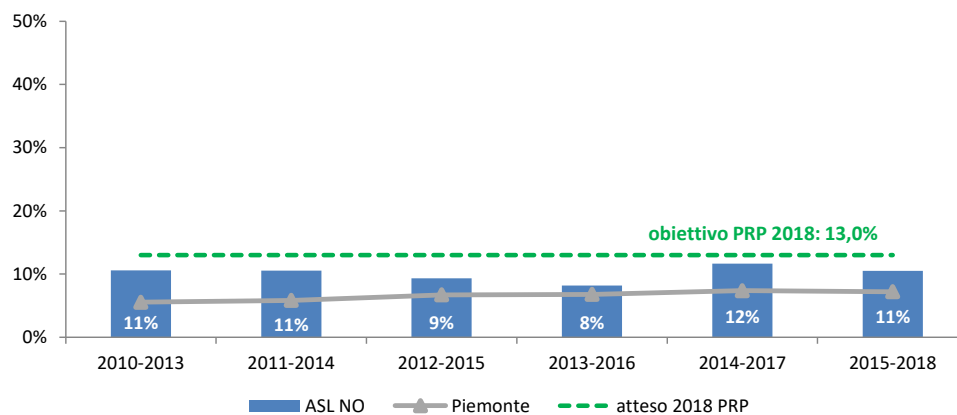
FORNITORI DATI: PASSI (POPOLAZIONE 18-69 ANNI)

Consumo di alcol per tipologia e sesso Periodo 2015-2018



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

Trend 2010-2018



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

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

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

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

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

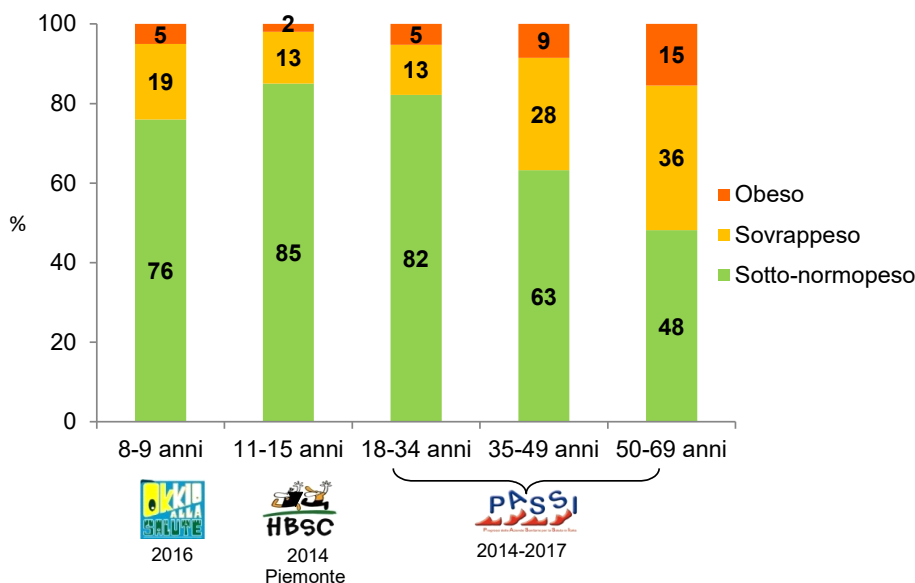
Rispetto al Piemonte la ASL NO registra valori superiori sia di persone che assumono bevande alcoliche, che di bevitori a maggior rischio (complessivamente e per le categorie *binge* e prevalentemente fuori pasto).

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

Situazione nutrizionale nell'ASL NO

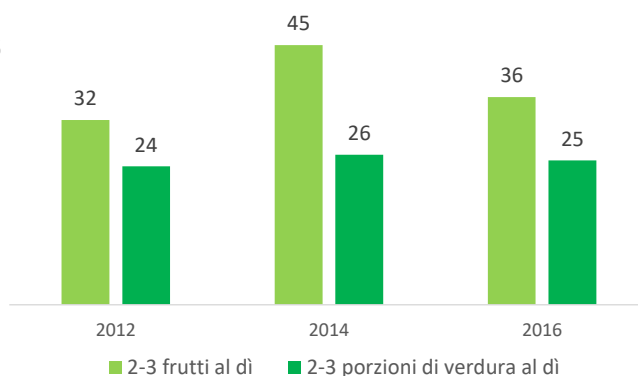
FONTE DATI: : Okkio alla salute (8-9 anni); HBSC (11-15 anni); PASSI (18-69 anni)

Per classi di età

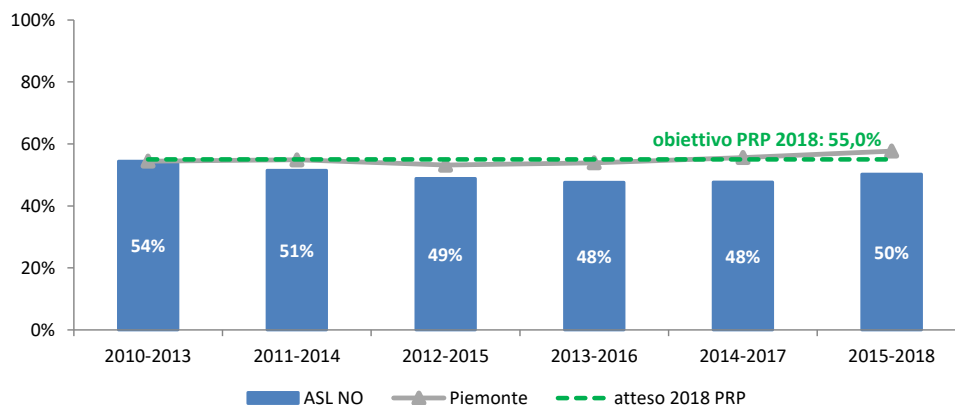


Consumo di frutta e verdura Andamento temporale

Bambini 8-9 anni Anni 2012-2014-2016



Consumo di almeno 3 porzioni giornaliere di frutta e/o verdura (18-69 anni) - Trend pluriennale 2010-2018



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.

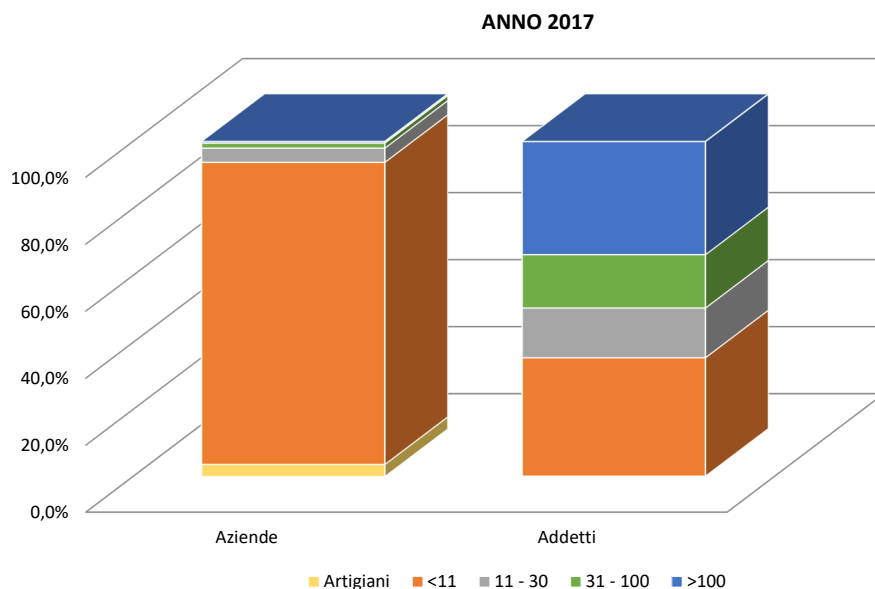
Anche se 9 persone su 10 consumano quotidianamente frutta e verdura, solo una piccola quota aderisce a questa raccomandazione internazionale.

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.

Struttura produttiva - Territorio ASL NO Settore industria e artigianato

FONTE DATI: Flussi INAIL-REGIONI (Aggiornamento 2019)

Aziende e addetti per dimensione aziendale



Nel 2017 nel territorio dell'ASL NO le aziende assicurate all'INAIL sono risultate 21.459 (il 7,2% delle aziende del Piemonte).

La struttura produttiva del territorio novarese è composta soprattutto da aziende di piccole o piccolissime dimensioni (il 93,8% ha meno di 11 addetti)

Gli addetti stimati da INAIL attraverso la massa salariale sono stati 99.504 (il 7,7% degli addetti del Piemonte). Nell'ASL NO la maggior parte di essi (64,5%) è impiegata in aziende di medie e grandi dimensioni (più di 10 addetti).

