

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

**Viale Roma, 7 - NOVARA**

**DELIBERAZIONE  
DEL DIRETTORE GENERALE**

Numero 128      Data 29 GIU. 2017

*PROPOSTA ISTRUTTORIA N. 1 DEL 29/06/2017*

**OGGETTO : APPROVAZIONE E ADOZIONE DELLA RELAZIONE  
SULLA PERFORMANCE A.S.L. "NO" - ANNO 2016.**

---



*Struttura Proponente: ssd Governo Clinico e Sviluppo Strategico*

§ § § § § § §

**IL DIRETTORE GENERALE**

**(Nominato con D.G.R. n. 36-1364 del 27 aprile 2015)**

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

OGGETTO: **APPROVAZIONE E ADOZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE A.S.L. "NO" - ANNO 2016.**

**PROPOSTA ISTRUTTORIA**

**RICHIAMATO** l'art. 10 del D.Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150, che prevede – alla lettera b), la predisposizione di “*un documento, da adottare entro il 30 giugno, denominato “Relazione sulla performance” che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all’anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati e alle risorse ...*”;

**RICHIAMATE** le linee guida relative alla struttura ed alle modalità di predisposizione della Relazione sulla Performance di cui al punto precedente, di cui alla delibera 52/2012 CiVIT (ora A.N.A.C.), che prevedono – tra l’altro – che la relazione sia predisposta entro il 30 giugno e che sia trasmessa, unitamente al documento di validazione predisposto dall’OIV, agli organismi competenti entro il 15 settembre;

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

altresi la deliberazione del Direttore Generale n. 124 del 29/06/2017, di “Accertamento conseguimento obiettivi anno 2016 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 29 giugno 2017, di cui al verbale n. 4/2017, l’Organismo Indipendente di Valutazione ha proceduto all’esame ed alla validazione della Relazione sulla Performance dell’A.S.L. “NO” per l’anno 2016;

**ATTESO** che – ai sensi dell’art. 11, comma 8, del D.Lgs. 150/2009 – corre l’obbligo di pubblicare sul sito istituzionale aziendale, nella sezione denominata “Trasparenza, valutazione e merito” la Relazione sulla Performance;

**DELIBERA**

per tutto quanto in premessa indicato:

1. **di approvare e adottare** il documento allegato quale parte integrante e sostanziale al presente provvedimento, denominato “Relazione Annuale sulla Performance Aziendale” sugli esiti del monitoraggio delle attività assistenziali e della loro qualità – Anno 2016”;

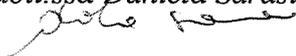


2. **di pubblicare** sul sito istituzionale aziendale, nella sezione denominata “Trasparenza, valutazione e merito” il documento di cui al punto precedente, unitamente al documento di validazione predisposto dall’O.I.V.;
3. **di trasmettere** copia della Relazione sulla Performance ed il documento di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

*Il Dirigente Responsabile*

*ssd Governo Clinico e Sviluppo Strategico*

*(dott.ssa Daniela Sarasino)*



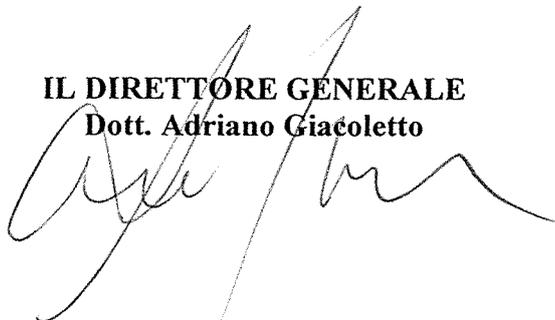
**IL DIRETTORE GENERALE**

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

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

**IL DIRETTORE GENERALE**

**Dott. Adriano Giacometto**



## **PARERI DEI DIRETTORI AMMINISTRATIVO E SANITARIO**

- VISTO** *l'art. 3, del d. Lgs. 30 dicembre 1992, n° 502, e successive modificazioni ed integrazioni;*
- VISTA** la proposta di atto deliberativo formulata dalla Struttura **S.S.D. Governo Clinico e Sviluppo Strategico** iscritta al n° 1 in data **29/06/2017** dell'apposito registro, di cui il presente parere costituisce allegato;
- CONSIDERATO** che la formulazione di una proposta di atto deliberativo, impegna la responsabilità del Soggetto proponente circa la regolarità amministrativa e contabile del contenuto della deliberazione; nonché sulla legittimità della medesima;

### **I DIRETTORI: AMMINISTRATIVO E SANITARIO**

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

*ognuno per la rispettiva competenza*

**ESPRIMONO PARERE FAVOREVOLE**

---

**Il Direttore Amministrativo:**

*dott.ssa Simonetta Rizzolio*



---

**Il Direttore Sanitario:**

*dott.ssa Arabella Fontana*

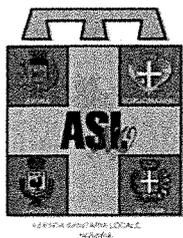


---

**ALLEGATO**  
**AL PROVVEDIMENTO R.G. N° 128 IN DATA 29 GIU. 2017**

**COMPOSTO DA N. DUECENTOSETTANTOTTO FACCIATE**





REGIONE PIEMONTE

AZIENDA SANITARIA LOCALE NO  
NOVARA

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

**ANNO 2016**

Novara, 27 giugno 2017

*Relazione validata dall'OIV nella seduta del 29 giugno 2017*



## INDICE

Premessa	Pag.	3
1. Il contesto	Pag.	4
1.1 Il territorio servito	Pag.	4
1.2 La popolazione	Pag.	5
1.3 Stili di vita	Pag.	6
1.4 Malattie infettive	Pag.	8
1.5 Sicurezza sul lavoro	Pag.	9
1.6 Sicurezza stradale	Pag.	9
1.7 Sicurezza alimentare	Pag.	10
1.8 Condizioni di salute	Pag.	11
2. La struttura e l'organizzazione dei servizi	Pag.	15
2.1 Il personale impiegato	Pag.	19
3. Gli strumenti aziendali	Pag.	20
3.1 Modalità di assegnazione e monitoraggio degli obiettivi annuali nell'ASL NO	Pag.	20
3.2 Modalità di valutazione del personale	Pag.	25
4 I risultati 2016	Pag.	27
4.1 Obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi del Direttore Generale	Pag.	27
4.2 Obiettivi delle strutture dell'ASL NO	Pag.	84
4.3 Valutazione del personale	Pag.	85
5 Indicatori di monitoraggio dell'assistenza e della loro qualità	Pag.	87
Appendice – schede di approfondimento		





A.S.L. NO Azienda Sanitaria Locale di Novara - Sede Legale: Viale Roma 7 – 28100 Novara  
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519 - P.IVA 01522670031  
[www.asl.novara.it](http://www.asl.novara.it)

## 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 2016, è strutturata come di seguito dettagliato:

1. Il contesto dell'ASL NO, capitolo nel quale vengono rappresentate le principali caratteristiche del territorio (popolazione, determinanti dello stato di salute) dove l'ASL NO espleta la propria *mission*. Tale capitolo è strutturato prevedendo un testo sintetico e il rimando a specifiche schede di approfondimento per i diversi argomenti, riportate in appendice;
2. La struttura e l'organizzazione dei servizi dell'ASL NO, che delinea la dotazione organica e l'articolazione in servizi e per macrolivelli di assistenza;
3. Gli strumenti aziendali. In questo capitolo vengono sinteticamente descritte le modalità di programmazione aziendale e monitoraggio/valutazione degli obiettivi aziendali e di valutazione del personale;
4. I risultati 2016. 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 2016, 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 2016"- Allegato A (obiettivi incentivanti 2016), assegnati ai fini dell'attribuzione della quota integrativa del trattamento economico dei Direttori Generali delle Aziende sanitarie regionali per l'anno 2016;
5. Indicatori di monitoraggio dell'assistenza e della loro qualità, in cui viene dato conto del livello di *performance* di alcuni indicatori previsti dal Piano Nazionale Esiti 2016, nonché di alcuni indicatori per la valutazione del Piano di Prevenzione.





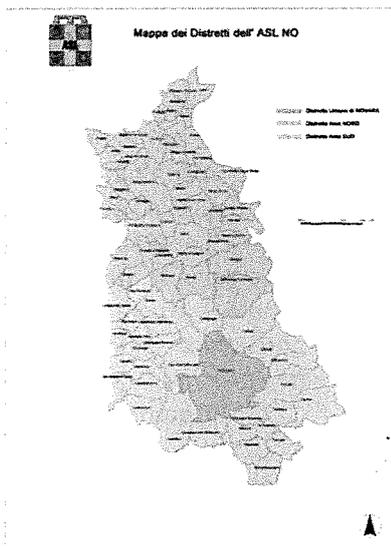
## 1. IL CONTESTO

### 1.1 Il territorio servito

Il territorio ha un'estensione di circa 1.200 kmq.

Fanno parte della A.S.L. di Novara 77 comuni, per una popolazione residente al 31.12.2014 di 349.773 abitanti. Il 45% della popolazione è distribuita in 71 Comuni con meno di 10.000 abitanti, mentre un terzo si concentra nel capoluogo.

L'ASL NO si articola in 3 Distretti, configurati come Struttura Complessa



**Distretto urbano di Novara** [popolazione: 105.000 abitanti];

**Distretto Area Nord** [popolazione 155.186 abitanti], comprendente i Comuni di: Agrate Conturbia, Arona, Barengo, Bellinzago Novarese, Boca, Bogogno, Bolzano Novarese, Borgo Ticino, Borgomanero, Briga Novarese, Castelletto Sopra Ticino, Cavaglietto, Cavaglio d'Agogna, Cavallirio, Colazza, Comignago, Cressa, Cureggio, Borgoticino, Divignano, Dormelletto, Fontaneto d'Agogna, Gargallo, Gattico, Ghemme, Gozzano, Inverio, Lesa, Maggiora, Marano Ticino, Massino Visconti, Meina, Mezzomerico, Momo, Nebbiuno, Oleggio, Oleggio Castello, Paruzzaro, Pisano, Pogno, Pombia Sizzano, Soriso, Suno, Vaprio d'Agogna, Varallo Pombia e Veruno;

**Distretto Area Sud** [popolazione 90.486 abitanti], comprendenti i Comuni di: Biandrate, Borgolavezzaro, Briona, Caltignaga, Cameri, Carpignano Sesia, Casalbeltrame, Casaleggio Novara, Casalino, Casalvolone, Castellazzo Novarese, Cerano, Fara Novarese, Galliate, Garbagna Novarese, Granozzo con Monticello, Landiona, Mandello Vitta, Nibbiola, Recetto, Romentino, San Nazzaro Sesia, San Pietro Mosezzo, Sillavengo, Sozzago, Terdobbiate, Tornaco, Trecate, Vespolate e Vicolungo.





128

29 GIU. 2017

A.S.L. NO Azienda Sanitaria Locale di Novara - Sede Legale: Viale Roma 7 – 28100 Novara  
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519 - P.IVA 01522670031  
[www.asl.novara.it](http://www.asl.novara.it)

## 1.2 La popolazione

(cfr. schede Demografia)

I residenti sul territorio dell'ASL di Novara, al 31.12.2015, risultano 349.042. Il 44% della popolazione risiede nel Distretto Area Nord che comprende 46 Comuni, mentre nel Distretto Urbano di Novara risiede il 30%; una quota di poco inferiore (26%) risiede nel Distretto Area Sud che comprende 30 Comuni. Uomini e donne non sono ugualmente distribuiti nelle diverse fasce della popolazione: nelle età avanzate prevalgono decisamente le donne. Attualmente ogni 10 residenti, più di 2 hanno più di 64 anni e poco più di 1 meno di 15; per 100 residenti in "età attiva" (tra i 15 e i 64 anni), ce ne sono poco più della metà in "età non attiva"; dal 2000 l'indice di dipendenza risulta in leggero aumento nel tempo, come pure lo è l'indice di vecchiaia, indicando uno squilibrio tra le variazioni dei soggetti tra 0-14 anni (stabili) e quelle degli ultra64enni (in aumento). All'interno dell'ASL NO, il Distretto Area Sud rappresenta il Distretto più "giovane", caratterizzandosi per i minori indici di vecchiaia e dipendenza. Nel 2015 la popolazione è diminuita, confermando l'andamento iniziato nel 2014.

Il saldo migratorio continua ad essere positivo (più iscrizioni che cancellazioni anagrafiche), quello naturale negativo (più morti che nuovi nati).

La natalità diminuisce ulteriormente (nel 2015 risulta di 7,8 neonati ogni 1000 residenti).

Gli stranieri costituiscono da alcuni anni circa il 10% dei residenti con proporzioni che risultano più elevate nel Distretto urbano di Novara (14%) rispetto a quelli di Area Nord (8%) e Area Sud (10%). Gli stranieri continuano ad essere rappresentati prevalentemente da soggetti in età produttiva e bambini: il 65% ha meno di 40 anni e il 21% ha meno di 15 anni.

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

Per i residenti tra i 18 e i 69 anni la sorveglianza PASSI, nel periodo 2012-2015, stima che più della metà (59%) abbia un livello di istruzione alto (licenza media superiore o laurea), una quota leggermente inferiore (53%) non segnali difficoltà economiche e, tra i 18 ed i 65 anni, più di 2 residenti su 3 (68%) lavori, in maniera continuativa o meno. Questi indicatori per la ASL NO mostrano valori non significativamente differenti da quelli regionali, ma segnalano l'esistenza di differenze di genere per quanto riguarda difficoltà economiche e la situazione lavorativa: tra gli uomini sono significativamente più frequenti che tra le donne le persone senza difficoltà economiche e con un lavoro continuativo.





Tabella 1 - Caratteristiche socio – economiche popolazione 18-69 anni stratificato per genere – ASL NO

Profilo sociodemografico	Uomini		Donne	
	2012-2015		2012-2015	
	%	(IC al 95%)	%	(IC al 95%)
<b>Livello di istruzione</b>				
<i>basso</i>	40.2	36.0 - 44.5	42.0	37.9 - 46.2
18-34	33.8	25.7 - 42.0	32.0	23.9 - 40.1
35-49	32.9	25.8 - 40.0	33.1	26.2 - 40.1
50-69	52.0	45.0 - 59.0	56.7	49.9 - 63.5
<i>alto</i>	59.8	55.5 - 64.0	58.0	53.8 - 62.1
18-34	66.2	58.0 - 74.3	68.0	59.9 - 76.1
35-49	67.1	60.0 - 74.2	66.9	59.9 - 73.8
50-69	48.0	41.0 - 55.0	43.3	36.5 - 50.1
<b>Difficoltà economiche</b>				
si	40.6	36.3 - 45.0	52.9	48.6 - 57.2
no	59.4	55.0 - 63.7	47.1	42.8 - 51.4
<b>Stato civile</b>				
coniugati	57.3	53.7 - 61.0	58.9	55.0 - 62.8
celibi/nubili	37.4	34.1 - 40.7	29.2	25.9 - 32.4
vedovo/a	0.2	-0.2 - 0.5	3.6	2.0 - 5.1
separato/divorziato	5.0	3.2 - 6.9	8.3	6.0 - 10.7
<b>Vive solo</b>	10.3	7.7 - 13.0	7.9	5.6 - 10.2
<b>Lavoro*</b>				
<i>Stato lavorativo</i>				
occupato	76.7	71.7 - 81.7	60.4	54.4 - 66.5
in cerca di occupazione	7.4	4.1 - 10.7	10.8	6.9 - 14.7
inattivo	15.9	11.4 - 20.4	28.8	23.3 - 34.2
<i>Lavoro continuativo</i>	69.5	65.7 - 73.4	57.0	52.8 - 61.3
18-34	49.9	41.3 - 58.5	45.1	36.5 - 53.7
35-49	91.4	87.3 - 95.6	73.6	67.1 - 80.1
50-65	60.7	53.2 - 68.2	48.8	41.6 - 56.1

\* Persone tra 18 e 65 anni

### 1.3 Stili di vita

(cfr. schede Stili di vita)

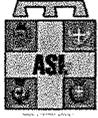
#### L'abitudine tabagica

Tra i residenti dell'ASL NO, la maggior parte degli adulti non è mai stata fumatore e solo 1 su 4 fuma. L'abitudine tabagica si conferma in diminuzione e la Legge che ha vietato di fumare nei locali pubblici e sui luoghi di lavoro ha contribuito a diminuire l'accettabilità sociale del fumo di sigaretta. Il divieto di fumare continua ad essere sostanzialmente rispettato; le diffuse conoscenze sui danni del fumo di sigaretta comportano sue limitazioni in ambito domestico e anche in 1 casa su 2 di fumatori non è permesso fumare.

I fumatori non sono uniformemente distribuiti nella popolazione: le persone con abitudine tabagica presente o pregressa sono più frequenti tra i 50-69 anni, negli uomini, nelle persone con minori livelli di istruzione e in quelle con difficoltà economiche.

Ogni anno il tentativo di smettere di fumare riguarda circa 4 fumatori su 10, nonostante l'attenzione dei medici e degli operatori sanitari per la prevenzione e la disassuefazione dal tabagismo siano ancora diffuse e non siano in aumento come invece atteso dai Piani di Prevenzione. Nell'ASL NO l'attività del il





Centro di Trattamento del Tabagismo è in aumento e le azioni svolte mostrano risultati efficaci in termini di astensione dal fumo e riduzione del numero di sigarette quotidiane.

### Il consumo di bevande alcoliche

Per quanto riguarda il consumo di alcol, si stima che il 60% degli adulti tra i 18 e i 69 anni residenti nell'ASL NO consumi bevande alcoliche e il 22% lo consumi con modalità considerate a maggior rischio per la salute. Questa condizione (soprattutto con il consumo prevalentemente fuori pasto e con quello binge) è particolarmente diffusa tra i più giovani e nella ASL NO registra prevalenze superiori a quelle osservate in Piemonte.

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

### La situazione nutrizionale

A 8-9 anni circa 3 bambini su 10 sono in eccesso ponderale, dato costante per l'ASL NO negli ultimi anni. Dopo l'adolescenza questa condizione di rischio per molte patologie croniche aumenta e coinvolge circa 1 persona su 2 tra i 50 e i 69 anni.

A qualsiasi età il consumo consigliato di frutta e verdura (almeno 5 porzioni giornaliere) è molto poco diffuso riguardando circa 1 persona su 10. Per i bambini di 8-9 anni meno di 2 su 3 consumano frutta e verdura almeno 2 volte al giorno rispetto al 73% atteso dal PRP nel 2018. Anche il consumo di sole 3 o più porzioni giornaliere di frutta e verdura non coinvolge più di 1 adulto su 2 e non risulta attualmente in aumento, come invece richiesto dal Piano di Prevenzione. Pertanto è necessario promuovere una maggiore consapevolezza del ruolo del consumo di frutta e verdura (e dell'alimentazione in generale) nella tutela della salute e nella prevenzione delle malattie e favorire lo sviluppo di comportamenti corretti anche attraverso la collaborazione con la scuola ed altri attori sociali.

### L'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, ogni 10 bambini 1 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 utilizza 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 ma, anche nell'ASL NO la prevalenza osservata è comunque minore di quanto atteso dal Piano Regionale di Prevenzione per il 2018 (42%).





128 29 GIU. 2017

A.S.L. NO Azienda Sanitaria Locale di Novara - Sede Legale: Viale Roma 7 – 28100 Novara  
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519 - P.IVA 01522670031  
[www.asl.novara.it](http://www.asl.novara.it)

Tabella 2 – Livello attività fisica popolazione 18-69 anni – ASL NO vs Regione Piemonte

Attività fisica	ASL NO		Piemonte	
	2012-2015		2012-2015	
	%	(IC al 95%)	%	(IC al 95%)
<b>Livello di attività fisica</b>				
attivo	36,4	33,5 - 39,4	32,0	31,0 - 32,9
parzialmente attivo	41,2	38,2 - 44,3	35,3	34,3 - 36,2
sedentario	22,5	20,0 - 25,1	32,8	31,8 - 33,7

La sedentarietà è minore tra i più giovani (18-34 anni: 15%), tra le persone con istruzione più elevata (21%) e tra quelle senza difficoltà economiche (19%). 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.

Lo svolgimento di una maggiore quantità di attività fisica è facilitato dalla consapevolezza della propria condizione di sedentarietà. PASSI stima che su 10 sedentari circa 3 ritengano invece, erroneamente, sufficiente l'attività fisica da loro svolta, con prevalenze non diverse tra l'ASL NO ed il Piemonte (32% vs 31%).

## 1.4 Malattie infettive

(cfr. schede Malattie infettive)

Negli ultimi anni le coperture vaccinali (morbillo-parotite-rosolia e varicella; vaccino esavalente-meningococco C - pneumococco 13 - anti papilloma virus) hanno subito un calo e anche nell'ASL NO i valori sono scesi sotto gli obiettivi previsti dal Piano Nazionale Vaccini, precedentemente raggiunti per le principali vaccinazioni rivolte ai bambini nei primi 2 anni di vita (tetano, difterite, epatite B e poliomielite, pertosse ed Haemophilus influenzae, morbillo, rosolia e parotite). L'ASL NO ha messo in atto specifiche azioni di contrasto a questo calo che mostrano un recupero delle coperture vaccinali già con la coorte di nati nel 2014.

Le pregresse buona copertura vaccinale contro il morbillo ha determinato una diminuzione delle notifiche di questa malattia negli anni e, nonostante la ricerca attiva dei casi della malattia, essi risultano molto pochi e si continuano a registrare incidenze inferiori a quelle medie regionali.

La copertura vaccinale antinfluenzale dei soggetti con 65 anni e più è in calo negli ultimi anni. L'ASL NO continua registrare per i suoi residenti coperture vaccinali superiori a quelle medie regionali (stagione 2014-2015: 56% vs 47%) ma i valori osservati si stanno allontanando da quello considerato ottimale (75%) per questa vaccinazione. Nella popolazione, le persone con 65 anni e più sono comunque quella maggiormente protette con vaccinazione e la sorveglianza dei casi di sindromi influenzali continua ad individuarle come quelle con la minore incidenza di malattia.

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

Tra il 2001 e il 2015 oltre 14.000 persone hanno utilizzato tale servizio che nel tempo ha registrato cambiamenti sia nelle caratteristiche (es nazionalità, età) degli utenti che nelle motivazioni e destinazioni





128

29 GIU. 2017

A.S.L. NO Azienda Sanitaria Locale di Novara - Sede Legale: Viale Roma 7 – 28100 Novara  
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519 - P.IVA 01522670031  
[www.asl.novara.it](http://www.asl.novara.it)

dei viaggi. Questi cambiamenti nell'attività svolta dimostrano come l'Ambulatorio riesca a rispondere alle mutate richieste della popolazione residente per i viaggi internazionali.

## 1.5 Sicurezza sul lavoro

*(cfr. schede Sicurezza sul lavoro)*

Il comparto produttivo del territorio della ASL è composto soprattutto da aziende di piccole o piccolissime dimensioni, tuttavia la maggior parte degli addetti è impiegata in aziende di medie e grandi dimensioni. Il comparto maggiormente rappresentato è quello dei Servizi con oltre 40.000 addetti; seguono Metalmeccanica, Costruzioni, Commercio, Sanità con numeri compresi tra 12.000 e 8.000 addetti.

