

AZIENDA SANITARIA LOCALE “NO” - NOVARA

Viale Roma, 7 - NOVARA

***DELIBERAZIONE
DEL DIRETTORE GENERALE***

Numero 255 Data 29 GIU. 2016

PROPOSTA ISTRUTTORIA DEL DIRETTORE GENERALE N° 136

***OGGETTO : APPROVAZIONE E ADOZIONE DELLA RELAZIONE
SULLA PERFORMANCE A.S.L. “NO” - ANNO 2015.***



IL DIRETTORE GENERALE
(nominato con D.G.R. n. 36-1364 del 27 aprile 2015)

Nella data sopraindicata, su propria iniziativa istruttoria – previa acquisizione del parere dei Direttori: Amministrativo e Sanitario - ha assunto, in Novara, presso la sede dell’Ente, la deliberazione di cui all’interno.

OGGETTO: **APPROVAZIONE E ADOZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE A.S.L. "NO" - ANNO 2015.**

IL DIRETTORE GENERALE

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, unitamente al documento di validazione predisposto dall’OIV, all’ANAC e al Ministero dell’Economia e delle Finanze entro il 15 settembre;

RICHIAMATA la D.G.R. 25-6944 del 23.12.13 che – nell’Allegato B – fornisce indirizzi per la gestione del Ciclo della Performance, individuando – entro il 31 luglio – la data entro la quale redigere la Relazione Annuale sulla Performance (RAP);

altresi la deliberazione del Direttore Generale n. 254 del 29.6.2016, di “Accertamento conseguimento obiettivi anno 2015 attribuiti ai Dipartimenti ed alle Strutture complesse e semplici a valenza dipartimentale”;

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 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 nella seduta in data odierna, di cui al verbale n. 6/2016, l’Organismo Indipendente di Valutazione ha proceduto all’esame ed alla validazione della Relazione sulla Performance dell’A.S.L. “NO” per l’anno 2015;

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;

Con il concorso dei pareri del Direttori Amministrativo e Sanitario riportati in calce al presente provvedimento.

DELIBERA

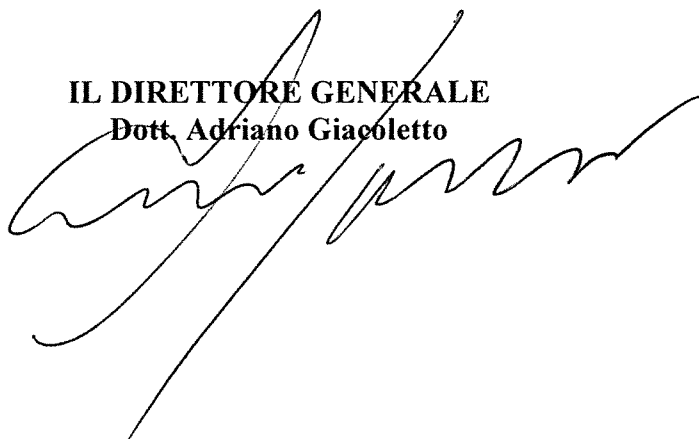
per tutto quanto in premessa indicato:



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 2015”;
2. **di pubblicare** sul sito istituzionale aziendale, nella sezione denominata “Trasparenza, valutazione e merito” il documento di cui al punto precedente, unitamente al documento di validazione predisposto dall’O.I.V.;
3. **di trasmettere** copia della Relazione sulla Performance ed il documento di validazione da parte dell’O.I.V. all’A.N.A.C. e al Ministero dell’Economia e Finanza.

LETTO, APPROVATO E SOTTOSCRITTO.

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Adriano Giacoleto



SEGUE DELIBERAZIONE N. 255 IN DATA 29 GIU. 2016

PARERI DEI DIRETTORI AMMINISTRATIVO E SANITARIO

VISTO *l'art. 3, d. Lgs. 30 dicembre 1992, n° 502, e successive modificazioni ed integrazioni;*

VALUTATA *la proposta di atto deliberativo ad istruttoria del **Direttore Generale** ed iscritta al n° 136 dell'apposito registro, di cui il presente parere costituisce allegato;*

I DIRETTORI: AMMINISTRATIVO E SANITARIO

ognuno per la rispettiva competenza

ESPRIMONO PARERE FAVOREVOLE

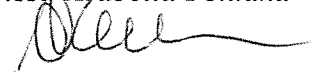
il Direttore Amministrativo:

dott.ssa Simonetta Rizzolio



il Direttore Sanitario:

dott.ssa Arabella Fontana

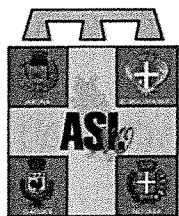


ALLEGATO
AL PROVVEDIMENTO R.G. N° 255 IN DATA 29 GIU. 2016
COMPOSTO DA N. CENTOQUARANTAQUATTRO FACCIATE



255

29 GIU. 2016



REGIONE PIEMONTE
AZIENDA SANITARIA LOCALE NO
NOVARA



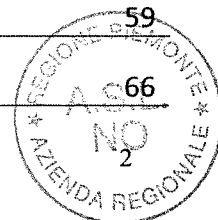
**RELAZIONE ANNUALE SULLA
PERFORMANCE AZIENDALE
E SUGLI ESITI DEL MONITORAGGIO
DELLE ATTIVITÀ ASSISTENZIALI
E DELLA LORO QUALITÀ
ANNO 2015**

Novara, 29 giugno 2016



INDICE

Premessa	Pag.	3
1. Il contesto	Pag.	4
1.1 Il territorio servito	Pag.	4
1.2 La popolazione	Pag.	4
1.3 Stili di vita	Pag.	10
1.4 Ambienti di lavoro	Pag.	15
1.5 Malattie infettive	Pag.	15
1.6 Malattie trasmesse con alimenti	Pag.	17
1.7 Malattie croniche	Pag.	17
2. La struttura e l'organizzazione dei servizi	Pag.	20
2.1 Il Personale impiegato	Pag.	20
2.2 L'Assistenza Ospedaliera	Pag.	25
2.3 L'Assistenza Territoriale	Pag.	29
2.4 La Prevenzione	Pag.	32
3. Gli strumenti aziendali	Pag.	33
3.1 Modalità di assegnazione e monitoraggio degli obiettivi annuali nell'ASL NO	Pag.	33
3.2 Modalità di valutazione del personale	Pag.	38
4 I risultati 2015	Pag.	40
4.1 Obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi del Direttore Generale	Pag.	40
4.2 Obiettivi delle strutture dell'ASL NO	Pag.	56
4.3 Valutazione del personale	Pag.	57
5 Indicatori di monitoraggio dell'assistenza e della loro qualità	Pag.	59
6 Il governo clinico	Pag.	66



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 2015, 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*;
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 2015. 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 2015, di cui alla DGR n. 12-2021 del 05.08.2015 ad oggetto: ""Obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi dei direttori generali delle aziende sanitarie regionali per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2015"- Allegato A (obiettivi incentivanti 2015), assegnati ai fini dell'attribuzione della quota integrativa del trattamento economico dei Direttori Generali delle Aziende sanitarie regionali per l'anno 2015;
5. Indicatori di monitoraggio dell'assistenza e della loro qualità, in cui viene dato conto del livello di raggiungimento degli indicatori previsti dal sistema regionale di monitoraggio dell'appropriatezza, di cui alla DGR n. 4-2495 del 3.8.2011, nonché di alcuni indicatori previsti dai Programmi Operativi per il triennio 2013-2015 di cui alla DGR 25-699 del 30.12.2013;
6. Il governo clinico, capitolo in cui sono delineate le principali azioni innovative di promozione e miglioramento della qualità messe in atto nell'ASL NO nel corso del 2015.



1. Il contesto

1.1 Il territorio servito



Fig. 1 – Territorio ASL NO

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 circa 1.200 km² e dal punto di vista orografico 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.).

1.2 La popolazione

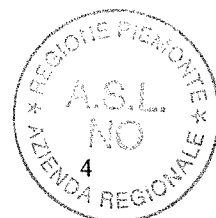
Distribuzione demografica del bacino di utenza

Fonte dati:

PISta Piemonte STATistica e B.D.D.E. www.ruparpiemonte.it/cms/servizi-rupar/servizio/130-pista--piemonte-statistica-e-bdde.html;

Al 31 dicembre 2014 le persone residenti nell'ASL di Novara risultano essere 349.773.

La distribuzione demografica della popolazione viene illustrata secondo la nuova articolazione organizzativa aziendale approvata con Deliberazione del Direttore Generale n. 772 del 29 ottobre 2015 (adozione dell'Atto Aziendale), che ha previsto la ridefinizione del modello organizzativo territoriale sulla base degli indirizzi della DGR 29 giugno 2015, n. 26-1653 "Interventi per il riordino della rete territoriale in attuazione del Patto per la Salute 2014/2016 e della D.G.R. n. 1-600 del 19.11.2014 e s.m.i." con la istituzione di 3 Distretti: Distretto Urbano di Novara, Distretto Area Nord e Distretto Area Sud.



Il 44% della popolazione (155.068 persone) risiede nel Distretto Area Nord che comprende 46 Comuni. Nel Distretto Urbano di Novara risiede il 30% della popolazione (104.452 persone); una quota di poco inferiore (26%) risiede nel Distretto Area Sud (90.253 persone) che comprende 30 Comuni (Fig.2).

I 3 Comuni dell'ASL NO con il maggior numero di residenti sono Novara (104.452), Borgomanero (21.757) e Trecate (20.395).

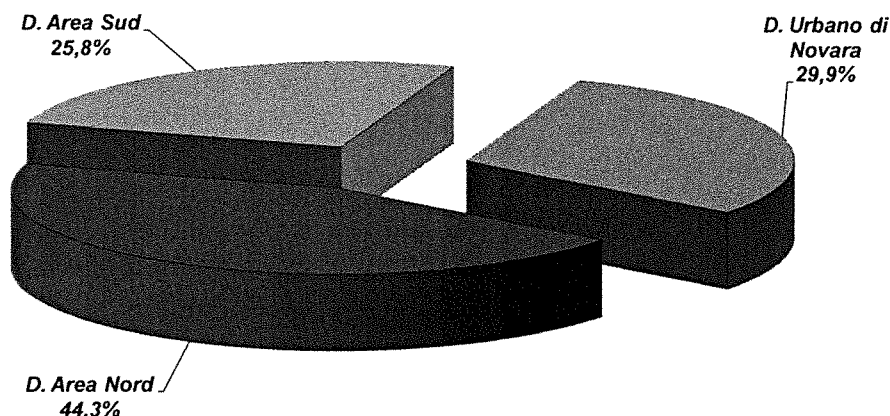


Fig. 2 – Distribuzione (%) della popolazione al 31.12.2014 per Distretto di residenza.

Complessivamente le donne rappresentano il 51,5% della popolazione e sono più numerose degli uomini nelle classi di età più avanzate, costituendo il 58% della popolazione con più di 65 anni e il 67% 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%) (Tab.1).

MASCHI		<i>Fasce di età</i>				
Distretti	0-4	5-14	15-64	65-79	≥ 80	Tutte le età
Urbano di Novara	2.288	4.612	33.557	7.112	2.532	50.101
Area Nord	3.339	7.324	49.737	11.247	3.660	75.307
Area Sud	2.177	4.343	29.545	6.168	1.895	44.128
ASL NO	7.804	16.279	112.839	24.527	8.087	169.536

FEMMINE		<i>Fasce di età</i>				
Distretti	0-4	5-14	15-64	65-79	≥ 80	Tutte le età
Urbano di Novara	2.233	4.399	33.550	9.049	5.120	54.351
Area Nord	3.233	6.950	49.097	13.331	7.150	79.761
Area Sud	2.099	4.191	28.772	7.168	3.895	46.125
ASL NO	7.565	15.540	111.419	29.548	16.165	180.237

Tab. 1 – Distribuzione della popolazione al 31.12.2014 per sesso, classi di età e Distretto di residenza.

Quasi due terzi della popolazione dell'ASL NO ha un'età compresa tra i 15 e i 64 anni. Rispetto al 1992 si registra un invecchiamento della popolazione, con aumento degli ultra64enni (22% vs 17%), a scapito della classe di età 15-64 anni (64% vs 69%) mentre i valori rimangono costanti per i minori di 15 anni (14%) (Fig. 3).



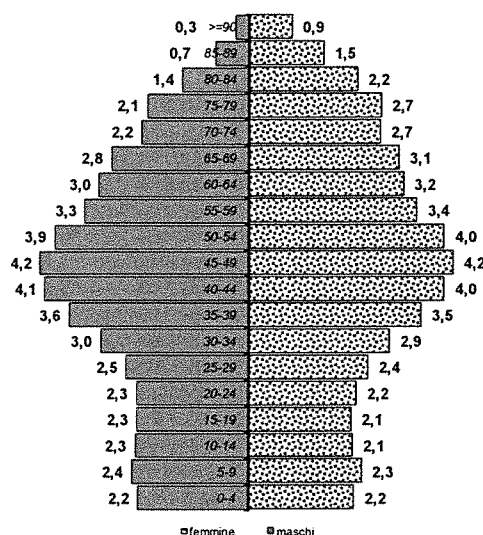


Fig.3 – Piramide delle età al 31.12.2014 – Distribuzione in percentuale della popolazione per sesso e per classi di età.

Nel 2014, ogni 100 residenti con meno di 15 anni si hanno 166 ultra64enni; dal 2000 l'indice di vecchiaia è aumentato su tutto il territorio ad eccezione del Distretto Area Sud che si differenzia dagli altri come Distretto con il valore più basso di indice di vecchiaia (149,3). Di poco superiori al valore aziendale risultano gli indici di vecchiaia dei Distretto Area Nord (169,8) e del Distretto Urbano di Novara (176,0) (Fig. 4).

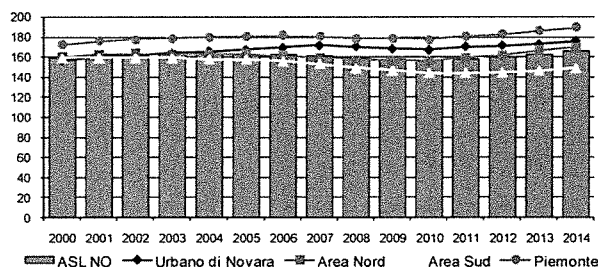


Fig. 4 – Indice di vecchiaia ASL NO e Distretti – Trend 2000-2014.

Nell'ASL NO ogni 100 persone tra i 15 ed i 64 anni se ne registrano poco più della metà (56,0) nelle altre classi di età, considerate "non attive"; questo indice ("di dipendenza") risulta in aumento con differenze contenute tra i Distretti della ASL. Il valore minimo si osserva per il Distretto Area Sud (54,8), quello massimo per quello di Area Nord (56,9); il Distretto Urbano di Novara registra un indice di vecchiaia di 55,6 (Fig. 5).

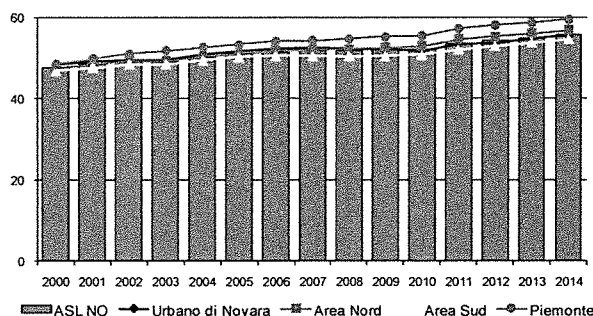


Fig.5 – Indice di dipendenza ASL NO e Distretti – Trend 2000-2014.

Gli indici di vecchiaia e dipendenza dell'ASL NO sono entrambi inferiori a quelli regionali (Piemonte 2014: vecchiaia 189,6; dipendenza 59,7).



Tassi di natalità

Fonte dati:

PISta Piemonte STATistica e B.D.D.E. www.ruparpiemonte.it/cms/servizi-rupar/servizio/130-pista--piemonte-statistica-e-bdde.html;

Tra i residenti dell'ASL NO, nel 2014 si sono registrati 2.888 nuovi nati, corrispondenti a 8,3 nuovi nati ogni 1.000 residenti; questo valore è superiore rispetto a quello del Piemonte (7,8 per 1.000) ma, su tutto il territorio dell'ASL, inferiore a quello degli anni precedenti (Fig. 8). Negli ultimi anni, la natalità più elevata si registra nel Distretto di Area Sud. Nel 2014 in questo Distretto si hanno 9,0 nuovi nati per 1.000 residenti mentre inferiori e simili tra loro sono i valori di natalità del Distretto Urbano di Novara e del Distretto Area Nord (rispettivamente 8,1 e 8,0 per 1.000)(Fig. 6).

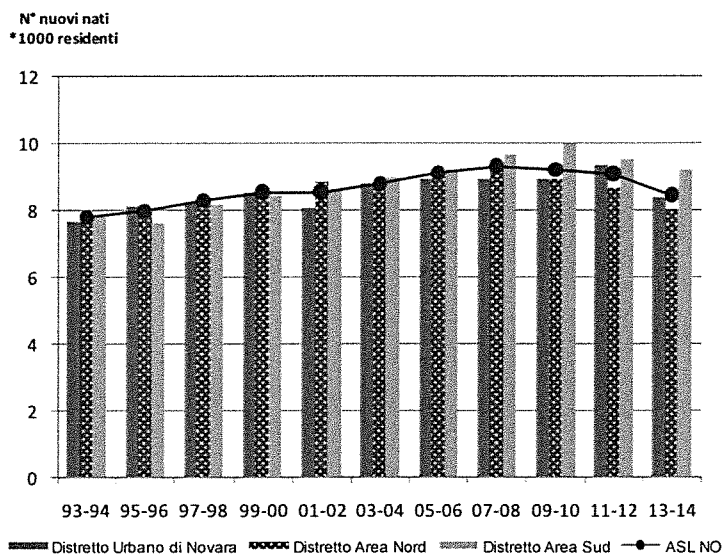
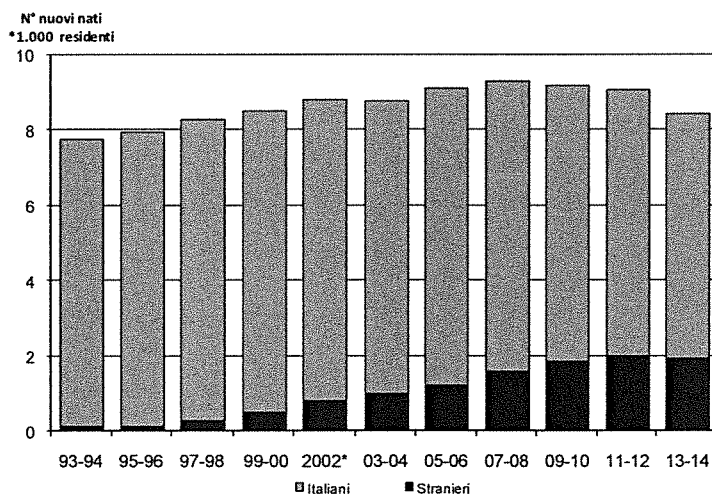


Fig. 6 – Natalità ASL NO e Distretti – Trend biennale 1993-2014

Nel 2014 i neonati stranieri sono il 23% di tutti i neonati. Si osservano evidenti differenze tra i Distretti: i neonati stranieri sui nuovi nati risultano infatti il 15,5% nel Distretto Area Nord e circa il doppio (32,5%) nel Distretto Urbano di Novara. Il Distretto Area Sud per questo indicatore registra un valore (24,6%) di poco superiore a quello della ASL.

Dopo la crescita degli anni precedenti, la quota di neonati stranieri sulla popolazione totale residente si è assestata a poco meno di 2 ogni 1.000 (Fig. 7). In Piemonte si è osservato un analogo andamento e nel 2014 si sono registrati 1,5 nuovi nati stranieri ogni 1.000 residenti.



*Nel 2001 non sono disponibili i dati stratificati per cittadinanza.

Fig. 7 – Natalità Italiani e stranieri – Trend biennale 1993-2014.



L'aumento dei neonati stranieri negli ultimi 2 decenni è dovuto sia alla maggiore presenza di stranieri residenti sia alla loro maggiore natalità. Nel 2014 si sono registrati 18 nati ogni 1.000 stranieri e 6 nati ogni 1.000 italiani.

Aspettativa di vita e mortalità generale

Fonte dati:

PISta Piemonte STATistica e B.D.D.E.

www.ruparpiemonte.it/cms/servizi-rupar/servizio/130-pista--piemonte-statistica-e-bdde.html

La speranza di vita alla nascita è ancora in aumento: nel 2012 per i residenti dell'ASL NO risulta di 84,9 anni per le donne e 80,0 per gli uomini.

Negli anni l'incremento della speranza di vita si è associata ad una riduzione della differenza tra i generi: rispetto al 1991, nel 2012 la speranza di vita alla nascita è aumentata di 4,8 anni per le donne e di 7,1 anni per gli uomini, con differenze tra generi di più di 7 anni nel 1991 e poco meno di 5 anni nel 2012.

Tra il 1991 ed il 2012, in entrambi i generi, la speranza di vita dei residenti nell'ASL NO registra valori molto simili a quelli medi dei residenti in Piemonte. (Fig.8)

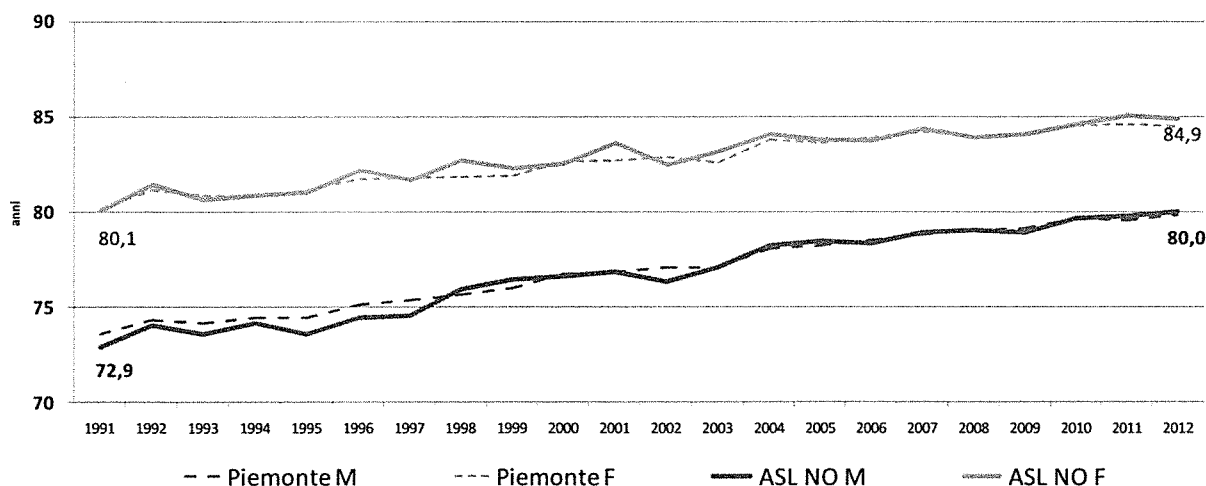


Fig. 8 – Speranza di vita alla nascita, stratificata per sesso- ASL NO e Piemonte – Trend 1991-2012

L'aumento della speranza di vita alla nascita si accompagna ad un invecchiamento della popolazione e determina necessariamente anche modifiche della mortalità complessiva (Fig.9).

Tra il 1991 ed il 2012 il tasso standardizzato di mortalità (che "annulla" le differenze per età delle popolazioni di questi anni) diminuisce nettamente in entrambi i generi (-42% per i maschi; -33% per le femmine).

Per i maschi diminuiscono, seppure in maniera più contenuta, anche il tasso grezzo (che mette in rapporto il numero di decessi alla popolazione residente) e il numero assoluto di decessi (rispettivamente -18,8% e -9,9%).

Per le femmine il tasso grezzo rimane quasi invariato (-1,8%) ed il numero assoluto di decessi risulta maggiore nel 2012 rispetto al 1991 (+7,9%).