Ditte e addetti suddivisi per comparto Anno 2017

Comparti	Ditte		Addetti	
	n	%	n	%
Servizi	8.437	39,3	38.606	38,8
Costruzioni	4.845	22,6	12.783	12,8
Commercio	2.569	12,0	9.797	9,8
Metalmeccanica	1.817	8,5	9.534	9,6
Sanita'	609	2,8	7.995	8,0
Trasporti	588	2,7	5.463	5,5
Industria Tessile	529	2,5	4.064	4,1
Altre Industrie	384	1,8	3.062	3,1
Industria Alimentare	312	1,5	2.405	2,4
Industria Legno	307	1,4	1.469	1,5
Agrindustria e pesca	286	1,3	1.144	1,1
Industria Elettrica	204	1,0	795	0,8
Industria Chimica e Petrolio	192	0,9	652	0,7
Industria Carta	177	0,8	450	0,5
Ind. Trasf. non Metalliferi	88	0,4	440	0,4
Industria Gomma	50	0,2	341	0,3
Industria Metalli	29	0,1	319	0,3
Estrazioni minerali	13	0,1	81	0,1
Elettricità Gas Acqua	13	0,1	60	0,1
Industria Conciaria	10	0,0	44	0,0
Totale	21.459	100,0	99.504	100,0

Con un ulteriore incremento dall'anno precedente, il comparto con il maggior numero di addetti (oltre 38.000) continua ad essere quello dei Servizi. Con circa 10.000 addetti si trovano i comparti Metalmeccanica, Costruzioni, e Commercio.

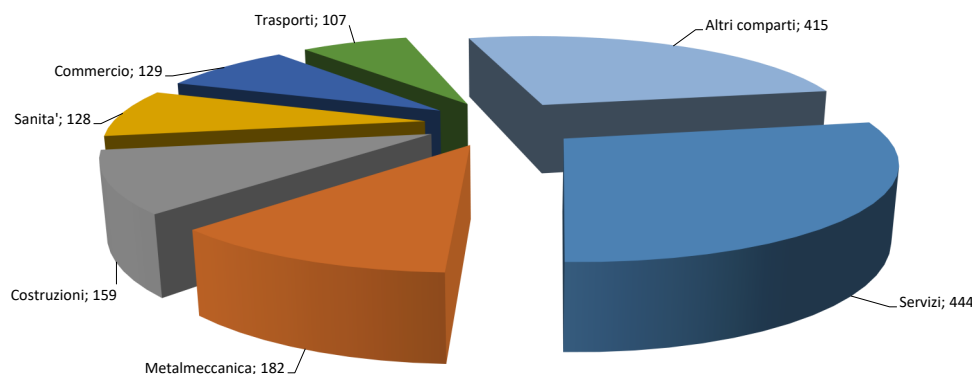
Il territorio dell'ASL di Novara è caratterizzato dalla elevata presenza di stabilimenti a rischio di incidente rilevante sopra soglia, ai sensi del D. Lgs. 105/15. I 20 stabilimenti dell'ASL NO rappresentano il 25% delle aziende di questo tipo in Piemonte.

Infortuni sul lavoro - Territorio ASL NO Settore industria e artigianato

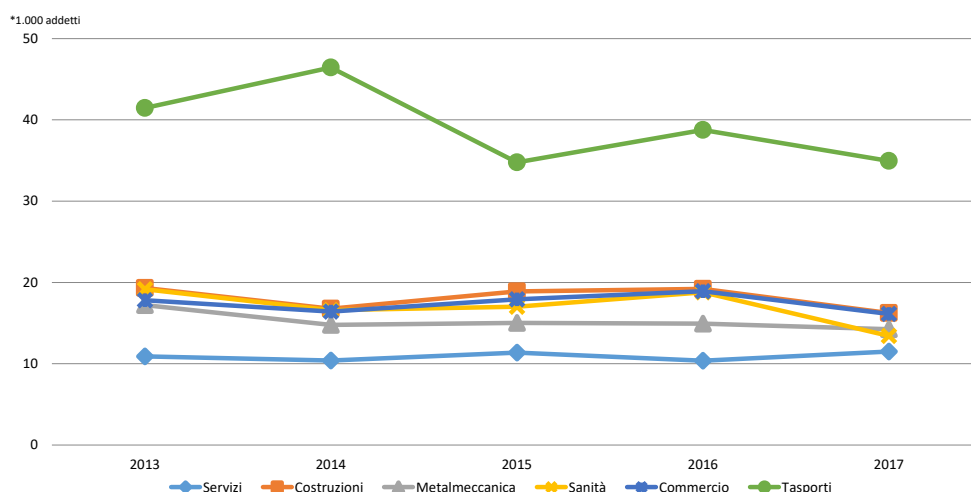
FONTE DATI: Flussi INAIL-REGIONI (Aggiornamento 2019)

Infortuni in occasione di lavoro per comparto

• Numero - Anno 2017



• Tasso grezzo - Trend 2013-2017



Tasso grezzo infortuni confronto tra nazione di nascita Anno 2017

	infortuni	popolazione	tasso x 1.000
Italiani	1.279	197.851	6,5
Stranieri	285	27.475	10,4
Totale	1.564	225.326	6,9

Popolazione: popolazione residente ASL NO; bilancio demografico 2017 per età 15-65 - Piemonte STATistica

Infortuni: Infortuni in occasione di lavoro, definiti positivamente, esclusi Colf, Studenti, Sportivi. Classificati per Nazione di nascita - Flussi informativi INAIL

Nel 2017 sono stati denunciati 3.557 infortuni, che confermano il trend stabile dopo il calo dell'ultimo decennio (-11% rispetto al 2013).

Gli infortuni in occasione di lavoro definiti positivamente sono stati 1.564 (-4% rispetto al 2016). Il comparto produttivo, che ne registra il numero più alto, è quello dei Servizi (444), seguito da Metalmeccanica (182) e Costruzioni (159).

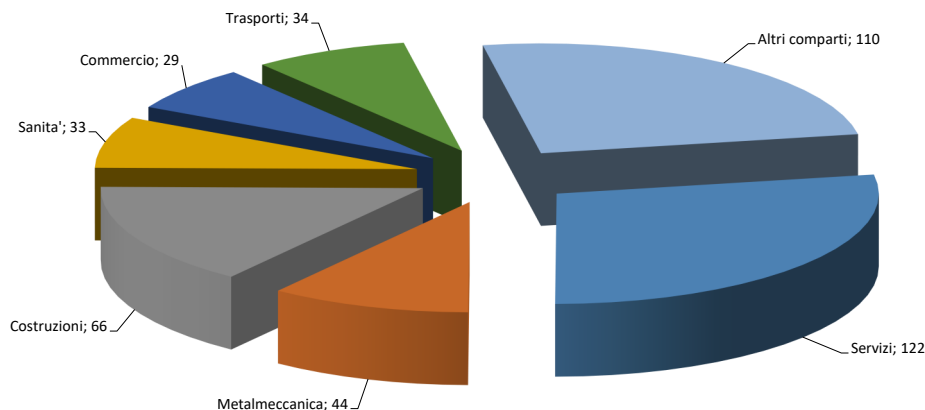
Il comparto dei Trasporti risulta quello con il più alto rischio infortunistico, ossia con la proporzione più alta di infortuni rispetto al numero di lavoratori (35 ogni 1.000 lavoratori). Seguono a distanza (tra 14 e 20 infortuni ogni 1.000 lavoratori) i comparti Costruzioni, Metalmeccanica e Commercio.

Un fattore da tenere in considerazione è la grande differenza che si riscontra comparando il rischio infortunistico della popolazione nata in Italia con quella nata all'estero. I lavoratori nati all'estero hanno un tasso grezzo del 60% più alto rispetto ai lavoratori nati in Italia.

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

FONTE DATI: Flussi INAI-ISPELS-REGIONI (EPIWORK Aggiornamento 2019)

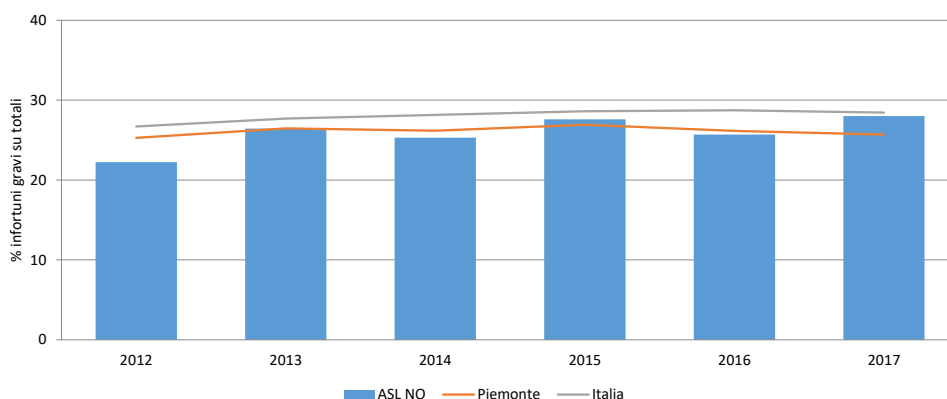
Infortuni gravi per comparto - Numero Anno 2017



Nell'ASL NO nel 2017 gli infortuni gravi sono stati 438. In questa sede vengono definiti gravi gli infortuni mortali o che hanno provocato una invalidità permanente di qualunque grado, o che hanno comportato più di 40 giorni di prognosi.