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

Gli infortuni gravi (mortalità o che hanno provocato un'invalidità permanente di qualunque grado) risultano circa 4 ogni 100 infortuni.

Le malattie professionali denunciate risultano circa un centinaio all'anno. Nel 2013 le ipoacusie da rumore continuano a costituire quelle maggiormente denunciate seguite dalle patologie tumorali.

## 1.6 Sicurezza stradale

*(cfr. schede Incidenti stradali)*

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

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

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

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

Per la prevenzione degli incidenti stradali si deve continuare a lavorare per ridurre ulteriormente la guida in stato di ebbrezza (attualmente riferita dal 9% degli adulti tra i 18 e i 69 anni). I controlli delle Forze dell'Ordine con l'etilotest sono attualmente indirizzati ai bevitori a maggior rischio e stanno contribuendo alla riduzione della guida in stato d'ebbrezza.

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





## 1.7 Sicurezza Alimentare

(cfr. schede Sicurezza alimentare)

### Presenza di fitosanitari nelle acque ad uso potabile

I fitosanitari più frequentemente riscontrati nel territorio dell'ASL sono diserbanti. I quantitativi rinvenuti consentono di escludere un pericolo immediato per la salute pubblica. Le falde più interessate dalla contaminazione di prodotti fitosanitari sono nell'area sud del territorio dell'ASL, prevalentemente destinata a coltivazioni cerealicole (riso e mais). Per questi sono stati adottati specifici interventi, rappresentati prevalentemente da impianti di trattamento.

### Distributori automatici di latte crudo

La vendita di latte crudo direttamente dal produttore è aumentata grazie all'utilizzo di distributori automatici. Gli standard di produzione e distribuzione, richiesti dalle aziende per questa attività sono elevati e vengono costantemente controllati e verificati dal Servizio veterinario dell'ASL NO.

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

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

### Carni di cinghiale

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

### Il consumo dei funghi in sicurezza

Ogni anno vengono registrati episodi di intossicazione da funghi con casi di malattie che talvolta richiedono il ricovero e che possono anche risultare mortali. Per prevenire l'ingestione di funghi velenosi, non commestibili o mal conservati, i raccoglitori possono usufruire della consulenza gratuita dell'Ispettorato Micologico operativo presso il Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione. Tra il 2008 e il 2015 oltre il 30% dei funghi valutati dall'Ispettorato è stato ritirato e distrutto perché non commestibile o conservato in modo inadeguato.





128

29 GIU. 2017

A.S.L. NO Azienda Sanitaria Locale di Novara - Sede Legale: Viale Roma 7 – 28100 Novara  
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519 - P.IVA 01522670031  
[www.asl.novara.it](http://www.asl.novara.it)

## 1.8 Condizioni di salute

(cfr. schede Mortalità)

La speranza di vita alla nascita è aumentata ulteriormente arrivando nel 2013, per i residenti nell'ASL NO, a 85,2 anni per le donne e a 80,4 anni per gli uomini, confermando una evidente differenza tra generi che però risulta in diminuzione nel tempo. La mortalità generale dei residenti della ASL NO è quindi in diminuzione anche se il numero assoluto di decessi cala di poco, soprattutto nelle donne.

Tra i grandi gruppi di cause di morte, malattie cardiovascolari e tumori causano oltre 2 decessi su 3 ed i tumori, in entrambi i sessi, sono la prima causa di mortalità precoce.

Le malattie cardiovascolari mostrano da più di 20 anni una diminuzione costante di mortalità in entrambi i sessi. Il dato riguarda sia la mortalità complessiva che quella specifica per ischemie cardiache e malattie cerebrovascolari che rappresentano il 60% oltre la metà dei decessi per questo grande gruppo di cause di morte. Nell'ASL NO la mortalità per ischemie cardiache è superiore a quella regionale, la mortalità per malattie cerebrovascolari è invece inferiore a quella del Piemonte.

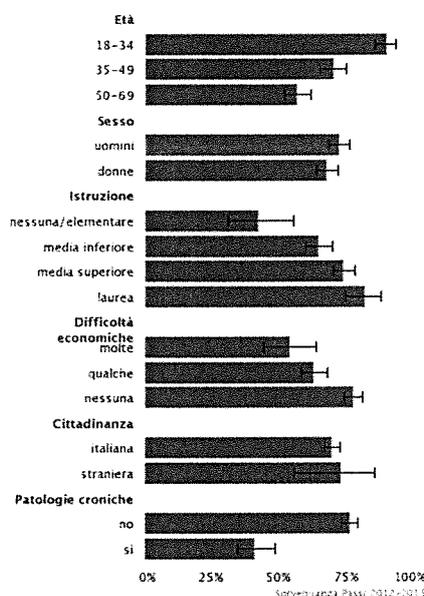
Anche per i tumori la mortalità complessiva è in diminuzione in entrambi i generi. Considerando i tumori più frequenti, la mortalità per tumore del polmone continua a diminuire tra gli uomini ed è attualmente stazionaria tra le donne; quella per tumore della mammella è in diminuzione. Nell'ASL NO nel triennio 2011-2013 i tassi di mortalità tumorale maschile complessiva, per tumore del polmone, della vescica e del fegato risultano superiori a quelli regionali. Per il tumore del fegato anche per le donne la mortalità dell'ASL NO è superiore a quella regionale.

Nella popolazione adulta tra i 18 e i 69 anni il 70% dichiara di stare bene o molto bene, valore non significativamente diverso da quello registrato in Piemonte (72%). Si osservano invece differenze significative per età ma anche per livello di istruzione e difficoltà economiche. I sottogruppi di popolazione che registrano la maggiore diffusione di persone che dichiarano di stare bene o molto bene sono i più giovani (18-34 anni 90%), i laureati (88%) e coloro che non hanno difficoltà economiche (77%).





Figura 1 - Stato di salute percepito positivamente ("Stare bene" o "molto bene") per caratteristiche socio-demografiche - ASL NO



Tra i 18 ed i 69 anni di età il 18% dei residenti nell'ASL NO dichiara di avere una patologia cronica; tra di essi 4 su 10 dichiarano di stare bene o molto bene. Per questi indicatori non si osservano differenze con il valore regionale.

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

Nella popolazione tra i 18 e i 69 anni risultano invece pratiche sufficientemente consolidate la misurazione della pressione arteriosa (negli ultimi due anni: 85%) e il controllo del colesterolo (almeno una volta nella vita: 81%). Il controllo della pressione risulta più diffuso che a livello regionale (81%).

Tra coloro che hanno controllato la pressione, gli ipertesi risultano il 20% (dato analogo a quello regionale), mentre il 27% della popolazione che ha misurato il proprio colesterolo dichiara di avere valori elevati di colesterolemia (solo il 22% in Piemonte). Per la ASL NO questi valori corrispondono a circa 23.000 persone che riferiscono ipertensione e 51.000 che riferiscono colesterolo elevato.

I medici forniscono in maniera diffusa consigli comportamentali e dietetici per combattere ipertensione e ipercolesterolemia. Il trattamento farmacologico riguarda l'81% degli ipertesi e il 34% degli ipercolesterolemici, valori più alti ma non statisticamente differenti da quelli regionali.





Tabella 3 – Caratteristiche di ipertesi e ipercolesterolemici - ASL NO vs Regione Piemonte

Ipertensione	ASL NO		Piemonte	
	2012-2015		2012-2015	
	%	(IC al 95%)	%	(IC al 95%)
Misurazione di P.A. negli ultimi 2 anni	84,9	82,7 - 87,0	81,0	80,3 - 81,8
Persone che riferiscono ipertensione (tra chi ha controllato p.a.)	20,1	17,7 - 22,4	18,9	18,2 - 19,7
Ipertesi che hanno ricevuto il consiglio di				
perdere/controllare peso	69,3	62,6 - 76,0	73,7	71,6 - 75,8
fare attività fisica	76,4	70,5 - 82,4	75,3	73,3 - 77,4
ridurre il consumo di sale	84,3	79,1 - 89,5	82,4	80,7 - 84,1
Ipertesi in trattamento farmacologico	81,2	75,9 - 86,5	79,4	77,6 - 81,1

Colesterolemia	ASL NO		Piemonte	
	2012-2015		2012-2015	
	%	(IC al 95%)	%	(IC al 95%)
Controllo almeno una volta nella vita	80,5	78,2 - 82,8	78,5	77,7 - 79,2
Ipercolesterolemia riferita (tra chi ha controllato colesterolemia)	26,8	23,8 - 29,7	22,1	21,2 - 23,0
Persone con colesterolo elevato che hanno ricevuto il consiglio di				
perdere/controllare peso	73,7	67,9 - 79,5	71,9	69,8 - 74,0
fare attività fisica	80,6	75,3 - 85,8	77,1	75,1 - 79,0
ridurre il consumo di carne e formaggi	89,1	85,0 - 93,2	86,6	85,0 - 88,1
aumentare il consumo di frutta e verdura	77,9	72,4 - 83,4	75,9	73,9 - 77,9
Persone con colesterolo elevato in trattamento farmacologico	33,6	27,6 - 39,6	31,3	29,2 - 33,4

Come atteso, ipertensione e ipercolesterolemia aumentano significativamente con l'età e sono particolarmente frequenti tra le persone con sovrappeso o obesità. Più contenute e non significative nell'ASL NO le differenze per genere, livello di istruzione e difficoltà economiche che pure sono presenti e risultano statisticamente significative a livello regionale e nazionale.





A.S.L. NO Azienda Sanitaria Locale di Novara - Sede Legale: Viale Roma 7 – 28100 Novara  
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519 - P.IVA 01522670031  
[www.asl.novara.it](http://www.asl.novara.it)

Figura 2 - Iperensione riferita -ASL NO - Prevalenze e n. di persone stimate per variabili socio-demografiche- PASSI 2012-2015

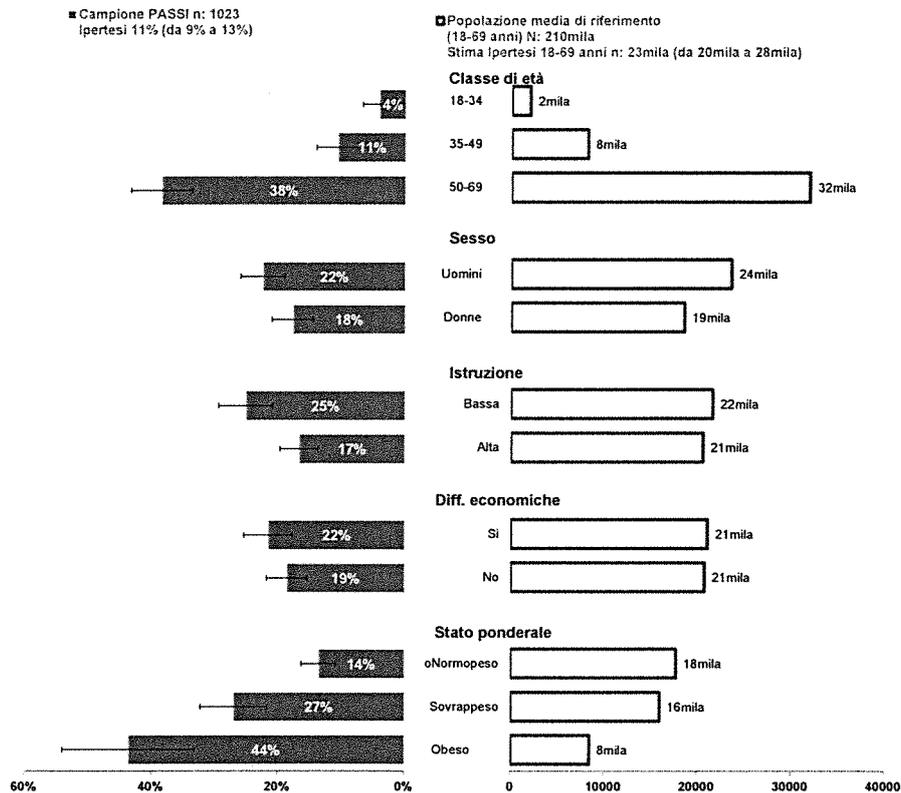
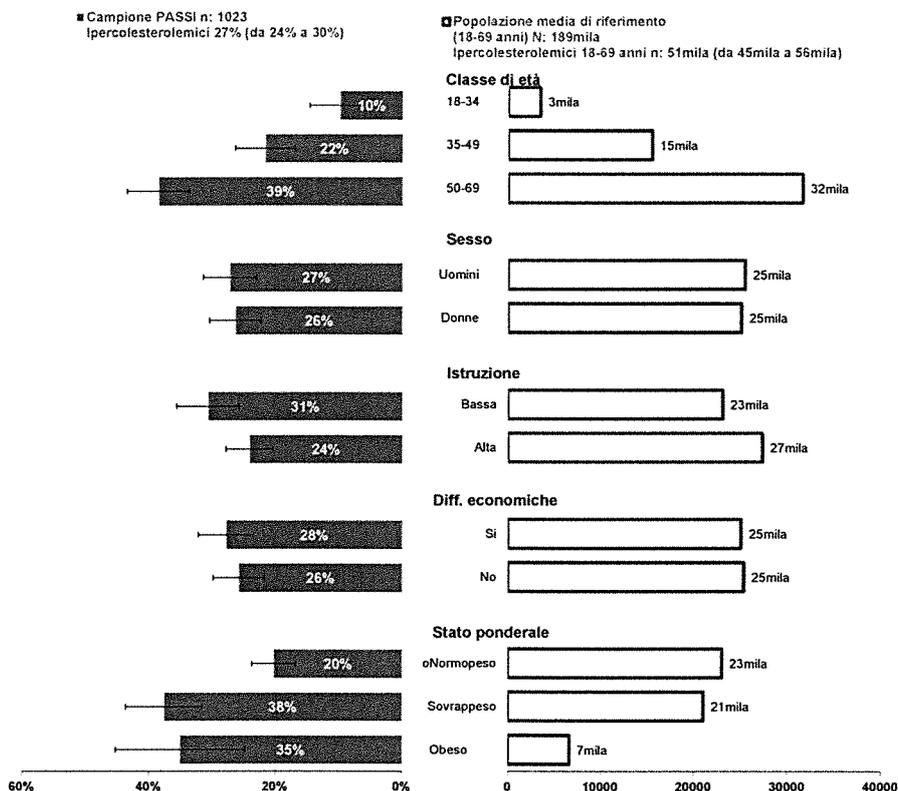


Figura 3 - Ipercolesterolemia riferita -Prevalenze e n. di persone stimate per variabili socio-demografiche - ASL NO – PASSI 12-15





## 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.

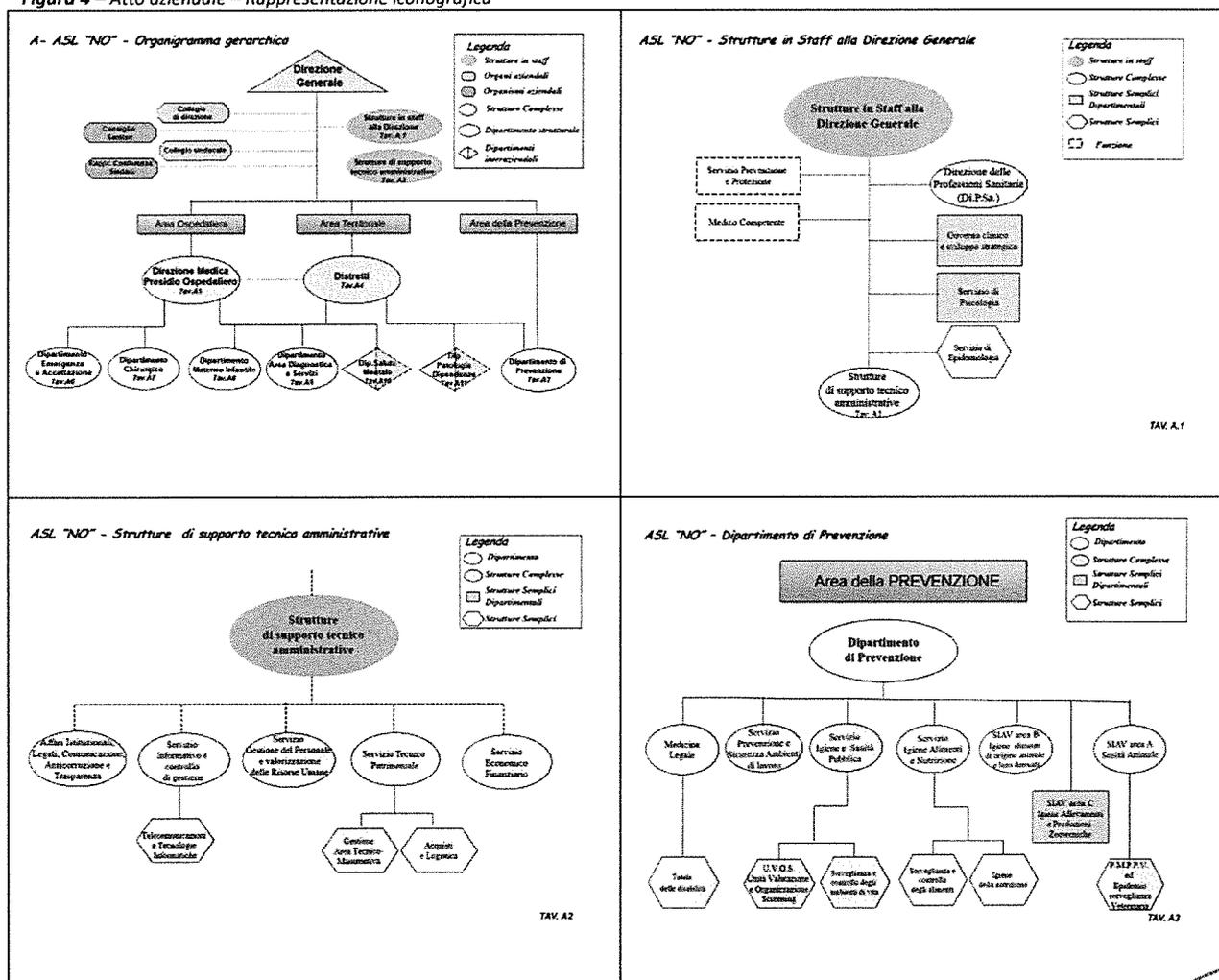
Con D.G.R. n. 42-2296 del 19.10.2015 la Regione ha formulato alcune prescrizioni in merito all'articolazione dell'Atto Aziendale dell'ASL NO, disponendo che l'azienda procedesse, nel termine di 10 giorni dalla notifica del provvedimento, all'adeguamento organizzativo indicato. Tale D.G.R. è stata notificata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

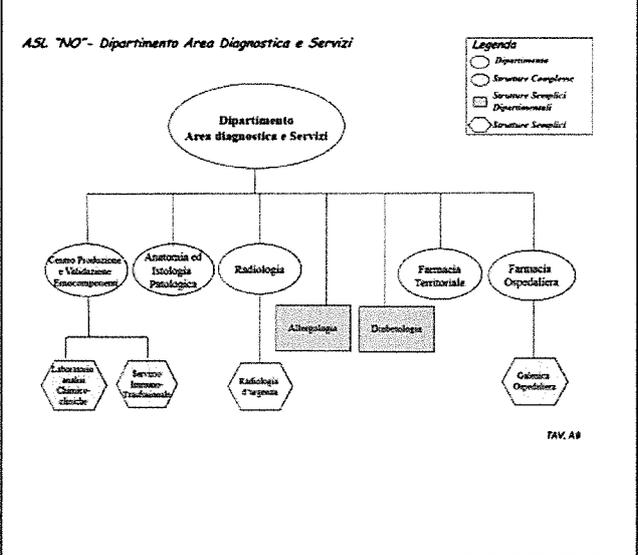
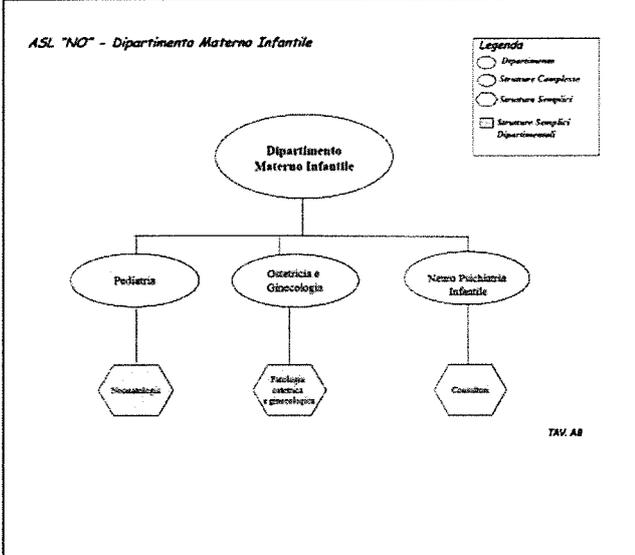
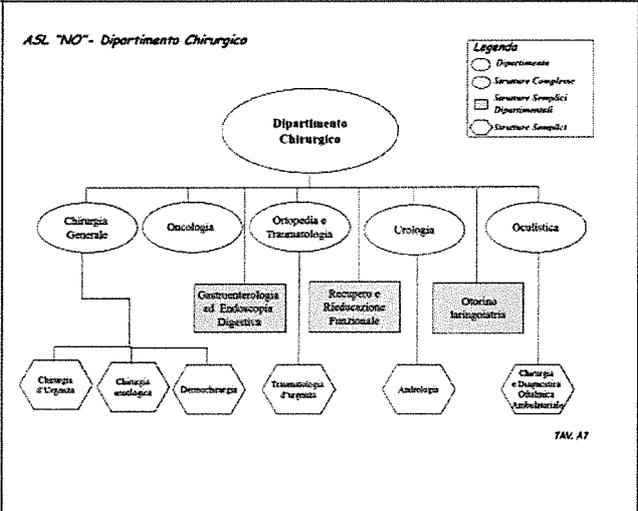
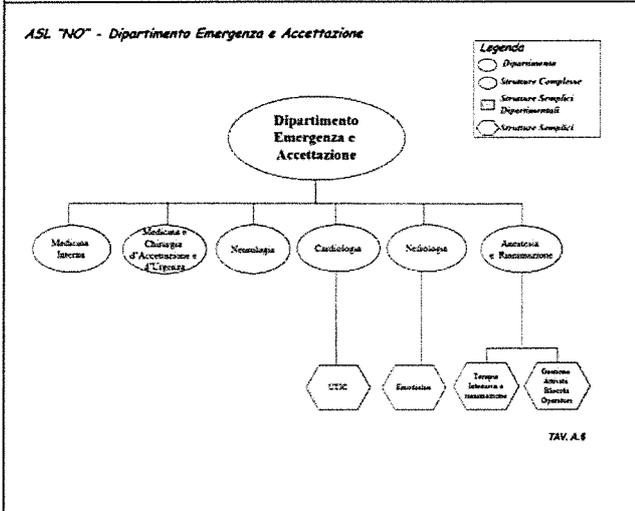
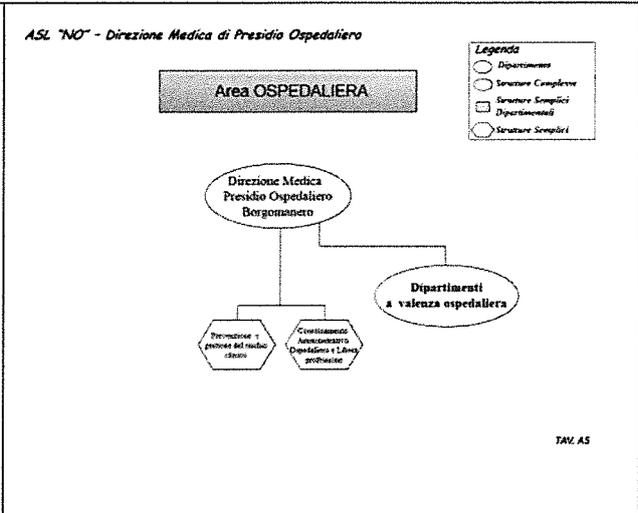
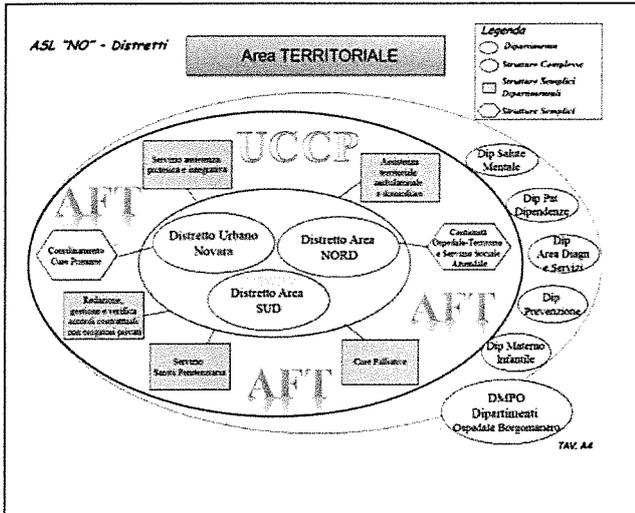
Le prescrizioni sono state recepite con deliberazione del Direttore Generale n. 772 del 29.10.2015, trasmessa alla Direzione Sanità della Regione Piemonte con nota 54306/15/DG del 30.10.2015.