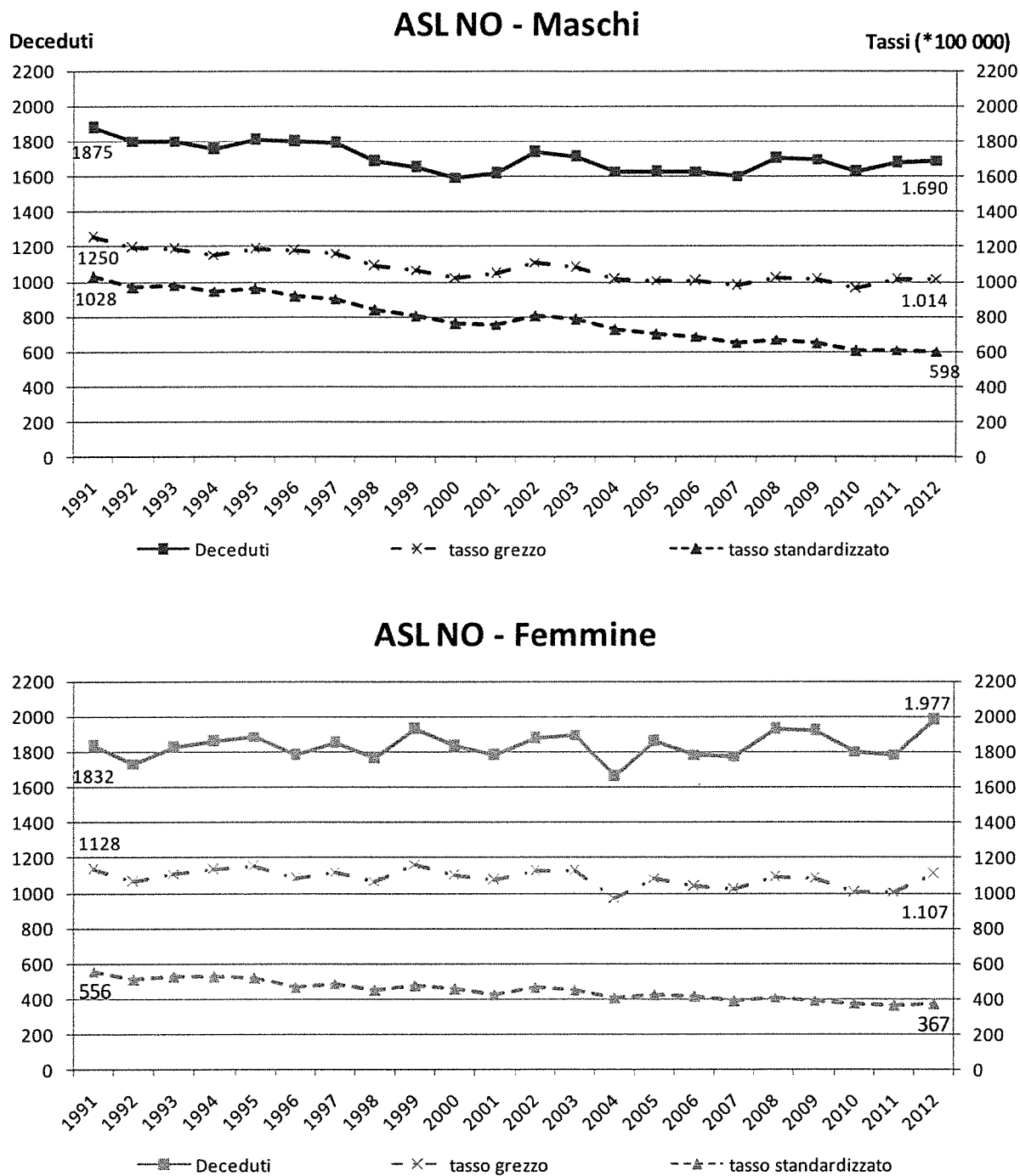


Fig. 9 - Mortalità complessiva- Deceduti, Tasso grezzo e standardizzato per età - ASL NO – Maschi e Femmine – Trend 1991-2012



Struttura socio demografica

Fonte dati:

Sorveglianza PASSI (pop-18-69 anni) - elaborazioni SSEPI ASL NO

		ASL NO		Piemonte	
		%	(IC al 95%)	%	(IC al 95%)
Stato civile	coniugato	60,3	57,7 - 62,8	58,8	57,9 - 59,6
	celibe/nubile	31,4	29,2 - 33,6	31,2	30,5 - 32,0
	vedovo/a	2,2	1,3 - 3,0	2,6	2,3 - 2,9
	separato/divorziato	6,2	4,7 - 7,6	7,4	6,9 - 7,9
Livello di istruzione	nessuno/elementare/media inferiore	40,4	37,5 - 43,2	39,7	38,8 - 40,6
	scuola media superiore	47,1	44,2 - 50,1	46,9	45,9 - 47,9
	laurea/diploma universitario	12,5	10,5 - 14,5	13,4	12,7 - 14,1
Difficoltà economiche	molte	10,6	8,8 - 12,5	11,0	10,4 - 11,6
	qualche	37,0	34,1 - 39,9	38,5	37,5 - 39,4
	nessuna	52,4	49,4 - 55,3	50,5	49,5 - 51,5
Lavoro continuativo (18-65 anni)		62,7	59,9 - 65,5	61,1	60,1 - 62,0

Tab.2 – Caratteristiche socio demografiche popolazione 18-69 anni –2011-2014

Per il periodo 2011-2014 la sorveglianza PASSI stima che più della metà (60%) dei residenti tra i 18 e i 69 anni abbia un livello di istruzione alto (licenza media superiore o laurea), una quota leggermente inferiore (52%) non segnali difficoltà economiche e, tra i 18 ed i 65 anni, circa 2 residenti su 3 (63%) abbiano un lavoro regolare. Questi indicatori mostrano valori non significativamente differenti da quelli osservati in ambito regionale. (Tab.2)

1.3 Stili di vita

Fonte dati:

Sorveglianza Okkio alla salute –2014

Sorveglianza PASSI (pop-18-69 anni) - elaborazioni SSEPI ASL NO

Fumo di sigaretta

Tra gli adulti (18-69 anni) la maggior parte delle persone (53%) non ha mai fumato e quelle che fumano sono poco più di un quarto (27%), con prevalenza maggiore tra gli uomini (33% vs 24% tra le donne). La quota di fumatori si riduce significativamente dopo i 50 anni (24% tra i 50 ed 69 anni) e risulta minore tra le persone laureate (19%) o che non dichiarano difficoltà economiche (22%). Gli ex fumatori sono meno di 2 ogni 10 persone (19%), più frequenti tra gli uomini (24% vs 14% tra le donne) e tra le persone con più di 50 anni (29% tra i 50 ed i 69 anni).



Abitudine al fumo						
Risultati 2011-2014		ASL NO			Piemonte	
		%	(IC al 95%)		%	(IC al 95%)
Non fumatori		53,4	50,5	56,3	55,2	54,3 - 56,2
Fumatori		27,4	24,7	30,0	26,3	25,4 - 27,2
Sesso						
	uomini	33,4	29,5	37,4	31,2	30,0 - 32,6
	donne	21,3	17,9	24,8	21,4	20,3 - 22,5
Classi di età						
	18-24	30,5	22,5	38,5	29,4	26,6 - 32,4
	25-34	30,2	22,9	37,4	32,1	29,7 - 34,5
	35-49	29,3	24,8	33,9	27,7	26,2 - 29,2
	50-69	23,4	19,4	27,5	21,9	20,7 - 23,2
Livello di istruzione						
	nessuno/licenza elementare	26,0	16,2	35,8	25,3	22,3 - 28,5
	scuola media inferiore	33,5	28,6	38,3	31,8	30,3 - 33,4
	scuola media superiore	25,6	21,8	29,4	25,1	23,9 - 26,4
	laurea/diploma universitario	19,0	12,3	25,7	17,7	15,7 - 19,8
Difficoltà economiche						
	molte	39,2	30,3	48,2	37,9	35,1 - 40,7
	qualche	31,7	27,1	36,3	29,7	28,2 - 31,1
	nessuna	22,2	18,8	25,7	21,2	20,1 - 22,3
Ex Fumatori		19,2	16,9	21,4	18,5	17,8 - 19,3
Sesso						
	uomini	24,4	21,0	27,9	24,0	22,9 - 25,2
	donne	13,9	11,0	16,8	13,0	12,1 - 14,0
Classi di età						
	18-24	6,0	1,9	10,0	4,3	3,2 - 5,8
	25-34	14,9	9,2	20,6	12,0	10,4 - 13,9
	35-49	15,4	11,8	19,1	16,3	15,1 - 17,5
	50-69	28,8	24,7	33,0	26,7	25,4 - 28,1
Livello di istruzione						
	nessuno/licenza elementare	30,9	20,6	41,1	20,2	17,5 - 23,1
	scuola media inferiore	19,5	15,5	23,5	19,7	18,4 - 21,1
	scuola media superiore	18,4	15,0	21,7	18,3	17,2 - 19,4
	laurea/diploma universitario	14,1	8,3	19,8	15,4	13,5 - 17,4
Difficoltà economiche						
	molte	15,4	8,7	22,2	15,5	13,5 - 17,7
	qualche	20,2	16,3	24,1	17,9	16,7 - 19,1
	nessuna	18,9	15,8	22,1	19,7	18,6 - 20,8

Tab.3 – Abitudine tabagica totale e stratificata per caratteristiche socio demografiche- popolazione 18-69 anni – 2011-2014

Per quanto riguarda gli adulti, nel periodo 2014-2013 l'abitudine al fumo dei residenti nell'ASL NO non è significativamente diversa da quella osservata complessivamente in Piemonte.

La comparsa di segni di malattia contribuisce a cercare di smettere di fumare: si tratta di un tentativo che in un anno fanno 4 fumatori su 10 (42%).

I rischi per la salute connessi al fumo di tabacco sono molto conosciuti. Sono 8 su 10 gli adulti residenti nell'ASL NO che riferiscono che non è consentito fumare nella propria abitazione, con prevalenza analoga a quella regionale (79%) e in aumento significativo rispetto al periodo 2007-2009 (71%).

Anche la presenza di minori di 14 anni nelle abitazioni si associa ad una maggiore attenzione al fumo passivo (86% le persone di questo tipo che riferiscono il divieto di fumare nella propria abitazione).

Nell'ASL NO, come in Piemonte, più di 9 persone su 10 ritengono rispettato il divieto di fumare nei luoghi pubblici e in ambienti di lavoro chiusi è generalmente rispettato.

Consumo di alcol

PASSI stima che tra i residenti dell'ASL NO con età compresa tra 18 e 69 anni poco meno di due terzi (63%) consumino bevande alcoliche e più di un quinto (22%) lo faccia con modalità considerate a maggior rischio per la salute. Entrambi questi valori sono significativamente superiori a quelli osservati in ambito



regionale, segnalando per il nostro territorio una specificità che si dettaglia in particolare con una maggiore diffusione dell'assunzione di alcol con modalità prevalentemente fuori pasto e *binge* e (per ciascuna di queste 2 categorie 11% nell'ASL NO vs rispettivamente 8% e 9% in Piemonte). Non si osservano differenze significative con la regione per la modalità a rischio meno diffusa (consumo abitualmente elevato di alcol: 4% nell'ASL NO e 5% in Piemonte). (Tab 4)

Consumo di alcol				
Risultati PASSI 2011-2014	ASL NO		Piemonte	
	%	(IC al 95%)	%	(IC al 95%)
Bevuto > 1 unità alcolica nell'ultimo mese	63,1	60,4 - 65,8	56,4	55,4 - 57,3
Consumo a maggior rischio	21,8	19,4 - 24,1	18,4	17,6 - 19,1
Consumo binge	10,9	9,0 - 12,7	8,6	8,1 - 9,1
Consumo prevalentemente fuori pasto	10,7	9,0 - 12,4	8,0	7,5 - 8,6
Consumo abituale elevato	4,3	3,1 - 5,4	5,2	4,8 - 5,6

Tab.4 – Consumo di alcol totale e con modalità a rischio- popolazione 18-69 anni – 2011-2014

L'attenzione degli operatori sanitari dell'ASL NO al consumo di bevande alcoliche è migliore di quanto si registra a livello regionale, ma risulta comunque bassa: solo 1 adulto su 5 riferisce che gli sono state poste domande sull'argomento e solo 1 bevitore a maggior rischio su 10 riferisce che un operatore sanitario gli ha consigliato di ridurre il consumo di alcol.

Situazione nutrizionale e abitudini alimentari

Il 28% dei soggetti di 18-69 anni è in sovrappeso e più dell'8% è obeso, prevalenze che risultano analoghe a quelle osservate a livello regionale. Entrambe queste condizioni, indicative di eccesso ponderale, aumentano con l'età, sono particolarmente diffuse, tra le persone con basso livello di istruzione e tra quelle che hanno difficoltà economiche. Il sovrappeso, più che l'obesità, è maggiormente presente tra gli uomini rispetto alle donne. Non si osservano differenze significative tra le prevalenze dell'ASL NO e quelle regionali.

Quasi la metà delle persone in eccesso ponderale ritiene il proprio peso adeguato e questa erronea percezione è significativamente più diffusa nel sesso maschile. Tra le persone in eccesso ponderale, quasi tre su dieci dichiarano di seguire una dieta, poco più della metà riferisce che un operatore sanitario ha consigliato loro di perdere peso e circa 4 su 10 dichiarano di avere ricevuto il consiglio di fare regolarmente attività fisica. Anche questi risultati non si discostano da quelli osservati in ambito regionale. (Tab.5)



Situazione nutrizionale					
Risultati PASSI 2011-2014		ASL NO		Piemonte	
		%	(IC al 95%)	%	(IC al 95%)
In eccesso ponderale		36,5	33,7 - 39,3	36,3	35,4 - 37,2
Obesi		8,6	7,0 - 10,3	8,4	7,9 - 8,9
Sesso					
	uomini	8,8	6,4 - 11,1	9,1	8,3 - 9,9
	donne	8,5	6,1 - 10,8	7,7	6,9 - 8,4
Classi di età					
	18-34	3,6	1,4 - 5,8	3,9	3,1 - 4,7
	35-49	9,2	6,3 - 12,2	7,8	7,0 - 8,7
	50-69	11,7	8,6 - 14,7	11,8	10,8 - 12,8
Livello di istruzione					
	nessuna/elementare	20,3	11,3 - 29,3	21,2	18,3 - 24,1
	media inferiore	10,0	6,9 - 13,1	10,4	9,3 - 11,4
	media superiore	6,7	4,5 - 8,8	6,3	5,6 - 7,0
	laurea/diploma universitario	6,0	1,9 - 10,0	4,2	3,1 - 5,3
Difficoltà economiche					
	molte	20,8	13,2 - 28,4	14,2	12,2 - 16,3
	qualche	7,8	5,2 - 10,4	9,6	8,6 - 10,5
	nessuna	6,7	4,7 - 8,8	6,2	5,5 - 6,8
In sovrappeso		27,9	25,3 - 30,5	27,9	27,0 - 28,8
Sesso					
	uomini	34,0	30,0 - 38,0	35,3	34,0 - 36,6
	donne	21,7	18,3 - 25,1	20,6	19,5 - 21,7
Classi di età					
	18-34	16,6	12,2 - 21,0	15,5	14,0 - 17,0
	35-49	25,5	21,2 - 29,8	27,4	25,9 - 29,0
	50-69	38,2	33,5 - 42,8	36,4	35,0 - 37,9
Livello di istruzione					
	nessuna/elementare	36,7	25,9 - 47,4	36,3	32,9 - 39,7
	media inferiore	31,3	26,5 - 36,1	33,0	31,4 - 34,6
	media superiore	25,3	21,6 - 29,0	25,0	23,8 - 26,3
	laurea/diploma universitario	23,3	16,2 - 30,4	21,2	19,0 - 23,5
Difficoltà economiche					
	molte	28,3	20,1 - 36,5	28,9	26,3 - 31,6
	qualche	33,6	28,9 - 38,2	30,3	28,8 - 31,8
	nessuna	23,7	20,3 - 27,2	25,9	24,7 - 27,1
Persone in sovrappeso che ritengono corretto il proprio peso		48,0	42,4 - 53,6	46,5	44,6 - 48,4
Sesso					
	uomini	57,8	50,6 - 65,0	56,9	54,5 - 59,2
	donne	32,5	24,0 - 40,9	28,8	25,9 - 31,7
Persone in eccesso ponderale che seguono una dieta		28,0	23,6 - 32,3	23,4	22,0 - 24,7
Consiglio di un operatore sanitario a persone in eccesso ponderale					
	di perdere peso	54,5	49,4 - 59,6	52,2	50,5 - 54,0
	di fare attività fisica	39,7	34,7 - 44,7	36,6	34,9 - 38,4

Tab.5 – Situazione nutrizionale totale e stratificata per caratteristiche socio demografiche- popolazione 18-69 anni – 2011-2014

Anche se quasi tutte le persone consumano frutta e verdura, l'adesione alle raccomandazioni internazionali con il consumo di almeno 5 porzioni giornaliere di frutta e/o verdura il riguarda 10% dei bambini di 8 anni e una quota analoga (11%) degli adulti tra 18 e 69 anni. Analogamente a quanto si osserva in Piemonte questa prevalenza risulta lievemente più elevata dopo i 50 anni (15%), nel sesso femminile (13%) e nelle persone laureate (18%). (Tab.6)

Il consumo di 3 o 4 porzioni al giorno di frutta e verdura riguarda il 40% della popolazione tra 18 e 69 anni di età; sommando questa prevalenza a quella di coloro che seguono lo standard internazionale di almeno 5 porzioni risulta che nell'ASL NO poco più della metà degli adulti consuma almeno 3 porzioni di frutta e verdura.



Consumo di frutta e verdura					
Risultati PASSI 2011-2014		ASL NO		Piemonte	
		%	(IC al 95%)	%	(IC al 95%)
Almeno 5 porzioni al giorno ("five a day")		11,1	9,2 - 12,9	11,4	10,8 - 12,1
Sesso					
	uomini	9,0	6,6 - 11,4	8,8	8,0 - 9,6
	donne	13,2	10,4 - 16,0	14,0	13,1 - 15,1
Classi di età					
	18-34	7,3	4,3 - 10,2	8,6	7,5 - 9,8
	35-49	10,2	7,2 - 13,3	10,3	9,3 - 11,4
	50-69	14,7	11,3 - 18,1	14,2	13,1 - 15,3
Livello di istruzione					
	nessuna/elementare	11,4	4,3 - 18,4	12,0	9,8 - 14,6
	media inferiore	8,6	5,7 - 11,5	10,5	9,4 - 11,6
	media superiore	11,2	8,4 - 13,9	11,1	10,2 - 12,1
	laurea/diploma universitario	17,6	11,1 - 24,0	14,6	12,8 - 16,7
Difficoltà economiche					
	molte	6,6	2,2 - 11,1	9,9	8,4 - 11,7
	qualche	11,3	8,2 - 14,4	9,6	8,7 - 10,6
	nessuna	11,8	9,1 - 14,4	13,1	12,2 - 14,1
Stato nutrizionale					
	normopeso	10,6	8,3 - 12,9	11,8	11,0 - 12,6
	sovrappeso	12,0	8,4 - 15,7	10,7	9,5 - 12,0
	obeso	11,7	5,2 - 18,2	10,5	8,5 - 12,4

Tab.6 – "Five a day" totale e stratificato per caratteristiche socio demografiche- popolazione 18-69 anni – 2011-2014

Attività fisica

I dati raccolti con Okkio alla Salute nel 2014 hanno evidenziato che i bambini dell'ASL NO non fanno ancora abbastanza attività fisica. Tra gli 8 e i 9 anni di età, 1 bambino ogni 10 è fisicamente inattivo e meno di 2 hanno un livello di attività fisica raccomandato per l'età. Il 5% dei bambini guarda la TV o gioca con i videogiochi per 5 ore o più.

Per quanto riguarda gli adulti, PASSI stima che il 22% della popolazione adulta sia completamente sedentario e che il 36% aderisca alle raccomandazioni sull'attività fisica o svolga un lavoro pesante e possa, quindi, essere definito "attivo". I residenti nell'ASL NO si caratterizzano per una minore presenza di sedentari ed una maggiore presenza sia di persone attive che parzialmente attive rispetto alla Regione. (Tab 7)

Attività fisica					
Risultati PASSI 2011-2014		ASL NO		Piemonte	
		%	(IC al 95%)	%	(IC al 95%)
Livello di attività fisica					
	attivo	36,1	33,2 - 39,0	32,9	32,0 - 33,8
	parzialmente attivo	42,3	39,4 - 45,3	36,8	35,8 - 37,7
	sedentario	21,6	19,1 - 24,0	30,4	29,5 - 31,3

Tab.7 – Attività fisica- popolazione 18-69 anni – 2011-2014

La sedentarietà è minore tra i più giovani (18-34 anni: 19%), tra le persone laureate (15%) tra quelle senza difficoltà economiche (18%). Andamento analogo si osserva in Regione, con valori che si mantengono significativamente più alti di quelli dell'ASL NO in quasi tutti i sottogruppi di popolazione.

Circa 3 sedentari su 10 ritengono sufficiente il proprio livello di attività fisica, con prevalenze non diverse tra l'ASL NO ed il Piemonte (31% vs 27%).



1.4 Ambienti di lavoro

Fonte dati:

EpiWork - Flussi Informativi per la prevenzione nei luoghi di lavoro Regioni – Inail (Agg. Dicembre 2015)

La struttura produttiva del territorio novarese è composta soprattutto da aziende di piccole o piccolissime dimensioni (l'83,6% ha meno di 10 addetti) e la metà sono ditte individuali o con 1 addetto.

Il numero di aziende nel territorio della ASL, assicurate all'INAIL nel 2013, sono 23.546 e rappresentano il 7,4% delle aziende del Piemonte.

Gli addetti stimati dall'INAIL attraverso la massa salariale sono 107.226 (7,8% degli addetti del Piemonte)

Tuttavia la maggior parte degli addetti (58,5%) è impiegata in aziende di medie e grandi dimensioni (sopra i 10 addetti).

I comparti maggiormente rappresentati (più di 5.000 addetti) sono Servizi (il più rappresentato), Metalmeccanica, Costruzioni, Sanità e Commercio.

Nel 2013 nel territorio dell'ASL NO sono stati denunciati 3.979 infortuni dei quali 1.694 sono stati definiti. Sono "infortuni definiti" quelli per i quali si è concluso l'iter sanitario e amministrativo da parte dell'INAIL, che corrispondono alla definizione prevista dall'art. 2 del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 (Testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro).

L'andamento temporale del numero degli infortuni è in netto calo registrando un -9% rispetto al 2012.

Dal confronto con i dati regionali, tenendo conto della diversa composizione della popolazione lavorativa, gli infortuni nell'ASL registrano nell'ultimo triennio (periodo 2010-2012) valori più bassi di quelli regionali e nazionali.

Tra i cinque comparti produttivi più rappresentati, quelli con il più alto numero di infortuni sono i Servizi (445 nel 2013) e la Metalmeccanica (204), seguita dalle Costruzioni (201); quelli a più alto rischio infortunistico, ossia con la proporzione più alta di infortuni per 1000 lavoratori, si confermano essere i Trasporti e le Costruzioni.

Nel 2013 sono state denunciate 101 malattie professionali allo SPreSAL dell'ASL NO, pari a circa 29 casi ogni 100.000 residenti in età attiva (15-64 anni), valore inferiore alla media regionale.

Tra le malattie segnalate acquistano rilevanza le patologie muscolo scheletriche che sono le malattie più denunciate (49 casi), sia a carico del rachide da movimentazione manuale dei carichi che a carico degli arti superiori (soprattutto patologie della spalla o sindrome del tunnel carpale) da movimenti ripetitivi.

Al secondo posto si trova l'ipoacusia da rumore (12 casi) e poi i tumori (9). La maggior parte delle patologie tumorali denunciate sono rappresentate da casi di mesotelioma della pleura (7 casi), attribuibili a pregresse esposizioni ad amianto.

1.5 Malattie infettive

Fonte dati:

SeREMI: le vaccinazioni in Piemonte anno 2014

SIPS ASL NO: Relazione annuale attività vaccinale 2014

Sorveglianza PASSI (pop-18-69 anni) - elaborazioni SSEPI ASL NO

Rispetto agli obiettivi posti dal Piano Nazionale Vaccini, la situazione dell'ASL NO continua a caratterizzarsi per un soddisfacente raggiungimento degli obiettivi vaccinali previsti.



La copertura a due anni di età per le vaccinazioni considerate "prioritarie" (contro tetano, difterite, poliomielite e pertosse) si attesta sul valore di riferimento del 95%, così come la copertura per la prima dose di vaccino contro morbillo, parotite e rosolia (MPR).

I valori di copertura registrati nell'ASL NO risultano sovrapponibili alla media regionale in tutti gli anni in cui il dato è disponibile; si registrano, tuttavia, decrementi meritevoli di attenzione (circa 1 punto percentuale) che si ritiene di poter attribuire a ritardi nell'arruolamento dei soggetti di difficile "intercettazione" (stranieri, nomadi, genitori distratti) ma soprattutto alla diffusione dei pregiudizi che determinano l'aumento tra i genitori della "cultura" del rifiuto vaccinale.

Per quanto riguarda le vaccinazioni eseguite nelle età successive, il richiamo di DTPa dei sei anni di età, che nel 2010 è stato somministrato per la prima volta in associazione alla IV dose di antipolio, nel 2014 ha registrato una riduzione della copertura di 3 punti percentuali rispetto ai dati forniti in precedenza; nella stessa coorte, invece, l'attività di recupero dei soggetti non vaccinati ha consentito di migliorare la copertura per il vaccino MPR che è aumentata per la 1° dose sino al 97% e si è attestata al 91% per la seconda dose, valori più che soddisfacenti.

Ancora con questa attività di recupero, nella coorte di nascita dei sedicenni, sempre per il vaccino MPR, è stata raggiunta una copertura del 95% per la prima dose e del 90% per seconda dose (con un incremento del 7% rispetto all'anno precedente).

Per quanto attiene la vaccinazione anti-papilloma virus, proposta su scala nazionale alle ragazze dodicenni, i valori di copertura raggiunti nel 2014 per le coorti chiamate (2001 e 2002) hanno confermato i risultati raggiunti in precedenza (75%).

Occorre rammentare, per dare una dimensione dell'attività vaccinale in età pediatrica nell'ASL NO, il numero di nuovi nati da sottoporre a convocazione vaccinale corrisponde a più di 3.000 bimbi per coorte di nascita.