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

Infortuni gravi Trend 2012-2017

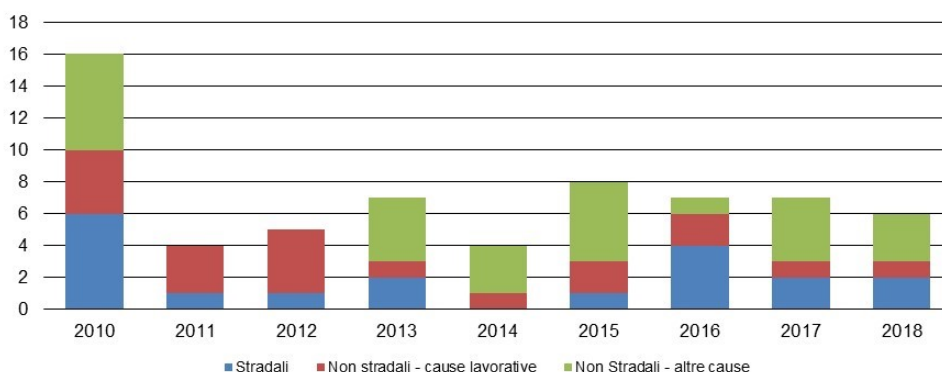


Nell'ASL NO, nel 2017 gli infortuni gravi risultano il 28% dei 1.564 infortuni definiti in occasione di lavoro.

Analogamente a quanto osservato dal 2012, questa quota risulta inferiore a quella registrata in ambito nazionale, anche se superiore a quella Regionale.

Infortuni mortali (compresi quelli in itinere) Trend 2010-2018

FONTE DATI: SpreSAL e integrazioni INAIL

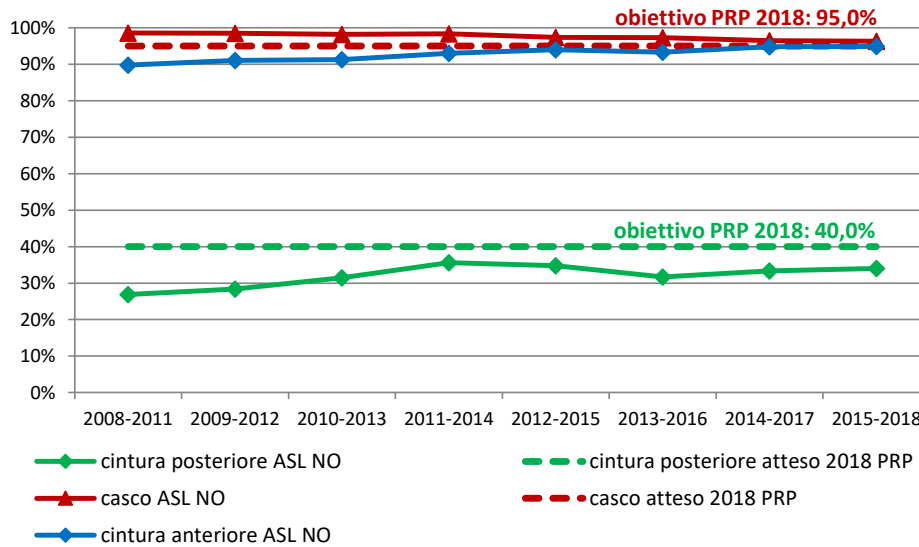


Nel territorio dell'ASL NO nel periodo 2010-2018, si sono verificati 64 infortuni mortali, di cui 19 stradali (sia in itinere che in occasione di lavoro), 26 per cause non connesse ai rischi lavorativi (es. malori) e 19 avvenuti in occasione di lavoro e causati da rischi lavorativi.

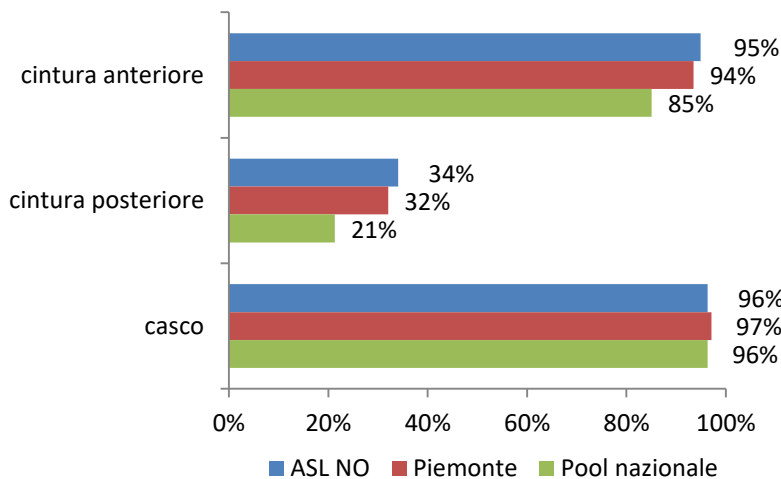
Utilizzo dei dispositivi di sicurezza stradale

FONTE DATI: PASSI 2008-2018 (POPOLAZIONE 18-69 ANNI)

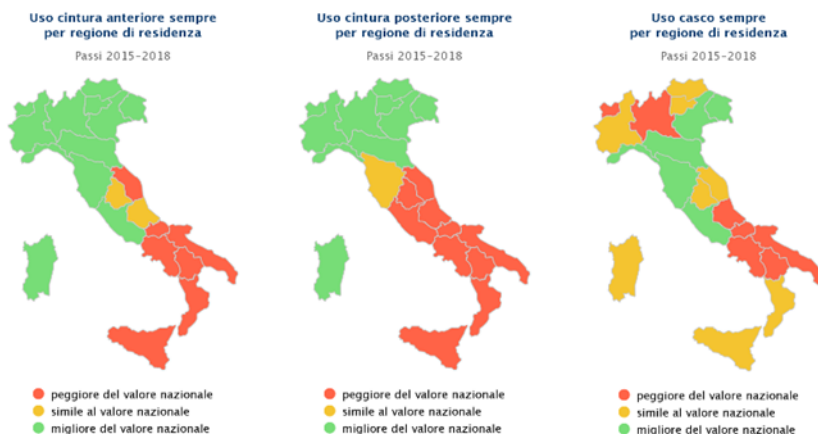
Trend - ASL NO Periodo 2008-2018



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



Prevalenza Regioni Periodo 2015-2018



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

L'uso dei dispositivi di sicurezza stradale è un caposaldo del programma europeo sulla sicurezza stradale che si pone l'obiettivo di ridurre la mortalità e la disabilità da incidenti.

Tra i residenti dell'ASL NO l'uso del casco e della cintura anteriore sono molto diffusi e in linea con il valore atteso (95%) dal Piano Regionale di Prevenzione (PRP) per il 2018.

Più di 8 persone su 10 utilizzano senza difficoltà il seggiolino di sicurezza per bambini, nell'ASL NO come in Piemonte.

L'uso della cintura posteriore è decisamente meno diffuso (34%) e non ha ancora raggiunto il valore atteso (40%) dal PRP per il 2018.

L'uso dei dispositivi di sicurezza stradale mostra in Italia un andamento generalmente decrescente da nord a sud, ad eccezione dell'uso del casco.

Alcol e guida

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

Guida sotto l'effetto dell'alcol*

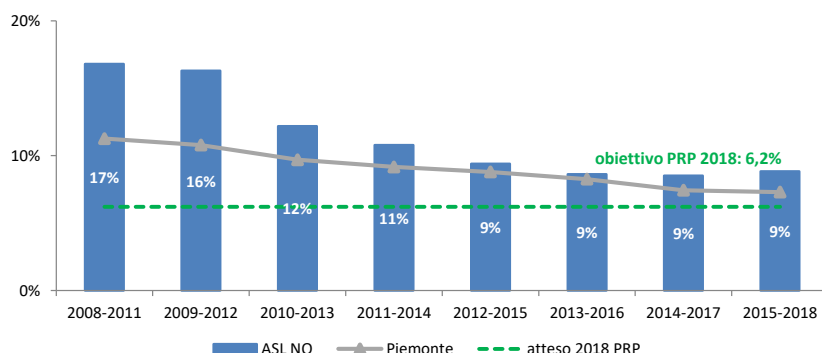
*Negli ultimi 30 giorni ,aver guidato almeno 1 volta entro 1 ora dall'aver bevuto 2 o più Unità Alcoliche (UA).

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).

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.

Trend - ASL NO e Piemonte Periodo 2008-2018



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.

Attività Medicina Legale ASL NO Periodo 2015-2019*

	Revisioni		Conferme di idoneità		Altro		TOTALE	
	n.	% non idonei	n.	% non idonei	n.	% non idonei	n.	% non idonei
2015	509	6,1	835	6,9	63	6,3	1407	6,6
2016	516	10,1	765	9,3	74	2,7	1355	9,2
2017	459	9,4	668	7,2	72	12,5	1199	8,3
2018	398	12,1	710	5,2	72	4,2	1180	7,5
2019	406	9,1	718	5,2	81	1,2	1205	6,2

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.