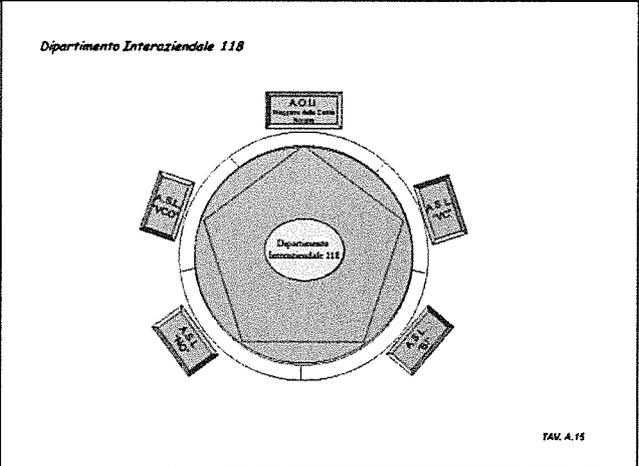
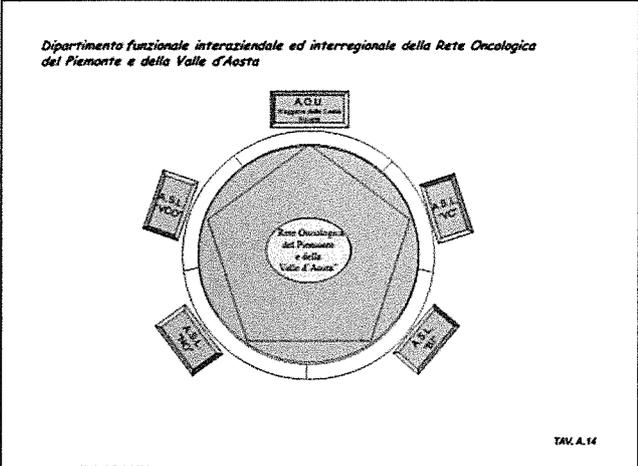
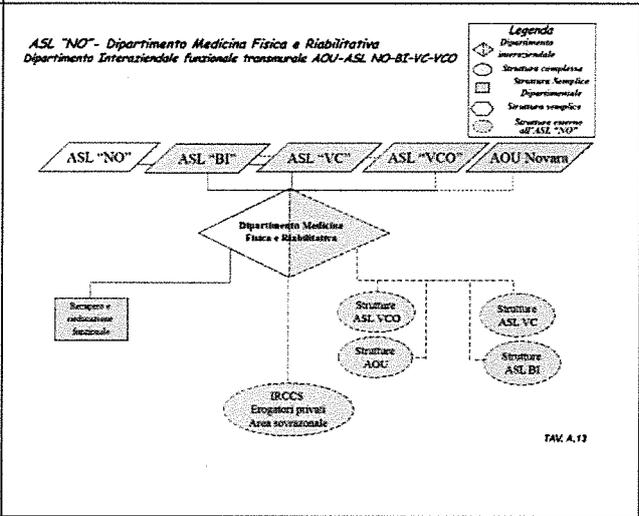
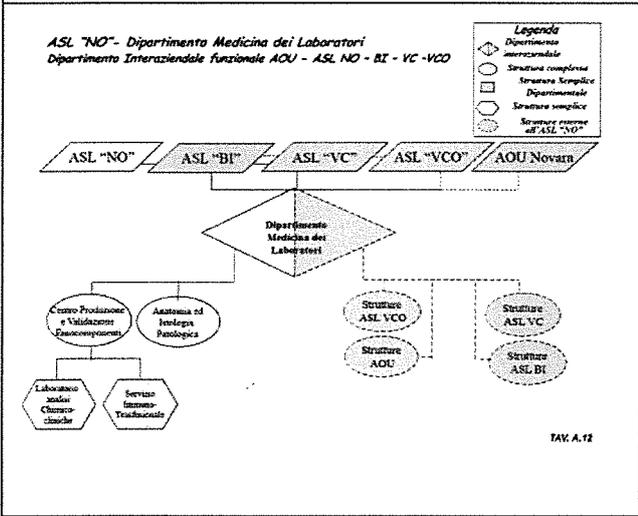
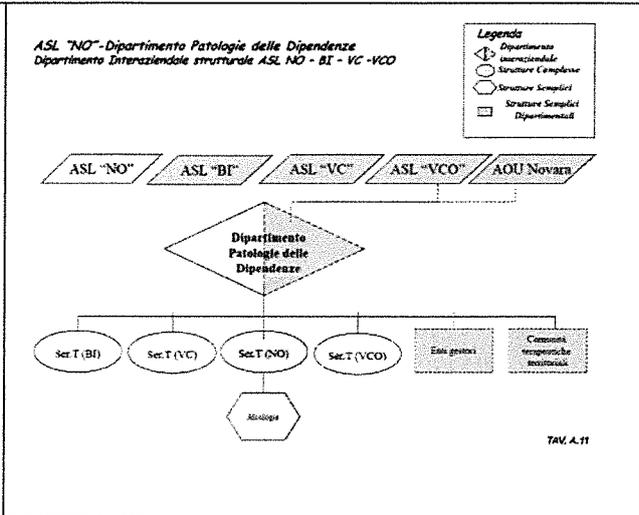
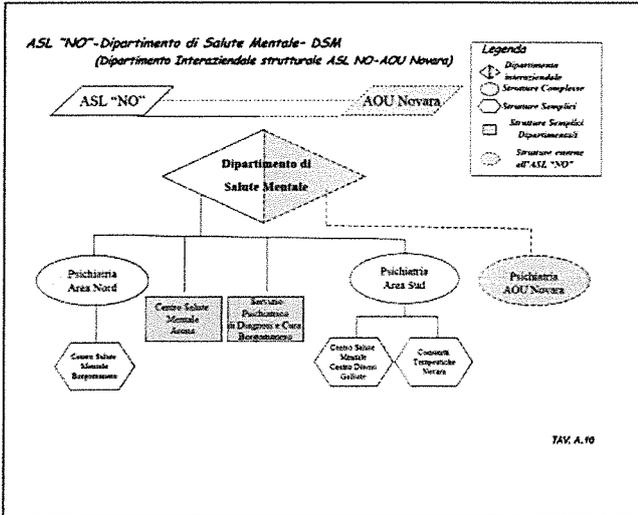
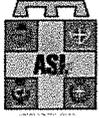
L'iter di approvazione dell'Atto Aziendale dell'ASL NO si è concluso con la D.G.R. 53-2487 del 23.11.2015, che ne ha recepito il testo, così come riadottato dal Direttore Generale con la citata deliberazione 772/2015.

L'adeguamento complessivo dell'ASL di Novara all'Atto Aziendale di cui alla deliberazione n. 772/2015 (fig. 4) si è concluso il 31/12/2016.

Figura 4 – Atto aziendale – Rappresentazione iconografica









128

29 GIU. 2017

A.S.L. NO Azienda Sanitaria Locale di Novara - Sede Legale: Viale Roma 7 – 28100 Novara  
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519 - P.IVA 01522670031  
[www.asl.novara.it](http://www.asl.novara.it)

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

- ◆ 6 Poliambulatori distrettuali rispettivamente con sede in Novara, Arona, Oleggio, Borgomanero, Ghemme, Trecate; presso il Presidio Territoriale di Arona è attivo un CAP, Centro di Assistenza Primaria, gestito da Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS), affiancati da personale infermieristico e tecnico, aperto all'utenza da lunedì a venerdì dalle 8.00 alle 20.00, sabato e domenica dalle 14.00 alle 20.00 per dare una risposta ai problemi di salute gestibili ambulatorialmente e per attività di "medicina di iniziativa", con il supporto di prestazioni di specialistica e diagnostica di I° livello, mentre presso le sedi distrettuali di Oleggio e Ghemme sono attive "Antenne" del CAP, sempre gestite dai MMG;
- ◆ 10 punti di continuità assistenziale (ex guardia medica);
- ◆ 2 Punti di assistenza pediatrica territoriale (PAPT) a Borgomanero e a Novara, attivi dalle 8 alle 13 dei sabati non festivi
- ◆ 2 RSA a gestione diretta (a Gattico e a Oleggio)
- ◆ un Presidio ospedaliero a Borgomanero, ospedale "spoke" con DEA di I livello.

Sul territorio aziendale insistono i seguenti ulteriori erogatori di assistenza ospedaliera: l'Azienda Ospedaliero-Universitaria a Novara – Ospedale Maggiore della Carità; alcune strutture private accreditate convenzionate e rispettivamente: nel Distretto Area Nord due strutture con degenza (Casa di cura San Carlo di Mercurago – struttura di lungodegenza; Casa di cura neuropsichiatrica Villa Cristina di Nebbiuno), nel Distretto Area Sud una struttura con degenza e specialistica ambulatoriale (Casa di Cura I Cedri di Fara Novarese), nel Distretto Urbano di Novara una struttura con attività di degenza e specialistica ambulatoriale (Casa di Cura San Gaudenzio) e due con attività specialistica ambulatoriale (DOC Service e CDC); nel Distretto Area Nord insiste anche l'IRCCS Fondazione Salvatore Maugeri di Veruno, presidio ex art. 41, 42, 43 L. 833/78.

Sono inoltre presenti sul territorio una cinquantina di presidi convenzionati eroganti assistenza semi-residenziale e residenziale per anziani, disabili ed altri utenti.





128

29 GIU. 2017

A.S.L. NO Azienda Sanitaria Locale di Novara - Sede Legale: Viale Roma 7 – 28100 Novara  
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519 - P.IVA 01522670031  
[www.asl.novara.it](http://www.asl.novara.it)

## 2.1 Il personale impiegato

Il personale dell'azienda al 31 dicembre 2016 era pari a 1.767 dipendenti, suddivisi come riportato nella seguente tabella, pressoché stabile negli ultimi 5 anni:

Tabella 4 - Evoluzione numerica del personale dipendente dell'ASL NO – 2012 – 2016

Raggruppamento Qualifica	31/12/2012	31/12/2013	31/12/2014	31/12/2015	31/12/2016
Medici – Veterinari	301	302	299	295	312
Odontoiatri e altro personale sanitario laureato	28	27	28	28	26
Personale dirigente sanitario non medico	1	1	1	1	1
Personale infermieristico	763	760	752	741	757
Personale riabilitativo	73	71	71	71	71
Altro personale sanitario	126	125	122	114	117
Personale professionale dirigente	3	3	3	3	3
Personale tecnico dirigente	1	1	1	1	1
Personale tecnico comparto	209	204	206	206	209
Personale amministrativo dirigente	9	9	9	8	8
Personale amministrativo comparto	270	270	269	263	262
<b>Totale complessivo</b>	<b>1.784</b>	<b>1.773</b>	<b>1.761</b>	<b>1.731</b>	<b>1.767</b>

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. 5), Medici Specialisti ambulatoriali (Tab. 6).

Tabella 5: Medici Cure Primarie

	MEDICI di MEDICINA GENERALE	PEDIATRI di LIBERA SCELTA	MEDICI di CONTINUITA' ASSISTENZIALE (GUARDIA MEDICA)	TOTALE MEDICI IN CONVENZIONE PER LE CURE PRIMARIE
ANNO 2017 previsione	238	36	57 unità equivalenti (*)	331
Distretto urbano di Novara	80	11	15	106
Distretto area Sud	57	8	16,5	81,5
Distretto area Nord	101	17	25,5	143,5

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

Tabella 6 - Specialisti ambulatoriali convenzionati

AREA DELLA MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE	
ANNO	SPECIALISTI AMBULATORIALI CONVENZIONATI a tempo indeterminato e determinato (DI CUI PSICOLOGI)
2016	67 (14)





128 29 GIU. 2017

A.S.L. NO Azienda Sanitaria Locale di Novara - Sede Legale: Viale Roma 7 – 28100 Novara  
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519 - P.IVA 01522670031  
[www.asl.novara.it](http://www.asl.novara.it)

### 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:

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

Nella tabella 7 è riportata la matrice delle responsabilità per garantire il processo di programmazione e monitoraggio all'interno dell'ASL NO.

Tabella 7 - Matrice di attività e responsabilità per garantire la funzione di controllo di gestione dell'ASL NO

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

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

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

**Gruppo di monitoraggio:** 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

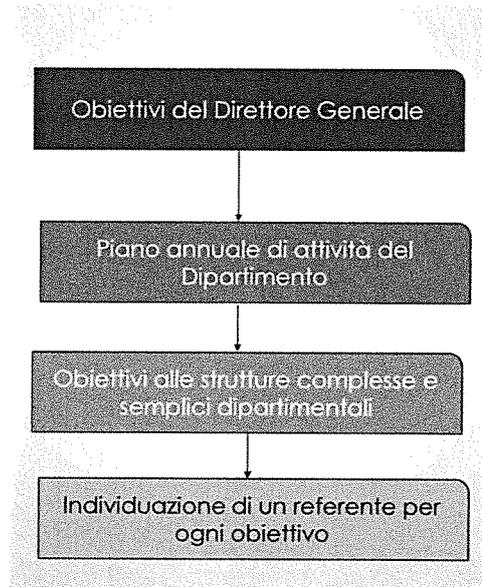




### **A e B) Impostazione di obiettivi strategici e definizione di obiettivi di carattere operativo economico-patrimoniale e finanziario (budget)**

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, predispose 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



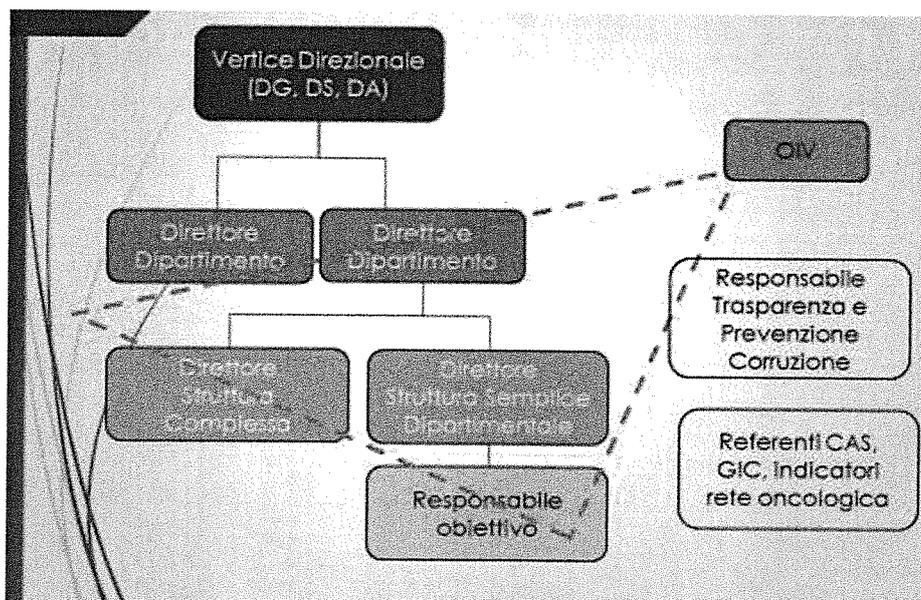


- 2. parte che deve essere compilata a cura del responsabile dell'obiettivo/attività, secondo i seguenti punti:
  - a. nel caso di indicatori quantitativi, il valore dell'indicatore rilevato ad una data prestabilita (per gli indicatori derivanti dai flussi informativi correnti il campo è precompilato e il sistema restituisce in automatico il raggiungimento o meno rispetto allo standard prefissato)
  - b. nel caso di indicatori qualitativi: le azioni intraprese/ultimate fino alla data prestabilita per raggiungere l'obiettivo (in sintesi).
  - c. le "motivazione scostamento" i direttori potranno segnalare eventuali criticità riscontrate nella realizzazione di ogni obiettivo (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):

ERGOCE	INFO	PAROLA CHIAVE	TEMPISTICA	RAGGIUNTO	CONCEPIA	RENDICONTATORE	RESPONSABILE OBIETTIVO	COORDINATORE	STRUTTURA S.C.	VISIONATA
<input type="checkbox"/>	1574	INFO	OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	31/01/2016	0				s.d. Programmazione e controllo delle attività esterne	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	77	INFO	Aggiornare il GANT del progetto contrattualso liste di attesa	31/03/2016	0				s.d. Allergologia	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	100	INFO	Segnalare nuovi casi CAS - modalità	31/03/2016	0				s.c. Anatomia e istologia patologica	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	1511	INFO	ALPI	31/03/2016	0				s.c. Divisione Medica PPOD.R.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	1514	INFO	APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	31/03/2016	0				s.c. Divisione Medica PPOD.R.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	1005	INFO	DCRC - manuale	31/03/2016	0				s.c. Servizio Economico Finanziario	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	1222	INFO	Validazione sito per PTPC	31/03/2016	0				s.c. Sistema Informativo	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	1223	INFO	Arresto telematico ai dati	31/03/2016	0				s.c. Sistema Informativo	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	104	INFO	Segnalare nuovi casi CAS - attivazione invio	01/04/2016	0				s.c. Anatomia e istologia patologica	<input type="checkbox"/>

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.





128

29 GIU. 2017

A.S.L. NO Azienda Sanitaria Locale di Novara - Sede Legale: Viale Roma 7 – 28100 Novara  
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519 - P.IVA 01522670031  
[www.asl.novara.it](http://www.asl.novara.it)

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





128 29 GIU. 2017

A.S.L. NO Azienda Sanitaria Locale di Novara - Sede Legale: Viale Roma 7 – 28100 Novara  
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519 - P.IVA 01522670031  
[www.asl.novara.it](http://www.asl.novara.it)

- Capacità di relazionarsi (relazioni interne, relazione esterne, gestione dei conflitti)
- Capacità di collaborazione e lavoro di squadra (disponibilità a collaborare, apporto positivo ai gruppi di lavoro)

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





128

29 GIU. 2017

A.S.L. NO Azienda Sanitaria Locale di Novara - Sede Legale: Viale Roma 7 – 28100 Novara  
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519 - P.IVA 01522670031  
[www.asl.novara.it](http://www.asl.novara.it)

## 4. I RISULTATI 2016

### 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. 30-3307 del 16 maggio 2016 sono stati assegnati tali obiettivi per l'anno 2016, 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 luglio, settembre e dicembre 2016, tra le Direzioni strategiche e gli uffici competenti dell'Assessorato alla Sanità.

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

Entro il 15 febbraio 2017, 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.

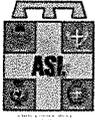
Gli obiettivi assegnati, in alcuni casi ripartiti in alcuni sub-obiettivi, sono suddivisi in 11 tipologie articolate come segue:

Obiettivo	TITOLO	Articolazione
1	RETE H-T	1.1 Piano di riduzione SC ospedaliera e non ospedaliera 1.2 Centralizzazione delle chiamate di C.A.
2	Tempi di Attesa	2.1 Tempi di Attesa prestazioni ambulatoriali 2.2 Tempi di attesa ricoveri - solo AO
3	Fondo di Riequilibrio	3. Attuazione Piano di efficientamento da Fondo di Riequilibrio
4	Umanizzazione	4. Valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle strutture di ricovero delle ASR
5	Rete Laboratori Analisi	5.1 Rete Laboratorio Analisi – Hub & Spoke 5.2 Rete Laboratorio Analisi – Gare Centralizzate
6 – SOLO ASL	PAT	6. Piano di Assistenza Territoriale (PAT)
7	Esiti	7.1 Tempestività interventi di frattura femore >65 7.2 Proporzione parti con taglio cesareo primario 7.3 Tempestività nell'effettuazione di PTCA
8	Assistenza Farmaceutica	8. Assistenza Farmaceutica territoriale e ospedaliera: appropriatezza prescrittiva e riduzione della variabilità
9	Rete Oncologica	9.1 Dipartimento funzionale Interregionale interaziendale di rete oncologica 9.2 Screening Oncologici – Prevenzione serena
10	Rete Trapianti	10. Incremento donazioni d'organo
11	GdP Antincendio e Antisismica	11. Rispetto della normativa antincendio e antisismica

Per ciascun sub-obiettivo vengono proposti:

- la descrizione di cui alla D.G.R. 30-3307/2016;
- il livello prefissato di raggiungimento dell'obiettivo e dei sub obiettivi (ATTESO – INDICATORE)
- le azioni intraprese (AZIONI)
- il livello raggiunto dall'Azienda al 31 dicembre 2016 (RISULTATO)





128 29 GIU. 2017

A.S.L. NO Azienda Sanitaria Locale di Novara - Sede Legale: Viale Roma 7 – 28100 Novara  
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519 - P.IVA 01522670031  
[www.asl.novara.it](http://www.asl.novara.it)

**OBIETTIVO 1.1: Implementazione del piano di riduzione delle SC ospedaliere e non ospedaliere in coerenza con gli Atti Aziendali**

*In ragione del Piano di riduzione delle SC consegnato e valutato coerente alla programmazione dai Settori referenti (obiettivo 1.2 della DGR 12-2021/2015), le ASR dovranno procedere al completo adeguamento delle strutture aziendali ospedaliere e non ospedaliere in linea con le DGR 1-600/2014 s.m.i e DGR 26-1653/2015 s.m.i e con gli Atti Aziendali approvati dalla Giunta Regionale. Oltre al lavoro specifico sulle SC, si rappresenta la necessità di procedere alla piena implementazione dell'Atto Aziendale nel suo complesso, ovvero del Piano di Organizzazione, anche con riferimento alle strutture semplici e semplici dipartimentali che sarà monitorata anche attraverso la congruenza tra il Database ARPE e il nuovo database ARPO.*

**ATTESO - INDICATORE**

Indicatore: N° SC disattivate/N° SC da disattivare

Valore atteso: Completa disattivazione del 50% delle SC (ospedaliere e non ospedaliere) entro il 1.05.2016, in linea con la pianificazione consegnata al 31.12.2015; Completa disattivazione del 100% SC (ospedaliere e non ospedaliere) in linea con la pianificazione consegnata al 31.12.2015, entro il 31.12.2016.