Infine, per quanto riguarda la campagna di vaccinazione antinfluenzale, ancora gravata dall'insuccesso della vaccinazione contro la "pandemia" da virus H1N1, si è purtroppo assistito ad una progressiva diminuzione delle dosi somministrate e ad un conseguente ulteriore decremento della copertura vaccinale che, nella campagna 2014-2015, per gli ultrasessantaquattrenni, è stata del 51,6%. Tale risultato, sovrapponibile a quanto ottenuto nel resto del territorio regionale, è sostanzialmente attribuibile al brusco arresto subito dalla campagna conseguentemente alla comparsa di notizie allarmanti sui possibili eventi avversi legati alla vaccinazione. Successivamente, anche in presenza di modalità operative consolidate, né il pressante impegno dei medici curanti, né le rassicurazioni dei mass-media hanno consentito di recuperare coloro che, in precedenza, avevano rifiutato la proposta di vaccinazione. Per i soggetti con meno di 65 anni portatori di almeno una patologia cronica, i dati PASSI 2011-2014 stimano per la ASL NO una copertura di vaccinale antiinfluenzale del 30%, di poco superiore a quella regionale (27%) ma distante dagli standard attesi dal Piano Regionale di Prevenzione.

La buona copertura vaccinale dell'ASL NO ha consentito il contenimento del numero di casi di malattie infettive per cui è prevista la vaccinazione che sono risultati pochi e con incidenze inferiori a quelle osservate a livello regionale. Infatti nel triennio 2012-13-14 nell'ASL NO non si sono verificati casi di rosolia a fronte di un numero di casi totali in Regione Piemonte pari a 21,5 e 3 rispettivamente nel 2012, 2013 e 2014. Per quanto riguarda poi il morbillo, nella nostra ASL nel 2012 si è verificato 1 solo caso rispetto al totale piemontese di 192 casi (tassi di incidenza pari rispettivamente a 0,291 casi/100.000 abitanti e 4,337 casi/100.000 abitanti); nel 2013 i casi sono stati 16 rispetto ai 362 del Piemonte (tassi di incidenza pari rispettivamente a 4,368 casi/100.000 abitanti e a 8,17 casi/100.000 abitanti). Nel 2014 nell'ASL NO si è verificato 1 solo caso di morbillo (un non vaccinato del 2009) rispetto al totale piemontese di 573 casi (tassi di incidenza pari rispettivamente a 0,291 casi/100.000 abitanti e 13,335 casi/100.000 abitanti).



Dai dati della sorveglianza PASSI emerge che, nell'ASL NO, la percentuale di donne in età fertile (18-49 anni) suscettibili alla rosolia o che non conosce il proprio stato immunitario è pari al 31%, comunque minore di quello osservato a livello regionale (44%). Quale azione di contrasto nei confronti di tale situazione, nell'ASL NO è proseguita l'attività di vaccinazione anti-MPR per le donne suscettibili nel post-partum, condotta insieme all'AOU di Novara.

Infine, relativamente alla TB, l'incidenza dei casi umani durante il 2013 è stata pari a 39 casi di cui 23 extracomunitari; nel 2014 è stata pari a 26 casi di cui 17 extracomunitari.

La fascia di età più rappresentata per questi ultimi è quella giovanile con un'età media pari a 32 anni.

Per quanto riguarda la TB bovina, potenzialmente trasmissibile all'uomo, la Provincia di Novara (decisione 2003/4677CE) continua ad essere una delle province ufficialmente indenni.

1.6 Malattie trasmesse con alimenti

SIAN ASL NO: Relazioni annuali attività

In attesa dei dati regionali con i quali effettuare confronti territoriali, per gli anni 2012 -2015, sono disponibili le seguenti segnalazioni pervenute al SIAN della ASL NO e registrate nel sistema informativo regionale MTA:

- episodi di tossinfezione alimentare: 7
- episodi di intossicazione da funghi: 13
10 episodi attribuiti al consumo di funghi commestibili non sottoposti a corretta pulizia e a cottura adeguata; nel 2012, 2013 e 2015 si sono osservati tre episodi, causati da *Amanita phalloides*, che hanno comportato, rispettivamente, il ricovero di 6 persone, di cui due bambini con importante sintomatologia e la morte di 3 consumatori, due dei quali in solo episodio.
- casi singoli di MTA:215
gli agenti causali maggiormente rappresentati, sono risultati: *Salmonella* spp (102), seguita dal *Campylobacter* (64), *Epatite A* (23), *Listeria monocytogenes* (18).

A partire dal mese di giugno 2012 il sistema di sorveglianza delle malattie a trasmissione alimentare ha previsto anche la ricerca del *Campylobacter* per valutare se la bassa incidenza riscontrata fosse ascrivibile ad una reale bassa circolazione nella popolazione e nell'ambiente o ad una sottostima dei casi dovuta alla mancanza di diagnosi specifica dei campioni clinici. L'incidenza della campilobatteriosi osservata in Italia e anche in Piemonte risulta decisamente inferiore a quella del contesto Europeo, dove essa rappresenta la causa principale di gastroenterite batterica nell'uomo e un importante problema di Sanità Pubblica. I casi di *Campylobacter* osservati tra il 2012 ed il 2015 sembrano deporre per la seconda ipotesi.

Nel 2013 nell'ASL NO sono stati registrati 14 casi di Epatite A, legati al consumo di frutti di bosco surgelati, nell'ambito di un'epidemia che ha interessato il territorio nazionale.

Negli anni considerati si è evidenziata una significativa riduzione delle segnalazioni e la conferma dell'incremento dei casi di listeriosi.

1.7 Malattie croniche

Fonte dati:

PiSta Piemonte STATistica e B.D.D.E. www.ruparpiemonte.it/cms/servizi-rupar/servizio/130-pista--piemonte-statistica-e-bdde.html

Sorveglianza PASSI (pop-18-69 anni) - elaborazioni SSEPI ASL NO

PADDI-CSI Piemonte

L'osservazione della mortalità per grandi gruppi degli anni 2011-2012 mostra che le malattie cardiovascolari ed i tumori continuano a costituire per i residenti nell'ASL NO le cause che determinano 2/3 circa dei decessi complessivi. (Fig. 10)

Nei due generi il peso di questi 2 grandi gruppi è diverso: tra gli uomini si osserva un maggior numero di



decessi per tumori ma con una differenza contenuta rispetto a quelli per malattie cardiovascolari (mediamente all'anno rispettivamente 596 decessi per tumore e 543 per malattie dell'apparato cardiocircolatorio corrispondenti al 35 e 32% dei decessi totali maschili); tra le donne i decessi cardiocircolatori sono molto più numerosi di quelli tumorali (mediamente all'anno 756 vs 472, corrispondenti al 40 e 25% dei decessi totali femminili).

Va rilevato che, in entrambi i sessi, i tumori costituiscono la principale causa di mortalità precoce.

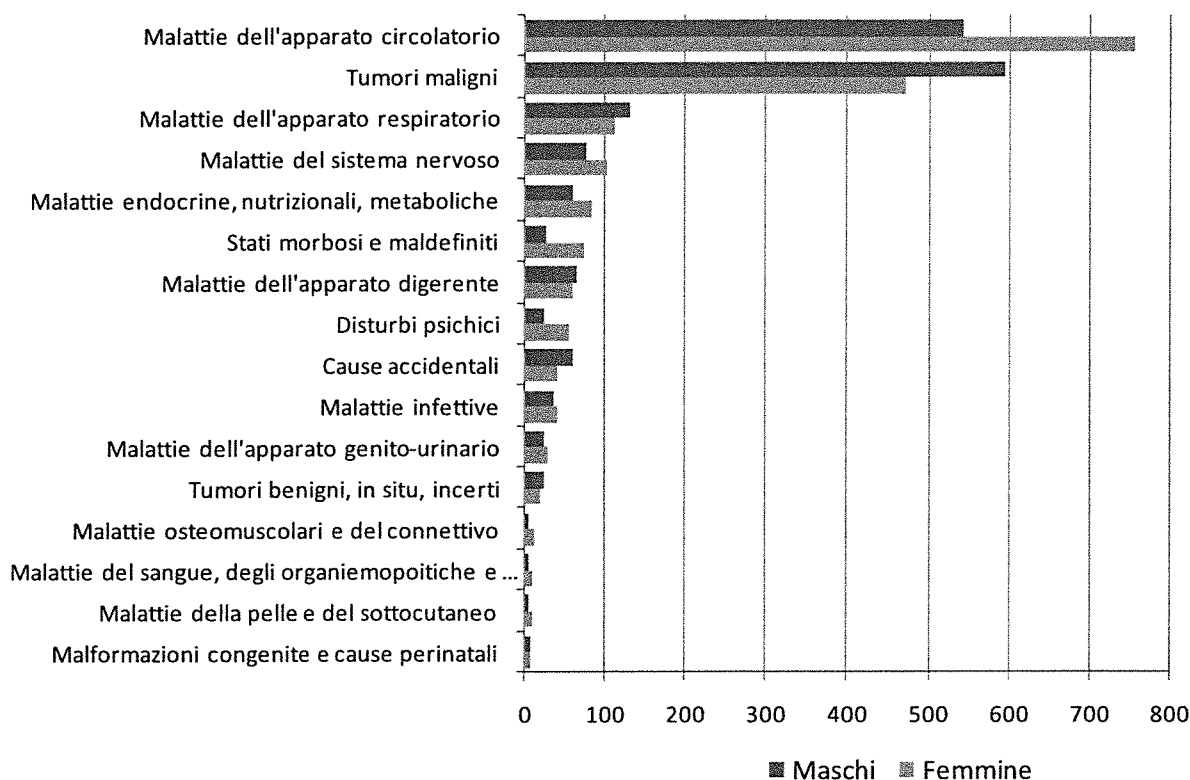


Fig. 10 – Numero medio di decessi all'anno per grandi gruppi di cause- Residenti ASL NO – Anni 2011-2012

Relativamente alle malattie cardiovascolari ed alla loro prevenzione, secondo PASSI solo il 5% delle persone tra 35 e 69 anni senza patologie cardiovascolari riferisce di aver avuto dal MMG la valutazione del rischio cardiovascolare, valore analogo a quello regionale.

Risultano invece pratiche sufficientemente consolidate nella popolazione tra 18 e 69 anni la misurazione della pressione arteriosa (negli ultimi due anni: 86%) e il controllo del colesterolo (almeno una volta nella vita: 80%). Il controllo della pressione risulta più diffuso che a livello regionale (82%).

Tra coloro che hanno controllato la pressione, gli ipertesi risultano il 20% (dato uguale a quello regionale), mentre il 30% della popolazione che ha misurato il proprio colesterolo dichiara di avere valori elevati di colesterolemia (solo il 24% in Piemonte).

I medici forniscono consigli comportamentali e dietetici per combattere ipertensione e ipercolesterolemia ad almeno 3 ipertesi o ipercolesterolemici su 4. Il trattamento farmacologico riguarda invece l'83% degli ipertesi e il 35% degli ipercolesterolemici, valori più alti, ma non significativamente differenti, da quelli regionali. (Tab. 8 e 9)

Ipertensione					
Risultati PASSI 2011-2014	ASL NO			Piemonte	
	%	(IC al 95%)		%	(IC al 95%)
Misurazione di P.A. negli ultimi 2 anni	85,5	83,4	87,6	81,9	81,2 - 82,7
Persone che riferiscono ipertensione (tra chi ha controllato p.a.)	20,2	17,9	22,5	19,7	19,0 - 20,5
Ipertesi che hanno ricevuto il consiglio di					
perdere/controllare peso	72,0	65,7	78,4	77,1	75,1 - 79,0
fare attività fisica	76,8	70,9	82,6	77,7	75,8 - 79,6
ridurre il consumo di sale	85,8	80,9	90,6	86,2	84,7 - 87,7
Ipertesi in trattamento farmacologico	82,6	77,7	87,5	79,5	77,8 - 81,2

Tab.8 – Ipertensione - Prevalenza ed azioni di controllo- popolazione 18-69 anni – 2011-2014

Colesterolemia					
Risultati PASSI 2011-2014	ASL NO			Piemonte	
	%	(IC al 95%)		%	(IC al 95%)
Controllo almeno una volta nella vita	79,6	77,3	81,9	79,5	78,7 - 80,2
Ipercolesterolemia riferita (tra chi ha controllato colesterolemia)	29,5	26,6	32,5	23,7	22,8 - 24,6
Persone con colesterolo elevato che hanno ricevuto il consiglio di					
perdere/controllare peso	74,0	68,6	79,4	74,1	72,1 - 76,1
fare attività fisica	78,6	73,5	83,6	78,6	76,8 - 80,5
ridurre il consumo di carne e formaggi	88,1	84,2	92,0	88,2	86,8 - 89,6
aumentare il consumo di frutta e verdura	75,2	69,9	80,5	77,6	75,7 - 79,4
Persone con colesterolo elevato in trattamento farmacologico	35,0	29,5	40,6	30,6	28,6 - 32,5

Tab. 9 – Ipercolesterolemia. Prevalenza ed azioni di controllo- popolazione 18-69 anni – 2011-2014

2. LA STRUTTURA E L'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI

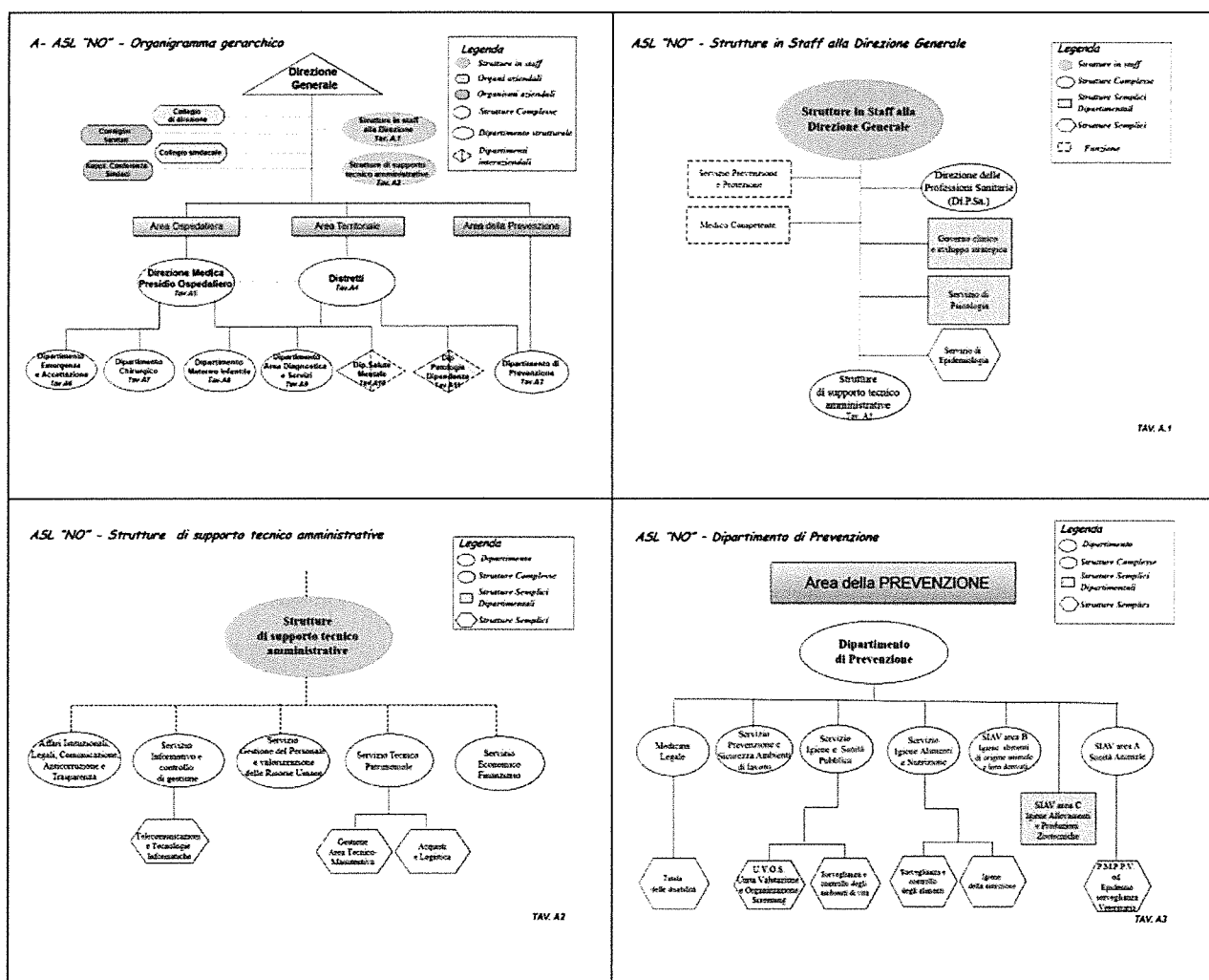
Con deliberazione del Direttore Generale n. 750 del 21.9.15, trasmessa alla Regione con nota prot. 46848/DG del 21.9.2015 è stata avviata la fase di revisione dell'Atto Aziendale, nel rispetto della DGR 42-1921/2015, relativa alle Linee Guida per gli Atti Aziendali, in linea con le indicazioni programmatiche delle DD.G.R. 1-600/2014, 1-924/2015, 26-1353/2015.

Con D.G.R. n. 42-2296 del 19.10.2015 la Regione ha formulato alcune prescrizioni in merito all'articolazione dell'Atto Aziendale dell'ASL NO, disponendo che l'azienda procedesse, nel termine di 10 giorni dalla notifica del provvedimento, all'adeguamento organizzativo indicato. Tale D.G.R. è stata notificata all'ASL NO in data 20.10.2015.

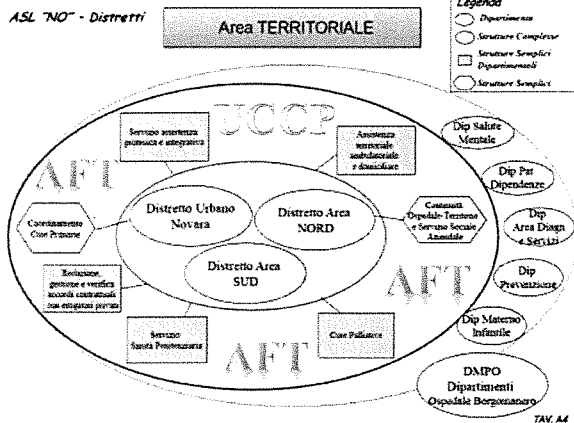
Le prescrizioni sono state recepite con deliberazione del Direttore Generale n. 772 del 29.10.2015, trasmessa alla Direzione Sanità della Regione Piemonte con nota 54306/15/DG del 30.10.2015.

L'iter di approvazione dell'Atto Aziendale dell'ASL NO si è concluso con la D.G.R. 53-2487 del 23.11.2015, che ne ha recepito il testo, così come riadottato dal Direttore Generale con la citata deliberazione 772/2015.

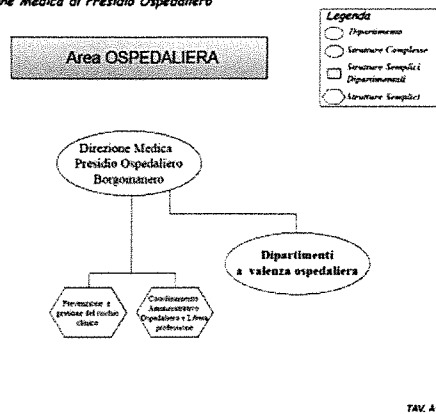
L'adeguamento complessivo dell'ASL di Novara all'Atto Aziendale di cui alla deliberazione n. 772/2015 (fig. 11) sarà conseguito entro il 31/12/2016.



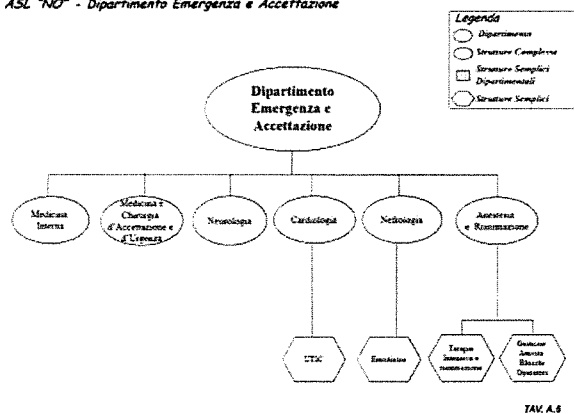
ASL "NO" - Distretti



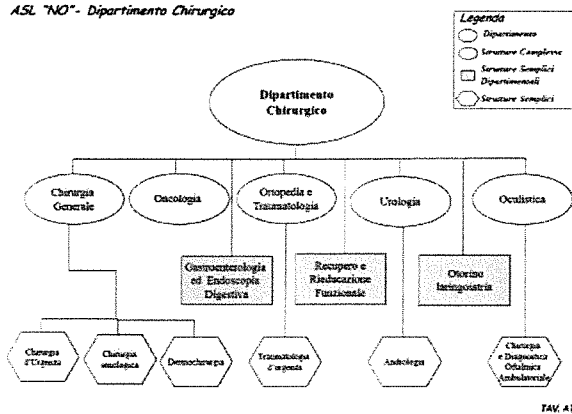
ASL "NO" - Direzione Medica di Presidio Ospedaliero



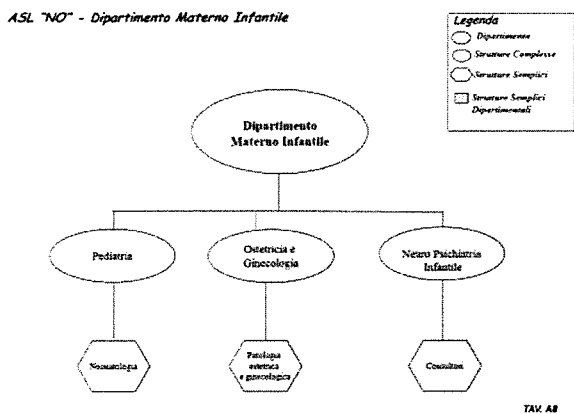
ASL "NO" - Dipartimento Emergenza e Accettazione



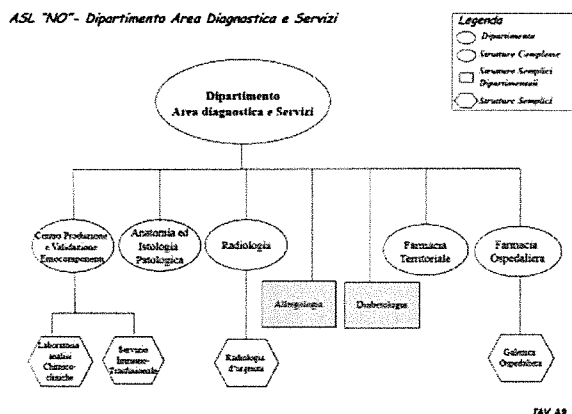
ASL "NO" - Dipartimento Chirurgico



ASL "NO" - Dipartimento Materno Infantile



ASL "NO" - Dipartimento Area Diagnostica e Servizi



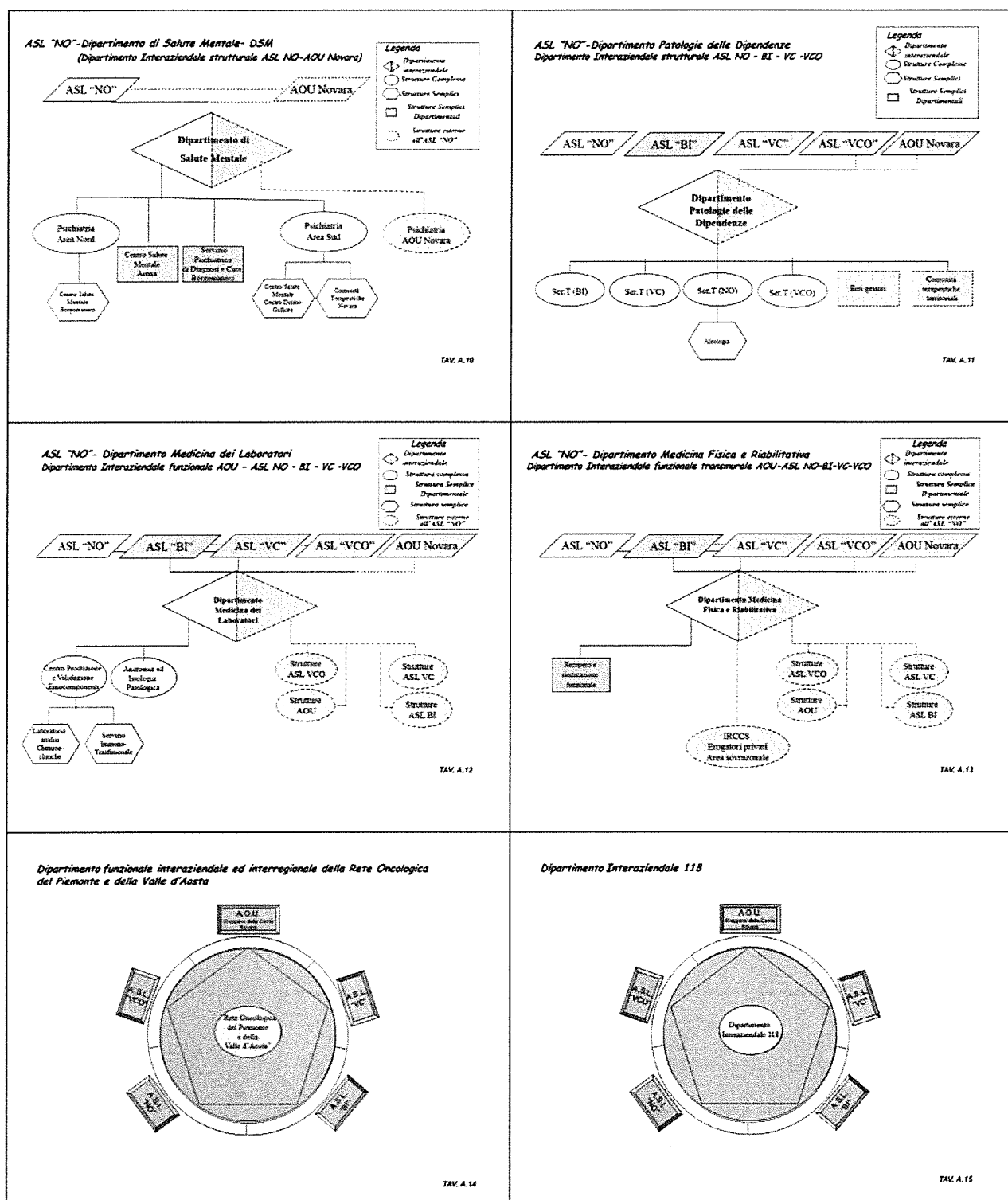


Fig. 11 – Atto aziendale – Rappresentazione iconografica

2.1 Il personale impiegato

Il personale dell'azienda ha subito l'evoluzione numerica indicata nelle tabelle di seguito riportate, indicanti il personale al 31 dicembre degli anni 2012-2013-2014 e 2015, suddiviso tra personale dipendente e personale con altre forme contrattuali (Tab. 10):

Raggruppamento Qualifica	Dipendenti			
	31/12/2012	31/12/2013	31/12/2014	31/12/2015
Medici – Veterinari	301	302	299	295
Odontoiatri e altro personale sanitario laureato	28	27	28	28
Personale dirigente sanitario non medico	1	1	1	1
Personale infermieristico	763	760	752	741
Personale riabilitativo	73	71	71	71
Altro personale sanitario	126	125	122	114
Personale professionale dirigente	3	3	3	3
Personale tecnico dirigente	1	1	1	1
Personale tecnico comparto	209	204	206	206
Personale amministrativo dirigente	9	9	9	8
Personale amministrativo comparto	270	270	269	263
Totale complessivo	1.784	1.773	1.761	1.731
Raggruppamento Qualifica	Altre forme contrattuali			
	31/12/2012	31/12/2013	31/12/2014	31/12/2015
Medici – Veterinari	2,65	0,87	0,04	
Odontoiatri e altro personale sanitario laureato	2,45	1,75	1,05	5,24
Personale infermieristico	0,99		3,00	
Altro personale sanitario				1,24
Personale tecnico comparto	2,40	0,41	1,00	1,00
Personale amministrativo comparto	0,70	0,70	0,70	1,40
Totale complessivo	9,20	3,73	5,79	7,88

Tab. 10 Evoluzione numerica del personale dipendente ed altre forme contrattuali

La dotazione organica approvata con la deliberazione 772 del 29.10.15, relativa all'adozione dell'Atto Aziendale, è rappresentata come di seguito (Tab. 11). Essa indica la consistenza numerica del personale dipendente ed è definita sulla base della programmazione dei servizi.