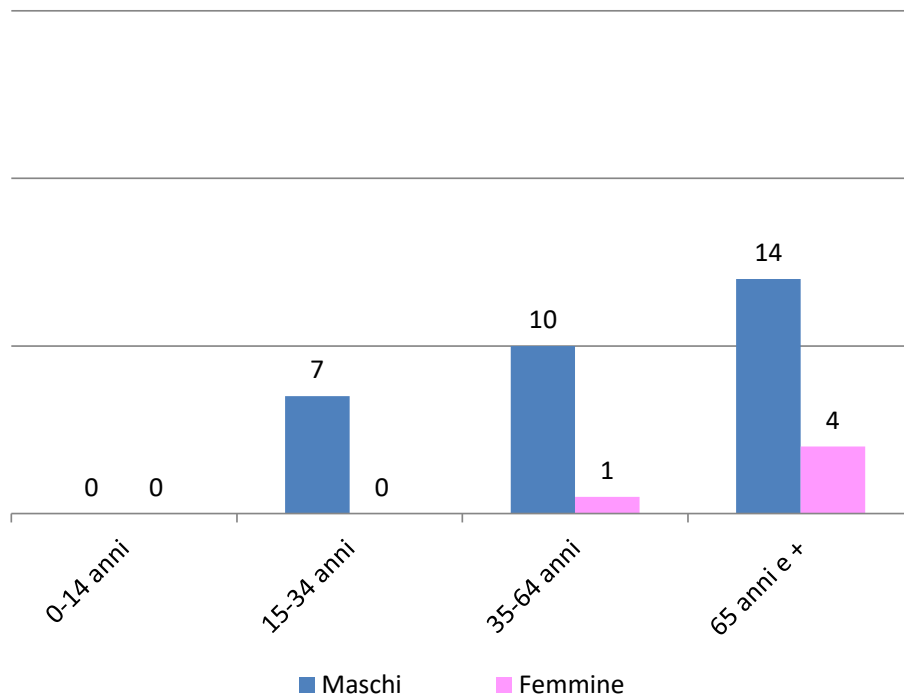
Mortalità per incidenti da trasporto

FONTE DATI: MADESMART

Decessi per classi di età e sesso

ASL NO

Periodo 2014-2015

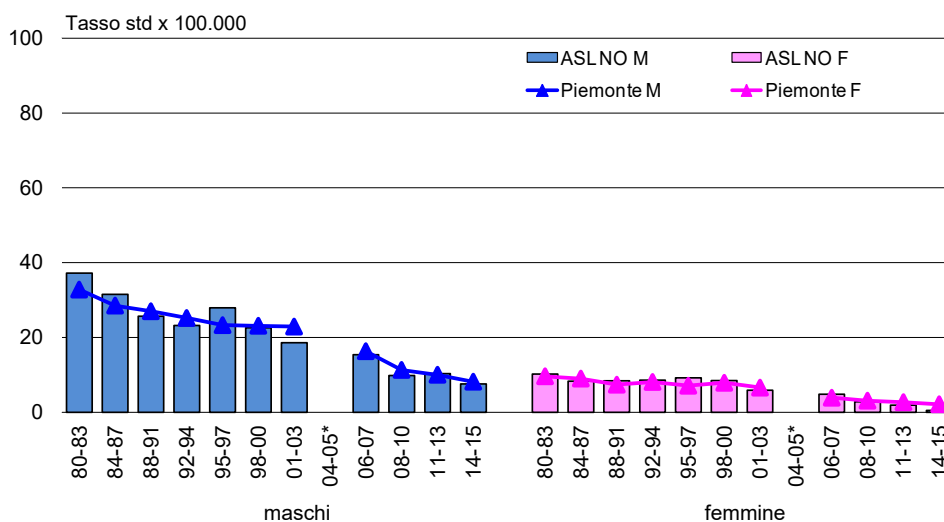


Nel biennio 2014-2015 per incidente stradale sono morti 31 uomini e 5 donne residenti nell'ASL NO.

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 traumi 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

FORNITORI DATI: Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN) ASL NO
Periodo: 01 luglio 2017-31 dicembre 2018

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	13 (12%)	1 (7%)	0
Area Sud	66	3 §	0	18 (27%)	0	0
Area Urbana	24	0	0	8 (33%)	0	0
ASL NO	200	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 sorgenti ubicate nel distretto di Area Sud approvvigionano l'acquedotto di Novara

La presenza di prodotti fitosanitari si riscontra in 40 (20%) delle 200 fonti di approvvigionamento idrico esistenti nell'ASL NO.

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

Pozzi con impianti di trattamento per antiparassitari

ex Distretti	Impianti di trattamento		
	Totale	per valori superiori ai limiti di legge	a scopo precauzionale
Area Nord	4	3	1
Area Sud	7	3	4
Area Urbana	5	1	4
ASL NO	16	7	9

Delle 40 fonti idriche interessate dalla presenza di antiparassitari, 7 pozzi (pari al 17%) registrano all'origine valori al di sopra dei limiti di legge.

Per il loro utilizzo vengono adottati specifici interventi, rappresentati da impianti di trattamento con filtri a carboni attivi. Analoghi impianti sono stati messi in funzione a scopo precauzionale dai Gestori dei Servizi Idrici su ulteriori 9 pozzi per i quali i controlli evidenziavano concentrazioni di antiparassitari prossime ai limiti di legge. Si precisa che nel periodo 01/07/17-31/12/18 rispetto al periodo 01/01/2016-30/06/2017 si è avuto un incremento sia dei pozzi con presenza di antiparassitari oltre i limiti (prima dell'impianto) sia dei pozzi con presenza di antiparassitari sotto i limiti, molti dei quali con concentrazione appena rilevabile. Inoltre rispetto al periodo precedente 6 pozzi non sono in rete. E' da sottolineare, tuttavia, che dal 01/01/2018 l'Arpa non considera più il range di incertezza, pertanto gli esiti considerati prima conformi, anche se con valore appena superiore al limite, oggi risultano non conformi. Ciò spiega in parte l'incremento del numero dei pozzi con presenza di fitosanitari superiori al limite 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, metolacolor, terbutilazina, simazina e bentazone.

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

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

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

“Casette dell’acqua”

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

Comuni dell’ASL NO con “casette dell’acqua” Anno 2019



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 quadriennio.

Il riscontro di eventuali non conformità a seguito di valutazione del parametro interessato può comportare la sospensione dell’erogazione dell’acqua fino alla risoluzione del problema.

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

*Le non conformità riscontrate si riferiscono a parametri microbiologici.

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

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

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

Attualmente **sul territorio dell’ASL NO** sono presenti **46 “casette dell’acqua”** collocate in altrettanti Comuni.

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

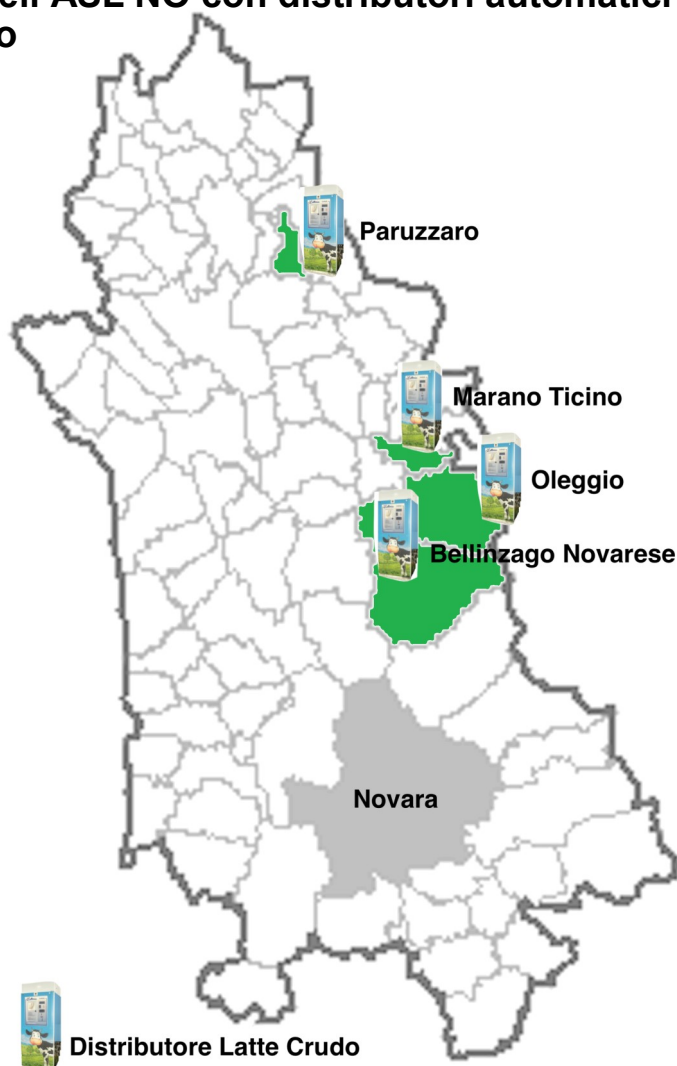
Il piano di autocontrollo deve prevedere procedure di pulizia e sanificazione dell’impianto, manutenzione dei filtri ed esecuzione di controlli analitici per la potabilità dell’acqua. I controlli effettuati ed i loro esiti devono essere annotati su appositi registri.

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

Distributori automatici di latte crudo

FONTE DATI: SIAV Area C ASL NO

Comuni dell'ASL NO con distributori automatici di latte crudo Anno 2019



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

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

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

Prelevando il latte crudo sia dalla cisterna frigorifera aziendale sia direttamente dai 7 distributori automatici allora 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.