**AZIONI**

L'articolazione organizzativa dell'ASL NO al 31/12/2014 risultava essere la seguente:

- 45 SC
- 15 SSD
- 59 SS
- 8 Dipartimenti aziendali / interaziendali strutturali; 1 Dipartimento aziendale funzionale e 2 Dipartimenti interaziendali funzionali.

L'atto aziendale, così come approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 772 del 29/10/2015 prevede le variazioni delle strutture organizzative dell'ASL NO riportate in tabella 8.





Tabella 8 – Variazione strutture organizzative complesse nell'ASL NO ai sensi del nuovo Atto Aziendale

ATTO AZIENDALE 2008 e s.m.i (ATTUALE)				ATTO AZIENDALE 2015 (NUOVO - delibera DG 772/29.10.15)				
N.	S.C.	N.	S.S.v.D./S.S.	N.	S.C.	N.	S.S.D./S.S.	
1	s.c. Nucleo Operativo per la tutela della salute e gestione della sicurezza in Azienda							-1 SC trasformata in funzione in staff al DG
1	s.c. Servizio Economato Provveditorato					1	SS Acquisiti e Logistica (della s.c. Servizio Tecnico Patrimoniale)	-1 SC trasformata in SS
		1	SS Med e chir d'accettazione e d'urgenza	1	s.c. MCAU (Med e chir d'accett. e d'urgenza)			+1 SC (da SS a SC)
1	s.c. Gastroenterologia ed endoscopia digestiva					1	SSD Gastroenterologia ed endoscopia digestiva	-1 SC trasformata in SSD
1	s.c. Recupero e Rieducazione funzionale					1	SSD. Recupero e Rieducaz.funzionale	-1 SC trasformata in SSD
		1	SSD. Oncologia	1	s.c. Oncologia			+1 SC (da SSD a SC)
		1	SSD Neurologia	1	s.c. Neurologia			+1SC (da SsvD a SC)
1	s.c. Laboratorio Analisi Chimico-Cliniche					1	SS Laboratorio Analisi(della s.c. CPVE)	-1 SC trasformata in SS
1	s.c. Qualità e Comunicazione					1	SSD Governo clinico e sviluppo strategico	-1 SC trasformata in SSD
1	s.c. Servizio Sovrazonale di Epidemiologia					1	SSD Servizio di Epidemiologia	-1 SC trasformata in SSD
1	s.c. Distretto di Arona			1	s.c. Distretto Area Nord			-1 SC soppressa (unificata Arona-Borgomanero)
1	s.c. Distretto di Borgomanero							
1	s.c. Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche					1	SSD Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche	-1 SC trasformata in SSD
1	s.c. Presidio Multizonale di Profilassi e Polizia Veterinaria					1	SS Presidio Multizonale di Profilassi e Polizia Veterinaria ed Epidemiosorveglianza veterinaria (della s.c. SIAVA)	-1 SC trasformata in SS
		1	s.s. Servizio Assistenza Infermieristica, Ostetrica, Tecnico-Sanitaria e della Riabilitazione	1	s.c. Direzione delle Professioni Sanitarie			+1 SC (da SS a SC)
1	s.c. Programmaz.attività socio-sanitarie integrate							-1 SC soppressa
12		4		5		8		TOTALE - 11 SOC + 4 SC

Il risultato finale prevede la riduzione di 11 SC di cui:

- 3 sopresse (SC Nucleo Operativo per la tutela della salute e gestione della sicurezza in Azienda; 1 Distretto e la SC Programmazione attività socio-sanitarie integrate);
- 8 trasformate da SC a SSD/SS (s.c. Servizio Economato Provveditorato; s.c. Gastroenterologia ed endoscopia digestiva; s.c. Recupero e Rieducazione funzionale; sc Laboratorio Analisi; s.c. Qualità e Comunicazione; s.c. Servizio Sovrazonale di Epidemiologia; s.c. Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche; s.c. Presidio Multizonale di Profilassi e Polizia Veterinaria).

Alla disattivazione programmata di ciascuna SC corrisponde un provvedimento aziendale con riassegnazione del personale ed indicazione della nuova destinazione del responsabile della SC disattivata.

Per garantire l'implementazione dell'atto aziendale è stato predisposto uno specifico cronoprogramma, così strutturato:

- **step 1:** riduzione di 2 strutture complesse (raggiunto entro il 31.12.2015). In particolare sono state disattivate 2 SC ospedaliere afferenti al Dipartimento Chirurgico:
  - SC Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva
  - SC Recupero e Rieducazione Funzionale.





- **step 2:** chiusura di almeno il 50% delle SC previste (ospedaliere e non ospedaliere – amministrative e territoriali) entro il 1/05/2016. In particolare è stata prevista la disattivazione entro il I quadrimestre 2016:
  - SC Laboratorio Analisi
  - SC Qualità e Comunicazione
  - SC Nucleo Operativo per la tutela della salute e gestione della sicurezza in Azienda
  - SC Servizio Sovrazonale di Epidemiologia
  - SC Programmazione attività socio-sanitarie integrate
  - SC Servizio Economato Provveditorato
  - SC Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche
  - SC Presidio Multizonale di Profilassi e Polizia Veterinaria

Nel corso del II semestre è stata data attuazione al riordino del territorio articolato in tre Distretti (**step 3**) e si è proceduta a:

- unificazione dei due Distretti di Arona e Borgomanero nell'unico Distretto Area Nord e conseguente disattivazione di 1 SC Distretto (Borgomanero/Arona)
- ridefinizione delle aree distrettuali del Distretto urbano di Novara e del Distretto Area Sud.

**L'adeguamento complessivo all'atto Aziendale** è stato conseguito, come programmato entro il 31/12/2016, con il conferimento degli incarichi ai responsabili di struttura e con gli atti relativi ai bandi di incarico per la direzione delle SC, delle SSD e delle SS (**step 4**).

Il cronoprogramma è riassunto nella tabella 9.

**Tabella 9 - Cronoprogramma**

ATTIVITÀ	Mesi												
	Dic 2015	Gen 2016	Feb 2016	Mar 2016	Apr 2016	Mag 2016	Giu 2016	Lug 2016	Ago 2016	Sett 2016	Ott 2016	Nov 2016	Dic 2016
Step 1 – Riduzione di 2 SC													
Step 2 – Chiusura > 50% SOC													
Step 3 – Riordino Territorio													
Step 4 – Adeguam.to Atto Az.le													

## RISULTATO

Al 30.4.16 sono state disattivate 8 strutture complesse delle 11 programmate, pari al 73%, e si è provveduto alla contestuale attivazione di strutture semplici o semplici dipartimentali, come riportato nelle tabelle seguenti:

**Tabella 10 – Strutture disattivate entro il 30/04/2016**

Strutture disattivate	Data disattivazione	Documento di riferimento
s.c. Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva	01/01/2016	Deliberazione n. 826 del 30.12.2015
s.c. Recupero e Rieducazione Funzionale	01/01/2016	Deliberazione n. 826 del 30.12.2015
s.c. Servizio Sovrazonale di Epidemiologia (SSEPI)	30/04/2016	Deliberazione n. 141 del 29.04.2016
s.c. "Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (Area C)	30/04/2016	Deliberazione n. 142 del 29.04.2016
s.c. Laboratorio analisi chimico-cliniche	30/04/2016	Deliberazione n. 143 del 29.04.2016
s.c. "Presidio Multizonale di profilassi e polizia veterinaria (PMPPV)"	30/04/2016	Deliberazione n. 144 del 29.04.2016





128

29 GIU. 2017

A.S.L. NO Azienda Sanitaria Locale di Novara - Sede Legale: Viale Roma 7 – 28100 Novara  
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519 - P.IVA 01522670031  
[www.asl.novara.it](http://www.asl.novara.it)

s.c. "Qualità e Comunicazione"	30/04/2016	Deliberazione n. 145 del 29.04.2016
s.c. "Nucleo Operativo per la tutela della salute e gestione della sicurezza in Azienda e di attivazione della Funzione "Medico Competente" e "Servizio Prevenzione e protezione", in staff alla Direzione Generale	30/04/2016	Deliberazione n. 146 del 29.04.2016

**Tabella 11 – Strutture attivate entro il 30/04/2016**

Strutture attivate	Documento di riferimento
s.s.d. Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva	Deliberazione n. 826 del 30.12.2015
s.s.d. Recupero e Rieducazione Funzionale	Deliberazione n. 826 del 30.12.2015
s.s. "Servizio di Epidemiologia"	Deliberazione n. 141 del 29.04.2016
s.s. "UVOS Unità di Valutazione e Organizzazione Screening	Deliberazione n. 141 del 29.04.2016
s.s.d. "Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (Area C)	Deliberazione n. 142 del 29.04.2016
s.s. "Laboratorio Analisi Chimico-Cliniche"	Deliberazione n. 143 del 29.04.2016
s.s.d. "Governare Clinico e sviluppo strategico"	Deliberazione n. 145 del 29.04.2016

Le restanti 3 strutture complesse sono state disattivate nel corso del secondo semestre, come dettagliato nella tabella 12.

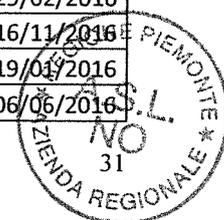
**Tabella 12 – Strutture disattivate nel secondo semestre 2016**

Strutture disattivate	Data disattivazione	Documento di riferimento
s.c. Servizio Economato provveditorato	30/12/2016	Deliberazione n. 491 del 30.12.2016
s.c. Distretto di Arona	30/12/2016	Deliberazione n. 492 del 30.12.2016
s.c. Distretto di Borgomanero		
s.c. Programmazione socio-sanitarie integrate	30/12/2016	Deliberazione n. 492 del 30.12.2016

Entro il 31.12.16 sono state attivate tutte le strutture complesse (attivazione complessiva pari al 100%) nonché le strutture semplici o semplici dipartimentali, come riportato in tabella 13 (non sono indicate le strutture già esistenti nell'atto aziendale precedente, che non hanno subito variazioni rispetto al nuovo atto aziendale e per cui è ancora in essere l'incarico di Direttore/responsabile):

**Tabella 13 – Strutture attivate nel corso del 2016, escluse quelle che non hanno subito variazioni a seguito del nuovo Atto Aziendale**

Strutture attivate	Documento di riferimento
s.c. Direzione delle professioni sanitarie (Di.P.Sa.)	Deliberazione n. 480 del 30/12/2016
s.c. Affari istituzionali, Legali, Comunicazione, Anticorruzione e Trasparenza	Deliberazione n. 260 del 11/07/2016
s.c. Servizio Informativo e Controllo di Gestione	Deliberazione n. 279 del 25/07/2016
s.c. Servizio Gestione del personale e valorizzazione delle risorse umane	Deliberazione n. 259 del 11/07/2016
s.c. Servizio Tecnico -Patrimoniale -	Deliberazione n. 304 del 09/08/2016
s.c. Medicina Interna	Deliberazione n. 068 del 02/03/2016
s.c. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza	Deliberazione n. 413 del 23/11/2016
s.c. Neurologia	Deliberazione n. 324 del 08/09/2016
s.c. Nefrologia	Deliberazione n. 058 del 29/02/2016
s.c. Anestesia e Rianimazione	Deliberazione n. 063 del 29/02/2016
s.c. Oncologia	Deliberazione n. 414 del 23/11/2016
s.c. Ortopedia e traumatologia	Deliberazione n. 064 del 29/02/2016
s.c. Oculistica	Deliberazione n. 403 del 16/11/2016
s.c. Pediatria	Deliberazione n. 008 del 19/01/2016
s.c. Ostetricia e Ginecologia	Deliberazione n. 206 del 06/06/2016





s.c. Neuro Psichiatria Infantile	Deliberazione n. 065 del 29/02/2016
s.c. Anatomia ed Istologia Patologica	Deliberazione n. 060 del 29/02/2016
s.c. Radiologia	Deliberazione n. 197 del 31/05/2016
s.c. Farmacia territoriale	Deliberazione n. 434 del 12/12/2016
s.c. Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di lavoro	Deliberazione n. 433 del 12/12/2016
s.c. Servizio Igiene e Sanità Pubblica	Deliberazione n. 062 del 29/02/2016
s.c. Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione	Deliberazione n. 435 del 12/12/2016
s.c. SIAV area B Igiene Alimenti di origine animale e loro derivati	Deliberazione n. 061 del 29/02/2016
s.c. SIAV area A Sanità Animale	Deliberazione n. 059 del 29/02/2016
s.c. Psichiatria Area Nord	Deliberazione n. 331 del 14/09/2016
s.c. Psichiatria Area Sud	Deliberazione n. 097 del 31/03/2016
s.c. SER.T.	Deliberazione n. 066 del 29/02/2016
s.s.d. Servizio di Psicologia	Deliberazione n. 470 del 29/12/2016
s.s.d. Servizio Assistenza Protesica e Integrativa	Deliberazione n. 348 del 29/09/2016
s.s.d. Assistenza Territoriale Ambulatoriale e Domiciliare	Deliberazione n. 382 del 28/10/2016
s.s.d. Cure Palliative	Deliberazione n. 352 del 29/09/2016
s.s.d. Redazione, gestione e verifica accordi contrattuali con erogatori privati	Deliberazione n. 280 del 25/07/2016
s.s.d. Otorinolaringoiatria	Deliberazione n. 474 del 29/12/2016
s.s.d. Diabetologia	Deliberazione n. 472 del 29/12/2016
s.s.d. Allergologia	Deliberazione n. 473 del 29/12/2016
s.s.d. Centro salute Mentale Arona	Deliberazione n. 471 del 29/12/2016
s.s.d. Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura Borgomanero	Deliberazione n. 469 del 29/12/2016
s.s.d. Servizio sanità Penitenziaria	2 Avvisi pubblicati sul sito internet aziendale. Struttura priva di titolare in quanto i dirigenti che hanno inoltrato domanda per il conferimento dell'incarico dirigenziale hanno poi rinunciato. L'incarico verrà assegnato presumibilmente dal 01/03/2017 ad un dirigente che ha dato la propria disponibilità a ricoprire tale incarico.
s.s. Comunità Terapeutiche Novara	Deliberazione n. 236 del 22/06/2016
s.s. Servizio di Epidemiologia	Deliberazione n. 231 del 22/06/2016
s.s. Telecomunicazioni e Tecnologie Informatiche	Deliberazione n. 310 del 23/08/2016
s.s. Gestione Area Tecnico – Manutentiva	Deliberazione n. 309 del 23/08/2016
s.s. Acquisti e logistica	La struttura complessa Servizio Economato e Provveditorato, che si occupa delle attività gestite dalla s.s. Acquisti e Logistica, è stata disattivata a decorrere dal 30/12/2017. Sono in corso le procedure per l'assegnazione dell'incarico del responsabile di tale struttura
s.s. Prevenzione e Gestione del Rischio Clinico	Deliberazione n. 285 del 29/07/2016
s.s. Coordinamento Amministrativo Ospedaliero e Libera Professione	Deliberazione n. 281 del 28/07/2016
s.s. Coordinamento cure primarie	Deliberazione n. 478 del 29/12/2016
s.s. Continuità Ospedale - Territorio e Servizio Sociale Aziendale	Deliberazione n. 487 del 30/12/2016
s.s. UTIC	Deliberazione n. 235 del 22/06/2016
s.s. Emodialisi	Deliberazione n. 244 del 22/06/2016
s.s. Terapia Intensiva e Rianimazione	Deliberazione n. 233 del 22/06/2016
s.s. Gestione Attività Blocchi Operatori	Deliberazione n. 233 del 22/06/2016





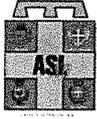
128 29 GIU. 2017

A.S.L. NO Azienda Sanitaria Locale di Novara - Sede Legale: Viale Roma 7 – 28100 Novara  
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519 - P.IVA 01522670031  
[www.asl.novara.it](http://www.asl.novara.it)

s.s. Chirurgia d'urgenza	Deliberazione n. 346 del 29/09/2016
s.s. Chirurgia senologica	Deliberazione n. 346 del 29/09/2016
s.s. Dermochirurgia	Deliberazione n. 346 del 29/09/2016
s.s. Traumatologia d'urgenza	Deliberazione n. 241 del 22/06/2016
s.s. Andrologia	Deliberazione n. 237 del 22/06/2016
s.s. Chirurgia e Diagnostica Oftalmica Ambulatoriale	Deliberazione n. 242 del 22/06/2016
s.s. Neonatologia	Deliberazione n. 238 del 22/06/2016
s.s. Patologia ostetrica e ginecologica	Deliberazione n. 282 del 28/07/2016
s.s. Consultori	Deliberazione n. 443 del 21/12/2016
s.s. Laboratorio analisi chimico cliniche	Deliberazione n. 240 del 22/06/2016
s.s. Servizio Immuno-Trasfusionale	Deliberazione n. 240 del 22/06/2016
s.s. Radiologia d'urgenza	Deliberazione n. 351 del 29/09/2016
s.s. Galenica ospedaliera	Deliberazione n. 230 del 22/06/2016
s.s. Tutela delle disabilità	Deliberazione n. 232 del 22/06/2016
s.s. U.V.O.S. - Unità Valutazione e Organizzazione Screening	Deliberazione n. 234 del 22/06/2016
s.s. Sorveglianza e controllo degli Ambienti di vita	Deliberazione n. 234 del 22/06/2016
s.s. Sorveglianza e controllo degli alimenti	Deliberazione n. 455 del 27/12/2016
s.s. Igiene della nutrizione	Deliberazione n. 455 del 27/12/2016
s.s. Presidio Multizonale di profilassi e polizia Veterinaria ed Epidemiosorveglianza Veterinaria	Deliberazione n. 243 del 22/06/2016
s.s. Centri salute Mentale Borgomanero	Deliberazione n. 239 del 22/06/2016
s.s. Centro Salute Mentale Centro Diurno Galliate	Deliberazione n. 236 del 22/06/2016
s.s. Alcologia	L'incarico è stato conferito a decorrere dal 01/01/2017

Contestualmente alla disattivazione/attivazione delle strutture si è provveduto ad aggiornare il sistema di monitoraggio delle anagrafiche sanitarie (ARPE) e il nuovo sistema ARPO.





### **OBIETTIVO 1.2: Centralizzazione delle chiamate di C.A.**

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 febbraio 2013 e del Patto per la salute 2014-2016, DGR 1-600 del 19.11.2014 e s.m.i. e DGR 26-1653 del 29.6.2015 e s.m.i. con particolare riferimento nello specifico, anche in prosecuzione delle iniziative fissate nel 2015, il presente sub-obiettivo si articola nelle seguenti azioni:

- gestione dei punti di risposta presso le quattro centrali operative;
- individuazione delle figure professionali atte a garantire le attività previste nel sub-obiettivo
- favorendo meccanismi di mobilità interna tra aziende nonché l'aderenza rispetto alle ultime
- normative in vigore (Legge 28 dicembre 2015, n.208);
- monitoraggio dell'attività ed invio dati.

#### **ATTESO - INDICATORE**

##### Indicatore:

1. disponibilità dei locali, arredi, e tecnologie (sarà possibile effettuare *on site visit* di controllo) coerentemente alle indicazioni dell'ufficio competente dell'Assessorato e nel rispetto dei vincoli economico-finanziari del bilancio aziendale.
2. Esistenza di una procedura finalizzata al reclutamento del personale dedicato
3. Disattivazione dei punti di risposta territoriale di CA sul territorio di riferimento
4. Produzione tabulati di monitoraggio da centralino
5. Esistenza dati di attività prodotta (ad es. risposte telefoniche, visite domiciliari, visite ambulatoriali, trasferite verso 118 e ricevute da 118)
6. Revisione postazioni di CA

##### Valore atteso:

1. Piena operatività delle infrastrutture tecnologiche e di supporto relative alle centrali operative 116117 collocate presso: AOU Città della Salute e della Scienza (TO); AOU Maggiore della Carità (NO); AO SSS. Antonio e Biagio Cesare Arrigo (AL); ASL CN 1.
2. Individuazione delle figure professionali da utilizzare coerentemente alle indicazioni che saranno predisposte dagli uffici competenti dell'Assessorato, favorendo meccanismi di mobilità sia intra-aziendali che inter-aziendali. ASR responsabili: ASL TO1; ASL NO; ASL AL; ASL CN1.
3. Corretta affluenza di tutte le chiamate provenienti dal quadrante di riferimento. ASR responsabili: ASL TO1; ASL NO; ASL AL; ASL CN1.
4. Monitoraggio dei tempi di risposta: relativi alle chiamate ricevute dalle centrali di riferimento. ASR responsabili: ASL TO1; ASL NO; ASL AL; ASL CN1.
5. Popolazione delle banche dati relative ai servizi effettuati che dovranno essere erogati dalle stesse, all'interno delle centrali operative 116117. ASR responsabili: TUTTE le ASR.
6. Entro il 31 dicembre 2016 tutte le aziende interessate dovranno provvedere alla revisione delle postazioni territoriali di CA

#### **AZIONI**

Tra gli obiettivi perseguiti nell'intervento di riordino della rete territoriale ex DGR 29 giugno 2015, n. 26-1653, vi è la definizione di un modello finalizzato a garantire, nel pieno rispetto dei percorsi differenziati, l'interazione tra i servizi della Continuità Assistenziale-ex Guardia Medica (di seguito: C.A.) e del sistema di Emergenza/Urgenza, attraverso la centralizzazione delle chiamate che oggi interessano 80 linee di C.A. attive nella Regione Piemonte, su un numero unico "116.117".





128 29 GIU. 2017

A.S.L. NO Azienda Sanitaria Locale di Novara - Sede Legale: Viale Roma 7 – 28100 Novara  
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519 - P.IVA 01522670031  
[www.asl.novara.it](http://www.asl.novara.it)

Tale numero, oltre che dedicato al servizio di cure mediche da erogarsi negli orari di competenza della C.A., è destinato a rappresentare anche un valido riferimento sia per i pazienti e le loro famiglie sia per gli operatori sanitari e sociali del territorio nonché per gli operatori dell'ospedale, al fine di agevolare e supportarne i percorsi nell'ambito della rete organizzativa ed operativa dei servizi sanitari e socio-sanitari territoriali.