Raggruppamento Qualifica	Dotazione Organica
Medici – Veterinari	323
Odontoiatri e altro personale sanitario laureato	29
Personale dirigente sanitario non medico	1
Personale infermieristico	750
Personale riabilitativo	71
Altro personale sanitario	119
Personale professionale dirigente	3
Personale tecnico dirigente	1
Personale tecnico comparto	209
Personale amministrativo dirigente	8
Personale amministrativo comparto	269
Totale complessivo	1.783

Tab. 11 – Dotazione organica



Oltre al personale dipendente, 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 (Tab. 12), Medici Specialisti ambulatoriali (in Tab. 13: previsione 2016).

	MEDICI di MEDICINA GENERALE	PEDIATRI di LIBERA SCELTA	MEDICI di CONTINUITA' ASSISTENZIALE (GUARDIA MEDICA)	TOTALE MEDICI IN CONVENZIONE PER LE CURE PRIMARIE
ANNO 2016 previsione	246	36	57 unità equivalenti (*)	339
Distretto Novara	97	13	21	131
Distretto Galliate-Trecate	42	6	10,5	58,5
Distretto Arona	56	9	11,5	76,5
Distretto Borgomanero	51	8	14	73

Tab. 12: medici Cure Primarie

(*) 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..

AREA DELLA MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE	
ANNO	SPECIALISTI AMBULATORIALI CONVENZIONATI a tempo indeterminato e determinato (DI CUI PSICOLOGI)
2016 previsione	69 (13)

Tab. 13 specialisti ambulatoriali convenzionati



2.2 L'Assistenza Ospedaliera

L'ASL NO, dopo la riconversione del Presidio Ospedaliero di Arona, avvenuta nel 2013, ha un unico Presidio Ospedaliero pubblico a gestione diretta: il presidio Ospedaliero SS. Trinità di Borgomanero.

Sul territorio aziendale insistono altri erogatori di assistenza ospedaliera:

- l'Azienda Ospedaliero-Universitaria a Novara – Ospedale Maggiore della Carità, ospedale "hub", che eroga anche attività di base a favore della popolazione residente nella città di Novara e nell'area sud dell'ASL NO;
- quattro strutture private accreditate convenzionate—di cui due nel Distretto di Arona e due nel Distretto di Novara -,
- l'IRCCS Maugeri di Veruno, un presidio ex artt. 41, 42 e 43 L. 833/78, nel Distretto di Borgomanero.

Presidio a Gestione Diretta: Presidio Ospedaliero SS. Trinità di Borgomanero

Il Presidio di Borgomanero rappresenta la sede di assistenza specialistica ospedaliera dell'Area Nord della Provincia di Novara, è un ospedale "spoke" sede di DEA di 1° livello, che eroga prestazioni a medio-elevato contenuto tecnologico, con capacità di risposte a bisogni anche complessi. Ha le seguenti caratteristiche:

1. è sede dell'emergenza con DEA di 1° livello, cui afferiscono le urgenze/emergenze di tutta l'area Nord dell'ASL e zone limitrofe
2. è sede delle attività chirurgica e traumatologica di urgenza
3. risponde esclusivamente al bisogno sanitario Acuto. La continuità assistenziale è garantita attraverso il NOCC e i NDCC che coordinano, secondo il bisogno sanitario del paziente, il percorso dall'Acuzie alla post Acuzie fino alla dimissione.

I ricoveri post-acuzie di Recupero e Rieducazione Funzionale sono effettuati presso l'IRCCS di Veruno e presso la struttura privata accreditata "I Cedri" di Fara Novarese, a seguito della chiusura della s.c. RRF dell'ASL di Novara (svolta sino al dicembre 2012 presso l'ex Ospedale di Arona, riconvertito in presidio territoriale). I ricoveri di Lungodegenza effettuati presso la Casa di Cura S. Carlo di Arona, mentre i ricoveri di Riabilitazione Neuropsichiatrica e Lungodegenza Neuropsichiatrica sono effettuati presso la Casa di Cura Villa Cristina di Nebbiuno.

4. è sede di Punto nascita con tre sale parto (di cui una attrezzata per il parto in acqua), e due sale operatorie dedicate, Neonatologia e Terapia intensiva Neonatale
5. dispone di diagnostica Radiologica, Anatomia Patologica, Laboratorio Analisi e SImT/Centro Produzione e Validazione Emocomponenti
6. è dotato di Blocco Operatorio Centrale con sei sale (3 ISO5 e 3 ISO7) di cui una integrata (ISO 5), al quale si aggiungono due sale operatorie (ISO 7) a disposizione della S.C. Ostetricia e Ginecologia.

I posti letto del p.o. di Borgomanero sono di seguito riportati (Tab. 14):

Reparto	Tipo Ricovero	Al 31/12/2014	Al 01/01/2016	Variazione
Cardiologia	Ric Ordinario	15	14	-1
Chirurgia	Ric Ordinario	34	30	-4
Chirurgia	Ric Diurno/DH	9	6	-3
Medicina	Ric Ordinario	27	27	0
Nefrologia	Ric Ordinario	14	10	-4
DH multidisciplinare	Ric Diurno/DH	2	1	-1
Nido	Ric Ordinario	20	20	0
Traumatologia	Ric Ordinario	28	23	-5
Traumatologia	Ric Diurno/DH	5	3	-2
Ostetricia e Ginecolog	Ric Ordinario	35	29	-6
Ostetricia e Ginecolog	Ric Diurno/DH	5	1	-4
Pediatria	Ric Ordinario	7	7	0
Psichiatria	Ric Ordinario	15	15	0
Psichiatria	Ric Diurno/DH	2	1	-1
Urologia	Ric Ordinario	13	11	-2
Urologia	Ric Diurno/DH	2	2	0
Rianimazione e T. I.	Ric Ordinario	6	6	0
Utic	Ric Ordinario	9	9	0
Neonatologia	Ric Ordinario	6	6	0
TIN	Ric Ordinario	2	2	0
Oncologia	Ric Diurno/DH	5	4	-1
Neurologia	Ric Ordinario	10	10	0
Oculistica	Ric Ordinario	2	2	0
Oculistica	Ric Diurno/DH	5	3	-2
Libera Professione	Ric Ordinario	2	2	0
Libera Professione	Ric Diurno/DH	2	2	0
Totale R.O.		245	223	-22
Totale DH		37	23	-14
TOTALE PL		282	246	-36

Tab. 14 – PL strutture Presidio Ospedaliero di Borgomanero al 01/01/2016

Il Presidio Ospedaliero di Borgomanero, si caratterizza per degenze medie brevi (inferiori alla media Regionale), e una quota importante di prestazioni “a pacchetto” in regime ambulatoriale, derivata dalla riconversione di ricoveri DH/DS (1 giornata di degenza) in interventi in regime ambulatoriale (nessuna giornata di degenza): ciò garantisce efficienza ed appropriatezza.

Presidi Convenzionati accreditati

Le strutture sanitarie private convenzionate con l'ASL NO e accreditate per attività di degenza sono quattro: Casa di Cura S. Gaudenzio di Novara (Policlinico di Monza), Casa di Cura S. Carlo di Arona, Casa di Cura I Cedri di Fara Novarese e la Casa di Cura Villa Cristina di Nebbiuno: nelle tabella (13-16) sono indicati i posti letto contrattati per il 2016. La tab. 17 indica i posti letto della “Fondazione Maugeri” di Veruno, presidio ex artt. 41,42,43 L833/78.



255

29 GIU. 2016

Casa di Cura S. Gaudenzio – Novara

Accreditamento: D.G.R. n. 39-6650 del 15/07/2002; D.G.R. n. 44-12879 del 21/12/2009

AFO	Disciplina		Posti letto autorizzati/accreditati (fascia A)			Posti letto contrattati		
	Codice	Descrizione	Ordinari	Diurni	Totali	Ordinari	Diurni	Totali
CHIRURGICA	07	Cardiochirurgia	10	0	10	15*	0	15
	09	Chirurgia Generale	10	0	10	10	0	10
	30	Neurochirurgia	10	0	10	0	0	0
	34	Oculistica	10	0	10	0	0	0
	36	Ortopedia	15	0	15	15	0	15
	Totale		55	0	55	40	0	45
MEDICA	26	Medicina Generale	10	0	10	8	0	8
	08	Cardiologia	15	0	15	10	0	10
	Totale		25	0	25	18	0	19
Totale Acuzie			80	0	80	58	0	64

*Subordinata alla variazione dell'autorizzazione e dell'accREDITAMENTO

Tab.15 – Posti letto Casa di Cura S. Gaudenzio

Casa di Cura S. Carlo – Arona

Accreditamento: D.G.R. n. 124-3645 del 2/8/2006

AFO	Disciplina		Posti letto accreditati (fascia A)			Posti letto autorizzati			Posti letto totali		
	Codice	Descrizione	Ordinari	Diurni	Totali	Ordinari	Diurni	Totali	Ordinari	Diurni	Totali
MEDICA	26	Medicina G.	0	0	0	15	0	15	0	0	0
	Totale		0	0	0	15	0	15	0	0	0
RIABILITATIVA	60	Lungodegenza	45	0	45	45	0	45	42	0	42
	Totale		45	0	45	0	0	0	42	0	42
TOTALE			45	0	45	60	0	60	42	0	42

Tab.16 – Posti letto Casa di Cura S. Carlo

Casa di Cura I Cedri – Fara Novarese

Accreditamento: D.G.R. n. 59-8966 del 07/04/2003; D.G.R. n. 41-12101 del 07/09/2009

AFO	Disciplina		Posti letto autorizzati/accreditati (fascia A)			Posti letto contrattati		
	Codice	Descrizione	Ordinari	Diurni	Totali	Ordinari	Diurni	Totali
CHIRURGICA	09	Chirurgia Generale	15	0	15	2	0	2
	34	Oculistica	10	0	10	0	0	0
	36	Ortopedia	10	0	10	6	0	6
	Totale		35	0	35	8	0	8
MEDICA	26	Medicina Generale	10	0	10	6	0	6
	Totale		10	0	10	6	0	6
Totale Acuzie			45	0	45	14	0	14
RIABILITATIVA	56	RRF 2° livello	20	0	20	18	0	18
Totale Post Acuzie			20	0	20	18	0	18
Totale Complessivo			65	0	65	32	0	32

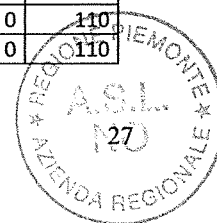
Tab.17 – Posti letto Casa di Cura I Cedri

Casa di Cura Villa Cristina – Nebbiuno

Accreditamento: D.G.R. n. 45-5167 del 28.12.2012

AFO	Disciplina		Posti letto autorizzati/accreditati (fascia A)			Posti letto contrattati		
	Codice	Descrizione	Ordinari	Diurni	Totali	Ordinari	Diurni	Totali
PSICHIATRIA	40	SPDC	20	0	20	0	0	0
	Totale		20	0	20	0	0	0
NON ACUZIE	56	Riabilitazione Neuropsichiatrica	75	0	75	90	0	90
	60	Lungodegenza Neuropsichiatrica	15	0	15	20	0	20
	Totale		90	0	90	110	0	110
	Totale Acuzie		110	0	110	110	0	110

Tab.18 – Posti letto Casa di Cura Villa Cristina



Presidio ex art. 41, 42, 43 L.833/78: IRCCS Maugeri di Veruno – Posti letto 2016 contrattati

AREA	Descrizione Specialità	Posti Letto		
		Autorizzati	Accreditati	Contrattati
Post Acuzie	Recupero e Riabilitazione Funzionale 1° Liv.	0	0	80*
	Recupero e Riabilitazione Funzionale 2° Liv.	305	305	220
	Recupero e Riabilitazione Funzionale 3° Liv.	10	10	10
	Totale	315	315	310

*Subordinati alla variazione dell'autorizzazione e dell'accreditamento

Tab. 19 – Posti letto Presidio ex art. 41, 42, 43 L. 833/78

2.3. L'Assistenza Territoriale

L'azienda opera mediante: A) presidi a gestione diretta (tabb. 20-21), la cui tipologia di assistenza è indicata nelle tabelle di seguito riportate:

Distretto	Presidio	Attività clinica	L.Analisi	Diagnostica strumentale e per immagini
Novara	000243 - POLIAMBULATORIO - NOVARA	X		
Arona	001197 - POLIAMBULATORIO PRESIDIO TERRITORIALE ARONA - SEDE CAP	X		X
	000245 - POLIAMBULATORIO - OLEGGIO	X		X
Borgomanero	000249 - AMBULATORI DIVISIONALI - BORGOMANERO	X	X	X
	000247 - POLIAMBULATORIO DI BORGOMANERO	X		
	000687 - POLIAMBULATORIO - GHEMME	X		
Galliate-Trecate	001071 - POLIAMBULATORIO DI TRECATE	X		

Tab. 20 presidi a gestione diretta eroganti prestazioni ambulatoriali

Attività	Struttura di riferimento
20731 - 20731 - Assistenza territoriale ed ambulatoriale tossicoalcooldipendenti	040315 - SERT - ARONA 040321 - SERT - BORGOMANERO 040323 - SERT - NOVARA 040339 - SERT - TRECATE
20741 - 20741 - Assistenza territoriale ed ambulator. tossicoalcooldipendenti detenuti	041304 - SERT PRESSO CASA CIRCONDARIALE NOVARA
20732 - 20732 - Assistenza territoriale ed ambulator. a favore di pazienti psichiatri	040327 - CSM - NOVARA 040340 - CSM - GALLIATE 040345 - CSM - BORGOMANERO 040346 - CSM - ARONA
20733 - 20733 - Attività di consultorio materno-infantile	040314 - CONS.FAM.E PEDIATRICO - ARONA 040316 - CONS.MATERNI INF. - GALLIATE 040317 - CONS.MATERNI INF. - CAMERI 040318 - CONS.MATERNI INF. - ROMENTINO 040320 - CONS.MATERNI INF. - CERANO 040322 - CONS.FAMILIARE-NOVARA SUD 040325 - CONS.FAM.- NOVARA RIZZOTTAGLIA 040326 - CONS.FAM.-NOVARA NORD 040329 - CONS.FAM.NOVARA EST 040330 - CONSULT. PEDIATRICO DI PERNATE 040332 - CONSULTORIO - BIANDRATE 040333 - CONS.FAM.- VESPOLATE 040334 - CONS.FAM. - CARPIGNANO S. 040336 - CONS.BELLINZAGO-C/O MUNICIPIO 040337 - CONS.PEDIATRICO - BORGOTICINO 040341 - CONS.PED. - VARALLO POMBIA 040342 - CONSULTORIO PED.FAM. - OLEGGIO 040343 - CONS.FAM.PED. - CASTELLETTO T. 040344 - CONS.FAMILIARE DI BORGOMANERO 040939 - CONSULTORIO FAMILIARE - GHEMME 041251 - CONSULTORIO TRECATE
20820 - 20820 - Ass. semires. a favore di persone con problemi psichiatrici	060031 - C.DIURNO "IL GIRASOLE" NOVARA 060035 - CENTRO DIURNO - GALLIATE 060036 - CENTRO DIURNO - BORGOMANERO 060037 - CENTRO DIURNO - ARONA
20910 - 20910 - Ass. res. a favore di anziani non autosufficienti (RSA, RAF...)	070304 - RSA GATTICO 070516 - RSA IL CASTAGNO OLEGGIO
20920 - 20920 - Ass. res. psichiatrici (comunità protette-CPA, CPB)	070080 - COM.PROTETTA "L'OASI" - NOVARA 070082 - DSM COM.PROT."I TIGLI" NOVARA 070525 - COMUNITA' PROTETTA PSICHIATRICA DI TIPO B - OLEGGIO
20921 - 20921 - Ass. res. psichiatrici (CA altre soluzioni res)	070438 - GRUPPO APPARTAMENTO ARONA 070440 - GRUPPO APPARTAMENTO - VIA MONTEVERDI, 7 - NOVARA 070601 - GRUPPO APPARTAMENTO CORSO TORINO

Tab. 21 presidi a gestione diretta eroganti assistenza territoriale, semi-residenziale e residenziale a tossicodipendenti, pazienti psichiatrici, anziani e disabili



B) strutture convenzionate (tabb. 22-25), la cui tipologia di assistenza è indicata nelle tabelle di seguito riportate:

DENOMINAZIONE STRUTTURA	SPECIALITA': CODICE	DESCRIZIONE
FONDAZIONE SALVATORE MAUGERI	01	Allergologia
	08	Cardiologia
	32	Neurologia
	68	Pneumologia
	56	Recupero e riabilitazione funzionale
	61	Medicina nucleare
	69	Radiodiagnostica
	98	Laboratorio analisi

Tab. 22 IRCCS Fondazione S. Maugeri – Veruno, presidio ex art. 41,42,43 erogante *prestazioni specialistiche ambulatoriali*

Struttura	CODICE	BRANCA ACCREDITATA	FASCIA	Accreditamento
Casa di Cura "S. Carlo"	69	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI 1° LIVELLO	B	D.G.R. n. 124-3645 del 02/08/2006
	98	DIAGNOSTICA DI LABORATORIO	B	
	08	CARDIOLOGIA	A	
Casa di Cura "S. Gaudenzio"	69	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI 1° LIVELLO	A	D.G.R. n. 39-6650 del 15/07/2003
	56	RRF 1° LIVELLO	A	
	01	ALLERGOLOGIA	A	
	68	PNEUMOLOGIA	A	
	43	ANDROLOGIA	A	
	14	ANGIOLOGIA	A	
	08	CARDIOLOGIA	A	
	52	DERMATOLOGIA	A	
	34	OCULISTICA	A	
	09	CHIRURGIA GENERALE	A	
	07	CARDIOCHIRURGIA	A	
	36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	A	
	30	NEUROCHIRURGIA	A	
	26	MEDICINA GENERALE	A	
	32	NEUROLOGIA	A	
	12	CHIRURGIA PLASTICA	A	
	19	ENDOCRINOLOGIA	A	
	37	GINECOLOGIA	A	
	64	ONCOLOGIA	A	
	38	ORL	A	
	71	REUMATOLOGIA	A	
	43	UROLOGIA	A	
	98	DIAGNOSTICA DI LABORATORIO	B	
Casa di Cura "I Cedri"	69	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI 1° LIVELLO	B	D.G.R. n. 59-8966 del 07/04/2003; D.G.R. n. 41-12101 del 07/09/2010
	98	DIAGNOSTICA DI LABORATORIO	B	
	56	RRF 1° LIVELLO	A	
D.O.C. Service S.R.L.	56	RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE DI 1° LIVELLO	B	D.G.R. n. 44-9952 del 14/07/2003
C. D. C. S.p.A.	08	CARDIOLOGIA	A	D.G.R. n. 43-8796 del 25.03.2003 D.G.R. n. 126-3647 del 02.08.2006
	09	CHIRURGIA GENERALE	A	
	32	NEUROLOGIA	A	
	34	OCULISTICA	A	
	36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	A	
	37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	A	
	38	OTORINOLARINGOIATRIA	A	
	52	DERMOSIFILOPATIA	A	
	68	PNEUMOLOGIA	A	
	43	UROLOGIA	A	
	69	RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	A	

Tab. 23 Case di Cura convenzionate eroganti *prestazioni specialistiche ambulatoriali*



Attività	Struttura
20921 - 20921 - Ass. res. psichiatrici (CA altre soluzioni res)	670502 - GRUPPO APPARTAMENTO BORGOMANERO - VIA VALLENZASCA 670503 - GRUPPO APPARTAMENTO ARONA - VIA MATTEOTTI 670504 - GRUPPO APPARTAMENTO BORGOMANERO - LA CASA DEL SOLE 670505 - GRUPPO APPARTAMENTO OLEGGIO 670506 - GRUPPO APPARTAMENTO BOLZANO NOVARESE 670789 - GRUPPO APPARTAMENTO OLEGGIO - VIA MOMO 670790 - GRUPPO APPARTAMENTO BORGOMANERO - VIA DELLA CIOCCA 670903 - GRUPPO APPARTAMENTO CORSO VERCELLI 671002 - GRUPPO APPARTAMENTO VIA WILD
20960 - 20960 - Ass. res. a favore di tossicodipendenti e alcolisti STR	570113 - COMUNITA' TER. MONTRIGIASCO
20980 - 20980 - Ass. res. a favore di pazienti HIV	670747 - CASA ALLOGGIO AIDS S. RICCARDO PAMPURI 670748 - CASA ALLOGGIO SHALOM ONLUS

Tab. 24 presidi convenzionati eroganti assistenza residenziale a pazienti psichiatrici, a tossicodipendenti e alcolisti ed a pazienti HIV

Attività	Struttura di riferimento
20810 - Ass. semires. a favore di anziani non autosufficienti (centri diurni)	660136 - CENTRO POLIFUNZIONALE SEMIRES - GALLIATE 660137 - CASA PROTETTA SEMIRES. - ROMENTINO 660138 - CASA DI RIPOSO DOTT. G. PARIANI - SEMIRES. 660139 - DE PAGAVE - CASA PER ANZIANI - SEMIRES. 660187 - CENTRO DIURNO ALZHEIMER INTEGRATO "PARCO DEL WELFARE"
20811 - Ass. semires. A favore altri utenti (CD Alzheimer)	
20830 - Ass. semires. a favore di disabili fisici < 65 anni	660090 - CENTRO DIURNO HANDICAP - GALLIATE 660091 - CENTRO DIURNO - TRECATE 660140 - STRUTTURA PER DISABILI - SEMIRES. VILLA VARZI
20840 - Ass. semires. a favore di disabili psichici < 65 anni	560059 - INIZIATIVA 2 560060 - ANFFAS 660092 - CENTRO HANDICAP VILLA SEGU' 660177 - LA MAGNOLIA - CENTRO DIURNO
20910 - Ass. res. a favore di anziani non autosufficienti (RSA, RAF...)	570114 - CASTELLO DI SUNO - RSA 570115 - IST.CURA CLIMATICA (BAUER) RSA 570116 - FONDAZIONE OPERA PIA CURTI ONLUS 570315 - CASA DI RIPOSO SAN FRANCESCO 670296 - RESIDENZA ANZIANI SENTIERO D'ARGENTO 670297 - FONDAZIONE ERMANNIO MEDANA 670298 - CASA FAMIGLIA SANTO STEFANO 670299 - CASA DI RIPOSO MATER DEI 670303 - CASA DI RIPOSO CICA RESIDENCE 670330 - CASA DI RIPOSO DIVINA PROVVIDENZA 670384 - RESIDENZA ANZIANI IL PALLADIO 670441 - CENTRO ANZIANI VEN. PADRE PICCO 670474 - FONDAZ. ISTITUTO PROVVIDENZA RSA RAF 670507 - CASA DI RIPOSO ARONA 670673 - CENTRO ANZIANI BESOZZI 670674 - CASA PROTETTA - GALLIATE - RSA 670675 - CENTRO POLIFUNZIONALE - GALLIATE 670676 - CASA PROTETTA - ROMENTINO 670677 - CASA DI RIPOSO TRECATE - RSA 670678 - CENTRO SERVIZI ANZIANI SAN MICHELE 670679 - CASA DI RIPOSO DOTT. GIUSEPPE PARIANI 670680 - RESIDENZA PROTETTA BELLINZAGO 670681 - CASA DON GIORGIO NOBILE 670682 - OPERA PIA CORBETTA 670683 - DE PAGAVE - CASA PER ANZIANI 670685 - CASA DI RIPOSO PEREGO PINZIO LAVAGETTO 670737 - CASA DI RIPOSO VILLA SAN BENEDETTO 670788 - RESIDENZA I TIGLI 671014 - RSA "PARCO DEL WELFARE" 671016 - NUCLEO ALZHEIMER TEMPORANEO "PARCO DEL WELFARE" 671018 - CASA DI RIPOSO "GIOVANNA E FILIPPO RATTI" 671045 - R.S.A. MASSIMO SQUARINI 671063 - FONDAZIONE SANTA MARIA 670455 - IL GLICINE 670740 - STRUTTURA PER DISABILI VILLA VARZI
20940 - Ass. res.a favore di disabili fisici e progetti alternativi	670891 - RAF DI TIPO B RESIDENZA CASCINA AIRONE 670941 - IL GIRASOLE - GRUPPO APPARTAMENTO TIPO B 670946 - IL BOCCIOLO GRUPPO APPARTAMENTO TIPO B
20950 - Ass. res. a favore di disabili psichici	570114 - CASTELLO DI SUNO - RSA
20973 - Ass. res. a favore di altri utenti	