Durante l'anno 2019 vi è stata invece una riduzione di tale attività, a causa della chiusura di 3 distributori di latte crudo. Pertanto, nei 4 distributori di latte presenti sul territorio dell'ASL di Novara sono stati effettuati in totale 28 campionamenti, di cui 9 per la ricerca di germi patogeni, altri 9 per la ricerca di antibiotici, 5 per la ricerca di Aflatossina M1 ed altri 5 per la valutazione dei requisiti sanitari ed igienici del latte crudo.

Il riscontro di una eventuale non conformità comporta la sospensione immediata della vendita del latte, fino alla risoluzione del problema, a tutela della salute pubblica.

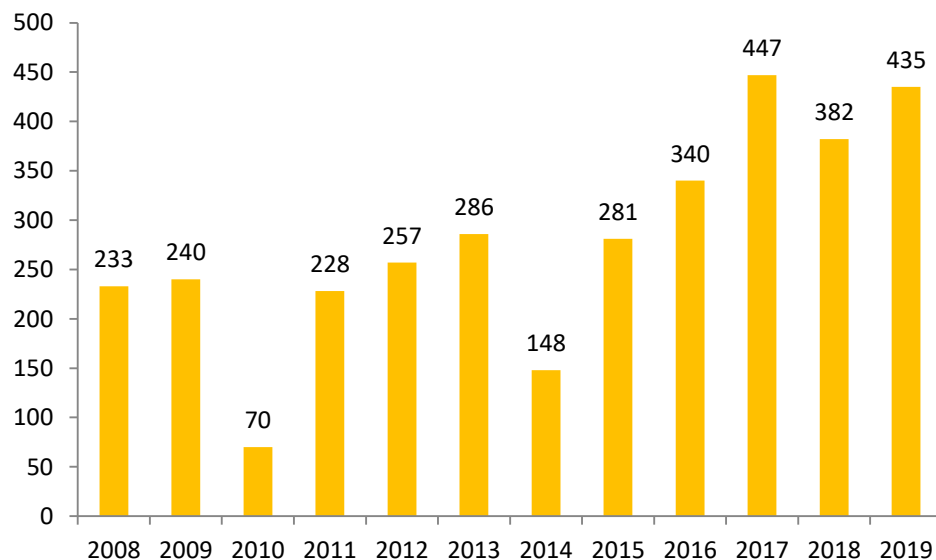
I risultati di tutti questi campionamenti effettuati dal 2017 al 2019 hanno rilevato una sola non conformità per la presenza di Aflatossina M1 nell'anno 2017, evidenziando pertanto che i controlli costanti ed accurati garantiscono la salubrità del latte erogato.

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

Carni di cinghiale: meglio quelle con il bollo!

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

Cinghiali lavorati sul territorio ASL NO Periodo 2008-2019*



Sul territorio dell'ASL NO vi è uno stabilimento riconosciuto per la lavorazione delle carni di cinghiale. Gli oltre 3.000 cinghiali lavorati tra il 2008 ed il 2019 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 2019 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.

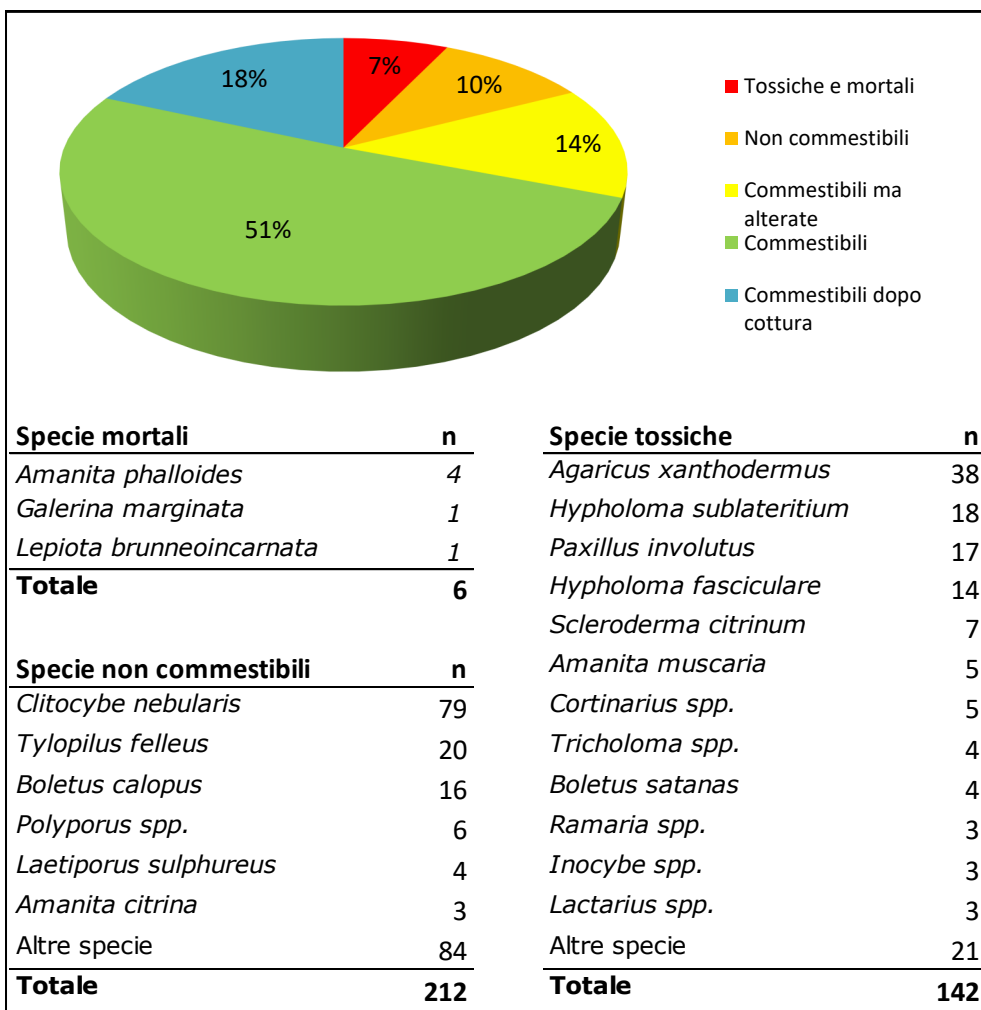
Dal 2009 in Piemonte si è registrato 1 solo caso di infestazione umana da *Trichinella spiralis*, dovuto al consumo di cinghiale cacciato, non sottoposto ai controlli sanitari.

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 2008-2019

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
Totale		28	48	3

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

Nel periodo 2008-2019 l'Ispettorato ha registrato **1.206 accessi con identificazione di 2.067 specie fungine**.

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

Tra le specie tossiche e mortali sono stati riconosciuti esemplari di *Amanita phalloides*, *Galerina marginata* e *Lepiota brunneoincarnata* tra le tossiche *Agaricus xanthodermus*. Il **ritiro e la distruzione del 31% dei funghi esaminati** dimostrano come questo servizio fornito ai cittadini contribuisca a prevenire casi di intossicazione e avvelenamento da funghi.

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

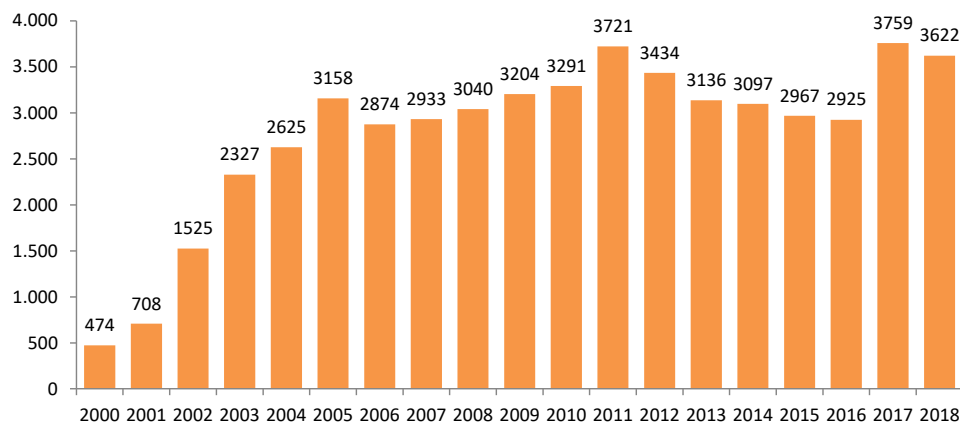
Dal 2008 al 2019 risultano 34 episodi di intossicazione da funghi con 55 casi di malattia, di cui 45 con ricovero. I 5 episodi attribuiti al consumo di *Amanita phalloides* hanno causato 3 decessi. Per consumo di *Amanita muscaria* si è registrato 1 caso di sindrome neurotossica. I rimanenti episodi sono riconducibili prevalentemente a inadeguata cottura (*Armillaria mellea*), intolleranza individuale e consumo eccessivo.