In applicazione alle vigenti disposizioni normative, la Regione al fine di assicurare la messa a disposizione delle tecnologie necessarie per l'istituzione e la piena operatività del numero unico per le situazioni di non urgenza 116117, ha individuato le Aziende del SSR che sono sedi delle quattro Centrali Operative 118, (AOU Città della Salute e della Scienza, AOU Maggiore della Carità, AO SS. Arrigo e Biagio, ASL CN1 ) per la parte tecnologico/logistica e le 4 aziende di riferimento territoriale (ASL NO, ASL AL, ASL CN1 , ed ASL T01) per quanto riguarda il personale.

Compito della Centrale sarà quello di accogliere, valutare smistare le richieste degli utenti secondo un criterio di necessità: consulto telefonico, visita ambulatoriale, visita domiciliare, eventuale ricorso al Servizio 118, da inoltrare alla postazione geograficamente più vicina al luogo di intervento.

Nel 2016 la Regione ha ridefinito i termini per la realizzazione della centrale operativa con numero unico 116-117 (incontro del 12/09/2016). La data di avvio dell'attività è stata procrastinata nei primi mesi del 2017: il primo step sarà garantire la copertura del servizio di Continuità assistenziale (ex-guardia medica). Lo slittamento dei tempi è stato precisato anche durante il secondo e il terzo incontro di monitoraggio degli obiettivi dei Direttori Generali delle ASR della Regione Piemonte, tenutisi per l'ASL NO rispettivamente in data 29 settembre e 15 dicembre 2016. Nel Report regionale OBIETTIVI DEI DIRETTORI GENERALI DELLE ASR REGIONE PIEMONTE 3° MONITORAGGIO 2016, infatti, è precisato che *"è stato evidenziato che per motivazioni derivanti dalla programmazione regionale il cronoprogramma previsto dall'obiettivo dovrà essere modificato con uno slittamento delle tempistiche previste. Il Settore competente della Direzione Sanità sta procedendo alla stesura delle Linee Guida operative per la revisione delle postazioni di guardia medica da parte delle ASL.*

*Si rileva che (...) L'AO di Alessandria e l'AOU di Novara hanno dichiarato di aver perfezionato tutti gli step per il completamento delle Centrali Operative"*

## RISULTATO

In ottemperanza a quanto previsto dalla Regione Piemonte che prevede il riordino del Servizio di Continuità assistenziale e la istituzione di una Centrale operativa di quadrante per le AA.SS.LL. NO, VCO, VC e BI, con sede a Novara, dotata di personale proprio, adeguatamente formato allo specifico compito e coadiuvato dalla presenza costante di un Medico di Continuità assistenziale da individuare mediante turnazione, l'ASL NO ha provveduto ad una revisione delle postazioni di Continuità Assistenziale del proprio territorio, formalizzata con delibera del Direttore Generale n. 493 del 30 dicembre 2016.

In particolare sono state confermate sul territorio della ASL NO le postazioni già attive (cfr tabella 14), il cui mantenimento si ritiene necessario per l'attuazione del progetto.

Tutte le sedi risultano dotate di un ambulatorio attrezzato con annessa sala d'attesa e di un numero di autoveicoli per gli interventi domiciliari pari al numero di medici contemporaneamente presenti in ciascun turno, notturno o diurno.





128

29 GIU. 2017

A.S.L. NO Azienda Sanitaria Locale di Novara - Sede Legale: Viale Roma 7 – 28100 Novara  
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519 - P.IVA 01522670031  
www.asl.novara.it

Tabella 14 – Sedi del servizio di continuità assistenziale della ASL NO e relativo bacino di utenza

SEDE	BACINO DI UTENZA	
	TERRITORIO SERVITO (Comuni)	RESIDENTI
<b>NOVARA</b> v.le Roma 7	Borgolavezzaro, Caltignaga, Casalino con Cameriano, Garbagna Novarese, Granozzo con Monticello, Nibbiola, Novara, Terdobbiato, Tornaco, Vespolate	118.130
<b>BIANDRATE</b> via g. Greppi 9	Biandrate, Casalbeltrame, Casalvolone, Recetto, San Nazzaro Sesia, San Pietro Mosezzo, Vicolungo <i>Nota: nei turni notturni si aggiungono Carpignano Sesia ed altri 7 comuni limitrofi (elencati nel box sottostante)</i>	7.716
<b>CARPIGNANO SESIA</b> p.zza Volontari della libertà 5  <i>Nota: sede attiva nei soli turni diurni; in quelli notturni il territorio di competenza è servito dalla sede di Biandrate</i>	Briona, Carpignano Sesia, Casaleggio, Castellazzo Nov., Fara Novarese, Landiona, Mandello Vitta, Sillavengo	8.500
<b>GALLIATE</b> via per Turbigio 8	Cameri, Galliate, Romentino	32.269
<b>TRECCATE</b> via Rugiada 20	Cerano, Treccate, Sozzago	28.575
<b>ARONA</b> via S. Carlo 11	Arona, Borgo Ticino, Castelletto Ticino, Comignago, Dormelletto, Oleggio Castello, Paruzzaro  <i>Nota: nei turni notturni si aggiungono Nebbiuno ed altri 5 comuni limitrofi (elencati nel box sottostante)</i>	37.344
<b>NEBBIUNO</b> via per Meina 8/a presso associazione volontari del Vergante  <i>Nota sede attiva nei soli turni diurni; in quelli notturni il territorio di competenza è servito dalla sede di Arona</i>	Colazza, Lesa, Massino Visconti, Meina, Nebbiuno, Pisano	8.980
<b>OLEGGIO</b> via Gaggiolo 11	Bellinzago Novarese, Divignano, Marano Ticino, Mezzomerico, Oleggio, Pombia, Varallo Pombia	35.260
<b>BORGOMANERO</b> v.le don Minzoni 7	Agrate Conturbia, Boca, Bogogno, Bolzano Novarese, Borgomanero, Briga Novarese, Cavallirio, Cressa, Cureggio, Fontaneto D'Agogna, Gargallo, Gattico, Gozzano, Inverio, Maggiora, Pugno, Soriso, Veruno	59.529
<b>GHEMME</b> via Castello 7	Barengo, Cavaglietto, Cavaglio D'Agogna, Ghemme, Momo, Sizzano, Suno, Vaprio D'Agogna	14.073

Il servizio di continuità assistenziale (ex guardia medica) della ASL NO non prevede l'impiego di personale infermieristico né di autisti dedicati.





### **OBIETTIVO 2.1: Tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali**

L'obiettivo si compone di due sub-obiettivi:

1. Caricamento sul CUP aziendale di tutte le agende di prenotazione (pubblico/privato convenzionato).
2. Adeguamento del tempo medio di attesa (indice di performance) allo standard regionale stabilito dalla Direzione Sanità per le singole prestazioni oggetto di monitoraggio (solo produzione componente pubblica) nel rispetto del vincolo di una produzione minima (15° percentile della produzione 2015).

Ai fini del sub-obiettivo sono prese in considerazione, in via prioritaria per l'anno 2016, le 43 prestazioni previste dal PNLGA (visite specialistiche e diagnostica strumentale) eccetto le visite oncologiche. Sono valutate ai fini del monitoraggio tutte le prestazioni erogate (primo accesso e non) e tutte le modalità di prescrizione.

Indice di performance di erogazione delle prestazioni: è calcolato, partendo dalla produzione per le 42 prestazioni oggetto di monitoraggio, come totale delle giornate intercorse tra la data di prenotazione e la data di erogazione, per ogni singolo caso, sul totale delle prestazioni erogate.

#### **ATTESO - INDICATORE**

##### Indicatore:

N° di agende di prenotazione (pubbliche/private) caricate su CUP  
 1. \_\_\_\_\_ x 100

N° di agende di prenotazione (pubbliche/private) presenti in Azienda

(data prenotazione – data erogazione)  
 2.  $\Sigma$  \_\_\_\_\_  
 N° prestazioni

##### Valore atteso:

1. 100%
2. Cfr. Tabella 15.





128

29 GIU. 2017

A.S.L. NO Azienda Sanitaria Locale di Novara - Sede Legale: Viale Roma 7 – 28100 Novara  
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519 - P.IVA 01522670031  
www.asl.novara.it

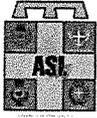
Tabella 15 – Dettaglio delle prestazioni monitorate con relativi standard attesi

Descrizione Prestazione	Standard	Qta soglia
Audiometria	30	1377
Colonscopia	30	2002
Ecocolordoppler cardiaca	40	2525
Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici	40	1779
Ecocolordoppler dei vasi periferici	30	950
Ecografia Addome	30	5635
Ecografia Capo e collo	40	1573
Ecografia Mammella	30	760
Ecografia Ostetrica-Ginecologica	11	2338
Elettrocardiogramma	30	10051
Elettrocardiogramma da sforzo	40	795
Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	40	893
Elettromiografia	30	102
Esofagogastroduodenoscopia	30	1498
Fondo oculare	60	801
Mammografia	40	669
RMN Cervello e tronco encefalico	30	712
RMN Colonna vertebrale	30	657
RMN Muscoloscheletrica	30	591
RMN Pelvi, Prostata e Vescica	30	56
Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	30	84
Spirometria	40	1586
TC senza e con contrasto Addome completo	30	1755
TC senza e con contrasto Addome inferiore	30	6
TC senza e con contrasto Addome superiore	30	41
TC senza e con contrasto Bacino	30	37
TC senza e con contrasto Capo	30	844
TC senza e con contrasto Rachide e speco verbale	30	136
TC senza e con contrasto Torace	30	1575
Visita cardiologica	30	3108
Visita dermatologica	30	4709
Visita endocrinologica	30	695
Visita fisiatrica	30	1575
Visita gastroenterologica	30	873
Visita ginecologica	30	2799
Visita neurologica	30	2600
Visita oculistica	30	5110
Visita orinolaringoiatrica	30	4013
Visita ortopedica	30	3767
Visita pneumologica	30	1224
Visita urologia	30	2466

## AZIONI

L'ASL NO persegue da tempo l'obiettivo di miglioramento dei tempi di attesa, attraverso la valutazione dell'appropriatezza prescrittiva, l'ottimizzazione delle agende degli specialisti ambulatoriali convenzionati interni e gli accordi con gli erogatori privati accreditati presenti sul proprio territorio, integrati in un concetto di "rete".





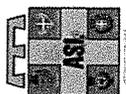
A.S.L. NO Azienda Sanitaria Locale di Novara - Sede Legale: Viale Roma 7 – 28100 Novara  
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519 - P.IVA 01522670031  
[www.asl.novara.it](http://www.asl.novara.it)

Le linee perseguite sono state sostanzialmente due:

- ➔ incremento dell'appropriatezza (corsi, indicazioni operative, assegnazione di obiettivi ai prescrittori), con riduzione delle prestazioni erogate in maniera inappropriata
- ➔ incremento dell'offerta tramite razionalizzazione delle risorse disponibili e/o incremento delle risorse produttive (es. incremento personale Gastroenterologia per un certo periodo di tempo finanziato con fondi regionali ad hoc, utilizzo fondo Balduzzi).

Nello specifico in tabella 16 sono dettagliate le azioni attuate nel 2016 per il contenimento dei tempi di attesa.





A.S.L. NO Azienda Sanitaria Locale di Novara - Sede Legale: Viale Roma 7 - 28100 Novara  
Tel. 0321 374111 - fax 0321 374519 - P.IVA 01522670031  
[www.asl.novara.it](http://www.asl.novara.it)

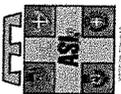
128

29 GIU. 2017

Tabella 16 - Azioni di miglioramento messe in atto per il contenimento dei Tempi di attesa nel 2016

TARGET	AZIONI PROGRAMMATE	AZIONI EFFETTUATE
<b>APPROPRIATEZZA (PROFESSIONALE, ORGANIZZATIVA)</b>	<p>⇒ Progettare e realizzare corsi di formazione (FAD e/o tradizionali) sull'appropriatezza da offrire a tutti i prescrittori (MMG, specialisti convenzionati interni, specialisti ospedalieri) tra le iniziative di aggiornamento obbligatorio dell'ASL, al fine di divulgare criteri per l'accesso appropriato a visite ed esami e promuoverne l'utilizzo appropriato. L'iniziativa è da condividere e organizzare insieme all'AOU Maggiore della Carità, coinvolgendo le altre strutture della rete SSR: allo scopo verranno effettuati specifici incontri operativi.</p> <p>⇒ Predisposizione di percorsi /PDTA per il paziente con patologie croniche (ipertensione, ipercolesterolemia, BPCO...) che necessitano di terapie con farmaci alto spendenti in modo da contrastare il sovrautilizzo di prestazioni e di farmaci.</p> <p>⇒ Assegnazione ai prescrittori (MMG, specialisti ospedalieri e specialisti ambulatoriali convenzionati) di specifico obiettivo annuale sull'appropriatezza nell'ambito del budget in modo da ricondurre le prestazioni ad un consumo congruo</p>	<p>Corsi FAD (Formazione A Distanza) realizzati in collaborazione con AOU, i seguenti corsi</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- "Appropriatezza prescrittiva esami di laboratorio", attivato il 16/03/2015, effettuate n. 6 edizioni, di cui 1 nel 2016, per complessivi 140 formati (8 nel 2016).</li><li>- "Appropriatezza prescrittiva in cardiologia: ecocardiogramma", attivato il 15/09/2016, effettuata n. 1 edizione per complessivi 12 formati.</li></ul> <p>Bronco-Pneumopatia Cronica Ostruttiva: attivazione percorso di medicina di iniziativa con la collaborazione dell'IRCCS e l'attivazione di ambulatori dedicati anche nell'area sud dell'ASL NO, oltre che presso il CAP di Arona e l'antenna CAP di Oleggio. Tale attività è iniziata nel maggio del 2016.</p> <p>Nel 2016 sono stati previsti specifici obiettivi per:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- gli specialisti ospedalieri dell'ASL (nella scheda degli obiettivi di budget, deliberati con Deliberazione del Direttore Generale n. 101/2016),</li><li>- gli specialisti ambulatoriali convenzionati (accordi contrattuali siglati in data 20/05/2016)</li></ul>

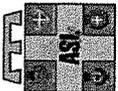




A.S.L. NO Azienda Sanitaria Locale di Novara - Sede Legale: Viale Roma 7 – 28100 Novara  
 Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519 - P.IVA 01522670031  
[www.asl.novara.it](http://www.asl.novara.it)

<p><b>EFFICIENZA DELL'OFFERTA</b></p>	<p>e appropriato (secondo le previsioni aziendali). Analogo obiettivo sarà attribuito sempre quale obiettivo di budget ai direttori di distretto che devono esercitare il governo del consumo di specialistica ambulatoriale.</p>	<p>- i Medici di Medicina Generale (accordi contrattuali siglati in data 18/02/2016)          - I Pediatri di Libera Scelta accordi contrattuali siglati in data 19/07/2016)</p>
<p>⇒ <b>Ottimizzazione dell'impiego delle risorse a disposizione (spazi, apparecchiature, risorse umane)</b> attraverso una analisi delle prestazioni erogate e dei tempi di erogazione delle prestazioni con conseguente riorganizzazione delle agende delle branche maggiormente critiche.</p>	<p><u>Ocullistica</u>          Standardizzazione dei tempi di erogazione delle prestazioni.</p> <p><u>Radiodiagnostica</u>          Riorganizzazione dell'attività dei Radiologi convenzionati finalizzata all'abbattimento dei tempi di attesa, che ha consentito di ridurre entro lo standard l'attesa per ecografia addome presso sede di Oleggio e Arona, rientro nei tempi di attesa per ECOTSA per Borgomanero e Arona.</p> <p>Presso la Radiologia di Borgomanero, dal primo settembre 2016, è stata utilizzata in maniera intensiva l'apparecchiatura TC8 mettendo a disposizione prestazioni per utenti esterni, con conseguente riduzione delle liste di attesa, attualmente pari a due giorni. Analogo risultato è stato raggiunto aumentando le sedute ecografiche.</p> <p>È in corso un processo di riorganizzazione impiantistica presso la sede dei Oleggio al fine di consentire l'utilizzo in contemporanea di due apparecchi radiologici aumentando il numero di prestazioni erogabili all'ora.</p> <p><u>Gastroenterologia</u>          Si è proceduto alla riorganizzazione dell'attività ambulatoriale per la SSD Gastroenterologia ASL NO, nel corso del 2016, avendo individuato spazi potenzialmente riorganizzabili che avrebbero permesso l'ottimizzazione del lavoro del personale medico e infermieristico. Tale riorganizzazione ha determinato un incremento di disponibilità di posti CUP per colonoscopie prestazione particolarmente critica. A seguito di detta riorganizzazione si è osservata una riduzione di 4 giorni del tempo di attesa per gli esami di colonscopia (passati da 41 giorni a 37).</p> <p><u>Pediatria</u>          Nel corso del 2016 si è proceduto alla riorganizzazione dell'attività ambulatoriale endocrinologica e apertura ambulatorio di cardiologia pediatrica. Attivazione di un secondo canale di prenotazione delle visite allergologiche in base ai turni di servizio dei singoli operatori attivi nell'ambulatorio di allergologia pediatrica. La modalità permette di fissare appuntamenti con prenotazione "riservata" per visite di controllo cinque giorni alla settimana in base ai turni di servizio degli operatori.</p> <p>L'attivazione dell'ambulatorio allergologico anche in giorni diversi da quelli "istituzionali" ha comportato un notevole incremento del numero di prestazioni allergologiche e una notevole riduzione dei tempi di attesa.</p> <p>Attivazione dell'ambulatorio di cardiologia pediatrica in collaborazione con la sc di Cardiologia; il volume di attività svolta</p>	

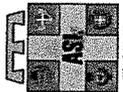




A.S.L. NO Azienda Sanitaria Locale di Novara - Sede Legale: Viale Roma 7 - 28100 Novara  
 Tel. 0321 374111 - fax 0321 374519 - P.IVA 01522670031  
[www.asl.novara.it](http://www.asl.novara.it)

	<p>⇨ Aumentare l'offerta di prestazioni attraverso il <b>fondo previsto dalla Legge 189/2012</b> c.d. "Legge Balduzzi" accantonato già sugli incassi della libera professione dell'anno corrente per una quota del 5% che è stata vincolata per interventi di miglioramento (riduzione delle liste di attesa).</p> <p>⇨ <b>Sottoscrivere i contratti con le case di cura private accreditate</b> (in collaborazione ASL - AOU) secondo il bisogno di prestazioni "appropriate" previsto</p>	<p>dalla sc di Pediatria è di circa 50 prestazioni/mese (visita + ecg, visita + ecocardiografia). Anche per la Cardiologia pediatrica il tempo di attesa si è sensibilmente ridotto.</p> <p>Dal mese di ottobre 2016 in stretta collaborazione con la sc di Radiologia diagnostica di Borgomanero vengono eseguite le cistografie minzionali per la valutazione della presenza di patologia malformativa delle vie urinarie (reflusso vescico-ureterale, valvole dell'uretra posteriore ecc.) nei bambini con pregressa infezione delle vie urinarie.</p> <p><u>Allergologia</u></p> <p>I tempi di attesa dai valori elevati registrati all'inizio del 2015 (circa 160 giorni) si sono drasticamente ridotti grazie all'inserimento di un nuovo specialista che ha contribuito con il team a realizzare uno specifico progetto che prevedeva aspetti organizzativi e gestionali quali la riduzione degli spazi per le visite di controllo a favore di spazi nuovi per prime visite, l'elaborazione di schemi per favorire l'appropriatezza prescrittiva e ridurre l'inappropriatezza con uno schema a semaforo, condiviso con MMG/PLS e medici del DEA. I dati del 2016 sono confortanti e vedono i tempi di attesa sempre al di sotto dello standard atteso.</p> <p>2016: attivati contratti per:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diabetologo</li> <li>- Allergologo</li> <li>- Gastroenterologo (da Novembre 2015 a Maggio 2016)</li> </ul> <p>I contratti sono stati stipulati, su indicazione regionale, a settembre 2015 per le strutture con attività ambulatoriale e di ricovero (Deliberazioni del Direttore Generale n. 742; 744; 745; 746) e a settembre 2016 per le strutture con la sola attività specialistica (Deliberazioni del Direttore Generale n. 341).</p> <p>Nella stipula dei contratti si è tenuto conto delle prestazioni con tempi di attesa elevati e si è concordato di condividere le agende degli erogatori privati, in modo da convogliare l'attività di queste strutture sulle prestazioni utili ai cittadini. Per questo sono state predisposte agende condivise, che consentono all'utente al momento della prenotazione di scegliere il posto con il tempo di attesa minore.</p> <p>Nel dettaglio sono stati attivati tramite CUP WEB i collegamenti per prenotazioni su agende messe a disposizione da erogatori privati accreditati, così dettagliati:</p>
--	---	---





A.S.L. NO Azienda Sanitaria Locale di Novara - Sede Legale: Viale Roma 7 – 28100 Novara  
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519 - P.IVA 01522670031  
[www.asl.novara.it](http://www.asl.novara.it)

128

29 GIU. 2017

		<ul style="list-style-type: none"><li>• San Carlo: Branca Cardiologia</li><li>• San Gaudenzio: branca neurologica (elettromiografie); branca cardiologica (visite ed ecocardiografie); riparazioni monolaterali di ernia; visite oculistiche</li><li>• I Cedri: riparazioni monolaterali di ernia</li><li>• CDC: Visite dermatologiche; visite oculistiche, visite pneumologiche</li><li>• IRCCS Salvatore Maugeri di Veruno: branca neurologica (visite ed elettromiografie); branca cardiologica (visite ed ecocardiografie)</li></ul>
--	--	--





128 29 GIU. 2017

A.S.L. NO Azienda Sanitaria Locale di Novara - Sede Legale: Viale Roma 7 – 28100 Novara  
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519 - P.IVA 01522670031  
[www.asl.novara.it](http://www.asl.novara.it)

## RISULTATO

Per quanto riguarda il primo indicatore, la quasi totalità delle agende cartacee residue è stata inserita in agenda informatizzata ed è stata inserita nel CUP aziendale.

Le agende cartacee ospedaliere dopo attenta analisi volta al miglioramento dell'appropriatezza dell'offerta e della efficienza dei PDTA sono state ridefinite e inserite a CUP aziendale entro il 31/12/2016.

Per quanto riguarda le agende territoriali è stata effettuata una ricognizione che ha consentito di identificare le agende gestite ancora in modalità cartacea ed avviare il processo di informatizzazione che è giunto ad un buon livello di conversione, tenuto conto della necessità di esaurire le agende cartacee già in essere. Permangono alcune criticità nella branca di odontoiatria in cui le prestazioni successive alle visite (es. estrazioni, ricostruzioni, terapie canalari, ecc) e le prestazioni relative all'odontoprotesi, limitatamente ad alcune sedi, sono ancora gestite in modalità cartacea. Anche per quanto concerne la reumatologia le prestazioni accessorie in una sede sono gestite con agenda cartacea. Durante il 2017 si procederà ad ultimare l'informatizzazione anche per le branche critiche.