Tab. 25 presidi convenzionati eroganti assistenza semi-residenziale e residenziale anziani, disabili ed altri utenti



2.4 La Prevenzione

Le attività di Prevenzione sono distribuite sul territorio in più sedi (tab. 26):

Cod Attività	Descrizione Attività	Descrizione Unità Produttive (UP)	Sedi UP
19000	Attività di coordinamento e di supporto della prevenzione	ATTIVITÀ DI COORDINAMENTO E DI SUPPORTO DELLA PREVENZIONE	1
10100	Igiene e sanità pubblica	IGIENE E SANITÀ PUBBLICA	10
		TUTELA COLLETTIVITÀ E SINGOLI DAI RISCHI SANITARI AMBIENTI DI VITA	1
10720	Servizio medicina sportiva	SERVIZIO MEDICINA SPORTIVA	2
10120	Nucleo vigilanza inter-area	NUCLEO VIGILANZA INTER-AREA	1
10130	Epidemiologia	EPIDEMIOLOGIA	1
		SERVIZIO LOCALE DI EPIDEMIOLOGIA	1
10300	Igiene degli alimenti e della nutrizione	IGIENE DEGLI ALIMENTI	1
		IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE	2
		IGIENE DELLA NUTRIZIONE	1
10400	Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro (SPRESAL)	IGIENE E SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO	1
		MEDICINA DEL LAVORO	1
		PREVENZIONE E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO (SPRESAL)	2
10510	Sanità pubblica veterinaria A	ANGRAFE VETERINARIA E CONTROLLO PREMI ZOOTECNICI	1
		EPIDEMIOSORVEGLIANZA	1
		SANITÀ PUBBLICA VETERINARIA A	5
		VIGILANZA E CONCENTRAMENTI ANIMALI	1
10520	Sanità pubblica veterinaria B	PRODUZIONE CARNI ROSSE	1
		PRODUZIONE LATTIERO CASEARIA	1
		SANITÀ PUBBLICA VETERINARIA B	3
10530	Sanità pubblica veterinaria C	SANITÀ PUBBLICA VETERINARIA C	1
10540	Servizio multizonale di profil. veter.	SERVIZIO MULTIZONALE DI PROFIL. VETER.	1
10600	Attività di prevenzione rivolte alla persona (UVOS, CPO)	ATTIVITÀ DI PREVENZIONE RIVOLTE ALLA PERSONA (UVOS, CPO)	1
		EDUCAZIONE ALLA SALUTE	1
		VACCINAZIONI	1

Tab. 26: n. sedi decentrate attività di prevenzione



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

Tab. 27. 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					
Negoziazione 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: in staff alla Direzione Sanitaria, composto da due dirigenti medici – uno appartenente alla Direzione Medica PP.OO.R., l'altro alla ssd Governo Clinico e Sviluppo Strategico – una CPSE della ssd Governo Clinico e Sviluppo Strategico, un collaboratore amministrativo del Sistema informativo e Controllo di Gestione e un collaboratore amministrativo appartenente al Servizio Personale e Gestione delle Risorse

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

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

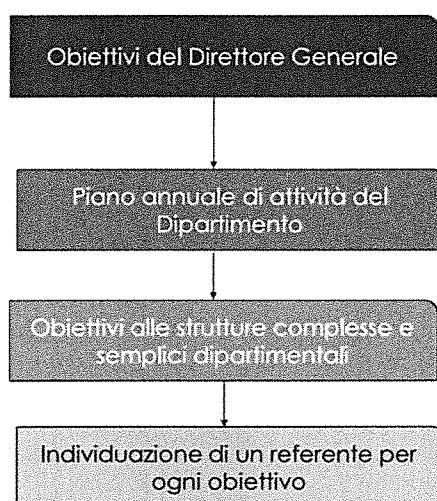
Organismo Indipendente di Valutazione (OIV): costituito da due consulenti esterni e uno interno. Si interfaccia con il Direttore Generale e il gruppo di monitoraggio che fornisce la documentazione di supporto



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 2013-2015, 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, ecc) e della analisi aziendale della strategia da seguire, ogni anno sono identificate le principali aree di azione e, conseguentemente, gli obiettivi da perseguire.

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



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

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

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

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

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

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

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

Gli obiettivi sono organizzati secondo tre prospettive di riferimento:

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

La scheda tipo, per ogni obiettivo, prevede:

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



C) Controllo dei risultati

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

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

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

CHI FA

Gruppo di lavoro "Monitoraggio obiettivi ASL NO" in staff alla Direzione Generale

Istituito con Deliberazione del Direttore Generale dell'ASL NO n. 870 del 23 ottobre 2009.

È una struttura centrale, posta in staff al Direttore Sanitario, con il compito di fornire il supporto metodologico necessario alla predisposizione del piano di attività annuale e dei singoli progetti, al loro aggiornamento ed al controllo sulla loro realizzazione. L'attività svolta da detto gruppo è preparatoria a quella che compete all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) per la verifica e la valutazione annuale dei dirigenti di cui all'art. 26 comma 3 lettera a) e b) CCNL 3/11/2005.

CHE COSA FA

Monitoraggio sistematico e strutturato degli obiettivi assegnati all'Azienda dalla Direzione Sanità della Regione Piemonte oltre che degli obiettivi attribuiti alle strutture aziendali negli incontri di budget

Il Gruppo di lavoro coordinato dal Direttore Sanitario garantisce il monitoraggio periodico degli indicatori definiti dalla Regione o dall'Azienda.

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:

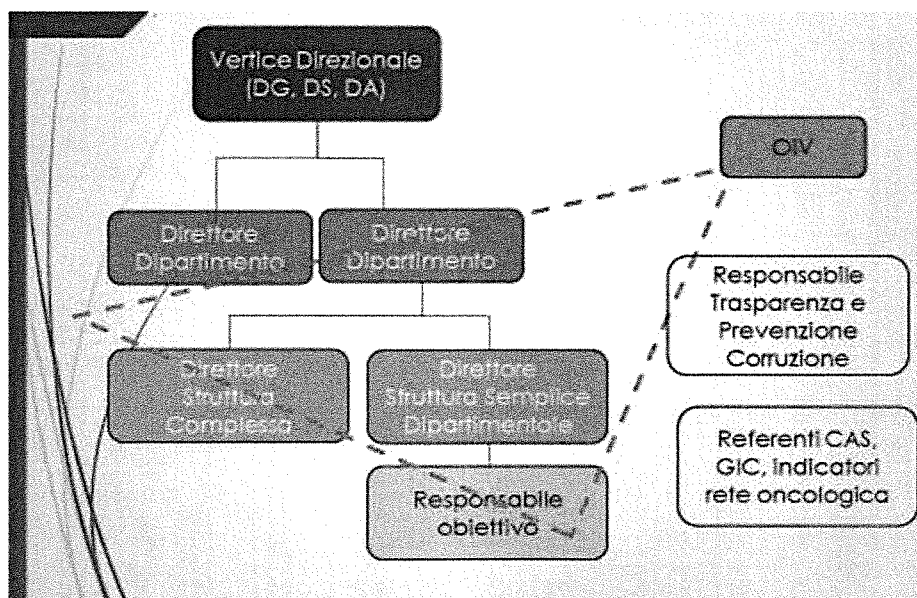


- nel caso di indicatori quantitativi, il valore dell'indicatore rilevato ad una data prestabilita (per gli indicatori derivanti dai flussi informativi correnti il campo è precompilato e il sistema restituisce in automatico il raggiungimento o meno rispetto allo standard prefissato)
- nel caso di indicatori qualitativi: le azioni intraprese/ultimate fino alla data prestabilita per raggiungere l'obiettivo (in sintesi).
- le "motivazione scostamento" i direttori potranno segnalare eventuali criticità riscontrate nella realizzazione di ogni obiettivo (o la voce "nessuna criticità" nel caso non siano state riscontrate criticità). 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):

COD	INFO	Parola chiave	TEMPERISTICA	RAGG	CONCLUSO	RENDICONTI	RESP OBI	STRUTTURA
01	INFO	Spesa farmaceutica	TRIMESTRALE	●	✓✓✓✓			
02	INFO	Dispositivi medici	TRIMESTRALE	●	✓✓✓✓			
03	INFO	Accreditamento - Riconoscimento evidenze	31/10/2016	●	✓			
04	INFO	Accreditamento - Programma adeguamento	ANNUALE	●	✓			
05	INFO	DGR 30-2484 del 23/11/2015	ANNUALE	●	✓			
06	INFO	GIC - incontri	TRIMESTRALE	●	✓✓✓✓			
07	INFO	PDTA tiroide - partecipazione incontri	PERIODICA	●	✓			
08	INFO	PDTA tiroide - documento predisposto	PERIODICA	●	✓			
09	INFO	ICA	ANNUALE	●	✓			
100	INFO	Segnalare nuovi casi CAS - modalità	31/03/2016	●	✓			
101	INFO	Segnalare nuovi casi CAS - attivazione invio	01/04/2016	●	✓			
102	INFO	Segnalare nuovi casi CAS - casi inviati	ANNUALE	●	✓			
103	INFO	Indicatori PDTA rete oncologica	ANNUALE	●	✓			
104	INFO	Incendio responsabile Struttura Semplice o incarico di alta specializzazione	15/05/2016	○	✓			

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 La valutazione del personale dell'ASL NO

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), 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, relazioni 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 dettagliata 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.



4. I RISULTATI 2015

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

Annualmente la Regione Piemonte assegna ai Direttori Generali delle Aziende sanitarie Regionali gli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai fini del riconoscimento della quota integrativa al trattamento economico. Con DGR n. 12-2021 del 05.08.2015 sono stati assegnati tali obiettivi per l'anno 2015, corredati dei necessari criteri di valutazione.

La Regione Piemonte ha effettuato un monitoraggio periodico in ordine al raggiungimento degli obiettivi da parte delle Aziende Sanitarie, attraverso incontri svoltisi nei mesi di settembre e dicembre 2015, tra le Direzioni strategiche e gli uffici competenti dell'Assessorato alla Sanità con il supporto di Agenas, di IRES e dell'advisor.

Il procedimento di valutazione è assicurato dal Settore Sistemi Organizzativi e Risorse Umane del Sistema Sanitario Regionale della Direzione Regionale Sanità.

Entro il 31 gennaio 2016, il Direttore Generale della ASL NO ha trasmesso alla Regione tutta la documentazione atta a comprovare il raggiungimento dei singoli obiettivi/sub- obiettivi, accompagnato da una sintetica relazione riepilogativa.

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

Obiettivo	Tipo	Articolazione
1	Adeguamento rete Ospedaliera/ Riqualficazione rete territoriale	1.1 Redazione Atto aziendale 1.2 Riduzione di almeno 1/3 delle SC come previsto da DGR 1-600 e 1-924 e dagli atti aziendali 1.3 Adeguamento n° pl SPDC alla normativa 1.4 Centralizzazione chiamate di Continuità Assistenziale
2	Rete prestazioni ambulatoriali	Miglioramento tempi di attesa
3	Equilibrio Economico - Finanziario	3.1 Ricognizione contenzioso 3.2 Rientro fondo riequilibrio
4	Empowerment	Progetto umanizzazione
5	Trapianti	Implementazioni indicazioni regionali per incremento donazioni
6 – SOLO ASL	Programma attività distrettuali	Redazione del Programma delle attività territoriali-distrettuali (PAT) 2016-2017 in coerenza con i nuovi distretti previsti dall'atto aziendale
6 – SOLO ASO	Ricoveri per acuti	Miglioramento tempi di attesa
7	Programma Regionale Prevenzione	Implementazione dei tre programmi di screening oncologico

Per ciascun sub-obiettivo vengono proposti:

- la descrizione ex D.G.R. 12-2021/2015;
- il livello prefissato di raggiungimento dell'obiettivo e dei sub obiettivi (ATTESO – INDICATORE)
- le azioni intraprese (AZIONI)
- il livello raggiunto dall'Azienda (RISULTATO)



OBIETTIVO 1.1: REDAZIONE ATTO AZIENDALE

Per dare piena attuazione a quanto previsto dagli atti di programmazione regionale (DD.GG.RR. 1-600/2014 e 1-924/2015; 26 1353/2015) è richiesto alle aziende di procedere nel 2015 alla definizione del proprio assetto organizzativo attraverso l'adozione del nuovo Atto Aziendale.

ATTESO

Adeguate proposte di Atto Aziendale, nel rispetto della DGR 42-1921/2015, relativa alle Linee Guida per gli Atti Aziendali, in linea con le indicazioni programmatiche delle DD.GG.RR. 1-600/2014, 1-924/2015, 26-1353/2015, entro il 21.9.2015. Recepimento delle osservazioni poste dal procedimento istruttorio e invio definitivo in Assessorato entro il 16.10.15.

AZIONI

La proposta di Atto Aziendale dell'ASL "NO" è stata adottata con deliberazione del Direttore Generale n. 750 del 21.9.15, trasmessa alla Regione con nota prot. 46848/DG del 21.9.2015.

Con D.G.R. n. 42-2296 del 19.10.2015 la Regione ha formulato alcune prescrizioni in merito all'articolazione dell'Atto Aziendale dell'ASL NO, disponendo che l'Azienda procedesse, nel termine di 10 giorni dalla notifica del provvedimento, all'adeguamento organizzativo indicato. Tale D.G.R. è stata notificata all'ASL NO in data 20.10.2015.

Le prescrizioni sono state recepite con deliberazione del Direttore Generale n. 772 del 29.10.2015, trasmessa alla Direzione Sanità della Regione Piemonte con nota 54306/15/DG del 30.10.2015.

L'iter di approvazione dell'Atto Aziendale dell'ASL NO si è concluso con la D.G.R. 53-2487 del 23.11.2015, che ne ha recepito il testo, così come riadottato dal Direttore Generale con la citata deliberazione 772/2015.

RISULTATO

1. È stata consegnata proposta di Atto Aziendale in linea con le previsioni di programmazione e nel termine assegnato (21/9/2015): indicatore soddisfatto;
2. Si ritiene di poter considerare soddisfatto l'indicatore relativo al recepimento delle osservazioni poste dal procedimento istruttorio, poiché effettuato entro i 10 giorni previsti dal ricevimento delle medesime osservazioni, atteso che la data di notifica delle osservazioni regionali è stata successiva alla data di scadenza prevista (16.10.2015).



OBIETTIVO 1.2: RIDUZIONE DELLE S.C. COME PREVISTO DALLE DD.G.R. 1-600/2014 E 1-924/2015

Per dare piena attuazione a quanto previsto dagli atti di programmazione regionale (DD.GG.RR. 1-600/2014 e 1-924/2015; 26-1353/2015) è necessario che le aziende procedano nel 2015 alla definizione del proprio assetto organizzativo attraverso il progressivo avvicinamento agli obiettivi di riduzione delle Strutture operative complesse (di seguito SOC) per almeno un terzo di quanto previsto dalle succitate DD.GG.RR.

ATTESO

- Consegna del piano di riduzione delle Strutture Operative Complesse (SOC) in linea con l'Atto Aziendale entro il 31.12.2015;
- Piena disattivazione di almeno 1/3 delle SOC ospedaliere previste, attive al 31.12.2014, entro il 31.12.2015. In particolare l'obiettivo per l'ASL NO è riportato nella seguente tabella (Tab. 27):

Azienda	Riduzione SC come da DGR 1-924	Riduzione prevista nel 2015 (1/3)
ASL 208 – NO	- 5	-2

Tab. 27 – Previsione riduzione s.c. al 31.12.15

AZIONI

Con l'atto deliberativo del Direttore Generale n. 826 del 30.12.2015 l'Azienda ha provveduto, tra l'altro :

- ad approvare il piano di riduzione delle strutture complesse e dei relativi posti letto in linea con l'Atto Aziendale approvato con provvedimento n. 772/2015;
- a dare iniziale applicazione all'organizzazione prevista dal citato provvedimento 772/2015, con la disattivazione, dal 31/12/2015, delle strutture complesse Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva e Recupero e Rieducazione Funzionale, costituendo contestualmente le omonime strutture semplici a valenza dipartimentale.

RISULTATO

Si ritiene raggiunto l'obiettivo assegnato.



OBIETTIVO 1.3: POTENZIAMENTO DEI SERVIZI PSICHIATRICI DI DIAGNOSI E CURA

A fronte della riorganizzazione in atto nell'area psichiatrica l'obiettivo prevede il potenziamento dell'offerta assistenziale per trattamenti psichiatrici volontari e obbligatori in condizioni di ricovero attraverso il raggiungimento dello standard di posti letto come previsto dal Progetto Obiettivo "Tutela salute mentale 1998-2000" pari a 16 posti letto per le SPDC ospedaliere e territoriali presenti nei presidi ospedalieri sede di DEA. Tale adeguamento deve essere effettuato entro il 31.12.2016.

ATTESO

- Invio del Piano di Adeguamento presso l'Area Assistenza Sanitaria e Socio-Sanitaria Territoriale 30 settembre 2015, con indicazione della situazione di partenza, delle azioni, del cronoprogramma di realizzazione, degli indicatori di monitoraggio e del target di raggiungimento.
- Realizzazione delle prime azioni, come da cronoprogramma, entro il 31.12.15.

AZIONI

L'azienda ha elaborato il piano "Potenziamento del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura dell'Ospedale di Borgomanero", con l'obiettivo – in coerenza con la riorganizzazione in atto nell'area psichiatrica – del raggiungimento dello standard di posti letto previsto nel Progetto obiettivo "Tutela della Salute Mentale 1998-2000", pari a 16 posti letto per i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura ospedalieri e territoriali nei Presidi Ospedalieri sede di DEA.

Per il raggiungimento di tale obiettivo, è stata pianificata l'attività di adeguamento strutturale e funzionale suddividendola in due lotti, il primo con consegna al 31.12.2015 e il secondo con consegna 31.12.2016.

I lavori di completamento delle opere del primo lotto, come da programma, si sono conclusi entro il 31 dicembre 2015 e, pertanto, entro tale data sono stati attivati i 16 posti letto previsti.

Sono in corso i lavori previsti nel secondo lotto con opere di manutenzione straordinaria ed umanizzazione di tutte le camere di degenza che si concluderanno a fine 2016.

L'anagrafica ARPE è stata aggiornata il 30 dicembre 2015, pertanto il report aggiornato relativo alla situazione posti letto è stato disponibile dal 1° gennaio 2016.

RISULTATO

Si ritiene raggiunto l'obiettivo assegnato.



OBIETTIVO 1.4: CENTRALIZZAZIONE CHIAMATE DI C.A.

Realizzazione delle attività propedeutiche all'attivazione del numero unico 116117 legato non soltanto alla sostituzione dei numeri di Continuità Assistenziale, ma anche all'implementazione dei servizi H24 secondo i contenuti dell'Accordo Stato-Regioni del 7.2.13 e del Patto per la Salute 2014-2016.

ATTESO

- Consegna del censimento delle risorse dedicate alla guardia medica (postazioni, punti di risposta con relativi numeri telefonici e dotazioni tecnologiche, numero di medici dipendenti e convenzionati e personale infermieristico, tecnico e amministrativo dedicato) entro il 15.9.2015 e valutazione positiva da parte della Regione del documento entro il 21.9.2015.
- Completamento dell'iter amministrativo, tecnologico ed organizzativo per la centralizzazione delle chiamate di Guardia Medica, con la sottoscrizione dell'accordo formale tra ASL/AO da parte di tutti i Direttori Generali del bacino e validazione da parte della Regione entro il 31.12.2015.

AZIONI

L'ASL ha provveduto a censire le risorse dedicate al Servizio di Continuità Assistenziale, inviando le risultanze al Settore Assistenza Sanitaria e Socio-Sanitaria Territoriale, unitamente ad una relazione sulla situazione attuale del Servizio, nei tempi previsti (rif. nota prot. 45919/DG del 15/09/2015).

La Regione, con e-mail dell'11.12.15 ha trasmesso lo schema delle convenzioni da stipulare parte dell'ASL NO con le aziende VC, BI, VCO e Maggiore della Carità per la gestione del servizio.

Con deliberazione n. 823 del 29.12.2015 il Direttore Generale ha:

- Preso atto della sottoscrizione delle convenzioni tra le Aziende regionali dell'A.I.C. 3 per la centralizzazione e la gestione delle chiamate di guardia Medica e di altri servizi di cure primarie al n. 116117;
- Preso atto della sottoscrizione dell'Addendum alla convenzione di cui al punto precedente;
- Dato atto che la Regione Piemonte, con nota del 22.12.15 ha precisato che *"il Preventivo economico 2016 dovrà tener conto del sostenimento e il fabbisogno delle necessarie risorse economico/finanziarie attraverso la previsione della spesa e la variazione di pari importo delle risorse finanziarie provvisorie attualmente comunicate ..."*.

RISULTATO

Si ritiene raggiunto l'obiettivo assegnato.



OBIETTIVO 2.1: MIGLIORAMENTO DEI TEMPI D'ATTESA

Miglioramento della capacità dell'organizzazione di rispondere alla richiesta di prestazioni sanitarie ambulatoriali e di diagnostica strumentale, garantendo i tempi massimi di attesa secondo i codici di priorità indicati sulla prescrizione medica

ATTESO

La Regione ha previsto il monitoraggio delle seguenti prestazioni:

- Visita cardiologica, gastroenterologica, urologica, oculistica, ortopedica ed oncologica;
- Ecografia addome (superiore, inferiore, completo), colonscopia, esofagogastroduodenoscopia, eco TSA, ecocardiografia, Elettromiografia, RMN, TAC.

Il tempo massimo di attesa individuato dovrà essere garantito presso le strutture erogatrici al 90% degli utenti per i quali i medici prescrittori hanno redatto specifica prescrizione ed indicato la relativa classe di priorità.

La Regione con nota prot 20620/A14000 del 2.11.15 ha precisato che *"sarà considerato positivo il rilievo, per ogni prestazione, del rispetto dei tempi indicati per almeno una delle due classi di priorità individuate".*

AZIONI

L'ASL NO persegue da tempo l'obiettivo di miglioramento dei tempi di attesa, attraverso la valutazione dell'appropriatezza prescrittiva effettuata dalla commissione aziendale tempi e liste di attesa, l'ottimizzazione delle agende degli specialisti ambulatoriali convenzionati interni e gli accordi con gli erogatori presenti sul proprio territorio.

Per il 2015 si è provveduto inoltre, stante i vincoli di assunzione e i tetti di spesa del personale, ad integrare l'offerta di prestazioni con ulteriori esami retribuiti come prestazioni aggiuntive ai professionisti, attraverso i fondi previsti dalla Legge 189/2012, c.d. "Legge Balduzzi".

In data 20/11/2015 la Regione Piemonte ha effettuato la rilevazione dei Tempi di Attesa presso il CUP dell'ASL NO sito a Novara, viale Roma 7. In data 18 dicembre la Regione ha chiesto un'integrazione alla rilevazione del 20 novembre, pertanto è stata effettuata un'ulteriore rilevazione in data 21 dicembre, che ha consentito di chiarire alcuni rilievi mossi il 20 novembre, non corrispondenti alla realtà.

In particolare, nella nota del 20 novembre veniva specificato che *"Il CUP di Novara non vede tutte le agende contiene le disponibilità del proprio ambito territoriale e qualche agenda associata"*. Tale specifica risulta errata. Il CUP di Novara, così come quelli di tutte le altre sedi geografiche con sportelli CUP - ospedaliera e territoriali (compreso il call center) -, visualizza tutte le agende impostate sul sistema SGP-CUP (sistema informatico fornito da Engineering, con architettura client server e modulo web per la libera professione) e tramite questo sistema può effettuare qualsiasi tipo di prenotazione su qualsiasi sede di erogazione, ad eccezione delle prenotazioni di:

- Oncologia, che vengono garantite secondo le indicazioni del Dipartimento Oncologico regionale direttamente dal CAS, abilitato ad utilizzare tutti gli applicativi informatici aziendali,
- Radiologia, che sono effettuabili su piattaforma dedicata (eRIS di Exprivia), ad oggi non integrata con il sistema SGP.