Allerte alimentari

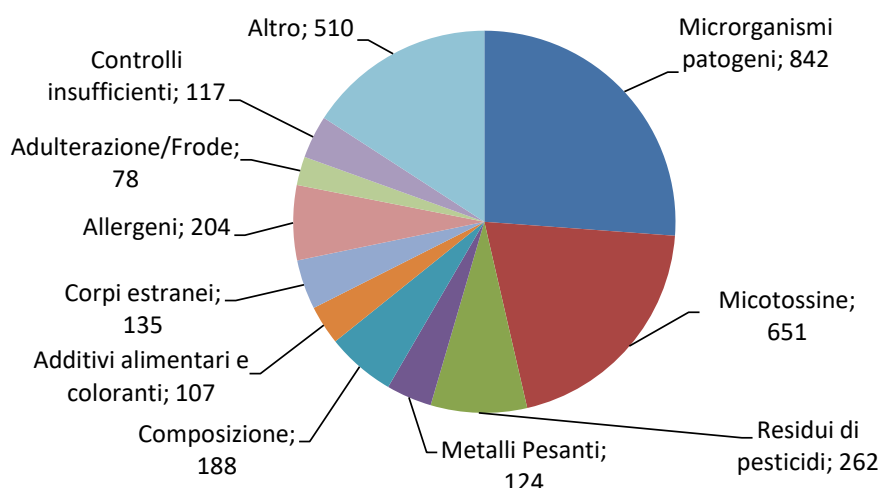
FONTE DATI: MINISTERO DELLA SALUTE - RELAZIONE ANNUALE RASFF 2018

Notifiche trasmesse dal sistema di allerta rapido (RASFF)

- numero annuo totale
Periodo 2000-2018



- numero per tipologia di rischio
Anno 2018



Attività ASL NO per RASFF

	2016	2017	2018	2019
Segnalazioni ricevute da RASFF	80	118	176	152
Sopralluoghi c/o Operatori Settore Alimentare	176	176	247	179
Attivazioni del Sistema RASFF	2	4	0	3

Nell'anno 2019 si conferma la prevalenza di segnalazioni dal Sistema RASFF di alimenti non conformi per la presenza di allergeni non dichiarati in etichetta seguita dalle segnalazioni di presenza di corpi estranei negli alimenti.

Sono stati effettuati 13 interventi per la segnalazione di possibile rischio di epatite colestatica a seguito del consumo di integratori alimentari a base di curcumina e piperina.

Sono state attivate dall'ASL NO 2 allerte per il riscontro di aflatossine in farina di castagne e di listeria *monocytogenes* in tramezzini confezionati pronti al consumo.

E' stata attivata 1 *information for attention* per la presenza di *anisakis* in filetti di merluzzo.

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 (26%) e di micotossine (20%).

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.

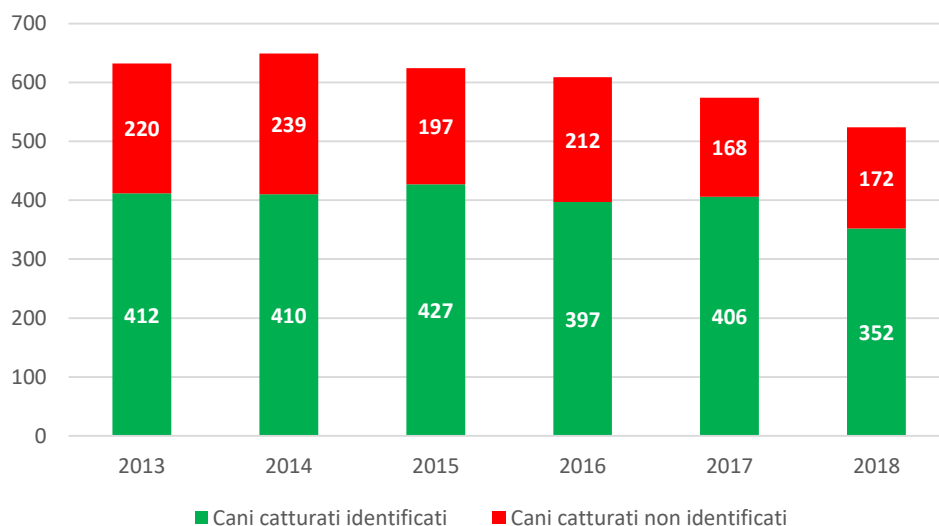
In Italia il punto di contatto con gli altri Stati membri è il Ministero della Salute che, attraverso le Regioni, attiva le ASL per verificare l'effettivo ritiro dal commercio del prodotto non conforme. Il ritiro è in carico al produttore.

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.

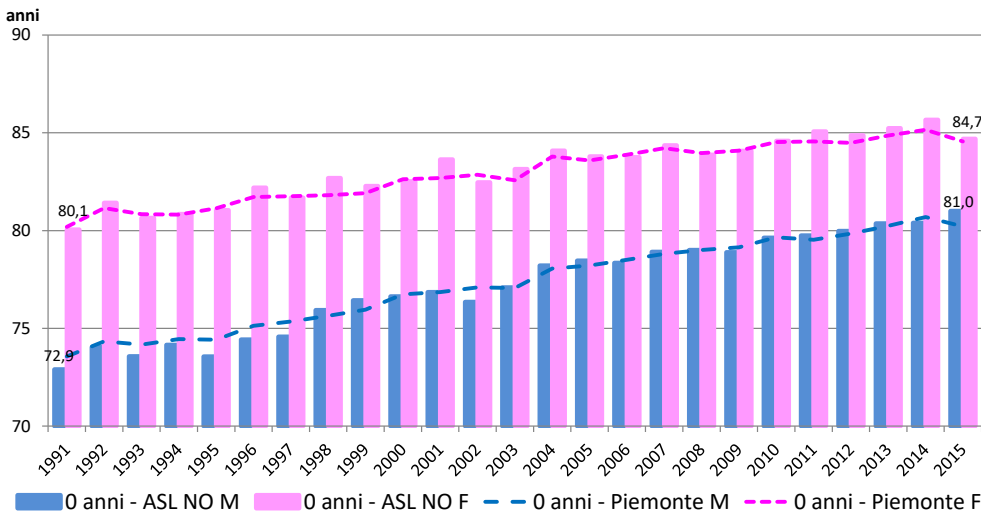
Speranza di vita e mortalità generale

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**.

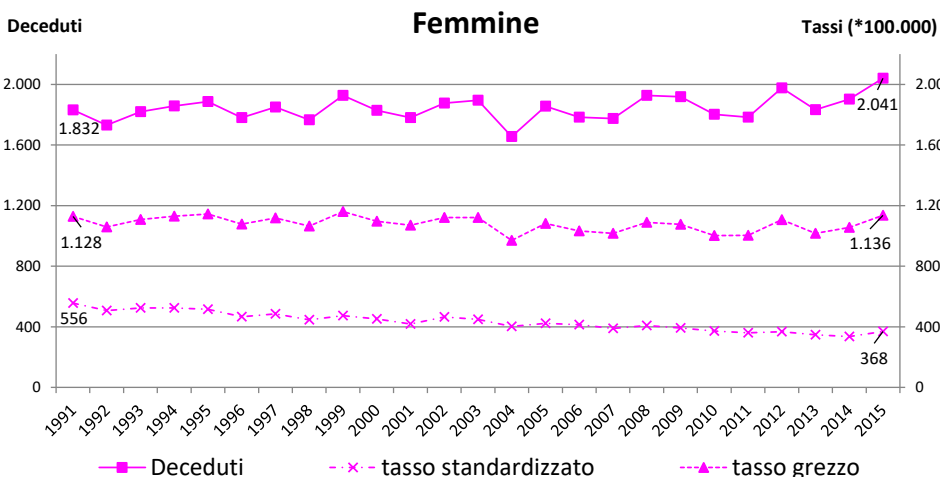
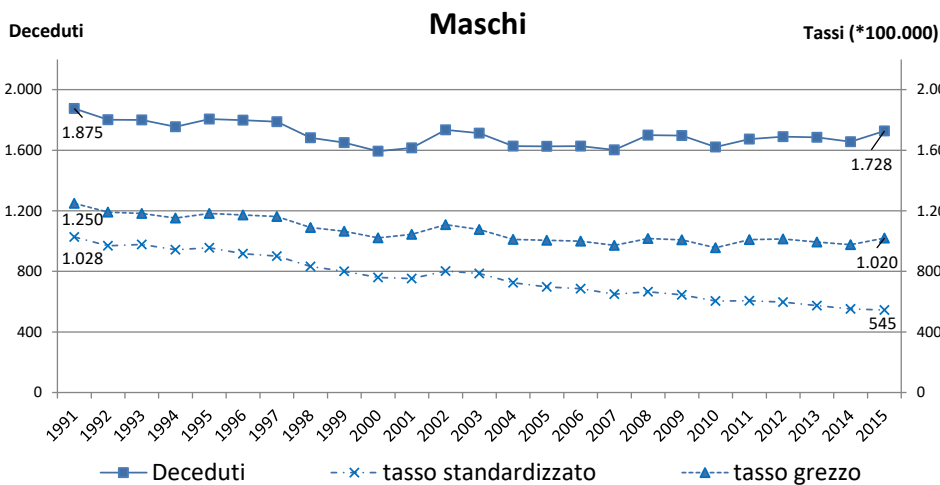
La differenza tra i generi sta diminuendo: rispetto al 1991, nel 2015 la speranza di vita è aumentata di 4,6 anni per le donne e di 8,1 anni per gli uomini, con differenze tra generi di più di 7 anni nel 1991 e di circa 4 anni nel 2015.