Per quanto riguarda il secondo indicatore durante i diversi incontri di monitoraggio svoltisi con le ASR presso l'Assessorato alla Sanità della Regione Piemonte, la Direzione Generale dell'ASL NO ha ripetutamente evidenziato le peculiarità dell'ASL NO e in particolare:

- la mancata erogazione di prestazioni della disciplina "**Chirurgia Vascolare**" in ASL NO, con conseguente richiesta di esclusione dalla valutazione: si precisa che è stato concordato con i Competenti settori regionali che la visita di Chirurgia Vascolare non è oggetto di monitoraggio nel 2016 per l'ASL NO<sup>1</sup>;
- la criticità legata alla disciplina "**Endocrinologia**": nell'Atto Aziendale è previsto che le attività endocrinologiche nell'area Piemonte Nord-Est devono essere organizzate attraverso integrazione e cooperazione nel rispetto del differente grado di complessità derivante dal diverso ruolo nella rete ospedaliera di ogni presidio mediante il coordinamento dell'unica struttura complessa dell'AOU, in modo da definire un percorso per il paziente "endocrinologico" declinato per livelli di complessità clinica e procedurale. Nelle more dell'attivazione della rete endocrinologica, l'attività specialistica dell'ASL NO si è mantenuta limitatamente alla patologia tiroidea, specie a supporto del percorso del paziente oncologico affetto da K della tiroide – patologia per il trattamento della quale l'ASL NO è individuata dalla DGR 51-2485 del 23/11/2015 quale centro hub – privilegiando attività specialistiche e consulenze per l'oncologia;
- le azioni di promozione dell'appropriatezza prescrittiva implementate rispetto alle prestazioni della disciplina "**Radiologia**" (e sulle prestazioni TC in particolare) finalizzate ad ottenere una riduzione delle TC a carico dei residenti (che registrano un consumo in eccesso rispetto allo standard nazionale): ciò ha condotto ad una contrazione del numero di prestazioni TC erogate - che risultano per l'ASL NO al di sotto del 15° percentile individuato come volume minimo atteso per pazienti esterni -, con un tempo d'attesa entro i valori soglia. Al proposito è stata posta più volte la domanda di come conciliare l'indicatore relativo al numero di prestazioni pro-capite (che prevede una riduzione delle TC a carico dei residenti) e l'indicazione posta dall'obiettivo di garantire l'erogazione di un volume minimo di prestazioni. Si precisa che la TC dell'Ospedale di Borgomanero è utilizzata per erogare prestazioni sia per pazienti esterni che giungono con impegnativa del curante sia per pazienti interni, ricoverati nelle degenze o in carico a

<sup>1</sup> Nell'ultimo trimestre, contestualmente all'avvio della ricetta dematerializzata da parte degli MMG, sono state registrate 10 prestazioni classificate come "chirurgia vascolare", ma che in realtà rappresentano prestazioni di Chirurgia Generale. Si segnala che dal 2017 è stata avviata una collaborazione con l'AOU.





128

29 GIU. 2017

A.S.L. NO Azienda Sanitaria Locale di Novara - Sede Legale: Viale Roma 7 – 28100 Novara  
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519 - P.IVA 01522670031  
[www.asl.novara.it](http://www.asl.novara.it)

percorsi ambulatoriali (es PDTA oncologici) oltre che provenienti dal Pronto Soccorso, con un utilizzo intensivo dell'apparecchiatura nelle 24 ore e tutti i giorni dell'anno.

Di seguito è riportata la tabella 17 relativa ai tempi di attesa nel corso del 2016, dal quale si evince che considerando il periodo 01/01/2016-31/12/2016 risultano critiche 19 delle 41 prestazioni soggette a monitoraggio (tenuto conto che la visita per la chirurgia vascolare è esclusa).

**Tabella 17 – Tempi di attesa monitoraggio 2016**

Statistica anno 2016 - Tempi di attesa obiettivo DG (Fonte: dati validati da Regione su flusso C)

Descrizione Prestazione	QTA	GG	GG medi anno	GG medi ger-set	GG medi I sem	GG medi I trim	Standard	Qta soglia	Oltre Std	Sotto qta soglia
Audiometria	3023	96594	32,0	28,9	27,1	25,6	30	1377*		
Colonscopia	3027	108638	35,9	36,7	41,6	40,7	30	2002*		
Ecocolordoppler cardiaca	2496	71401	28,6	27,2	23,8	22,3	40	2525		Sotto soglia
Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici	2954	37714	12,8	11,5	10,3	9,6	40	1779		
Ecocolordoppler dei vasi periferici	2853	24599	8,6	7,5	6,5	6,5	30	950		
Ecografia Addome	5462	151647	27,8	27,5	26,2	25,1	30	5635		Sotto soglia
Ecografia Capo e collo	2468	84945	34,4	35,9	36,8	38,0	40	1573		
Ecografia Mammella	1331	37314	28,0	30,5	30,6	30,3	30	760		
Ecografia Ostetrica-Ginecologica	2489	4002	1,6	1,9	2,2	3,3	11	2338		
Elettrocardiogramma	14902	160714	10,8	11,3	11,3	11,8	30	10051		
Elettrocardiogramma da sforzo	607	17975	29,6	27,9	25,2	21,5	40	795		Sotto soglia
Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	1565	33328	21,3	21,4	19,9	18,4	40	893		
Elettromiografia	1913	15085	7,9	7,2	5,7	4,7	30	102		
Esofagogastroduodenoscopia	1619	49707	30,7	28,7	26,5	23,3	30	1498*		
Fondo oculare	2889	270437	93,6	84,4	83,6	77,0	60	801*		
Mammografia	1273	39654	31,2	32,0	31,4	33,1	40	669		
RMN Cervello e tronco encefalico	1242	20697	16,7	17,6	16,5	16,6	30	712		
RMN Colonna vertebrale	1994	20274	10,2	11,1	11,8	12,7	30	657		
RMN Muscoloscheletrica	1816	19349	10,7	11,4	12,3	14,1	30	591		
RMN Pelvi, Prostata e Vescica	64	974	15,2	15,4	15,1	10,4	30	56		
Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	139	2583	18,6	18,9	13,9	9,7	30	84		
Spirometria	1170	27244	23,3	26,3	21,5	18,8	40	1586		Sotto soglia
TC senza e con contrasto Addome completo	1238	21923	17,7	16,6	16,1	13,9	30	1755		Sotto soglia
TC senza e con contrasto Addome inferiore	1	0	0,0	0,0	0,0	0,0	30	6		Sotto soglia
TC senza e con contrasto Addome superiore	13	250	19,2	18,9	14,6	3,3	30	41		Sotto soglia
TC senza e con contrasto Bacino	33	496	15,0	16,3	16,9	17,0	30	37		Sotto soglia
TC senza e con contrasto Capo	703	12385	17,6	17,8	17,9	16,9	30	844		Sotto soglia
TC senza e con contrasto Rachide e speco verbale	148	2575	17,4	20,5	22,5	23,7	30	136		
TC senza e con contrasto Torace	1147	21993	19,2	18,7	18,3	17,5	30	1575		Sotto soglia
Visita cardiologica	4290	132850	31,0	31,5	32,0	35,6	30	3108*		
Visita dermatologica	6859	144853	21,1	19,2	17,3	20,1	30	4709		
Visita endocrinologica	488	16389	33,6	30,9	33,0	25,1	30	695*		Sotto soglia
Visita fisiatrica	7680	160348	20,9	19,7	19,1	18,9	30	1575		
Visita gastroenterologica	1290	30347	23,5	22,1	19,1	15,5	30	873		
Visita ginecologica	12860	56498	4,4	4,5	4,6	4,2	30	2799		
Visita neurologica	2786	42286	15,2	14,8	15,8	16,6	30	2600		
Visita oculistica	11432	747544	65,4	64,0	70,2	77,3	30	5110*		
Visita otorinolaringoiatrica	9460	100299	10,6	10,8	10,2	8,6	30	4013		
Visita ortopedica	3733	111778	29,9	28,0	26,5	26,5	30	3767		Sotto soglia
Visita pneumologica	798	16384	20,5	20,2	16,6	15,3	30	1224		Sotto soglia
Visita urologia	4081	35450	8,7	9,0	9,8	9,7	30	2466		

In particolare risultano con tempi di attesa oltre lo standard le seguenti prestazioni:

**Tabella 18 – Prestazioni monitorate risultate oltre lo standard nel corso del 2016**

Prestazione	Valore al 31/10/2016	Commento
Audiometria	32 (atteso 30)	Tale prestazione, entro i tempi previsti fino al 30/09/2016, ha riscontrato un peggioramento nell'ultimo trimestre dovuto ad anomala codifica di alcune audiometrie di "controllo" (il 6% delle prestazioni registra un indice di performance > a 100). L'analisi statistica, inoltre, evidenzia come la mediana, che rappresenta il valore al di sotto del quale si posiziona il





128

29 GIU. 2017

A.S.L. NO Azienda Sanitaria Locale di Novara - Sede Legale: Viale Roma 7 – 28100 Novara  
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519 - P.IVA 01522670031  
www.asl.novara.it

		<p>50% delle prestazioni, sia pari a 21 giorni e che il 61% delle prestazioni è stato erogato comunque entro i 30 giorni previsti.</p> <p>Nel mese di gennaio 2017 il tempo di attesa minimo è pari a 16 giorni, pertanto ben al di sotto del valore atteso.</p> <p>Si evidenzia, inoltre, che presso l'AOU Maggiore della Carità la prestazione è stata erogata entro lo standard garantendo l'erogazione delle prestazioni nei tempi previsti in almeno un punto del territorio di pertinenza dell'ASL NO (indice di performance AOU ultimo trimestre 2016: 7 giorni).</p>
Colonscopia	36,5 (atteso 30)	<p>In costante miglioramento da inizio anno. Infatti è passata da 41,6 giorni di attesa del primo semestre a 36,7 dei primi nove mesi al 36,5 dell'intero anno. Tra le azioni di miglioramento messe in atto vi è l'incremento di sedute e l'effettuazione di <i>recall</i> telefonico mirato al fine di "recuperare" le sedute non effettuate a causa del paziente che non si presenta.</p>
Esofagogastroduodenoscopia	30,7 (atteso 30)	<p>Tale prestazione, entro i tempi previsti fino al 31/10/2016, ha riscontrato un peggioramento negli ultimi 2 mesi, dovuto all'incremento di disponibilità di sedute di colonscopia effettuate per contenere i tempi di attesa di tale prestazione. Lo scarto rispetto all'atteso è stato comunque fortemente limitato essendo inferiore ad un giorno.</p>
Fondo oculare	93,6 (atteso 60)	<p>Tale prestazione registra un importante incremento rispetto al 2015 pari al +29% (2015: n. 2.234; 2016: n. 2.889), pressoché in linea con il 30%, che in base alla DGR regionale "giustifica" lo sfioramento dei tempi di attesa.</p>
Visita cardiologica	31,0 (atteso 30)	<p>Le azioni messe in atto per contenere i tempi di attesa hanno consentito un costante miglioramento, infatti i giorni di attesa sono passati dai 35,6 registrati al nel primo trimestre a 32 nel semestre a 31,5 nei nove mesi fino a giungere a 31,0 nell'intero anno.</p>
Visita endocrinologica	33,6 (atteso 30) e sottosoglia	<p>Tale prestazione, oltre che al di sopra dei tempi di attesa, registra un volume di prestazioni minimo. Si attende la riorganizzazione della rete endocrinologica.</p>
Visita oculistica	65,4 (atteso 30)	<p>Tale attività, storicamente al di sopra dei tempi di attesa, tenuto conto anche della forte mobilità attiva, ha comunque registrato un miglioramento essendo passata da 77,3 giorni di attesa nel primo trimestre, a 70,2 del primo semestre a 65,4 dell'intero anno.</p>

Risultano al di sotto del volume minimo di prestazioni attese le seguenti prestazioni





128

29 GIU. 2017

A.S.L. NO Azienda Sanitaria Locale di Novara - Sede Legale: Viale Roma 7 – 28100 Novara  
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519 - P.IVA 01522670031  
www.asl.novara.it

**Tabella 19 – Prestazioni monitorate risultate al di sotto del valore minimo atteso nel corso del 2016 (sottosoglia)**

Prestazione	Valore al 31/10/2016	Commento
Ecocolordoppler cardiaca	Sottosoglia di 27 prestazioni	Nel corso del 2016 è stata incrementata l'attività al fine di consentire di raggiungere il valore soglia. Tale sforzo ha consentito di erogare un volume di prestazioni pari a 2.498 a fronte di 2.525 prestazioni attese, non consentendo il raggiungimento del valore minimo per sole 27 prestazioni (pari a 1,06%). Conteggiando anche le prestazioni effettuate per pazienti provenienti dal DEA (non seguiti da ricovero), il volume di prestazioni erogate è al di sopra dei limiti minimi previsti (+ 38 prestazioni per il DEA).
Ecografia addome	Sottosoglia di 173 prestazioni	Tale prestazione risulta al di sotto del volume minimo del 3,07%. Conteggiando anche le prestazioni effettuate per pazienti esterni provenienti dal DEA (non seguiti da ricovero), il volume di prestazioni erogate è ampiamente al di sopra dei limiti minimi previsti (+ 412 prestazioni per il DEA).
ECG da sforzo	Sottosoglia di 188 prestazioni	Durante il 2016 sono state aumentate le disponibilità per tali prestazioni, consentendo di aumentare il numero di prestazioni. Al 30/09/16, infatti, la prestazione risultava sottosoglia di 200 unità (in termini di proiezione), pertanto le attività aggiuntive hanno consentito di ridurre lo scarto rispetto al valore minimo del 6%.
Spirometria	Sottosoglia di 416 prestazioni	Il volume di prestazioni erogate risulta al di sotto della soglia minima in conseguenza della cessazione del rapporto di lavoro per pensionamento dell'unico medico pneumologo, che non è stato sostituito in quanto si è optato per avvalersi delle strutture private accreditate insistenti sul territorio dell'ASL NO.
TC senza e con contrasto Addome completo	Sottosoglia di 517 prestazioni	Tale prestazione risulta sottosoglia per consentire di riportare il numero di prestazioni pro-capite al di sotto del valore atteso regionale. Per le TC, infatti, sono attuate misure di valutazione dell'appropriatezza che hanno consentito una progressiva riduzione delle prestazioni inappropriate.
TC senza e con contrasto Addome inferiore	Sottosoglia di 5 prestazioni	Tenuto conto che la TC utilizzata per effettuare le prestazioni viene impiegata anche per eseguire le TC dei pazienti provenienti al DEA (accessi non seguiti da ricovero), conteggiando anche tali tipologie di prestazioni, si raggiunge il valore minimo atteso (+9 al 31/12)
TC senza e con contrasto Addome superiore	Sottosoglia di 28 prestazioni	Tale prestazione risulta sottosoglia per consentire di riportare il numero di prestazioni pro-capite al di sotto del valore atteso regionale. Per le TC, infatti, sono attuate misure di valutazione dell'appropriatezza che hanno consentito una progressiva riduzione delle prestazioni inappropriate.





TC senza e con contrasto Bacino	Sottosoglia di 4 prestazioni	Tenuto conto che la TC utilizzata per effettuare le prestazioni viene impiegata anche per eseguire le TC dei pazienti provenienti al DEA (accessi non seguiti da ricovero), conteggiando anche tali tipologie di prestazioni, si raggiunge il valore minimo atteso (+51 al 31/12).
TC senza e con contrasto Capo	Sottosoglia di 141 prestazioni	Tenuto conto che la TC utilizzata per effettuare le prestazioni viene impiegata anche per eseguire le TC dei pazienti provenienti al DEA (accessi non seguiti da ricovero), conteggiando anche tali tipologie di prestazioni (+2651 al 31/12), non solo si raggiunge il valore minimo atteso ma si evince come complessivamente per pazienti esterni, nell'anno, siano state erogate 3.354 prestazioni a fronte delle 844 attese.
TC senza e con contrasto Torace	Sottosoglia di 428 prestazioni	Tale prestazione risulta sottosoglia per consentire di riportare il numero di prestazioni pro-capite al di sotto del valore atteso regionale. Per le TC, infatti, sono attuate misure di valutazione dell'appropriatezza che hanno consentito una progressiva riduzione delle prestazioni inappropriate.
Visita ortopedica	Sottosoglia di 34 prestazioni	Nel corso del 2016 è stata incrementata l'attività al fine di consentire di raggiungere il valore soglia. Tale sforzo ha consentito di erogare un volume di prestazioni pari a 3.733 a fronte di 3,767 prestazioni attese, non consentendo il raggiungimento del valore minimo per sole 34 prestazioni (pari a 0,90%). Peraltro includendo le prestazioni erogate per utenti esterni presso il DEA (visite effettuate per pazienti con accesso in DEA senza ricovero) il valore soglia è ampiamente superato (+370 al 31/12)
Visita pneumologica	Sottosoglia di 426 prestazioni	Il volume di prestazioni erogate risulta al di sotto della soglia minima in conseguenza della cessazione del rapporto di lavoro per pensionamento dell'unico medico pneumologo, che non è stato sostituito in quanto si è optato per avvalersi delle strutture private accreditate insistenti sul territorio dell'ASL NO





128 29 GIU. 2017

A.S.L. NO Azienda Sanitaria Locale di Novara - Sede Legale: Viale Roma 7 – 28100 Novara  
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519 - P.IVA 01522670031  
[www.asl.novara.it](http://www.asl.novara.it)

### **OBIETTIVO 3: Attuazione piano di efficientamento da Fondo di riequilibrio**

*Rispetto dei vincoli aziendali di sostanziale pareggio di bilancio (in attuazione anche dei principi contenuti nella Legge Costituzionale 20 aprile 2012, n. 1 e nella Legge n. 243/2012 di attuazione del principio del pareggio di bilancio, con particolare riferimento all'art. 9) come previsto dalla DGR 35-3152 del 11 aprile 2016 di assegnazione delle risorse provvisorie relative all'FSR ed alle entrate da payback (secondo la metodologia di riparto riportata nell'Allegato Tecnico A) e dai successivi provvedimenti di modifica/integrazione.*

*In proposito, si ricorda che l'obiettivo di efficientamento della spesa (costi e/o ricavi) ai fini dell'equilibrio economico-finanziario di ciascun Ente del SSR è pari alle seguenti percentuali, calcolate rispetto alla quota di riequilibrio programmata 2014 integrata dal risultato economico del Bilancio di esercizio 2014 e rideterminata per il differenziale di riparto rilevato nel 2015 per la spesa farmaceutica territoriale a seguito dell'applicazione dei pesi OSMED, già indicate nella DGR 12-2021 del 5 agosto 2015 obiettivo 3.2:*

- 20% per l'esercizio 2016;
- 5% per l'esercizio 2015.

#### **ATTESO - INDICATORE**

Coerenza degli importi di disavanzo/avanzo economico concordato

#### **AZIONI**

In relazione al sub-obiettivo del Direttore Generale n. 3 "Attuazione piano di efficientamento da Fondo di riequilibrio" si sottolinea che:

- l'ASL NO non ha alcun Fondo di riequilibrio assegnato
- tra le cause del disavanzo presentato rientra anche la "quota capitaria" dell'ASL NO che, come detto, risulta quella di minor entità in tutta la Regione Piemonte
- dato atto che l'ASL NO è l'Azienda che anche storicamente ha la quota più bassa e che di conseguenza negli anni sono state già esperite tutte le strategie possibili per comprimere la spesa, non è proprio possibile ottenere ulteriori risparmi
- la "Coerenza degli importi di disavanzo/avanzo economico concordato" (che è l'indicatore del raggiungimento di tale obiettivo) dovrebbe essere valutata con l'assegnazione del finanziamento 2016 definitivo che dovrà tener conto di tutte le variabili: differenziali mobilità, costi mutuo perdite anno 2000, prestazioni socio sanitarie, adeguamento "quota capitaria", assunzioni indispensabili al rispetto della normativa in materia di orari di lavoro, nuove attività quali Centro Produzione e Validazione Emocomponenti (CPVE) e apertura Nucleo Cure Residenziali Integrate Ospedale-Territorio

Con Deliberazione nr 825 del 29 dicembre 2015 il Direttore Generale dell'ASL NO aveva approvato il Bilancio di Previsione Provvisorio 2016 in perdita per euro 10.625.698 in quanto il riparto provvisorio non considerava adeguatamente tutte le voci di Bilancio ed i costi relativi ai contratti delle strutture private (case di cura e IRCCS Maugeri di Veruno) erano stati inseriti per un valore corrispondente al tetto di spesa 2016. Con il medesimo atto deliberativo il Direttore aveva anche richiesto alla Regione Piemonte che adeguasse la quota di finanziamento in sede di riparto definitivo.

Durante il mese di gennaio 2017 l'ASL NO ha predisposto ed inserito nell'applicativo FEC il Bilancio di Verifica pre-consuntivo 2016, rettificato successivamente in data 20 febbraio 2017 a seguito di specifica comunicazione regionale di integrazione e modifica (prot. 4680/A1407A\_04 del 20-02-2017).

Il Pre-Consuntivo è stato chiuso a gennaio con una perdita di euro 2.851.031 ed a febbraio con una perdita di euro 3.013.589 essenzialmente determinata dai costi non coperti da finanziamenti relativamente alle prestazioni extra LEA nonché da una parte dei costi relativi alle prestazioni di laboratorio erogate dalle Aziende Sanitarie Regionali di riferimento per concentrazione delle attività di laboratorio (flusso (S) che





128 29 GIU. 2017

A.S.L. NO Azienda Sanitaria Locale di Novara - Sede Legale: Viale Roma 7 – 28100 Novara  
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519 - P.IVA 01522670031  
[www.asl.novara.it](http://www.asl.novara.it)

fino all'esercizio 2014 venivano fatturate direttamente dagli erogatori a seguito di contratti diretti che prevedevano tariffe molto più vantaggiose per le aziende compratrici, dagli accantonamenti richiesti dalla Regione per personale dipendente e convenzionato.

#### **RISULTATO**

Con l'assegnazione della quota di finanziamento definitiva 2016, avvenuta con DGR del 20 aprile 2017 n. 42-4921, l'ASL NO è risultata anche per l'anno 2016 l'azienda assegnataria della più bassa quota capitaria, ciò nonostante è riuscita a conseguire un risultato di esercizio positivo, pari ad un utile di euro 2.546.969.