Le informazioni sulle modalità di accesso a Radiologia e Oncologia sono fornite all'utenza da parte degli operatori (25 postazioni) dei 14 punti di prenotazione CUP attivi sul territorio aziendale e anche dal call center dell'ASL NO. Si sottolinea che il CUP che ha sede presso l'Ospedale di Borgomanero è equivalente a tutti gli altri CUP potendo prenotare prestazioni sia territoriali che ospedaliere.



Nella tabella seguente (Tab. 28) sono riportate per ogni prestazione le azioni specifiche messe in atto per contenere i tempi di attesa critici e le risultanze della rilevazione di controllo da parte della Regione Piemonte effettuata il 20/11/2015 e integrata con successiva rilevazione del 21/12/2015 come richiesto dalla Regione.

PRESTAZIONE	Azioni messe in atto	RISPETTO dello STANDARD REGIONALE (RILEVAZIONE del 21.12.2015)
Visita cardiologica	- Accordi contrattuali con i privati accreditati che hanno previsto un incremento della disponibilità settimanale. - Dal mese di novembre sono state aperte le agende in collegamento con l'IRCCS Maugeri di Veruno che, per la branca cardiologia, ha fornito le seguenti disponibilità settimanali: • 5 ecocardiogrammi • 4 visite	Si (classi B e D).
Visita gastroenterologica	Provvedimento n. 826 del 05/11/2015 di incarico per gastroenterologo a tempo determinato (6 mesi), che ha consentito l'attivazione aggiuntiva di 60 visite a dicembre 2015 e 50 a gennaio 2016. Tale azione ha consentito di superare la criticità rilevata in data 20/11/2015.	Si (classi B e D)
Visita urologica	Non critica	Si (classi B e D)
Visita oculistica	- provvedimento n. 773 del 27/10/2015 per incarico di lavoro autonomo libero professionale per oculista della durata di 6 mesi che ha assicurato, per il mese di novembre e dicembre la programmazione di 30 visite al giorno; - accordi contrattuali con i privati accreditati: n. 18 visite settimanali da parte della Casa di Cura S. Gaudenzio di Novara.	Si (classi B e D)
Visita ortopedica	- I tempi di attesa per questa prestazione, precedentemente non critica, sono risultati critici per la quiescenza di un dirigente medico dal 01/09/2015, ancora non sostituito. L'espletamento del concorso è avvenuta il 20 gennaio 2016. - Si è proceduto all'integrazione AOU/ASL per prenotazione prestazioni tramite call center.	No, in attesa di assunzione di 1 dirigente medico. Tale prestazione risulta comunque erogata presso l'AOU Maggiore della Carità con TA entro lo standard: la medesima è prenotabile mediante call center (cfr. allegato visita ispettiva AOU Maggiore della Carità).
Visita oncologica	Non critica. Il 20 novembre la non prenotabilità a CUP della visita oncologica è stata erroneamente ritenuta una criticità, ma in realtà, come da indicazioni della rete Oncologica Piemontese, la prenotazione della visita viene effettuata direttamente al Centro Accoglienza e Servizi della SSD Oncologia (CAS); la prima visita oncologica può essere prenotata direttamente al CAS o telefonando al numero 0322.848254.	Si (classi B e D)
Ecografia addome superiore	Non critica	Si (classi B e D)
Ecografia addome inferiore	Non critica	Si (classi B e D)
Ecografia addome completo	Non critica	Si (classi B e D)

Colonscopia	- provvedimento n 826 del 05/11/2015 di incarico per gastroenterologo a tempo determinato (6 mesi), che ha consentito l'attivazione aggiuntiva di 47 colonscopie a dicembre 2015 e 91 a gennaio 2016. - Attività di <i>re-call</i> che prevede la chiamata telefonica ai pazienti prenotati 11 giorni prima della data della prestazione.	Si (classi B)
Esofagogastroduodenoscopia	- provvedimento n 826 del 05/11/2015 di incarico per gastroenterologo a tempo determinato (6 mesi), che ha consentito l'attivazione aggiuntiva di 39 EGDS a dicembre 2015 e 81 a gennaio 2016. - attività di <i>re-call</i> che prevede chiamata telefonica ai pazienti prenotati 11 giorni prima della data della prestazione.	Si (classi B e D)
Eco TSA	Non critica. Si precisa che la nota del 20/11 è errata: la prenotazione è gestita con il programma SGP CUP, non con l'applicativo di prenotazione della Radiologia.	Si (classi D)
Ecocardiografia	Non critica	Si (classi D)
Elettromiografia	- Conferimento di un incarico di lavoro autonomo di tipo libero professionale a specialista neurologo a partire dal 30/11/2015 fino al 30/04/2016 (determinazione n. 796/DS.DT del 30/10/2015), per esecuzione, tra le altre attività, di prestazioni di diagnostica strumentale presso la SSD Neurologia del P.O. di Borgomanero, con specifica di richiesta di esecuzione di n. 30 EMG/settimana. - Disponibilità, dal novembre 2015, di 10 EMG/settimana effettuate dall'IRCCS di Veruno, collegandosi con CUP aziendale. Si precisa che contrariamente a quanto rilevato nella nota del 20/11, la prestazione è prenotabile a CUP	Si (classi D le B non sono previste)
RMN	Non critica	Si (classi B e D)
TC	Non critica	Si (classi D)

Tab. 28 – Azioni per il contenimento tempi attesa delle prestazioni ambulatoriali

Considerando la rilevazione della Regione e i prospetti di monitoraggio integrativi predisposti dall'ASL NO su richiesta regionale, tutte le prestazioni oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa rientrano nello standard, compresa la "visita ortopedica", che pur essendo momentaneamente critica in ASL NO, è garantita dall'AOU Maggiore della Carità di Novara nei tempi d'attesa standard e prenotabile mediante call center.

RISULTATO

Le 16 prestazioni monitorate non presentano criticità.



OBIETTIVO 3.1: RICOGNIZIONE DEL CONTENZIOSO PER LA GESTIONE DEL FONDO RISCHI E ONERI

Uniformarsi alle indicazioni procedurali per pervenire alla rilevazione contabile dell'accantonamento, di competenza annuale, del rischio su contenziosi e garantire la congruità del fondo rischi rispetto alle passività potenziali alle quali sono esposte le Aziende Sanitarie

ATTESO

- Consegna della ricognizione del contenzioso per la gestione del fondo rischi e oneri al Settore Programmazione economico-finanziaria della Regione entro il 21.9.15, e valutazione positiva da parte della Regione
- Sviluppare, sulla base delle rilevanze della ricognizione, un piano di governo del contenzioso finalizzato a gestire proattivamente il contenzioso in essere, nonché promuovere azioni volte a prevenire e rimuovere le cause potenziali di nuovi contenziosi. Consegna del piano di miglioramento entro il 1°.12.2015 e valutazione positiva del documento da parte della Regione.

AZIONI

Con nota del 10.3.15, n. 4990/A14000, la Direzione regionale chiedeva di operare una ricognizione del contenzioso e del paracontenzioso al 31.12.2014, dettando le procedure da applicare. In esecuzione a tali indicazioni, i dati richiesti sono stati trasmessi il 29.6.2015.

Con nota prot. 17077/A14000 dell'11.9.15 della Regione veniva richiesto di aggiornare la ricognizione, con inserimento delle situazioni sopravvenute al 21.9.15: tale nuova ricognizione è stata trasmessa il 21.9.15, attraverso la compilazione dei modelli all'uopo predisposti dalla Regione.

Con successive note del 22, del 24 e del 25 novembre 2015 la Regione ha fornito le linee guida per la redazione del piano di miglioramento. Il piano – redatto in conformità alle linee di indirizzo regionali – è stato inviato alla Regione con nota del Direttore Generale prot. 60121 del 30.11.15.

Al successivo incontro di monitoraggio periodico tenutosi presso la Regione in data 11.12.15, gli uffici regionali hanno chiesto un aggiornamento dei prospetti inviati (come da comunicazione regionale del 16.12.2015). I prospetti aggiornati sono stati trasmessi al Settore Contabilità della Regione in data 23.12.15.

RISULTATO

Si ritiene raggiunto l'obiettivo assegnato.



OBIETTIVO 3.2: RIENTRO FONDO DI RIEQUILIBRIO

Riduzione della quota assegnata a titolo di riequilibrio programmato, stabilita per l'anno 2015 nella misura del 5%

ATTESO

All'ASL NO non è stato assegnato alcun fondo di riequilibrio.

OBIETTIVO 4: VALUTAZIONE PARTECIPATA DEL GRADO DI UMANIZZAZIONE NELLE STRUTTURE DI RICOVERO DELLE AZIENDE SANITARIE REGIONALI

In coerenza con il PSSR 2012-2015 - negli ultimi anni, la Regione Piemonte ha contribuito al programma nazionale di valutazione partecipata della qualità delle strutture di ricovero - promosso e coordinato da AGENAS - attraverso la partecipazione a due progetti di ricerca finanziati dal Ministero della Salute nell'ambito dei Programmi di Ricerca Corrente 2010 (RC 2010 Progetto Sperimentazione e trasferimento di modelli di empowerment organizzativo per la valutazione e il miglioramento della qualità dei servizi sanitari) e 2012 (RC 2012 Progetto La valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino).

ATTESO

Realizzazione della valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle strutture di ricovero dell'Azienda con un numero di posti letto superiore a 120 (Ospedale SS. Trinità di Borgomanero), utilizzando la metodologia del progetto Agenas "La valutazione della qualità nelle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino".

AZIONI

Gli adempimenti dell'ASL NO sono schematicamente descritti di seguito.

1) Nomina Referente Aziendale.

In ottemperanza della Nota Direzione Sanità – Regione Piemonte, Prot. 15593/A14000 del 10/8/2015 "Politiche di Empowerment rivolte al cittadino. Richiesta individuazione referenti aziendali attività di valutazione" è stato nominato il dr. Giorgio Pretti, dirigente medico afferente alla SC Direzione di Presidio ASL NO; nominativo comunicato agli uffici regionali con trasmissione nota prot. n.41438/DG del 18.8.2015.

2) Formazione del personale addetto all'attività di valutazione.

Partecipazione del referente aziendale, e del personale aziendale di supporto, alla giornata seminariale di presentazione del Progetto di Ricerca Corrente: "La valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino", presso l'Assessorato alla Sanità, Livelli di Assistenza, Edilizia sanitaria della Regione Piemonte in data 13.10.2015.



3) Costituzione equipe di monitoraggio.

Facendo seguito a quanto disposto dal programma di lavoro presentato presso gli uffici regionali competenti in data 13.10.2015, richiamata la nota 41438/DG del 18.08.2015, di individuazione del referente aziendale e con riferimento alla nota 5894/15i con cui venivano individuati i componenti del gruppo interno per progetto "Politiche di Empowerment rivolte al cittadino e operatori relative alle strutture sanitarie", viene istituita in data 28.10.2015 l'equipe mista (ASL NO e CittadinanzAttiva) per l'attività di valutazione, così definita:

Componenti interni

Giorgio Pretti (Dirigente Medico - Direzione Medica e referente)

Daniela Kozel (Direttore Medico f.f. PO Borgomanero)

Lucia Zanetta (Dirigente Amministrativo - Direzione Medica)

Maria Luisa Zanetti (CPSI - Direzione Medica)

Componenti esterni (CittadinanzAttiva)

Roberto Mari (referente)

Vittorio Pernechele

Bruno Ferraris

4) Attività di Valutazione

Il giorno 19.11.2015 l'equipe mista si è riunita presso il PO di Borgomanero ed ha effettuato le procedure di valutazione. I lavori si sono articolati, come previsto, sulla verifica puntuale dei 144 item di cui si compone la check list di riferimento. Laddove richiesto dal protocollo operativo, sono state raccolte le evidenze documentali a riprova delle attività svolte; nei rimanenti casi si è provveduto alla verifica dei requisiti mediante osservazione diretta degli stessi.

I lavori non hanno presentato evenienze o difficoltà inattese e si sono conclusi con la verifica di tutti gli item soggetti ad indagine.

Tutti i documenti a supporto dell'attività (Check list firmata dai referenti, diario di Bordo, Atti di nomina dei referenti e dell'equipe di valutazione) sono conservati agli atti in Direzione Medica del PO di Borgomanero.

5) Registrazione ed invio dati

Come previsto dal protocollo operativo, il referente aziendale – dopo aver acquisito username e password per l'accesso al portale Agenas - in data 7.12.2015 ha inserito i dati raccolti sulla piattaforma Agenas.

RISULTATO

Si ritiene raggiunto l'obiettivo assegnato.



OBIETTIVO 5: INCREMENTO DONAZIONI D'ORGANO

Piena attuazione, attraverso il Coordinamento Ospedaliero, dei parametri fissati dal Coordinamento Regionale delle donazioni e dei prelievi di organi e tessuti finalizzati ad incrementare nel secondo semestre 2015 il numero di donatori di organi e tessuti rispetto al primo semestre.

ATTESO

- Valutazione della incidenza della morte encefalica nei reparti di Rianimazione dei Coordinamenti Ospedalieri rispetto al numero dei decessi dei soggetti ricoverati con una patologia compatibile con l'evoluzione verso la stessa (BDI – Brain Death Index) tra il 20% e il 40%
- Esecuzione del prelievo di cornee $\geq$ al 2% del totale dei decessi ospedalieri.

OSSERVATO

Con nota prot. 45826 del 15.9.2015 è stata inviata in Regione la relazione sull'attività di Prelievo di Organi e Tessuti svolta presso il P.O. di Borgomanero nel I semestre 2015.

Da tale relazione si evince:

Brain Death Index I semestre 2015: 33%.

Donatori di cornee I semestre 2015: 1 caso.

Nel corso del II semestre 2015 sono stati

- Richiamati i medici alla attenta e completa compilazione delle schede di idoneità e alla esplicita indicazione dei criteri di esclusione che stabiliscono la non idoneità al prelievo,
- Sensibilizzati i medici e i Capo Sala ad anticipare la valutazione di idoneità e la condivisione delle possibilità di prelievo nei pazienti a fine vita; in particolare nella struttura di medicina sono stati sottoposti a valutazione collegiale tra il coordinatore Locale, il Medico di reparto i casi eleggibili. Di questi tre casi solo 1 è risultato idoneo al prelievo.

I risultati del II semestre 2015 sono stati

Brain Death Index II semestre 2015: 66,7%* (valore atteso compreso tra il 20% e il 40%).

Donatori di cornee II semestre 2015: 2 casi (valore atteso II semestre: 6 casi).

RISULTATO

Per l'anno 2015 il Brain Death Index è oltre lo standard dimostrando l'ottimo risultato raggiunto.

I donatori di cornee sono stati inferiori all'atteso: tale dato non era sostanzialmente modificabile in quanto dipendente prevalentemente dall'inidoneità del donatore attestata dalle specifiche schede certificate dal medico.

**Fonte dati: Centro Regionale Trapianti*



OBIETTIVO 6: PROGRAMMA ATTIVITÀ TERRITORIALI**Definizione da parte del Distretto del Programma delle Attività Territoriali-Distrettuali (PAT)****ATTESO**

Consegna in regione del PAT Aziendale, elaborato sulla base dello schema tipo inviato dalla Regione, e sua adozione, successivamente alla validazione regionale, entro il 31.12.2015.

AZIONI

Sulla base degli indirizzi regionali per la redazione del PAT, i Direttori dei quattro attuali Distretti con un'ottica di analisi e programmazione già orientata al futuro assetto territoriale (e quindi riferita ai tre nuovi Distretti previsti nell'Atto aziendale), in coerenza con le strategie definite dalla Direzione aziendale, hanno effettuato:

- la negoziazione con i responsabili delle strutture territoriali ed ospedaliere competenti nelle diverse aree di attività;
- il confronto con l'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali (UCAD) di cui all'art. 3-sexies, comma 2 del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i. nelle seguenti date:
 - UCAD Distretto Arona: 5 novembre 2015
 - UCAD Distretto Borgomanero: 29 ottobre 2015
 - UCAD Distretto di Novara e Distretto di Galliate/Trecale, in seduta congiunta: 29 ottobre 2015
- la discussione dei dati relativi alle attività per Livello di Assistenza con i Comitati dei Sindaci dei Distretti nelle seguenti date:
 - Comitato dei Sindaci di Distretto di Arona e Borgomanero, in seduta congiunta: 4 novembre 2015 e 14 dicembre 2015;
 - Comitato dei Sindaci di Distretto di Novara e Galliate/Trecale, in seduta congiunta: 5 novembre 2015 e 18 dicembre 2015.
- la condivisione del Programma delle attività socio sanitarie della ASL NO con i Direttori degli Enti Gestori dell'ASL NO in data 14 dicembre 2015.
- La condivisione del PAT con le Organizzazioni Sindacali del Comparto in data 23 dicembre 2015, con il Collegio di Direzione, in data 21 dicembre 2015, mentre con i Confederali è programmata nel corso del mese di febbraio.

In data 16 novembre 2015 (rif. nota prot 57612/15/DG del 16/11/2015) l'ASL NO ha trasmesso ai competenti settori regionali il PAT aziendale per la valutazione.

Recependo le indicazioni emerse nel corso degli incontri sopra riportati, è stata quindi elaborata la stesura finale della proposta di Programma Aziendale per l'anno 2016 di articolazione delle prestazioni da erogare per ciascun Distretto e per l'ASL nel complesso, per rispondere in modo appropriato, equo ed efficiente ai bisogni dei propri assistiti, comprendente anche la pianificazione delle attività dei Dipartimenti e dei Servizi Territoriali, con particolare riferimento a quelle svolte a livello distrettuale.

Il Programma delle Attività Territoriali è stato quindi adottato con deliberazione del Direttore Generale dell'ASL NO n. 827 del 30.12.2015 e trasmesso in Regione in data 31 dicembre 2015.

RISULTATO

Si ritiene raggiunto l'obiettivo assegnato.



OBIETTIVO 7: PREVENZIONE

Copertura inviti e copertura esami per ciascuno dei tre screening oncologici (per i tumori della mammella, della cervice uterina e del colon retto)

ATTESO

Copertura inviti (n. persone invitate + adesioni spontanee/popolazione bersaglio annuale)

Screening mammografico	Atteso 75%	Minimo	67,5%
Screening cervico-vaginale	Atteso 75%	Minimo	67,5%
Screening colo-rettale	Atteso 82%	Minimo	73,8%

Adesione (n. persone sottoposte al test di screening/popolazione bersaglio annuale)

Screening mammografico	Atteso 47%	Minimo	42,3%
Screening cervico-vaginale	Atteso 51%	Minimo	45,9%
Screening colo-rettale	Atteso 32%	Minimo	28,8%

AZIONI

Lo stato attuale degli indicatori degli screening (dati PADDI) è il seguente (Tabb. 29-31):

SCREENING MAMMOGRAFICO

2015	Unità Prelievo	Copertura inviti	target copertura inviti		copertura esami	target copertura esami	
			Minimo	Atteso		Minimo	Atteso
S.Giuliano	M1	104%	68%	75%	64%	42%	47%
AOU	NOV						
Galliate	MG						
Omegna	M2	95%	68%	75%	62%	42%	47%
Verbania	M4						
Domodossola	M5						
Arona	MA	113%	68%	75%	59%	42%	47%
Borgomanero	NB						
	DIP 6	103%	68%	75%	62%	42%	47%

Tab. 29 – Screening mammografico

SCREENING CITOLOGICO

2015	Unità Prelievo	copertura inviti	target copertura inviti		copertura esami	target copertura esami	
			Minimo	Atteso		Minimo	Atteso
Cameri	1	99%	68%	75%	35%	45,9%	51,0%
S.Agabio	2						
V.le Roma	3						
Vela	5						
Galliate	7						
Biandrate	9						
Arona	10						
Trecate	12						
Castelletto	14						
Oleggio	15						
Borgomanero	17						
Domodossola	22	105%	68%	75%	41%	45,9%	51,0%
Verbania	31						
Omegna	13						
	DIP 6	101%	68%	75%	37%	45,9%	51,0%

Tab. 30 – Screening citologico



SCREENING COLON RETTO (58enni)

INVITI FS			target copertura inviti	
2015	Unità FS	Copertura inviti	Minimo	Atteso
Borgomanero	FS2-3	112%	73,8%	82,0%
Domodossola	FS4	121%	75,8%	82,0%
Verbania	FS5			
AOU	FS1	106%	75,8%	82,0%
	DIP 6	113%	75,8%	82,0%

ESAMI FS + FOBT 1°R						target copertura esami	
2015	esami FS	esami FOBT	tot esami FS+FOBT	Attesi	copertura esami	Minimo	Atteso
ASL NO	427	476	1328	2984	44%	28,8%	32%
A.O.U.	425						
ASL VCO	426	294	720	1558	75%	28,8%	32%
TOT DIP	1278	770	2048	4542	52%	28,8%	32%

Tab. 31 – Screening colon-retto

Nota: in rosso i valori target non raggiunti

Per quanto riguarda l'indicatore del retto colon, si precisa che è considerata solo l'adesione dei 58enni a FS/FOBT 1°R scambio e non quella degli scambisti ai round successivi (che andrebbe ad integrare le classi di età 59-69aa) perché il protocollo regionale non prevede di reinvitare i non aderenti a FOBT di scambio (come avviene per gli altri due screening, in cui le non aderenti vengono puntualmente reinvitate); quindi è impossibile raggiungere l'obiettivo di copertura di inviti per i 59-69enni. Tale situazione è già stata ripetutamente segnalata al Coordinamento Regionale dello Screening.

Dalle tabelle sopra esposte si evidenzia come unica criticità quella relativa alla copertura esami riferita allo screening cervico-vaginale. Premesso che la consistente attività privata nella nostra area rende difficilmente raggiungibile l'obiettivo, sono state individuate le seguenti azioni possibili per rientrare dalla criticità evidenziata:

- aumentare i posti-esami disponibili per ora di attività
- riorganizzare l'offerta di esecuzione pap-test nei diversi centri aziendali in modo da facilitare l'accessibilità alle utenti, specie a Borgomanero (4 ore in più alla settimana) e a Novara (utilizzo di fondi vincolati per una borsa di studio per ostetrica).
- sensibilizzare ulteriormente MMG alla promozione dell'adesione delle proprie assistite al programma di screening

L'attuazione delle azioni sopradescritte era prevista secondo il seguente cronoprogramma (Fig. 10):

Azione correttiva	agosto	settembre	ottobre	novembre	dicembre	Gen-Mar 2016
1 - Aumentare il numero di pap-t./ora						
2 - Aumentare le ore disponibili Borgomanero per pap-t						
3 - Avviare procedure per borsa di studio ostetrica						
4 - Sensibilizzare i MMG						

Fig. 10 - Cronoprogramma



- Allo stato attuale i punti 1, 2 e 3 sono stati realizzati pienamente.
- Il punto 4, riguardante tutti gli screening, dovrà essere concordato nei primi mesi del 2016 con i Distretti, per trovare le modalità migliori di pubblicizzazione degli screening e di coinvolgimento attivo dei MMG.

RISULTATO

Rispetto agli indicatori individuati l'unica criticità, peraltro storica, è rappresentata dalla aderenza allo screening citologico. A fronte della difficoltà al raggiungimento dello standard atteso per questo specifico indicatore, il bisogno di salute della popolazione al riguardo risulta comunque soddisfatto, in quanto:

- buona parte delle donne residenti nell'ASL NO aderiscono a screening spontanei privati (annuali). Sulla base della sorveglianza PASSI, infatti, la proporzione di popolazione femminile di 25-64 anni che ha effettuato un PAP test secondo linee guida (almeno una volta negli ultimi tre anni) è prossima al 90%; il 50% lo effettua privatamente. Si noti che l'ASL NO è fra quelle che ha la maggior copertura a livello regionale (Fig. 11);

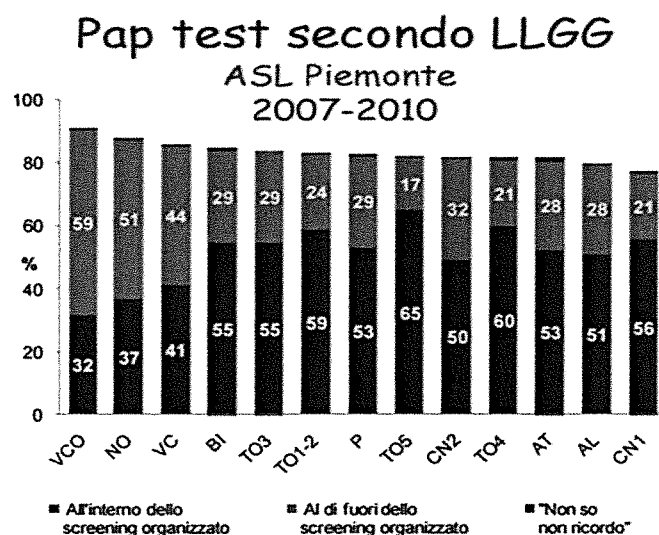


Fig. 11 – copertura regionale screening citologico

- rispetto alla popolazione Piemontese dai dati di sorveglianza PASSI si evidenzia che la copertura della popolazione dell'ASL NO è superiore alla copertura complessiva della Regione Piemonte e che l'ASL NO si caratterizza per essere una delle aziende con maggior quota "al di fuori dello screening organizzato": tale quota si sta lentamente riducendo a favore dello screening organizzato seppure senza raggiungere i livelli attesi. (www.regione.piemonte.it/.../sorveglianza.../960-passi-fascia-deta-18-69-anni).
- la "riconversione" all'interno dell'ASL si può considerare stabilizzata (sembra che i 1.450 pap-test/anno che vengono fatti in Azienda al di fuori dello screening siano relativi ad attività clinica di secondo livello, e comunque la rilevanza per lo screening sarebbe minima).