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

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%).

Mortalità generale - ASL NO

Deceduti, tasso grezzo e tasso standardizzato per età



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 annui 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	47	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
TUTTE LE CAUSE	1.692	751	396	545

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 per grandi gruppi - DONNE Residenti ASL NO e Distretti - 2014-2015

FORNITORI 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
TUTTE LE CAUSE	1.972	851	503	619

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.

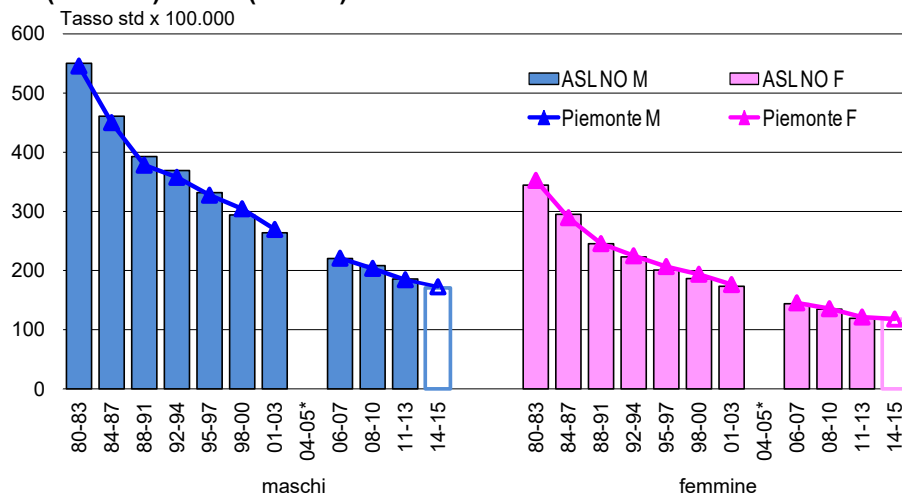
Risultano **inferiori a quella regionale** la mortalità femminile per **malattie dell'apparato respiratorio**, (Distretto Area Nord) e quella per **traumatismi e avvelenamenti** (Distretto Area Sud e Urbano di Novara).

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.

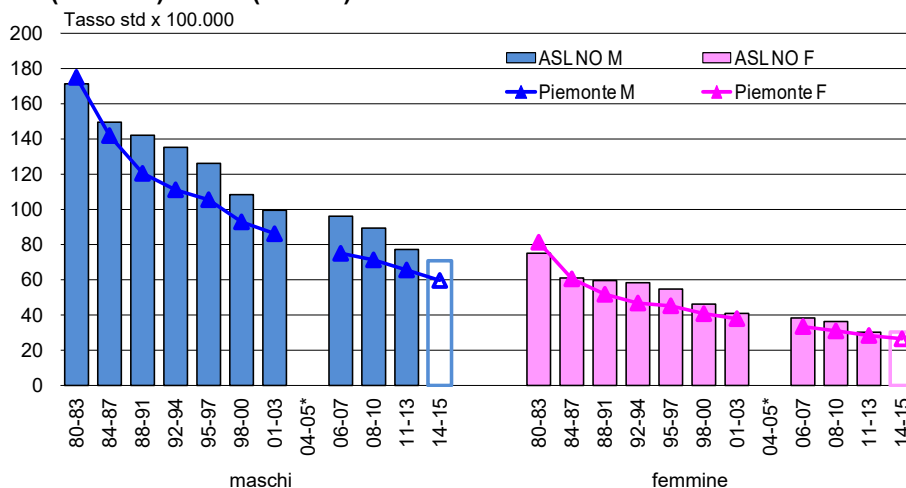
Mortalità cardiovascolare Residenti ASL NO e Regione Piemonte Trend 1980-2015

FRONTE DATI: MADESMART

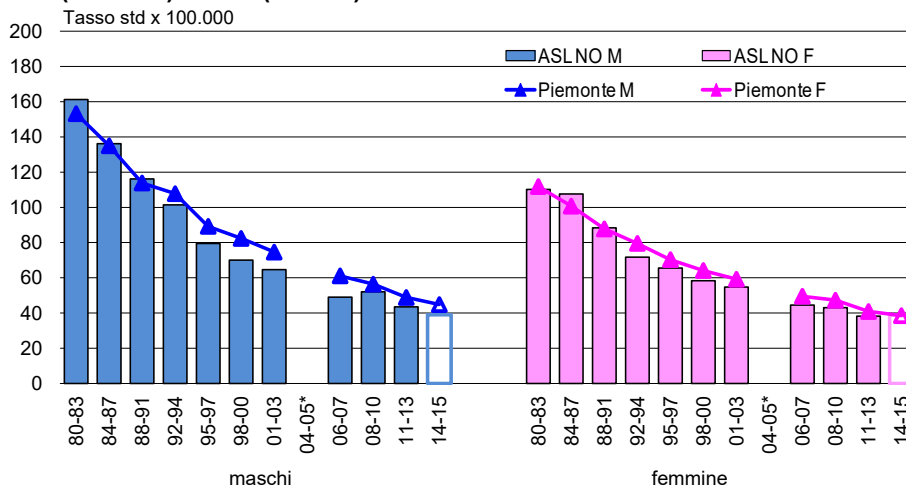
Mortalità per mm dell'apparato circolatorio ICD IX (390-459) ICD X (100-199)



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

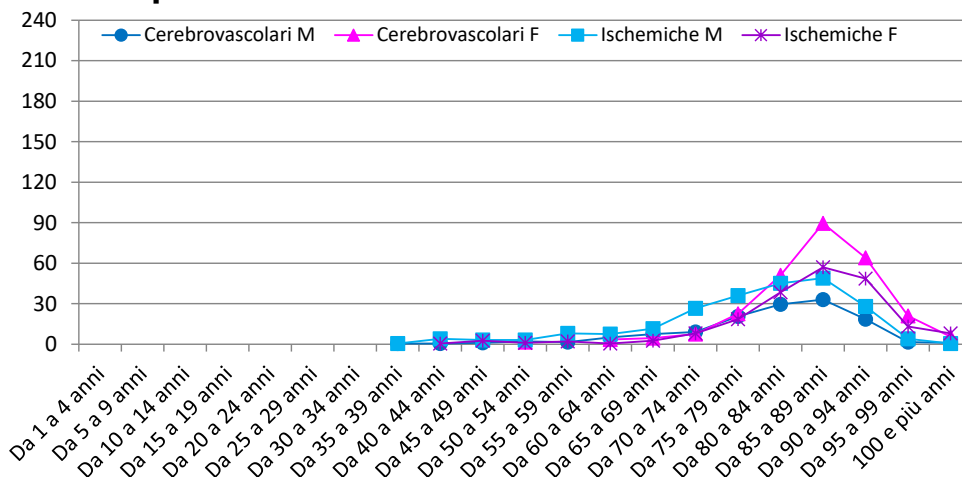
	DECESSI				ANNI DI VITA PERSI A 75 ANNI			
	numero medio annuo		% su tot apparato circolatorio		numero medio annuo		% su tot apparato circolatorio	
	mm ischemiche del cuore	mm. cerebrovasc.	mm ischemiche del cuore	mm. cerebrovasc.	mm ischemiche del cuore	mm. cerebrovasc.	mm ischemiche del cuore	mm. cerebrovasc.
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



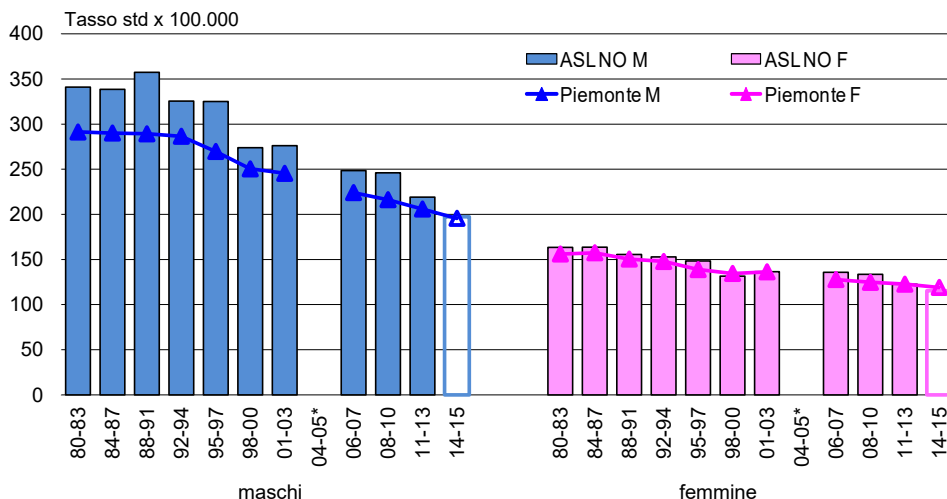
I **decessi** per ischemie cardiache e malattie cerebrovascolari **aumentano a partire dai 40 anni e registrano valori di picco tra 85 e 89 anni** in entrambi i sessi.