128

29 GIU. 2017

A.S.L. NO Azienda Sanitaria Locale di Novara - Sede Legale: Viale Roma 7 – 28100 Novara  
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519 - P.IVA 01522670031  
[www.asl.novara.it](http://www.asl.novara.it)

**OBIETTIVO 4 - Valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle strutture di ricovero delle Aziende Sanitarie Regionali**

Con riferimento all'annualità 2016 si definiscono i seguenti obiettivi:

- ✓ con riguardo ai presidi che, nel corso dell'anno 2015, hanno predisposto il "Piano di miglioramento" si provvederà ad una verifica del livello di implementazione delle azioni correttive rilevate nel Piano;
- ✓ con riferimento alle ASR che, nel corso dell'annualità 2015, hanno completato la valutazione si richiede la predisposizione, attraverso le équipe territoriali miste rappresentanti cittadini – operatori sanitari, del "Piano di miglioramento" che, in conformità ai criteri definiti a livello regionale, individua, per ciascuno degli item critici (di valore inferiore a 6) sui quali vi sia comune accordo rispetto alla necessità/possibilità di realizzare azioni di miglioramento, le relative azioni correttive a breve, medio e lungo termine. I "Piani di miglioramento" dovranno esser predisposti dalle ASR in conformità ai criteri definiti a livello regionale.

Le attività di coordinamento a livello regionale delle équipe territoriali nonché la valutazione ed il monitoraggio delle azioni di miglioramento saranno realizzate dalla Cabina di regia regionale costituita con D.D. n. 206/DB2000 del 21.03.2014.

**ATTESO - INDICATORE**

Indicatore: per le ASR che hanno completato la valutazione nel corso dell'anno 2015, predisposizione del Piano di miglioramento con individuazione delle azioni correttive sugli item critici (di valore inferiore a 6) sui quali vi sia comune accordo nell'ambito delle équipe miste.

Valore atteso: per le ASR che hanno completato la valutazione nel corso dell'anno 2015, produzione della delibera del Direttore Generale di adozione del Piano di miglioramento con evidenza dell'avvenuta discussione e condivisione di parte del Collegio di Direzione.

**AZIONI**

Nell'anno 2016, a seguito della presentazione dei risultati ottenuti con la rilevazione dell'anno precedente presentati ufficialmente alle ASR in data 4 luglio 2016 nel corso dell'incontro programmatico tenutosi presso l'Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, Edilizia Sanitaria, Politiche Sociali e Politiche per la famiglia, Coordinamento interassessorile delle politiche del Volontariato, l'ASL NO - per mezzo del proprio Referente Aziendale - ha ricostituito l'équipe mista in data 5 settembre 2016 (Cfr verbale riunione agli atti della Direzione Medica di Presidio) per un incontro finalizzato all'individuazione degli items critici ed alla condivisione di auspicabili azioni di miglioramento.

**RISULTATO**

Come da disposizioni regionali l'attenzione è stata posta sugli item che con La valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino (anno 2015) hanno ottenuto un punteggio inferiore a "6" (ovvero che richiede un miglioramento); questi sono stati 18 su 144 (pari al 12,5%), in particolare:





128

29 GIU. 2017

A.S.L. NO Azienda Sanitaria Locale di Novara - Sede Legale: Viale Roma 7 – 28100 Novara  
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519 - P.IVA 01522670031  
[www.asl.novara.it](http://www.asl.novara.it)

Area	Item con punteggio inferiore a "6"	
	n. item	Descrizione
AREA 1 Processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona	7	Presenza di progetti e attività per favorire le esigenze didattiche e la continuità scolastica del bambino/adolescente
	9	Orario di visita della struttura sanitaria
	14	Presenza del genitore in sala preanestesia e sala risveglio in caso di interventi chirurgici e/o esami invasivi
	16	Applicazione del modello assistenziale delle "Terapie Intensive Aperte" tramite l'estensione dell'orario di accesso ai visitatori
	18	Presenza di una o più convenzioni con strutture ricettive per offrire la Possibilità di alloggio a costi agevolati per i pazienti e i loro familiari
	33	Presenza di documentazione informativa multilingue
AREA 2 Accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura	51	Presenza di accorgimenti che consentano ai non vedenti e ipovedenti l'accesso ad alcuni servizi
	56	Presenza di posti auto riservati alle donne in stato di gravidanza
	59	Presenza di stazione taxi in prossimità della struttura ospedaliera oppure presenza di un sistema predisposto di chiamata per servizio taxi o di altri accorgimenti per agevolare la chiamata taxi
	61	Presenza di un percorso pedonale interno o di marciapiedi
	73	Unità operative pediatriche dotate di sala attrezzata per gioco e di sala lettura/biblioteca
	88	Presenza di un servizio deposito valori per ricoverati
AREA 3 Accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza	97	Possibilità di prenotare prestazioni sanitarie erogate dalla struttura sanitaria tramite l'accesso a sportelli CUP con: - apertura superiore a 36 ore settimanali - chiusura dopo le 17 una o più volte a settimana - apertura di sabato.
	100	Presenza di modalità di pagamento ticket alternative - Sportelli bancomat - Farmacie
	104	Possibilità di ricevere a domicilio e di consultare on-line referti di esami diagnostici strumentali
AREA 4 Cura della relazione con il paziente cittadino	133	Formazione a supporto del personale per la cura della relazione con il paziente
	136	Realizzazione negli ultimi 24 mesi di una o più analisi del clima aziendale e del benessere organizzativo e realizzazione di azioni di miglioramento

A seguito di discussione collegiale dell'Equipe mista e della valutazione di fattibilità con le strutture coinvolte, sono stati individuate opportune azioni di miglioramento.

Per ciascuna delle azioni di miglioramento di cui è stata verificata la fattibilità, sul modello delle indicazioni regionali (cfr *La Valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero: criteri per la predisposizione dei piani di miglioramento – Documento condiviso con Agenas e Cabina di Regia Regionale; luglio 2016*), è stata realizzata una scheda che evidenzia:

#### A) Costo

- Azioni a "costo 0" (cioè che non comportano l'impiego di risorse ulteriori rispetto a quelle già presenti)
- Azioni che comportano costi per l'Azienda: specificando se si tratta di costi bassi – ovvero rientranti nel budget aziendale - oppure alti – ovvero che presuppongono investimenti a medio-lungo termine - in carico all'Azienda





128

29 GIU. 2017

A.S.L. NO Azienda Sanitaria Locale di Novara - Sede Legale: Viale Roma 7 – 28100 Novara  
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519 - P.IVA 01522670031  
[www.asl.novara.it](http://www.asl.novara.it)

**B) Rilevanza del problema che l'azione di miglioramento vuole affrontare.** distinguendo fra "Azioni a rilevanza regionale" e "Azioni a rilevanza aziendale" e, nell'ambito di queste ultime, fra Azioni a "bassa" ed "alta" rilevanza.

Tra le Azioni a rilevanza regionale rientrano quelle che presuppongono adeguamenti straordinari del sistema informativo regionale oppure che richiedono investimenti che necessitano di specifico finanziamento a livello regionale.

**C) Tempo**

- Breve termine: azioni che richiedono un tempo di realizzazione minore/uguale a sei mesi;
- Medio termine: azioni che richiedono un tempo di realizzazione superiore a sei mesi e minore/uguale a dodici mesi;
- Lungo termine: azioni che richiedono un tempo di realizzazione superiore a dodici mesi.

L'elenco definitivo delle azioni di miglioramento è stato presentato al Consiglio di Direzione dell'ASL NO nella seduta del 7.11.2016 e successivamente formalizzato con Deliberazione del Direttore Generale n. 410 del 16 novembre 2016 ad oggetto "Piano aziendale di miglioramento nell'ambito della valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle strutture di ricovero".





128 29 GIU. 2017

A.S.L. NO Azienda Sanitaria Locale di Novara - Sede Legale: Viale Roma 7 – 28100 Novara  
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519 - P.IVA 01522670031  
[www.asl.novara.it](http://www.asl.novara.it)

### **OBIETTIVO 5.1 - Rete Laboratori Analisi (HUB e Spoke)**

*Riorganizzazione e razionalizzazione della rete dei Laboratori Analisi. Attuazione della DD n° 178 del 23 marzo 2015 e DGR n° 50-2484 del 23.11.2015 relativamente alla concentrazione della diagnostica specialistica nei laboratori di riferimento, esclusi gli esami a valenza regionale.*

#### **ATTESO - INDICATORE**

Indicatore:

Esami specialistici concentrati nei laboratori di riferimento (HUB)

---

Esami specialistici da concentrare nei laboratori di riferimento

Valore atteso:

100 % esami specialistici concentrati nel HUB di riferimento

#### **AZIONI**

Negli ultimi anni, ai sensi della DGR 11- 5524 del 14/03/2013 e della DD n. 506 del 7/6/2013 e delle DD n° 178 del 23 marzo 2015 e DGR n° 50-2484 del 23.11.2015 si è proceduto alla riorganizzazione dei laboratori, con previsione di forme di accorpamento nell'ambito della rete ospedaliera di ciascuna Area Sovrazonale, con forte consolidamento delle analisi ad elevata automazione, in dettaglio:

- realizzazione del collegamento informatico tra laboratori dell'AIC 3
- riorganizzazione della logistica associata alla movimentazione dei campioni
- integrazione dei laboratori di riferimento dell'Area sovrazonale sulla base delle specifiche cliniche ed organizzative

In tal senso le ASR dell'area sovrazonale Piemonte – Est hanno operato congiuntamente al fine di procedere all'accentramento presso il laboratorio di riferimento (AOU Maggiore della Carità di Novara) di tutti gli esami di specialistica.

In particolare si è proceduto all'analisi organizzativa per adempiere a quanto previsto dalle DD.GG.R. in termini di collegamenti informatici, logistica e integrazione tra laboratori, sono state definite le tipologie di esami per cui i centri dell'AIC costituiscono il riferimento ed è stato attivato il collegamento informatico con l'AOU Maggiore della Carità di Novara, il cui collaudo finale è stato effettuato a Marzo 2015.

Tutti i test specialistici sono stati accentrati presso l'Hub di riferimento dal dicembre 2015, come da verbale dell'Incontro Area Sovrazonale Piemonte nord-est per attuazione DGR 50/2015 del 21/03/2016 (Dr. Bracco – Dr.ssa Sciacca) a cui hanno presenziato anche i Direttori Sanitari della ASL dell'area.

#### **RISULTATO**

L'invio dei test specialistici come da cronoprogramma regionale ha consentito la dismissione di tutte le forniture in reagenti e strumenti relativi a tali test. Inoltre ha consentito l'iniziale consolidamento, attualmente ancora in corso, tra le linee produttive del Laboratorio Analisi e quelle del Centro di Qualificazione Biologica delle unità di sangue dell'AIC3.





## **OBIETTIVO 5.2 - Rete Laboratori Analisi – Gare Centralizzate**

*Riorganizzazione e razionalizzazione della rete dei laboratori di analisi. Attuazione della DGR n° 50-2484 del 23.11.2015 relativa al consolidamento delle analisi ad elevata automazione.*

*Adozione provvedimento deliberativo del Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria sede di laboratorio HUB, in accordo con le altre Aziende sede di laboratori Spoke, contenente l'indizione di gara per almeno un'area diagnostica di grande automazione (ematologia, coagulazione, proteine, area siero).*

*La gara è da intendersi riferita ad almeno una delle forniture in scadenza o in proroga.*

### **ATTESO - INDICATORE**

*Indicatore:* Delibera di indizione gara da parte del Direttore Generale dell'ASR, nel caso specifico dell'AOU Maggiore della Carità di Novara

*Valore atteso:* Pubblicazione delibera di indizione gara da parte del Direttore Generale dell'ASR entro il 30/09/2016

### **AZIONI**

È stata predisposta la prima gara della grande automazione relativa all'ematologia, in corso di pubblicazione da parte dell'Azienda capofila (HUB) AOU Maggiore della Carità di Novara.

### **RISULTATO**

Con Deliberazione del Direttore dell'AOU Maggiore della Carità di Novara n. 541 del 27 settembre 2016 è stato indetto l'appalto congiunto per la fornitura in service di sistemi analitici completi per l'esecuzione di esami ematochimici occorrente ai laboratori dell'AOU Maggiore della Carità di Novara, dell'ASL BI, dell'ASL VC, dell'ASL NO e dell'ASL VCO afferenti all'AIC 3.





## OBIETTIVO 6 - PAT

Come previsto dalla DGR 12-2021/2015, allegato A, le ASL hanno prodotto nel 2015 il Programma delle attività territoriali-distrettuali (di seguito PAT).

Tale Programma, sviluppato in coerenza con gli strumenti di programmazione socio-sanitaria locale previsti dalla L.R. n. 18/2007, deve essere aggiornato ogni anno contestualmente alla definizione del bilancio ed è redatto secondo i criteri e le modalità di cui all'art. 3-quater del D.Lgs. n.502/1992 e s.m.i.

Per l'anno 2016 sono state individuati quattro indicatori prioritari rispetto agli indirizzi programmatici Regionali nonché in riferimento alle criticità maggiori rilevate in sede di monitoraggio griglia LEA.

Di seguito si elencano gli obiettivi individuati:

1. progetto rete regionale cure primarie secondo cronoprogramma definito dal coordinamento regionale dei Direttori Sanitari.
2. codice LA 20801 + LA 20806: Assistenza programmata a domicilio (ADI)
3. codice LA 10500a: Copertura vaccinale nei bambini – ciclo base
4. codice LA 10500b: Copertura vaccinale nei bambini – MPR
5. azioni specifiche da Piano Regionale della Prevenzione, che saranno individuate con successivo provvedimento della Direzione Sanità.

## ATTESO - INDICATORE

### Indicatori:

1. Valutazione positiva da parte del settore competente dell'Assessorato
2. (anziani >= 65 anni trattati in ADI programmata professionale/ popolazione >=65 anni)\*100
3. Bambini vaccinati/coorte nati due anni prima monitorati per 2 anni (tutte)
4. Bambini vaccinati/coorte nati due anni prima monitorati per 2 anni (MPR)
5. Azioni implementate/azioni da implementare

### Valore atteso:

1. Progetto realizzato e valutato positivamente da parte del settore competente dell'Assessorato
2. ≥ 4 % (valore griglia LEA)
3. Tutte >=95%
4. >=95%
5. 100%

### **1- Progetto rete regionale cure primarie secondo cronoprogramma definito dal coordinamento regionale dei Direttori Sanitari**

#### AZIONI

Su mandato del dott. V. Demicheli, l'ASL NO (Direttore Sanitario Dott.ssa A. Fontana) ha collaborato nel corso del 2016 con IRES Piemonte (Dott.ssa G. Viberti) alla elaborazione di un progetto di sviluppo delle cure primarie in Piemonte, che è stato discusso ed approvato dai Direttori Sanitari delle ASL Piemontesi durante la seduta del Tavolo di coordinamento del 16/03/2016.

Si è poi collaborato con un gruppo di lavoro ristretto, specifico su cure primarie (per verifica schede delle varie ASR, analisi dei risultati, identificazione di "modelli", ...) composto oltre che da IRES e ASL NO, dalle ASL VCO, TO3, TO4, TO1.

Le azioni conseguenti sono state:

- Validazione scheda e applicazione in ciascuna ASL
- Mappatura delle esperienze di cure primarie
- Seminario interno di condivisione delle esperienze





A.S.L. NO Azienda Sanitaria Locale di Novara - Sede Legale: Viale Roma 7 – 28100 Novara  
 Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519 - P.IVA 01522670031  
[www.asl.novara.it](http://www.asl.novara.it)

In particolare, a partire da modelli reperiti in letteratura (Cfr. Vaccani, 1992) sono state individuate le caratteristiche distintive - funzionali e strutturali - delle forme organizzative dell'Assistenza primaria, coerenti con le potenzialità ed i limiti dei diversi contesti territoriali e produttivi e allineate con le indicazioni normative. Tali caratteristiche - sistematizzate in una sorta di "check list" - rappresentano lo strumento di autovalutazione, reso disponibile a ciascuna ASL, per la verifica delle proprie forme innovative di integrazione delle Cure Primarie, evidenziandone punti di forza e punti di debolezza

*Tabella 20 – La Scheda di autovalutazione delle esperienze innovative di integrazione delle Cure Primarie in Piemonte*

Criteri di valutazione		
INPUT	Bisogni di salute	
	Domanda di accesso	
VARIABILI INTERNE	Struttura di base	Sistema di government
		Personale e attrezzature
		Risorse economiche/Costi
	Processi assistenziali	PDTA (specificare patologie...)
		Assistenza fasce d'età
		Prevenzione
		Prescrizioni
	Processi organizzativi di supporto	Sistema Informativo
		Sistema formativo
		Sistema valutativo
RISULTATI	Attività (Prestazioni) – OUTPUT	
	Esito clinico – OUTCOME	
	Esperienza dei pazienti	

Utilizzando lo strumento di autovalutazione, ogni ASL ha condotto l'analisi delle azioni, delle scelte organizzative e dei modelli aziendali di integrazione delle cure primarie messi in atto o programmati nei Piani di Attività Territoriali previsti a livello regionale, per favorire e promuovere l'integrazione tra i professionisti e valutare l'impatto che tali innovazioni hanno avuto - o ci si aspetta che avranno - su alcune aree di rilievo nel campo dell'assistenza primaria:

- prevenzione e promozione della salute
- accessibilità dei pazienti
- presa in carico delle patologie croniche
- integrazione dei processi assistenziali
- appropriatezza prescrittiva dei farmaci e delle prestazioni diagnostiche ambulatoriali
- continuità assistenziale.

## RISULTATO

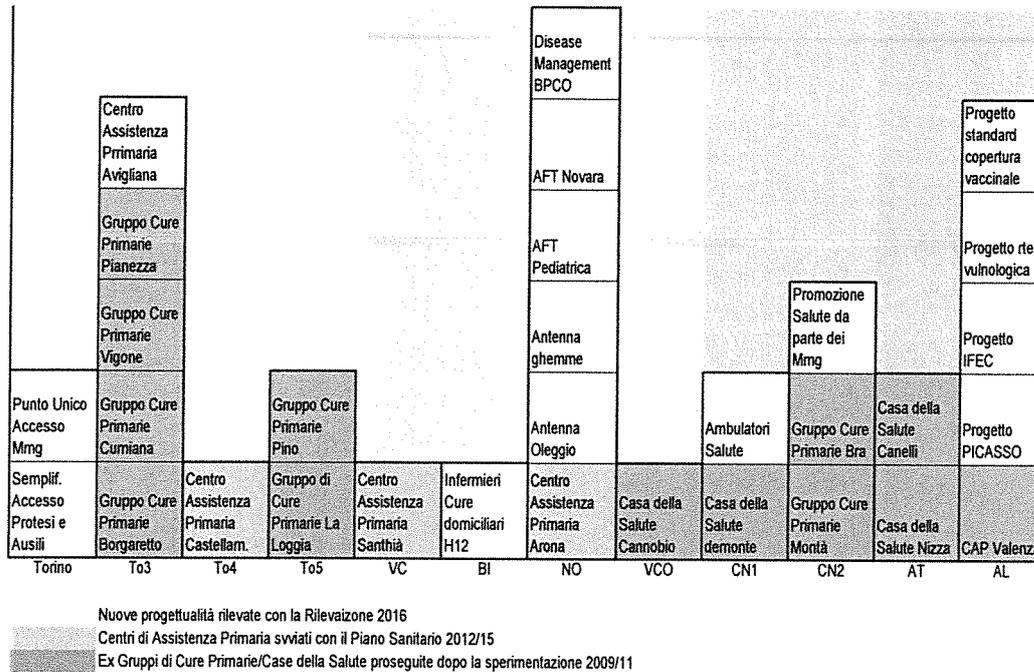
I materiali risultanti dalle analisi effettuate nelle singole realtà sono stati elaborati da parte del gruppo di ricerca Ires con la collaborazione del Direttore Sanitario della ASL NO.

Una prima mappa di confronto, che analizza le forme di integrazione evolute nelle Cure Primarie nate in Piemonte in tre differenti contesti temporali di programmazione (Piano Socio sanitario regionale 2007-10, 2012-15 e Riorganizzazione rete territoriale 2015), evidenzia una realtà che ha sedimentato differenti forme organizzative, con valenza per alcune strutturale, per altre funzionale e copre 22 dei 33 Distretti piemontesi.





Figura 5 - Le forme di integrazione evolute nelle Cure Primarie in Piemonte (aggiornamento a giugno 2016)



Fonte: ricerca Ires sullo Sviluppo delle Cure Primarie

Riportando sulla cartina geografica le esperienze censite, a tutto maggio 2016 risultavano presenti nelle Asl piemontesi:

- 10 ex Gruppi di Cure Primarie partiti con la sperimentazione 2009 (le stelline rosse in figura);
- 8 strutture più complesse (i pallini verdi) che si configurano come Case della Salute (Nizza e Canelli nell'Asl AT), partite con la sperimentazione 2009, e CAP (Avigliana Asl To3, Castellamonte Asl To4, Arona Asl NO e Valenza Asl AL), partiti nel 2013 in seguito alle disposizioni del PSSR 12-15;
- 2 esperienze preesistenti di integrazione e polo di Comunità locali, a Demonte e Cannobio (esagono blu)
- 2 esperienze di integrazione in rete degli studi di MMG e PLS nelle Asl Cuneo 1 e Alessandria
- 1 esperienza che collega due Antenne (pallini gialli in figura) al CAP (di Arona) nell'Asl Novara.





Fonte: ricerca Ires sullo Sviluppo delle Cure Primarie

Il quadro d'insieme illustrato si completa con:

- Documenti analitici, Repertori per ogni singola Asl, che riportano nel dettaglio i contenuti delle Schede;
- Tabelle che confrontano le dimensioni di analisi per le singole esperienze in essere: una tabella per ciascun item della Scheda di autovalutazione.

I materiali prodotti saranno raccolti in un "Osservatorio Regionale delle Cure Primarie", consultabile in linea, che consentirà di accompagnare e supportare l'avvio di nuove esperienze innovative, nonché la comunicazione e il confronto tra le esperienze già avviate, sotto la regia regionale.

Un altro quadro di insieme di rilievo, desumibile dai materiali in analisi, è rappresentato dai percorsi di cura e di prevenzione attivati dalle esperienze avviate nei Distretti delle Asl piemontesi, come risulta dallo Schema che segue. Nell'Osservatorio Regionale Cure Primarie in avvio ogni casella dello Schema, interrogata, dà l'accesso alle indicazioni di dettaglio che configurano l'impalcatura delle singole tipologie di percorsi in ogni Distretto: l'intero Schema rappresenta un supporto di "mutuo aiuto" tra Distretti per l'avvio di percorsi di cura.