ASL NO - PASSI		2007-2009		2010-2013	
		%	(IC al 95%)	%	(IC al 95%)
Effettuata una mammografia preventiva negli ultimi 2 anni (donne 50-69 anni)		84,1	77,5 - 90,7	69,4	63,3 - 75,6
	Screening organizzato	52,7	44,3 - 61,1	47,1	40,3 - 53,9
	Screening spontaneo	31,0	23,4 - 38,6	21,0	15,5 - 26,5
Effettuato un Pap-test preventivo negli ultimi 3 anni (donne 25-64 anni)		88,1	84,4 - 91,7	87,8	84,9 - 90,7
	Screening organizzato	35,9	30,8 - 41,0	45,2	40,8 - 49,7
	Screening spontaneo	52,2	46,7 - 57,7	42,5	38,1 - 46,9

Tab. 32 – Screening oncologici femminili - popolazione 18-69 anni – PASSI



4.2 GLI OBIETTIVI DELLE STRUTTURE DELL'ASL NO

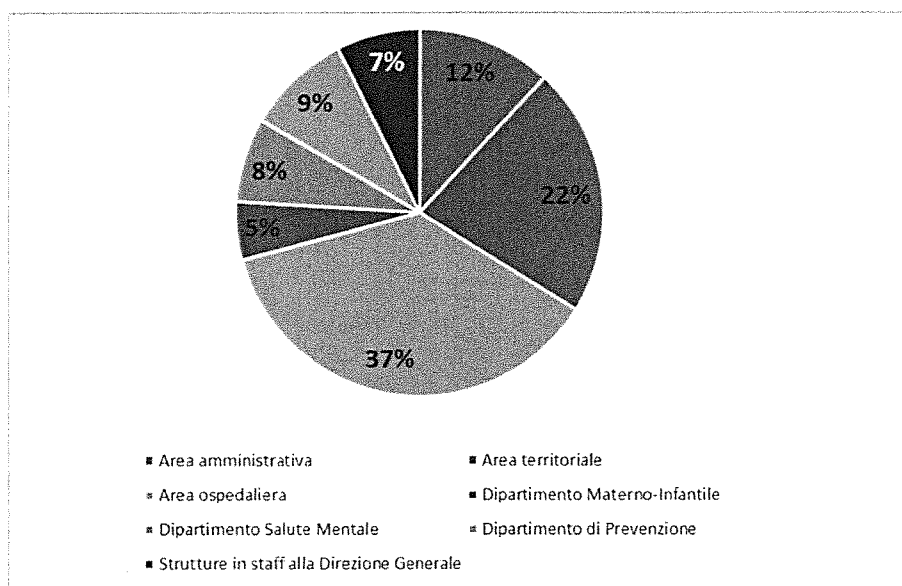
Complessivamente sono stati attribuiti 446 obiettivi ai fini del riconoscimento della quota integrativa al trattamento economico.

Mediamente ad ogni struttura sono stati attribuiti 7 obiettivi per la quota integrativa, come dettagliato nella tabella sottostante (tab. 33)

Prospettiva di riferimento	N. medio di obiettivi per struttura
economicità e di attività	2,8
appropriatezza e qualità	2,5
innovazione e sviluppo	1,5

Tab. 33 – Obiettivi attribuiti nel 2015 suddivisi per prospettive di riferimento

Tenuto conto della strutturazione dell'ASL NO, il 37% degli obiettivi è di pertinenza dell'area ospedaliera, il 31% dell'area territoriale, includendo il Dipartimento di Prevenzione. Il 13% degli obiettivi è stato assegnato a dipartimenti con entrambe le componenti (Dipartimento di salute mentale e dipartimento materno-infantile) e percentuale di poco inferiore (12%) è rappresentata dagli obiettivi assegnati alle strutture amministrative.



La distribuzione nelle tre prospettive di riferimento è dettagliata nella tabella seguente (tab. 34):

Area	Economici e di attività		Appropriatezza e qualità		Innovazione e sviluppo		Totale
		% di riga		% di riga		% di riga	
Area amministrativa	23	43,40	16	30,19	14	26,42	53
Area territoriale	37	37,76	40	40,82	21	21,43	98
Area ospedaliera	67	40,61	67	40,61	31	18,79	165
Dipartimento Materno-Infantile	9	39,13	9	39,13	5	21,74	23
Dipartimento Salute Mentale	14	42,42	10	30,30	9	27,27	33
Dipartimento di Prevenzione	22	53,66	10	24,39	9	21,95	41
Strutture in staff alla Direzione Generale	13	39,39	11	33,33	9	27,27	33
Totale	185	41,48	163	36,55	98	21,97	446

Tab. 34 – Obiettivi attribuiti nel 2015 suddivisi per prospettive di riferimento e tipologia di area



Per quanto riguarda il raggiungimento degli obiettivi, tenuto che una delle caratteristiche fondamentali degli obiettivi è la raggiungibilità, si riscontrano risultati in linea con tale assunto. Dalla valutazione complessiva, infatti, si riscontra il pieno raggiungimento degli obiettivi, ad eccezione di un solo obiettivo parzialmente raggiunto nella prospettiva di qualità e appropriatezza.

Nella tabella seguente sono riportate le percentuali di raggiungimento nel dettaglio

Area	Economici e di attività	Appropriatezza e qualità	Innovazione e sviluppo
Area amministrativa	100%	100%	100%
Area territoriale	100%	99,5%	100%
Area ospedaliera	100%	100%	100%
Dipartimento Materno-Infantile	100%	100%	100%
Dipartimento Salute Mentale	100%	100%	100%
Dipartimento di Prevenzione	100%	100%	100%
Strutture in staff alla Direzione Generale	100%	100%	100%
Totale	100%	99,5%	100%

Tab. 35 – Obiettivi attribuiti nel 2015 – Percentuale di raggiungimento per prospettive di riferimento e tipologia di area

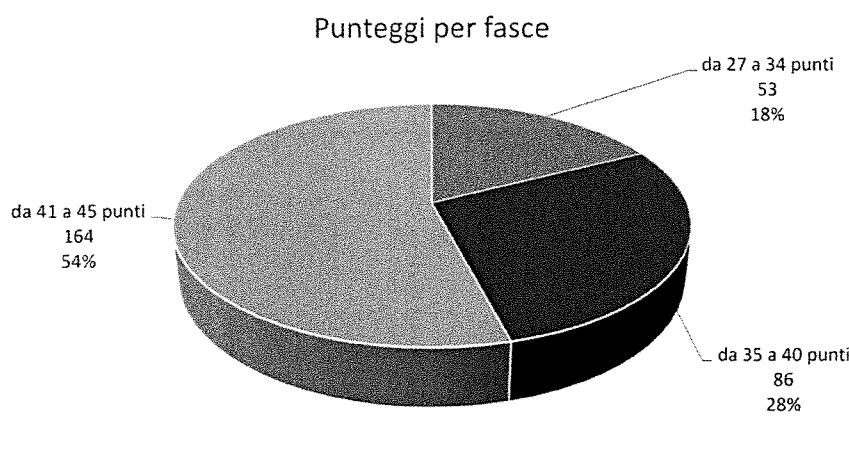
4.3 VALUTAZIONE DEL PERSONALE

Complessivamente sono stati valutati 303 dirigenti, di cui poco meno della metà dell'area esclusivamente ospedaliera (49%) e il 2% dell'area amministrativa.

Il punteggio medio assegnato è pari a 39,81/45, con una mediana pari a 41.

Nessun Dirigente ha ottenuto un giudizio insufficiente (valore < 27/45).

Raggruppando i punteggi per fasce, si riscontra come la maggior parte dei dirigenti abbia ottenuto un punteggio alto (> di 40/45) e l'82% medio alto (> di 34/45).



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

Complessivamente sono stati attribuiti 290 obiettivi per la valutazione dell'efficacia del modello gestionale di cui all'art. 27, 1° comma, punto 1, CCCNL 3.11.2005, pari a mediamente 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 98,3%.

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

Area	Capacità gestionale
Area amministrativa	100%
Area territoriale	96,4%
Area ospedaliera	97,8%
Dipartimento Materno-Infantile	100%
Dipartimento Salute Mentale	100%
Dipartimento di Prevenzione	100%
Strutture in staff alla Direzione Generale	96,7%
Totale	98,3%

5. 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 e tale tematica rappresenta una delle prospettive utilizzate per la definizione degli obiettivi incentivanti. Tra gli obiettivi assegnati ai Direttori di Dipartimento del 2015, ad esempio, era prevista la valutazione e il monitoraggio degli indicatori del Piano Nazionale Esiti.

Tali aspetti sono esplicitati nel capitolo relativo al governo clinico, cui si rimanda per dettagli.

Di seguito sono presentati alcuni indicatori di monitoraggio previsti a livello regionale, sia per quanto riguarda i ricoveri (rif. DGR 4-2495 del 3.8.2011), sia per quanto riguarda la specialistica ambulatoriale (rif. Indicatori DGR 15-7486 del 23 aprile 2014).

Attività di ricovero - Indicatori DGR 4-2495 del 3.8.2011

La Regione Piemonte, nell'ambito dell'attuazione del Piano di Rientro e di armonizzazione con gli indirizzi del Patto della Salute 2010-2012 in materia di appropriatezza dell'attività di ricovero, ha – con la Deliberazione della Giunta Regionale 4-2495 del 3.8.2011 – individuato una serie di indicatori e relativi standard di riferimento con cui le ASR devono confrontarsi costantemente.

Le macroaree interessate ed i relativi standard disposti dalla Regione sono le seguenti:

MACROAREA/INDICATORE	STANDARD		
DRG Chirurgici ad alto rischio di in appropriatezza	% di RO che durano $\leq$ 1 giorno: valore soglia variabile in funzione del DRG		
Prestazioni chirurgiche in regime di ricovero ed ambulatoriale			
✓ Cataratta	% R.O. > di 1 Giorno (<1%)	% D.S. e R.O. di 1 Giorno (<9%)	% Ambulatoriale (>90%)
✓ Tunnel Carpale	% R.O. > di 1 Giorno (<1%)	% D.S. e R.O. di 1 Giorno (<39%)	% Ambulatoriale (>60%)
✓ Stripping Vene	% R.O. > di 1 Giorno (<2%)	% D.S. e R.O. di 1 Giorno (<92%)	% Ambulatoriale (>6%)
Chemioterapia	% Minima Prestazioni Ambulatoriali: 60%		
Degenza Media Preoperatoria dei R.O. programmati	% ricoveri con degenza preop 0- 1 g: =100%		
Fratture di Femore	% fratture di femore operate entro 2gg: >80%		
DH Medici Diagnostici	% DH Diagnostici sul totale DH Medici: <5%		

L'ASL NO ha da tempo organizzato un sistema di controllo e sorveglianza degli indicatori elencati con la finalità di individuare eventuali aree di inappropriatezza e, relativamente a queste, elaborare strategie condivise con i Direttori/Responsabili delle strutture di Degenza per il rispetto degli standard fissati dalla Regione.

I dati relativi a tali indicatori sono elaborati dal CSI – Regione Piemonte. L'ultimo aggiornamento utile è relativo al 30 giugno 2015.

Per ogni macroarea sono di seguito riportati i principali risultati.



DRG Chirurgici ad alto rischio di inappropriately: per ogni tipo di DRG “prodotto” dagli istituti di ricovero è stato individuato un valore soglia (standard di tolleranza) rispetto alla percentuale di ricoveri che possono superare la durata di 1 giorno.

Per quello che riguarda il Presidio Ospedaliero di Borgomanero, come centro erogatore di ricoveri a gestione diretta dell'ASL NO, si evidenzia una aderenza soddisfacente agli standard proposti dai competenti settori regionali (vd Tabella 36).

La maggior parte dei 36 DRG sottoposti a controllo hanno (dal 2012) raggiunto lo standard fin dal primo anno di monitoraggio (2012); altri lo hanno raggiunto nel corso del tempo grazie all'adozione di strategie organizzative. Rientrano in questa categoria:

- ✓ DRG 162 interventi per ernia inguinale e femorale. età > 17 anni senza cc
- ✓ DRG 266 trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza cc
- ✓ DRG 268 chirurgia plastica della pelle. del tessuto sottocutaneo e della mammella
- ✓ DRG 381 aborto con dilatazione e raschiamento. mediante aspirazione o isterotomia
- ✓ DRG 538 escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza cc

Ad oggi (dati 2015 – I semestre) risultano ancora critici i seguenti DRG:

- ✓ DRG 503 interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione
- ✓ DRG 360 interventi su vagina. cervice e vulva.

Per gli indicatori non in linea sono previste specifiche azioni di miglioramento, quali ad esempio la costituzione di un gruppo congiunto ASL-erogatori privati per la definizione di criteri di appropriatezza condivisi nell'esecuzione di interventi di artroscopia e meniscectomia, procedure ricomprese nel DRG 503.

Nella tabella 36 sono riportati i valori relativi ai 36 DRG monitorati. Al fine di consentire una più rapida lettura, sono stati colorati utilizzando la seguente legenda:

OBIETTIVO RAGGIUNTO	Indicatore per il quale l'obiettivo è stato raggiunto nel 2015
STORICAMENTE NON CRITICO	Indicatore che ha raggiunto il valore atteso già nel 2012
NON SIGNIFICATIVO PER SCARSA NUMEROSITÀ	Indicatore non significativo in quanto i casi sono troppo pochi per fare una valutazione corretta.
NON SIGNIFICATIVO MA IN PEGGIORAMENTO	Indicatore che, pur non significativo per scarsa numerosità, richiede attenzione perché in peggioramento
NECESSITA INTERVENTO	Indicatore il cui valore evidenzia la necessità di azioni correttive

DRG	% Max R.O. > 1 G (STD)	2012* (Borgo e Arona)		2013		2014		2015	STATUS I Semestre 2015
		I Sem.	Totale	I Sem.	Totale	I Sem.	Totale	I Semestre	
		% R.O. > 1 G sul Totale	% R.O. > 1 G sul Totale	% R.O. > 1 G sul Totale	% R.O. > 1 G sul Totale	% R.O. > 1 G sul Totale	% R.O. > 1 G sul Totale	% R.O. > 1 G sul Totale	
008 interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza cc	9 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	STORICAMENTE NON CRITICO
036 interventi sulla retina	23 %	3,2 %	5,0 %	3,0 %	2,6 %	1,0 %	1,6 %	2,4 %	STORICAMENTE NON CRITICO
38 interventi primari su iride	1 %	0,0 %	0,0 %			0,0 %	0,0 %		STORICAMENTE NON CRITICO
040 interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita. età > 17 anni	1 %	10,0 %	12,2 %	0,0 %	10,7 %	8,7 %	8,5 %	4,3 %	NON SIGNIFICATIVO PER SCARSA NUMEROSITÀ E IN COSTANTE MIGLIORAMENTO
041 interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita. età < 18 anni	1 %			50,0 %	50,0 %				STORICAMENTE NON CRITICO
042 interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	14 %	2,7 %	2,4 %	2,2 %	1,7 %	4,3 %	3,7 %	2,5 %	STORICAMENTE NON CRITICO
051 interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia	17 %	50,0 %	50,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	STORICAMENTE NON CRITICO
055 miscelanea di interventi su orecchio naso, bocca e gola	15 %	24,2 %	28,3 %	14,3 %	8,3 %	0,0 %	4,4 %	3,1 %	STORICAMENTE NON CRITICO
059 tonsillectomia e/o adenoidectomia. età > 17 anni	5 %	0,0 %	9,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	STORICAMENTE NON CRITICO
060 tonsillectomia e/o adenoidectomia. età < 18 anni	5 %	0,0 %	2,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	STORICAMENTE NON CRITICO
061 miringo > 17 anni	4 %	0,0 %	50,0 %		0,0 %			0,0 %	STORICAMENTE NON CRITICO
062 miringotomia con inserzione di tubo. età < 18 anni	1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	STORICAMENTE NON CRITICO
158 interventi su ano e stoma senza cc	6 %	6,2 %	4,6 %	9,1 %	15,3 %	7,9 %	9,7 %	8,2 %	NON SIGNIFICATIVO PER SCARSA NUMEROSITÀ
160 interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale. età > 17 anni senza cc	31 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,0 %	17,4 %	29,1 %	10,3 %	STORICAMENTE NON CRITICO
162 interventi per ernia inguinale e femorale. età > 17 anni senza cc	4 %	0,8 %	1,3 %	0,7 %	1,2 %	3,1 %	4,8 %	3,8 %	OBIETTIVO RAGGIUNTO
163 Ernia < 18	7 %	0,0 %	0,0 %						STORICAMENTE NON CRITICO
169 interventi sulla bocca senza cc	2 %	5,8 %	5,7 %	5,3 %	2,4 %	0,0 %	0,0 %	4,5 %	NON SIGNIFICATIVO PER SCARSA NUMEROSITÀ
227 interventi sui tessuti molli senza cc	6 %	12,5 %	1,0 %	4,5 %	4,9 %	8,7 %	4,4 %	14,8 %	NON SIGNIFICATIVO MA TENDENTE AL PEGGIORAMENTO
228	12 %	0,0 %	50,0 %				0,0 %		STORICAMENTE NON CRITICO
229 interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni. senza cc	1 %	1,4 %	0,8 %	0,0 %	0,0 %	2,1 %	1,1 %	3,7 %	NON SIGNIFICATIVO MA IN PEGGIORAMENTO
232 artroscopia	1 %	0,0 %	5,8 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	OBIETTIVO RAGGIUNTO
262 biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	3 %	14,3 %	6,6 %	12,5 %	10,0 %	0,0 %			NON SIGNIFICATIVO PER SCARSA NUMEROSITÀ
266 trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza cc	4 %	4,3 %	5,4 %	13,3 %	13,6 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	OBIETTIVO RAGGIUNTO
268 chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	17 %	60,0 %	26,6 %	6,7 %	3,8 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	OBIETTIVO RAGGIUNTO
270 altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza cc	4 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,4 %	2,6 %	STORICAMENTE NON CRITICO
339 interventi sul testicolo non per neoplasie maligne. età > 17 anni	7 %	0,0 %	0,0 %	5,0 %	4,7 %	4,8 %	5,5 %	0,0 %	STORICAMENTE NON CRITICO
340 interventi sul testicolo non per neoplasie maligne. età < 18 anni	4 %	0,0 %	6,5 %	0,0 %	9,1 %	0,0 %	7,1 %	0,0 %	OBIETTIVO RAGGIUNTO
342 circoncisione. età > 17 anni	1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,8 %	0,0 %	STORICAMENTE NON CRITICO
343 circoncisione. età < 18 anni	1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	STORICAMENTE NON CRITICO
345 altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne	1 %		100,0 %	100,0 %	100,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	STORICAMENTE NON CRITICO
360 interventi su vagina, cervice e vulva	9 %	15,4 %	17,1 %	35,7 %	41,4 %	36,4 %	21,7 %	58,3 %	NECESSITA INTERVENTO
364 dilatazione e raschiamento. conizzazione eccetto per neoplasie maligne	3 %	0,0 %	0,0 %	20,0 %	12,5 %	9,5 %	6,5 %	7,7 %	NON SIGNIFICATIVO E IN COSTANTE MIGLIORAMENTO
377 diagnosi relative a postparto e postaborto con intervento chirurgico	17 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	33,3 %	0,0 %	STORICAMENTE NON CRITICO
381 aborto con dilatazione e raschiamento. mediante aspirazione o isterotomia	3 %	2,4 %	3,6 %	3,1 %	5,3 %	2,3 %	2,2 %	3,3 %	OBIETTIVO RAGGIUNTO
503 interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	4 %	13,5 %	19,4 %	19,8 %	17,4 %	11,2 %	11,6 %	7,4 %	IN MIGLIORAMENTO MA SEMPRE NON RAGGIUNTO (obiettivo pieno non raggiungibile)
538 escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza cc	16 %	13,1 %	15,0 %	28,6 %	21,3 %	24,2 %	21,3 %	9,3 %	OBIETTIVO RAGGIUNTO

Tab. 36 – DRG Chirurgici ad alto rischio di inappropriatazza

Prestazioni chirurgiche in regime di ricovero ed ambulatoriale: da tempo vi è indicazione della Regione (DGR 84-10526 del 29.12.2008 e s.m.i.) che gli interventi chirurgici di Tunnel Carpale, Cataratta e Stripping Vene vengano erogati in regime ambulatoriale salvo casi di provata necessità. Tunnel Carpale e Cataratta rispettano da sempre pienamente gli standard fissati dalla DGR del 3.8.2011 (vd Tabella 37). L'attività chirurgica di stripping venoso viene solo parzialmente svolta in regime ambulatoriale, prevalentemente per scelte cliniche.



Prestazioni chirurgiche in regime di ricovero ed ambulatoriale

Anno	Periodo	Codice	Tunnel Carpale (DRG 006 e Prestazione 04.43)												
			Phase BDO Day Hospital + Day Surgery	Phase BDO Rivetti Ordinati al 1 G	Phase BDO Rivetti Ordinati > 1 G	Phase BDO Totale	Phase C	Rivetti + Ambulatoriale	% R.O. < 41 Ore sul Totale	% Maxima R.O. > 1 G	% R.O. < 41 Ore sul Totale	% Maxima R.O. > 1 G + D.B.	% Ambulatoriale sul Totale	% Minima + Prestazioni Ambulatoriali	
			Costi	Costi	Costi	Costi	Quantità								
2015	I Sem.	010006 00	3			3	47	50		1 %		6,00 %		94,00 %	90 %
2014	Tutto		1			1	98	99				1,01 %		98,99 %	
2014	I Sem.						45	45				0,00 %		100,00 %	
2013	Tutto		2			2	106	108				1,85 %		98,15 %	
2013	I Sem.		2			2	52	54				3,70 %		96,30 %	
2012* Arona e Borgo	Tutto		6			6	62	68				8,82 %		91,18 %	
2012* Arona e Borgo	I Sem.		2			2	8	10				20,00 %		80,00 %	
2011* Arona	I Sem.		5			5	77	82				6,10 %		93,90 %	
1 *															
9 %															
90 %															

Anno	Periodo	Codice	Cataratta (DRG 039 e Prestazione 13.19.1)												
			Phase BDO Day Hospital + Day Surgery	Phase BDO Rivetti Ordinati al 1 G	Phase BDO Rivetti Ordinati > 1 G	Phase BDO Totale	Phase C	Rivetti + Ambulatoriale	% R.O. < 41 Ore sul Totale	% Maxima R.O. > 1 G	% R.O. < 41 Ore sul Totale	% Maxima R.O. > 1 G + D.B.	% Ambulatoriale sul Totale	% Minima + Prestazioni Ambulatoriali	
			Costi	Costi	Costi	Costi	Quantità								
2015	I Sem.	010006 00	36	5		41	863	904		1 %		4,54 %		95,46 %	60 %
2014	Tutto		64	16	1	81	1.660	1.741				0,06 %		99,94 %	
2014	I Sem.		31	7		38	848	886				4,29 %		95,71 %	
2013	Tutto		29	12		41	1.558	1.599				2,56 %		97,44 %	
2013	I Sem.		13	8		23	779	802				2,87 %		97,13 %	
2012* Arona	Tutto		110	10	1	121	1461	1582				0,68 %		99,32 %	
2012* Arona	I Sem.		60	4		64	720	784				8,16 %		91,84 %	
2011* Arona	I Sem.		80	6	1	87	947	1.034				0,10 %		99,90 %	
1 *															
39 %															
60 %															

Anno	Periodo	Codice	Legatura e Stripping Vene (DRG 119 e Prestazione 38.59.3)												
			Phase BDO Day Hospital + Day Surgery	Phase BDO Rivetti Ordinati al 1 G	Phase BDO Rivetti Ordinati > 1 G	Phase BDO Totale	Phase C	Rivetti + Ambulatoriale	% R.O. < 41 Ore sul Totale	% Maxima R.O. > 1 G	% R.O. < 41 Ore sul Totale	% Maxima R.O. > 1 G + D.B.	% Ambulatoriale sul Totale	% Minima + Prestazioni Ambulatoriali	
			Costi	Costi	Costi	Costi	Quantità								
2015	I Sem.	010006 00	15			15		15	0,00 %	2 %		100,0 %			6 %
2014	Tutto		24			1	1	25	0,00 %			96,0 %		4,0 %	
2014	I Sem.		17			17	1	18	0,00 %			94,44 %		5,6 %	
2013	Tutto		28	1	1	30	1	31	3,23 %			93,55 %		3,23 %	
2013	I Sem.		20		1	21	1	22	4,55 %			90,91 %		4,55 %	
2012* Arona e Borgo	Tutto		37		2	39		39	5,13 %			94,87 %			
2012* Arona e Borgo	I Sem.		21		1	22		22	4,55 %			95,45 %			
2011* Arona e Borgo	I Sem.		22			22	1	23	0,00 %			100,00 %		4,35 %	
2 %															
92 %															
6 %															

Tab. 37 – Prestazioni chirurgiche in regime di ricovero ed ambulatoriale



Chemioterapia: la DGR sull'appropriatezza dispone che almeno il 60% dell'attività di Chemioterapia debba essere erogata in regime ambulatoriale. L'ASL NO dal 2012 – anno dopo anno - ha incrementato la quota ambulatoriale raggiungendo nel I semestre del 2015 circa il 50% delle chemioterapie erogate in regime ambulatoriale (vd Tabella 38); le proiezioni dell'attività indicano un probabile raggiungimento dell'obiettivo entro la fine dell'anno 2015 (dati ufficiali CSI ancora non disponibili).