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

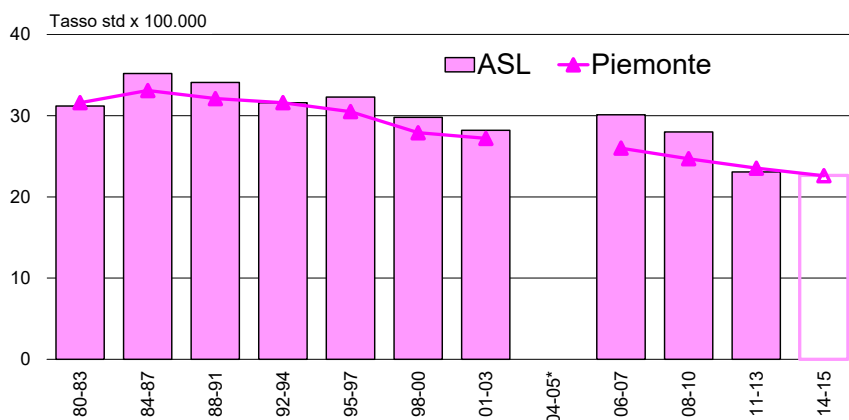
Nel biennio 2014-2015 il **tumore del polmone negli uomini** e quello della **mammella nelle donne** si confermano le **più frequenti** cause di morte tumorale nei due generi.

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).

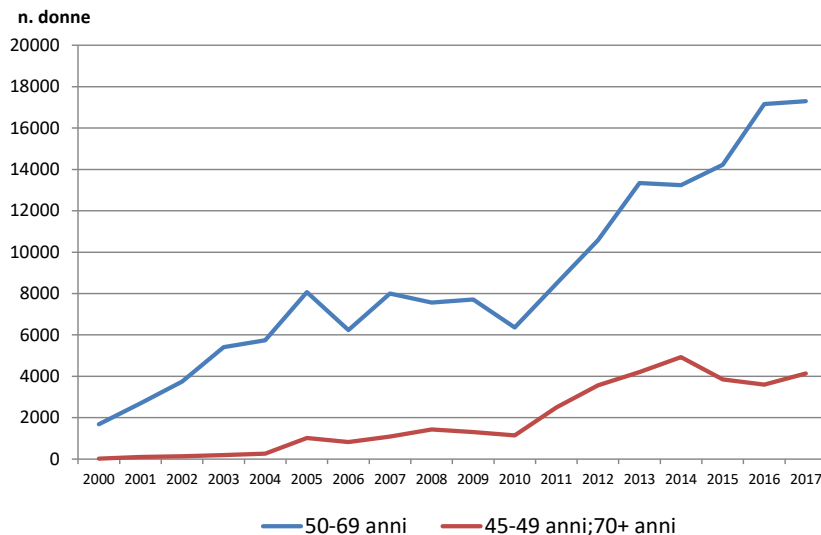
Mortalità per tumore della mammella ASL NO e Regione Piemonte

FONTE DATI: MADESMART; UVOS

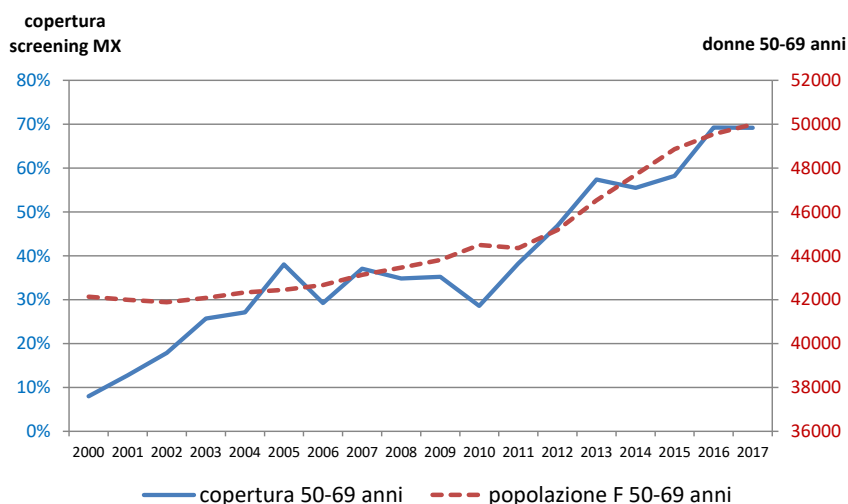
Mortalità per tumore della mammella - ICD IX (174); ICD X (C50) Trend 1980-2015



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.

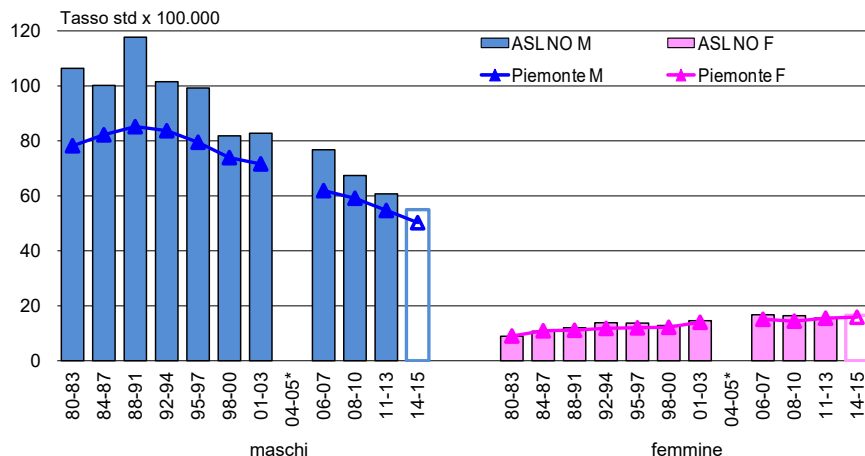
Lo screening del tumore della mammella è il principale **strumento di contrasto alla mortalità per questa causa**. E per questo nell'ASL NO da molti anni una mammografia ogni 2 anni viene offerta attivamente alle donne tra 50 e 69 anni. In anni più recenti possono essere inserite nel programma regionale "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.

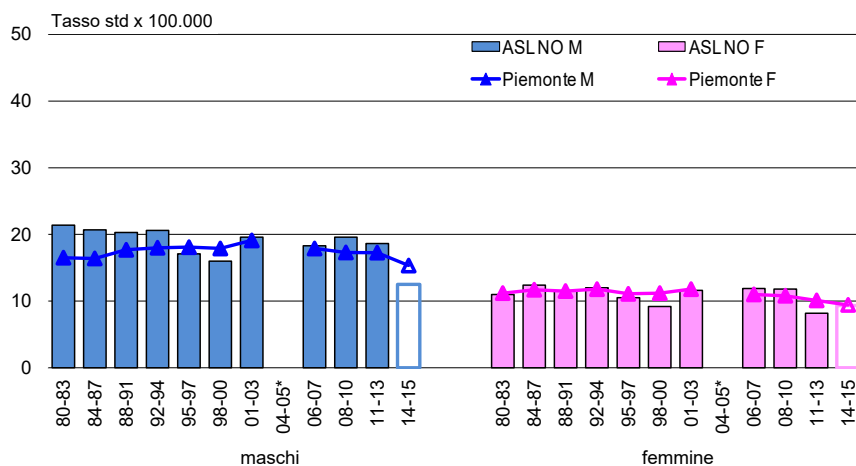
Mortalità tumorale per cause specifiche ASL NO e Regione Piemonte Trend 1980-2015

FORNITORI DATI: MADESMAST

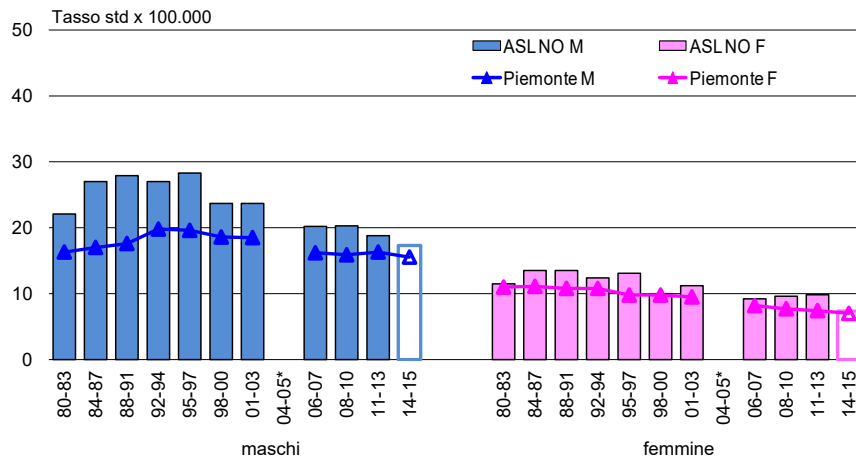
Mortalità per tumore della trachea, dei bronchi e del polmone ICD IX (162; ICD X (C33-C34)



Mortalità per tumore del colon ICD IX (153); ICD X (C18)



Mortalità per tumore) del fegato e dei dotti biliari ICD IX (155-156); ICD X (C22-C24)



*non disponibile

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.

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.

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.