4) Chemioterapia: Prestazione 99.25, 99.25.4, 99.25.5 e DRG 410

Anno	Periodo	Codice	Struttura	Flusso SDO - Day Hospital e Day Surgery	Flusso C	Ricoveri D.H. + Ambulatoriale	% Ambulatoriale sul Totale	% Minima Prestazioni Ambulatoriali
				Accessi/Casi	Quantità			standard
2015	I Semestre	0.60005.00	ISTITUTO S.S. TRINITA - BORGOMANERO	687	678	1.365	49,7 %	60 %
2014	Tutto			2.062	1.283	3.345	38,4 %	
2014	I Sem			751	594	1.345	44,2 %	
2013	Tutto			2.180	809	2.989	27,1 %	
2013	I Sem			371	606	977	62,8 %	
2012	Tutto			Casi 297	917	1.214	75,5 %	
2012	I Sem			Casi 131	457	588	77,7 %	

Tab. 38 – Chemioterapia

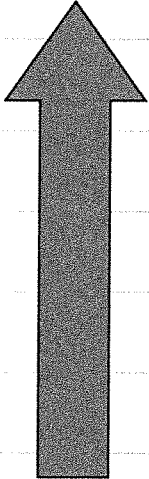
Degenza Media Preoperatoria dei R.O. programmati: i competenti settori regionali richiedono che il periodo di ricovero pre-intervento non sia superiore ad 1 giorno; i dati ASL NO dimostrano che in tutte le specialità chirurgiche si raggiunge un tasso di appropriatezza superiore almeno al 97,3%. (vd Tabella 39)



Degenza Media Preoperatoria (R.O. Programmati) - Totali per Struttura, Disciplina di Ammissione e Tipo DRG

Regione Nord e Programmata (RCC, F, Programmata) - Totale per Servizio - Distribuzione di Ammissioni e Tipo DRG				2012		Totale Anno		I Sem.		Totale Anno		I Sem.		Totale Anno		I Sem.		Totale Anno		I Sem.		Standard
				01/01/2012 Totale F, Programmata 																		

Femore

Anno	Periodo	Struttura	Numeratore	Denominatore	Indicatore	Standard
2015	I Sem.		80	113	70,8%	Media Regione 67,1 
2014	TUTTO		154	248	62,1 %	
2014	I Sem.		76	109	69,7 %	
2013	TUTTO	ISTITUTO S.S. TRINITA - BORGOMANERO	109	196	55,6 %	
2013	I Sem.		41	92	44,6%	
2012	TUTTO		24	219	11,0%	
2012	I Sem.		8	109	7,3%	
2011	I Sem.		18	95	18,9%	

Tab. 40 – Fratture di Femore

DH Medici Diagnostici: è fissato come standard di appropriatezza il limite di 5% nel rapporto tra i DH medici diagnostici e tutti i DH medici. Dall'avvio dell'attività di monitoraggio sistematico (2012) l'ASL NO ha sempre ottenuto risultati abbondantemente all'interno degli standard proposti (vd Tabella 41).

D.H. Diagnostici

Anno	Periodo	Codice	Struttura	Tipo DRG	D.H. Diagnostici	D.H. Ter+Diagn	% DH Diagnostici	Standard
2015	I Semestre	010006 00	ISTITUTO S.S. TRINITA - BORGOMANERO		7	255	2,75 %	< 5%
2014	Tutto				9	502	1,79 %	
2013	Tutto				11	441	2,49 %	
2012	Tutto				16	649	2,5%	

Tab. 41 – DH Medici Diagnostici

Attività specialistica ambulatoriale - Indicatori DGR 15-7486 del 23 aprile 2014

In linea con le azioni previste dai Programmi Operativi, sono stati assegnati specifici obiettivi sull'appropriatezza prescrittiva sia alle strutture ospedaliere (obiettivi di budget 2015) sia ai MMG e agli specialisti convenzionati interni (Accordi 2015), tendenti al contenimento delle prestazioni inappropriate.

L'ASL NO ha posto in essere le seguenti azioni per il contenimento e il miglioramento in termini di appropriatezza delle prestazioni di specialistica ambulatoriale:

- a. Governo della domanda attraverso il coinvolgimento dei prescrittori:
 - o Corso FAD sull'appropriatezza prescrittiva, specifico sulla Medicina di Laboratorio, RRF, Diagnostica per immagini (con particolare riguardo all'ecografia dei tessuti molli), Dermatologia e Cardiologia;
 - o Assegnazione di specifici obiettivi nell'ambito degli Accordi collettivi sia con i MMG che con gli specialisti convenzionati per la riduzione delle prestazioni inappropriate.
- b. Governo della domanda attraverso il coinvolgimento degli erogatori:
 - I criteri per la definizione del fabbisogno nei confronti delle strutture private accreditate insistenti sul proprio territorio prevedono l'indicazione alla riduzione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, con particolare riguardo a TC, RM e prestazioni di Laboratorio, incidendo sulle prestazioni potenzialmente inappropriate.
 - È stato avviato un gruppo di lavoro congiunto ASL-AOU, IRCCS, erogatori privati per la definizione di protocolli EBM (basati su prove di efficacia), univoci e condivisi tra tutti gli erogatori della rete, su specifiche tematiche.

Di seguito sono riportati i valori relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate per residente nel 2015 e nel 2014. Dal confronto tra i due anni si osserva una contrazione delle prestazioni da ricondurre anche alla riduzione delle prestazioni inappropriate.

Programmi Operativi 2013-2015 - D.G.R. n. 15-7486
Prestazioni specialistiche ambulatoriali regionali

Report stampato il 15/03/16

A.S.L. NOVARA

	2014		2015			Percentuale diminuzione tra 2014 e 2015
	Totale	Gennaio-Dicembre	Gennaio-Dicembre	Tendenziale	Programmato	
Riduz. Prest. Amb. per 100 ab.	14,95	14,95	14,36	14,36	12	-3,90
di cui Riduz. Prest. Lab. per 100 ab.	10,85	10,85	10,29	10,29	9	-5,14
di cui Riduz. Prest. RMN per 100 ab.	7,62	7,62	7,50	7,50	7,71	-1,65
di cui Riduz. Prest. TAC per 100 ab.	5,89	5,89	5,71	5,71	4,85	-3,05
di cui Riduz. Prest. Terapia Fisica per 100 ab.	26,38	26,38	21,54	21,54	36,79	-18,36



6. IL GOVERNO CLINICO

L'approccio integrato che pone al centro della programmazione e gestione dei servizi sanitari i bisogni dei cittadini e valorizza il ruolo e la responsabilità dei medici e degli altri operatori sanitari per la promozione della qualità è alla base delle scelte e della pianificazione aziendale dell'ASL NO.

Per assicurare la qualità e la sicurezza delle prestazioni, i migliori risultati possibili in salute e l'uso efficiente delle risorse, vengono impiegate metodologie e strumenti quali le linee guida ed i profili di assistenza basati su prove di efficacia, la gestione del rischio, la valorizzazione del personale e la relativa formazione, la integrazione disciplinare e multiprofessionale, la valutazione sistematica delle performance per introdurre innovazioni appropriate ed con il coinvolgimento di tutti i soggetti, compresi i volontari e la comunità.

Il Governo clinico rappresenta dunque un importante elemento che può contribuire ad integrare una serie di elementi, quali:

- l'esigenza di assicurare omogeneità, per qualità e quantità, nonché per requisiti minimi di sicurezza e garanzie di efficacia, alle prestazioni erogate su tutto il territorio nazionale;
- la necessità di implementare percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali costruiti sulla appropriatezza e sulla centralità del paziente;
- il dovere di procedere all'innalzamento dei livelli di sicurezza delle prestazioni attraverso la introduzione di tecnologie e metodiche di prevenzione del rischio
- il miglioramento della medicina del territorio, a partire dalla riorganizzazione e promozione delle cure primarie e della integrazione socio-sanitaria, con particolare riferimento alla presa in carico e alla continuità della assistenza
- la opportunità di aprire il sistema, nella sua interezza, alla cultura della valutazione, puntando con decisione sulla utilizzazione di indicatori di esito e valutazione in termini di obiettivi di salute conseguiti, più che di mera sommatoria di prestazioni erogate;
- l'esigenza di aumentare la trasparenza del sistema, a cominciare dalla rivalutazione del merito professionale
- l'urgenza di dare effettività alla declamata centralità del paziente, nella consapevolezza che il sistema è chiamato ad un impegno che va al di là della corretta informazione nei suoi confronti.

Nel corso del 2015 l'ASL NO ha promosso nuove azioni sui seguenti determinanti di governo clinico, tra di loro interconnessi e complementari:

- Appropriatelyzza
- Formazione continua
- Gestione del rischio
- Audit clinici
- Linee guida cliniche e percorsi assistenziali
- Coinvolgimento del paziente, dei caregivers, delle organizzazioni di rappresentanza dei cittadini e del volontariato

Appropriatezza

L'appropriatezza delle cure può essere misurata e costituire quindi la base per compiere le scelte migliori sia per il singolo paziente sia per la collettività. Il buon funzionamento dei sistemi sanitari tradotto in termini di efficacia, efficienza e equità e la loro tenuta, sempre più spesso, si rapporta alla capacità di determinare e identificare le cure necessarie, minimizzando fenomeni di inappropriatezza.

Nel corso del 2015, nell'ambito degli Accordi aziendali sottoscritti dai MMG dell'ASL NO (approvati in Comitato aziendale Medicina Generale del 28/01 e 12/03/2015) si è concordato un progetto di Appropriatelyzza Prescrittiva Farmaceutica che ha previsto l'applicazione delle linee di indirizzo elaborate dai gruppi multidisciplinari ASL – AOU nel 2014 sui farmaci cd "altospendenti" (antidepressivi, statine, eparine) e su antiipertensivi (PDPA ipertensione) con l'obiettivo di raggiungere il target previsto dalla Regione Piemonte.



Riguardo l'appropriatezza delle richieste di prestazioni specialistiche i protocolli condivisi con l'AOU Maggiore della Carità sono stati oggetto di corsi FAD erogati nel corso del 2015:

- Appropriately prescriptive di esami di Laboratorio
- Appropriately prescriptive in RRF,
- Appropriately prescriptive in dermatologia

Formazione Continua

La formazione continua è lo strumento insostituibile per mantenere gli adeguati livelli di conoscenza e di competenza del personale sanitario, garantire l'elevato livello di qualità delle prestazioni sanitarie, a fronte del crescente volume di conoscenze, della rapida introduzione di nuove tecnologie, delle maggiori aspettative dei pazienti e della grande attenzione sulla qualità e gli esiti delle cure.

Il Provider ASL NO, a seguito di verifica Regionale, è stato inserito con determina n° 473 del 17/07/2015 della Direzione Sanità Regione Piemonte, nell'albo dei Provider definitivi.

Il Piano Formativo Aziendale del 2015 ha visto l'implementazione di metodologia didattiche maggiormente sostenibili dall'organizzazione quali e-learning e formazione sul campo, con ricadute di efficacia, laddove correttamente applicate, superiori a quelle di formazione d'aula.

In particolare sono state accreditati ECM gli audit clinici su tematiche considerate critiche ed i Gruppi di Miglioramento attivati per la realizzazione di protocolli condivisi utili al miglioramento dell'attività clinico - assistenziale.

Nel corso del 2015 sono stati predisposti numerosi corsi sulla Piattaforma regionale per la FAD e tre di questi, Formazione base neoassunti ai sensi del DLGS 81/2008, formazione quinquennale ai sensi del DLGS 81/2008 e Appropriately prescriptive in Laboratorio Analisi, a seguito di richiesta della Direzione Sanità Regione Piemonte, sono stati/saranno, resi disponibili a tutte le Aziende Sanitarie Regionali.

In collaborazione con AOU Maggiore della Carità, ASL VC, ASL BI, ASL VCO è stato realizzato un corso FAD di informazione/formazione per ottemperare a quanto previsto nel Piano triennale per la trasparenza e l'anticorruzione ai sensi del Decreto legislativo 33 del 14/03/2013. Nel corso del 2015 quasi un terzo del personale dipendente dall'ASL NO ha partecipato a tale iniziativa.

Particolare attenzione è stata rivolta alla formazione dei Direttori/Responsabili delle Strutture Aziendali finalizzata alla implementazione delle competenze relative a: leadership, motivazione, lavoro in team per fornire un ulteriore stimolo al senso del ruolo e al lavoro di gruppo. Il percorso è stato pensato per aumentare il senso di appartenenza e per consolidare l'identificazione nell'Azienda, al di là della contingenza dei ruoli e dei mandati dirigenziali anche in previsione delle modifiche previste dal nuovo Atto Aziendale.

Valore aggiunto di tale percorso formativo è stata la realizzazione di una mostra aperta al pubblico che attraverso poster, filmati, materiali divulgativi prodotti dai partecipanti ha consentito di presentare le buone pratiche aziendali più significative, eccellenze della sanità locale. Questo risultato tangibile della formazione, ne conferma il valore strategico per un'Azienda Sanitaria in quanto l'investimento culturale è in grado di trasformare dall'interno le organizzazioni favorendo il miglioramento continuo e l'incremento dei livelli qualitativi. Il poster dal titolo **"Futuro Anteriore": il progetto formativo per Direttori/Responsabili delle Strutture Aziendali della ASL NO**, che illustrava tale iniziativa, è stato accettato all'VIII Congresso Nazionale della Società Italiana Medici Manager (SIMM) svoltosi a Torino il 12-13 novembre 2015.

Gestione del rischio clinico

Presso l'ASL NO è attiva, in staff alla Direzione Generale, l'Unità per la Gestione del Rischio che affronta la tematica del rischio in azienda con un approccio multidisciplinare, promuovendo l'analisi, l'identificazione, la valutazione ed il trasferimento/trattamento/rimozione dei rischi individuati in collaborazione con tutte le strutture aziendali e gli stakeholder.

All'UGR, che è presieduta dal Direttore Sanitario Aziendale, afferiscono le seguenti strutture: Medicina Legale, Medico Competente, Farmacia, Direzione Medica, Qualità, Ingegneria Clinica, Servizio Prevenzione e Protezione, Servizio Infermieristico, Dipartimento Chirurgico, Servizio Legale.

Per lo svolgimento delle proprie funzioni l'UGR ha istituito vari gruppi di lavoro specifici ognuno dei quali coordinato da un referente.



Nel corso del 2015 si è lavorato prioritariamente per l'aggiornamento/implementazione delle procedure previste dalle Raccomandazioni Ministeriali, lo sviluppo degli strumenti/protocolli per la Sicurezza in Sala Operatoria, lo sviluppo del Programma 18 dei Piani Operativi Regionali 2013/2015, la formazione sui principali strumenti per la gestione del rischio clinico in coerenza agli indirizzi formulati dal Gruppo Regionale del Rischio Clinico.

Audit clinico

L'audit clinico è una metodica di revisione critica della pratica clinica basata sull'evidenza ed in aderenza a linee-guida accreditate. È lo strumento di governo clinico che ha lo scopo di analizzare e valutare la qualità della pratica clinica nell'ambito della organizzazione di riferimento.

Nel corso del 2015 la realizzazione di audit clinici è stato uno tra gli obiettivi assegnati sia ai Direttori delle Strutture Aziendali (nell'ambito degli obiettivi di budget) sia ai PLS.

Gli audit clinici attivati sono stati i seguenti:

- antibiotico profilassi pre operatoria
- profilassi delle calcificazioni eterotopiche nelle artroprotesi d'anca
- alimentazione parenterale in caso di interventi di asportazione di neoplasia al colon-retto
- terapia antibiotica nella faringotonsillite da streptococco beta emolitico (pz pediatrico)
- terapia antibiotica nell'otite media acuta (pz pediatrico)
- monoterapia nelle psicosi giovanili
- terapia con inibitori di pompa protonica nel paziente chirurgico
- dosaggio della troponina nel paziente con sospetta SCA
- appropriatezza delle richieste di ecocardiografia
- appropriatezza del parto cesareo
- follow up endoscopico nelle gastriti

Percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali

Il PDTA rappresenta uno strumento essenziale del governo clinico finalizzato alla promozione della buona pratica clinica e a favorire l'approccio multidisciplinare e la collaborazione interprofessionale nel processo di miglioramento continuo della qualità.

Nel corso del 2015 è proseguita l'attività di medicina di iniziativa presso il Centro di Assistenza Primaria-CAP di Arona, che fornisce risposte integrate, mediante percorsi di cura realizzati in continuità fra Ospedale e Territorio e rappresenta il setting ideale per la gestione delle patologie croniche. Il servizio, svolto da MMG e infermieri, coadiuvati dagli specialisti ospedalieri e convenzionati, ha avviato la sperimentazione, accanto ai PDTA già attivi - per pazienti affetti da Scompenso Cardiaco Cronico-SCC e per pazienti con Diabete Mellito tipo 2 in Gestione Integrata - del PDTA per la gestione del paziente affetto da BPCO. Obiettivi prioritari di questi modelli di cure primarie sono quelli di garantire la continuità assistenziale al paziente coinvolgendo i vari professionisti, assicurargli un follow-up clinico-strumentale in modo da ottimizzare la terapia, cercare di prevenire le recidive cui conseguono accessi in DEA e ricoveri, migliorare la *compliance* dei pazienti rispetto al piano di cura.

E' stato realizzato, in collaborazione con Gastroenterologi e Medici di Medicina Generale il PDTA delle Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali che verrà implementato nei primi mesi del 2016.

Tale PDTA è stato presentato e condiviso con AMICI, Onlus che opera su tutto il territorio curando in proprio diverse iniziative a favore dei pazienti affetti malattie infiammatorie croniche intestinali.

Comunicazione e documentazione clinica

La comunicazione è definita come lo **scambio bidirezionale di informazioni**.

Una politica di buona comunicazione deve essere implementata a tutti i livelli dell'organizzazione sanitaria: nel corso del 2015 è stata migliorata la scheda paziente, presente nell'applicativo informatico ECWMed, che costituisce uno strumento di condivisione dei PDTA attivi al CAP di Arona tra MMG, CAP e specialisti di volta in volta coinvolti.

Nell'ambito della comunicazione ricade il tema del **consenso informato** che deve essere ottenuto da tutti i pazienti come prassi routinaria della pratica clinica nel corso del 2015 sono state approvate/revisionate le schede informative relative all'uso della tossina botulinica, alla biopsia renale, alla colecisti



pancreatografia endoscopica retrograda, all'uso del protossido d'azoto arrivando ad un numero complessivo di schede informative uguale a 169.

Innovazione e sviluppo

Innovazione e sviluppo sono parte integrante del governo clinico per incrementare il livello delle prestazioni sanitarie e gli outcome, le attività introdotte in questa ottica:

- In applicazione alla delibera Regionale è stato attivato, nel dicembre 2014, presso la SC Anatomia Patologica il Centro di riferimento regionale per lo screening del cervico carcinoma e nel corso del 2015 è stata avviata l'implementazione del "Sistema di Gestione Qualità del Centro Unico"
- Per quanto riguarda il CPVE è stata completata la centralizzazione della qualificazione biologica e attivata, come da indicazioni regionali, la sub-attività CQB per tutta la AIC3.
- E' stato introdotto l'utilizzo del protossido di azoto per il trattamento del dolore e il mantenimento dell'anestesia previa formazione di circa 100 persone.

Coinvolgimento del paziente, dei caregiver, delle organizzazioni di rappresentanza dei cittadini e del volontariato

Una visione moderna della sanità non può prescindere dal coinvolgimento dei vari stakeholder e soprattutto dei pazienti che devono essere attivamente coinvolti nelle scelte delle cure e dei trattamenti e nel miglioramento degli stili di vita: nel corso del 2015 l'ASL ha aderito al protocollo FUCSAM – progetto follow up e stili di vita per pazienti con pregresso tumore della mammella e del colon retto e sono stati previsti interventi specifici atti a ridurre il rischio di sviluppare complicanze nel paziente con diabete di tipo 2.

Altro aspetto è la rilevazione della soddisfazione dei pazienti rispetto ai servizi offerti e le loro aspettative sono proseguite le indagini di percezione, priorità, gradimento, soddisfazione:

- l'ASL nel corso del 2015 ha aderito al progetto di ricerca corrente: "La valutazione della qualità delle strutture secondo la prospettiva del cittadino". I risultati di questa attività sono stati pubblicati, secondo protocollo, sulla piattaforma di AGENAS.
- dal gennaio 2015 è stata rilevata la soddisfazione dei familiari dei pazienti ricoverati in Unità di Terapia Intensiva con buoni risultati rispetto alla percezione della qualità assistenziale, il sostegno emotivo ricevuto, le modalità, i tempi e il coinvolgimento del caregiver nel processo decisionale delle scelte cliniche riguardanti il paziente.

ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE A.S.L. DI NOVARA

Verbale n. 6/2016

Il giorno 29 giugno 2016, alle ore 09.00, presso la Sala Riunioni dell'A.S.L. "NO" di Novara, in viale Roma n. 7, si è riunito l'Organismo Indipendente di Valutazione, di seguito O.I.V., dell'A.S.L. "NO".

Sono presenti:

Dott.ssa Daniela Sarasino Presidente

Dott. Lorenzo Gelmini Componente

Dott. Michele Presutti Componente

È altresì presente la Dott.ssa Giulia Delfini, della s.s. Controllo di Gestione, che svolge le funzioni di segretario.

Ordine del Giorno:

1. Validazione relazione annuale sulla performance (RAP)
2. Valutazione personale del comparto titolare di posizione organizzativa per l'anno 2015
3. Esame della proposta sistema di valutazione del personale del comparto
4. Varie ed eventuali

Punto 1

La dott.ssa Sarasino illustra la Relazione Annuale sulla Performance (allegato 1) elaborata dalla s.s.d. Governo Clinico e Sviluppo Strategico, che viene validata dall'OIV.

Punto 2

L'OIV procede quindi alla verifica dell'attività dell'anno 2015 del personale del comparto dell'A.S.L. "NO" titolare di posizione organizzativa, esaminando la documentazione all'uopo inviata dai Direttori/Responsabili delle strutture a cui afferisce tale personale. L'OIV ritiene di approvare le valutazioni espresse dai Responsabili/Direttori, così come riportato nell'Allegato 2, dando atto del giudizio positivo ottenuto da tutto il personale interessato.

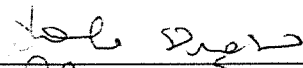
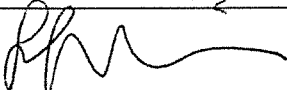
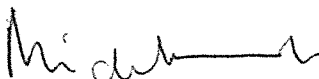
Punto 3

L'OIV esamina la proposta del processo di valutazione del personale del comparto, trasmessa dal Responsabile della s.c. Servizio Personale. Dall'analisi effettuata l'OIV ritiene opportuno riesaminare il documento, unitamente al Responsabile della s.c. Servizio Personale, in una delle prossime riunioni dell'OIV.



Non avendo più nulla da discutere la seduta si conclude alle ore 12.00.

Il presente verbale costituito da n. 2 pagine viene letto e sottoscritto dai Componenti per approvazione.

Nome e Cognome	Qualifica	Firma
Dott.ssa Daniela Sarasino	Presidente	
Dott. Lorenzo Gelmini	Componente	
Dott. Michele Presutti	Componente	



AFFARI GENERALI

**FOGLIO ADEMPIMENTI
- EFFETTI -**

- Il presente provvedimento è esecutivo:

☒ **Giorno inizio esecutività** 18 LUG. 2016

☐ **dal giorno della sua iscrizione nel Registro Generale**

☐ **dalla data in esso provvedimento indicata**

- PUBBLICAZIONE -

Al presente provvedimento è stata data pubblicità legale, ai sensi dell'art. 32, 1° comma, L. 69/2009, tramite pubblicazione sul sito informatico dell'Ente ad iniziare dal giorno - 8 LUG. 2016



**S.C. AFFARI GENERALI E LEGALI
IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO**
(dott. Mauro Rossi)

Mauro Rossi

- COMUNICAZIONI -

Provvedimento trasmesso in copia alle sottospecificate Strutture aziendali

☒ **V.D.**
☐ **SEF**

☒ **COLLEGIO SINDACALE**

☐ **AFGE**
☒ **COGEST**
☐ **DEA**
☐ **SPP**
☐ **DASSSI**
☐ **SERT**
☐ **CCPS**
☐ **DI/N**
☐ **SPRESAL**
☐ **DADS**
☐ **Tutte SS.**

☒ **SPER**
☐ **CED**
☐ **FO**
☐ **MC**
☐ **PASSSI**
☐ **DSMI**
☐ **DI/A**
☐ **DP**
☐ **SIAV**
☐ **DMED**
☐ **Tutte SS.AA.**

☐ **STP**
☐ **SITRA**
☐ **FT**
☐ **SSEPI**
☐ **PRCAE**
☐ **DMI**
☐ **DI/B**
☐ **SISP**
☐ **Tutti Distretti**
☐ **DCHIR**
☐ **Tutti SS.SS.**

☐ **SEP**
☐ **DMPO**
☐ **GOCSS**
☐ **CIE**
☐ **SML**
☐ **AIP**
☐ **DI/GT**
☐ **SIAN**
☐ **DRIAB**

☐ **ALTRI**

L'oggetto del presente provvedimento viene inoltrato al Collegio Sindacale per rendere edotto, quest'ultimo, della sua adozione.