**Tabella 21 – Attivazione dei PDTA nei Distretti delle Asl piemontesi (aggiornamento a settembre 2016)**

Asl	Distretto	Accesso	Prevenzione formazione	Prevenzione - B dati Prosa...	Croniche-BPCO	Croniche-Diabete	Croniche - Scompenso	Croniche - Iperensione	Croniche - Altro	Prevenzione-Follow up
TO	D1 TO1	Accesso protesi ausili PUA mmolols								
	D2 TO1									
	D1 TO2									
	D3 TO2									
TO3	A metr Centro									
	A metr Sud								AMO (GCP Borgaretto)	
	Pinerolese		Disassuef. Tabacco (GCP Vigone)	Cammina che ti passa, Librando (GCP Vigone)		G1 Diabete (GCP Cumiana, Vigone)		Iperensione (GCP Vigone)	TAO (GCP Cumiana, Vigone)	
	A metr Nord						AMO RCV (GCP Pianezza)			
	Val Susa Sang	CAP nella cont. Assist. (Avigliana)	Formazione				Scompenso RCV (CAP Avigliana)		Lesioni cutanee (CAP Avigliana)	
TO4	Settimo									
	Chivasso S Mau									
	Cinacese V Lan									
	Cuornè		Formazione STIVI (CAP Castellam)		BPCO (CAP Castellam)	Diabete (CAP Castellam)		Iperensione (CAP Castellam)		
	Ivrea									
TO5	Moncal Nichel	Integr. Mmg Cont. Assist. (Avigliana)	Vacc Antinfl AFA (GCP La Loggia)		BPCO (GCP La Loggia)	Diabete (GCP La Loggia)	Scompenso (GCP La Loggia)		TAO (GCP La Loggia)	
	Chieri Carmagnola		Vacc Antinfl (GCP Pino)		BPCO (GCP Pino)	Diabete (GCP Pino)				
VC	Vercelli		Ed. San. STIVI (CAP Santhià)		BPCO (CAP Santhià)	Diabete (CAP Santhià)				
BI	Biella/Cossato				<i>Da definire</i>					
NO	Area Nord		Disassuef. Fumo tabacco (CAP Arona)		BPCO (CAP Arona, Ant. Oleggio, Ghemme)	Diabete (CAP Arona, Ant. Oleggio)	Scompenso (CAP Arona, Ant. Oleggio, Ghemme)		TAO Disabit (CAP Arona)	Follow up Kaseno e colpm (CAP Arona)
	Area Sud		Corsi pre parto (AFT Ped)						Pat. Allergiche (AFT Ped)	
	Urb Novara				BPCO (AFT NO)	Diabete (AFT NO)				Follow up (AFT NO)
VCO	VCO		<i>Da definire</i>							
CN1	Nord Ovest		Counseling STIVI (Amb. Sal)		BPCO (Amb. Sal.)	Diabete (Amb. Sal.)	Scompenso (Amb. Sal.)		TAO (Amb. Sal.)	
	Nord Est									
	Sud Ovest									
	Sud Est									
CN2	Alba		Counseling fumo (Mmg Asl)		BPCO (Mmg Asl)					
	Bra									
AT	Nord Sud Centro									
AL	Alessandria		Ed. salute diabete (CAP Valenza) . Vaccinazioni, Disasuefazione Fumo tabacco (Mmg Asl, IFEC)		BPCO (Mmg Asl, IFEC)	Diabete (CAP Valenza)	Scompenso (CAP Valenza)	Iperensione (Mmg Asl, IFEC)		
	Novi									
	Ovada						Cardiopatie (Mmg Asl, IFEC)			
	Casale									

L'analisi condotta ha consentito di disporre di una mappa aggiornata delle strategie aziendali per l'attuazione delle cure primarie.

Al fine di dare ulteriore impulso alla reingegnerizzazione delle cure primarie in Piemonte, con passaggio dall'erogazione di prestazioni parcellizzate alla realizzazione di percorsi condivisi tra gli operatori e tra questi e gli utenti, si è promosso un confronto fra le diverse esperienze di cure primarie volto all'individuazione delle "buone pratiche" da diffondere su tutto il territorio regionale.

Questo ha consentito di formulare un modello di cure a partire dai criteri comuni e condivisibili di esperienze peculiari di medicina territoriale già concretizzate nei singoli Distretti: i criteri comuni estratti attraverso l'analisi delle esperienze locali hanno rappresentato la base per la definizione delle linee di indirizzo per lo sviluppo delle forme di integrazione evoluta nelle Cure Primarie in Piemonte (DGR n 3-4287 del 29/11/2016).





## **2- codice LA 20801 + LA 20806: Assistenza programmata a domicilio (ADI)**

### **AZIONI**

Nel periodo oggetto di valutazione le azioni messe in atto per implementare l'ADI e l'ADI+UOCP sono state:

- Implementazione dei casi in ADI: In tutti i Distretti è in corso la revisione delle attività in cure domiciliari, la correzione degli errori di registrazione e l'implementazione del numero di casi in ADI per consentire di raggiungere lo standard atteso regionale.
- ECWMED - PIP e Cure domiciliari. è stata predisposta una nuova modalità informatizzata che consente una gestione e un monitoraggio degli accessi domiciliari dei MMG più accurati, attraverso l'utilizzo di un nuovo modulo informatico, denominato ECWMED - PIP e Cure domiciliari. Le nuove modalità sono state presentate ai Medici di Medicina Generale nel gennaio 2016 (UCAD congiunta area nord 12/01/2016; UCAD congiunta area sud 14/01/2016). Il sistema è operativo dal mese di febbraio 2016 e progressivamente tutte le proposte di AIS, ADI, ADP son state inoltrate in via telematica. Al momento non pervengono più moduli cartacei.
- Definizione dei livelli e delle priorità di intervento nei casi ADI + UOCP: è stato costituito un gruppo di lavoro con MMG, operatori ADI e UOCP nel corso del 2015 con referente dott.ssa dell'Acqua e con la partecipazione dei MMG e direttore UOCP (Dott. Cardillo). Dal lavoro di gruppo sono scaturite proposte attualizzate nel 2016 per il percorso del paziente oncologico terminale non in terapia attiva e criteri per accedere all'assistenza in ADI + UOCP o unicamente all'assistenza erogata in regime ambulatoriale. Inoltre è stata predisposta una scheda per identificare l'intensità assistenziale del paziente (semplice o complessa).
- Valorizzazione professionale del personale infermieristico: è in corso il progetto Case manager. Gli infermieri delle Cure domiciliari hanno partecipato inoltre a vari corsi su argomenti di ordine pratico sia di tipo residenziale che FAD.

### **RISULTATO**

Al 31/12/2016 l'indicatore calcolato in base ai dati e ai criteri forniti dall'ASL CN2 (dim Fascia di Età: anziani; dim Multiprofessionale: multi-professionale, dim Livello Cia: > 0) risulta pari al 2,86% (2241 casi / 78.327 popolazione anziana), con un miglioramento dell'indicatore del +25,4%, considerato che a settembre risultava pari a 2,28%.

## **3- codice LA 10500a: Copertura vaccinale nei bambini – ciclo base e codice LA 10500b: Copertura vaccinale nei bambini – MPR**

### **AZIONI**

Alla luce delle criticità emerse nel contesto regionale e nazionale, come riportato nei report di monitoraggio della Regione Piemonte, la maggior parte delle Direzioni delle ASR ha manifestato durante gli incontri regionali la difficoltà di raggiungimento dei valori obiettivo previsti dal Piano nazionale della prevenzione vaccinale. Nel report del secondo monitoraggio è peraltro indicato che "il dr. De Micheli ha comunicato che in sede di valutazione obiettivi potranno essere riviste alcune soglie di raggiungimento alla luce dei livelli di copertura nazionali."

L'ASL NO ha comunque proseguito la propria attività di sensibilizzazione e attenzione alla tematica. In particolare sono state attuate le seguenti azioni:

- Negoziazione di specifici obiettivi al riguardo, prevedendoli sia nella scheda di budget del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica dell'ASL NO (rif. Deliberazione del Direttore Generale n. 101 del 29 marzo 2016) sia negli accordi contrattuali con i PLS siglati in data 19/07/2016;
- È stata data applicazione a quanto previsto con nota del 20 settembre della Direzione Sanità Regionale, nella quale, allo scopo di conseguire tali obiettivi, sono state indicate alcune attività da implementare nei Servizi impegnati nell'esecuzione delle vaccinazioni. Le attività suggerite a tali





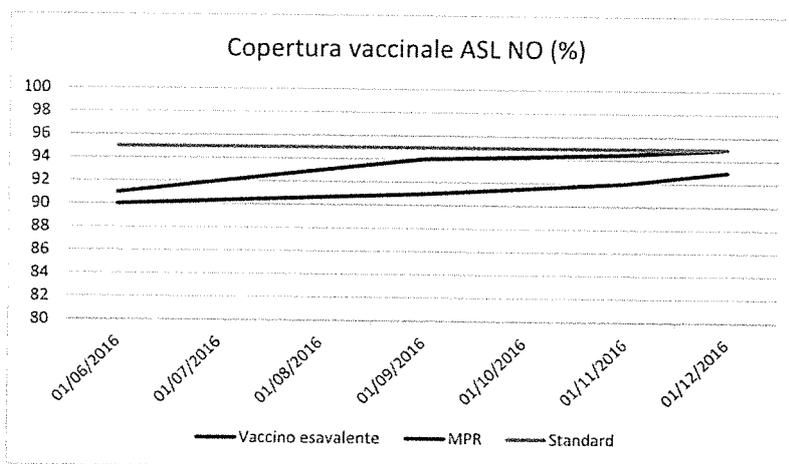
scopi in parte erano già attuate dal SISP dell'ASL NO e questo ha permesso, con grande impegno e dedizione da parte di tutti gli operatori, nonostante il sempre maggior sforzo dovuto alla richiesta di implementare le offerte vaccinali con l'introduzione di altre vaccinazioni in regime di copagamento, di raggiungere i buoni risultati ottenuti.

In particolare, in accordo con le indicazioni della nota regionale sopra citata, si è provveduto semestralmente all'invio, ai Pediatri di Libera Scelta (PLS), dell'elenco nominativo dei soggetti non vaccinati con esavalente e con MPR entro i 24 mesi di età, allegando anche, per ogni singolo pediatra, i valori di copertura vaccinale e le percentuali di rifiuto dettagliati per i loro pazienti. Agli stessi PLS è stata presentata la proposta di lettera sui rischi conseguenti alla mancata vaccinazione, da trasmettere, a firma congiunta del Referente Vaccinale e del PLS, ai genitori dei bambini inadempienti, in modo da cercare di responsabilizzare maggiormente i genitori di tali bambini. Come previsto, sono state svolte le riunioni di equipe con i PLS, quale ottima occasione per condividere problemi e perplessità e per discutere le nuove prospettive in ambito vaccinale e affrontare le nuove proposte nell'ottica auspicata di piena collaborazione fra il SISP ASL NO e i colleghi pediatri per rispondere alle sempre più diverse richieste da parte dell'utenza. Inoltre, è stata garantita una costante attenzione al monitoraggio delle eventuali reazioni avverse ai vaccini ed alla segnalazione dei casi di malattie infettive, sempre attraverso la collaborazione puntuale dei PLS, che sono stati comunque sollecitati ad una ancora maggiore attenzione in questo ambito.

È stata infine attivata, sempre come da indicazioni regionali, una fruttuosa cooperazione con i consultori e le neonatologie finalizzata, per i consultori, alla partecipazione, in spazi appositamente dedicati, del Referente Vaccinale o di altri operatori del servizio ai corsi pre e post partum e, per i colleghi neonatologi, alla segnalazione tempestiva dei bambini nati pretermine o con altri fattori di rischio, in modo da poter offrire a tali nuovi nati le vaccinazioni raccomandate.

## RISULTATO

Le azioni messe in atto nel corso del 2016 hanno consentito di migliorare i livelli di copertura registrati ad inizio anno, come si evince dal grafico sottostante.





128

29 GIU. 2017

A.S.L. NO Azienda Sanitaria Locale di Novara - Sede Legale: Viale Roma 7 – 28100 Novara  
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519 - P.IVA 01522670031  
[www.asl.novara.it](http://www.asl.novara.it)

Al 31 dicembre 2016 i tassi di copertura risultano essere i seguenti (tabella 22):

**Tabella 22 – Copertura vaccinale per tipo di vaccino al 31/12/2016**

Copertura vaccinale bambini	Indicatore	valore raggiunto	standard
ciclo di base (3 dosi di vaccino esavalente)	bambini vaccinati/coorte dei nati 2 anni prima monitorati per 2 anni	95%	>= 95%
<b>MPR (1° dose):</b>	bambini vaccinati/coorte dei nati 2 anni prima monitorati per 2 anni	93% (+ 5% rispetto 2015; + 3% rispetto 2014)	>=95%

**4- azioni specifiche da Piano Regionale della Prevenzione, che saranno individuate con successivo provvedimento della Direzione Sanità.**

**AZIONI**

Il documento di Programmazione PLP 2016 è stato inviato, nei termini previsti dalla Determinazione del Settore Prevenzione e Veterinaria n. 309 del 01.06.2016, al competente Settore con nota del Direttore Generale ASL NO prot. n. 23301/DG del 15.06.2016. Le azioni previste dai dieci programmi del Piano Regionale di Prevenzione (PRP 2015/2018) e riportate nella programmazione del Piano Locale 2016, sono state monitorate nel corso di apposite riunioni di Dipartimento.

A seguito della DGR n. 27-3570 del 04.07.2016 inerente l'aggiornamento dell'organizzazione degli screening oncologici, si è reso necessario integrare il Programma 5 del PLP 2016 (Screening di Popolazione) secondo quanto previsto dalla nuova articolazione territoriale.

L'integrazione al documento di Programmazione è stato inviato, nei termini previsti dalla nota regionale prot. n. 16982//A1403A del 08.08.2016, al competente Settore con nota del Direttore Generale ASL NO prot. n. 42737/DP del 09.09.2016.

Avendo la suddetta DGR designato ASL NO quale "capofila" del Programma 5 (ASL VCO, ASL VC, ASL BI, AOU Maggiore della Carità), ci si è attivati per giungere alla piena operatività dell'organizzazione degli screening oncologici secondo i nuovi assetti territoriali e per il perseguimento degli obiettivi previsti dal Piano Regionale della Prevenzione, a partire dal mese di Gennaio 2017.

Come previsto dalla nota regionale prot. n. 21923/A1403A del 26.10.2016, con Deliberazione del Direttore Generale ASL NO n. 424 del 30.11.2016 si è insediato il Gruppo di Progetto delle Aziende del Programma 5 e conseguentemente, con Deliberazione n. 03 del 13.01.2017, è stato approvato il Piano di Attività 2017 del Gruppo di Progetto per lo Screening Oncologico.

**RISULTATO**

Gli obiettivi previsti nel PLP sono stati raggiunti; la rendicontazione delle singole azioni verrà inoltrata al competente Settore regionale entro il 28.02.2017, termine previsto dalla D.D. n. 309 del 01.06.2016 e dalla nota regionale prot. n. 1135/A1401A del 19.01.2017.



**OBIETTIVO 7.1 - Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65**

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

Il fenomeno in oggetto è monitorato nella Griglia LEA, in valutazione da parte del Ministero della Salute. Inoltre il DM 70/2015 ha inserito tale indicatore tra quelli in evidenza per il monitoraggio del rapporto tra volumi/esiti delle strutture complesse ponendo la soglia del tasso minimo aggiustato di rischio al 60% e un volume minimo di interventi pari a 75/anno.

Poiché le SDO, ad oggi, non riportano l'ora del ricovero, quale parametro proxy si adotta il numero di interventi chirurgici eseguiti entro il giorno successivo a quello del ricovero, facendo riferimento alla data del ricovero e alla data dell'intervento (quindi entro un intervallo ricovero/intervento di 0-2 giorni).

L'indicatore è espresso in termini di produzione per le AO e di tutela per le ASL.

**ATTESO - INDICATORE**Indicatore

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

Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore.

L'indicatore è definito in termini di tasso "aggiustato", ovvero tenendo conto della tipologia e delle condizioni del paziente.

L'indicatore è relativo al protocollo 42 del PNE 2015.

Valore atteso:

Tasso aggiustato  $\geq$  70%

**AZIONI**

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

Al fine di incrementare tale indicatore di performance sono state implementate azioni di miglioramento dell'organizzazione delle sale operatorie, in modo da definire specifici criteri di urgenza per i pazienti con frattura del collo del femore che consentissero una via preferenziale per i pazienti fratturati da sottoporre ad intervento. In questo senso tra gli obiettivi di budget della s.c. Ortopedia e Traumatologia (rif. Deliberazione del Direttore Generale n. 101 del 31 marzo 2016) è stato previsto un obiettivo relativo a questo argomento, così declinato:

Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte	Documenti attesi
Rispetto dell'indicatore previsto nel PNE nella frattura del collo del femore	1) Definizione e condivisione dei criteri di urgenza della frattura e tipologia di intervento 2) Intervento chirurgico entro 2 giorni	1) entro 30.6.2016 2) 2015 + 10%	Traumatologia, Anestesia	1) Criteri 2) Dati PNE

Inoltre sono stati presi accordi con le strutture private accreditate insistenti sul territorio dell'ASL NO per la predisposizione di un protocollo condiviso che consenta la presa in carico da parte di queste strutture di casi clinicamente selezionati in base a specifici criteri, principalmente nel fine settimana/festività, ovvero quando non è garantita l'equipe chirurgica ortopedica, se non per le emergenze/urgenze, presso il P.O di Borgomanero.





A.S.L. NO Azienda Sanitaria Locale di Novara - Sede Legale: Viale Roma 7 – 28100 Novara  
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519 - P.IVA 01522670031  
[www.asl.novara.it](http://www.asl.novara.it)

## RISULTATI

In base ai dati resi disponibili dalla Regione Piemonte relativi al primo semestre 2016, gli interventi effettuati entro le 48 per i residenti dell'ASL NO sono pari al 75,56% (standard  $\geq 70\%$ ). Tale valore rimane stabile anche valutando i primi 9 Mesi (73,03%).





128

29 GIU. 2017

A.S.L. NO Azienda Sanitaria Locale di Novara - Sede Legale: Viale Roma 7 – 28100 Novara  
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519 - P.IVA 01522670031  
[www.asl.novara.it](http://www.asl.novara.it)

**OBIETTIVO 7.2 - Proporzione di parti con taglio cesareo primario**

Numero di tagli cesarei primari per 100 parti.

L'indicatore in oggetto è presente nella Griglia LEA, oggetto di valutazione da parte del Ministero della Salute. Inoltre il DM 70/2015 ha inserito, in linea con quanto stabilito dall'Accordo Stato Regioni del 16.12.2010, tale indicatore tra quelli in evidenza per il monitoraggio del rapporto tra volumi/esiti dei Punti Nascita (PN) ponendo la soglia del tasso minimo aggiustato di rischio distinto tra Punti Nascita di 1° e di 2° livello.

Per l'anno 2016 la Regione effettuerà il monitoraggio ponendo un obiettivo unico per i due livelli di PN nelle more di avviare un monitoraggio più puntuale.

L'indicatore è espresso in termini di produzione per le AO e di tutela per le ASL.

**ATTESO - INDICATORE**Indicatore

N° parti con cesareo primario

\_\_\_\_\_ x 100

N° parti con nessun pregresso cesareo

L'indicatore è relativo al protocollo 37 del PNE 2015.

Valore atteso:

Tasso aggiustato ≤ 20%

**AZIONI**

L'ASL NO da tempo persegue questo obiettivo di salute e i dati relativi ai cesarei primari effettuati dalle proprie residenti, riguardanti il primo semestre e predisposti dalla Regione Piemonte, si assestano al di sotto dello standard del PNE pari a 25% (24,8%).

Anche alla luce dello standard regionale più restrittivo (20%), l'ASL NO ha intensificato le azioni di promozione del parto naturale.

In particolare:

- È stato messo in atto un percorso condiviso con ASL NO/AOU Maggiore della Carità di Novara per definire ed applicare un modello standard del Corso di Accompagnamento alla Nascita (CAN). Tale progetto ha lo scopo di uniformare sul territorio dell'ASL NO e dell'A.O.U. di Novara i Corsi di Accompagnamento alla Nascita con l'intento superare i cosiddetti "corsi di preparazione al parto", tradizionalmente mirati principalmente al momento del travaglio/parto, per giungere ad un accompagnamento all'intero Percorso Nascita (gravidanza, parto, puerperio) ai fini di:
  - rendere la donna capace di attivare la propria competenza a partorire e prendersi cura del proprio bambino
  - sostenere l'autonomia della donna e promuovere la consapevolezza delle sue scelte
  - promuovere salute all'interno del percorso nascita.
- È stato assegnato alla s.c. Ostetricia e Ginecologia uno specifico obiettivo relativo all'incremento dell'appropriatezza dei parti cesarei, in linea con quanto disposto dalle recenti linee guida ministeriali, strutturato come di seguito esplicitato (rif. Deliberazione del Direttore Generale n. 101 del 31 marzo 2016):

Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Strutture coinvolte (s)	Documenti attesi
Miglioramento dell'appropriatezza dei parti cesarei, in aderenza a quanto previsto dalle linee guida ministeriali (aggiornamento gennaio 2016)	1) identificazione e condivisione dei criteri per l'assegnazione del codice; 2) avvio dell'assegnazione del codice; 3) n. cesarei codificati/totale dei cesarei effettuati * 100 (conteggiando solo i cesarei dalla data di avvio della codifica); 4) n° cesarei primari/totale parti primari * 100	1) entro il 30/04/2016; 2) dal 1° maggio 2016; 3) 80%; 4) 2016 < 2015	s.c. Ostetricia e Ginecologia	1) scheda; 2,3) report s.c. Ostetricia e Ginecologia





128 29 GIU. 2017

A.S.L. NO Azienda Sanitaria Locale di Novara - Sede Legale: Viale Roma 7 – 28100 Novara  
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519 - P.IVA 01522670031  
[www.asl.novara.it](http://www.asl.novara.it)

## RISULTATI

Nel periodo 01/01/2016-30/09/2016, secondo i dati forniti dalla Regione, il valore dell'indicatore è pari a 17,25% (valore atteso < 20%).





### **OBIETTIVO 7.3 - Tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di ima stemi**

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

*Si definisce episodio di STEMI un episodio di infarto miocardico acuto (IMA) in cui in nessun ricovero dell'episodio sia presente una diagnosi 410.7x (infarto subendocardico) o 410.9x (infarto a sede non specificata).*

*La tempestività dell'effettuazione dell'angioplastica percutanea su pazienti con diagnosi di IMA STEMI è cruciale per la sopravvivenza del paziente, deve pertanto essere fatta oggetto di monitoraggio insieme alle altre indicazioni sul percorso del paziente come definito per le reti di patologie tempo dipendenti quali la rete IMA STEMI (DM 70/2015).*

*L'indicatore è espresso in termini di produzione per le AO e di tutela per le ASL.*

#### **ATTESO - INDICATORE**

##### Indicatore

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

---

Numero di episodi di STEMI

L'indicatore è relativo al protocollo 95 del PNE 2015.

##### Valore atteso:

Tasso aggiustato > 85%

#### **AZIONI**

Il Presidio Ospedaliero SS. Trinità di Borgomanero non dispone di emodinamica propria, pertanto nel caso di pazienti con un episodio di STEMI la procedura prevede il tempestivo invio presso l'AOU Maggiore della Carità di Novara (ospedale di riferimento). La tempistica di esecuzione della procedura, pertanto, è gestita direttamente dall'AOU.

#### **RISULTATI**

L'analisi dei dati relativi al primo semestre 2016 rileva come per i residenti dell'ASL NO la percentuale di PTCA effettuate nelle 48 ore sia pari a 69,5 (valore atteso > 85%). Al 30/09/2016 il valore dell'indicatore è diminuito essendo pari a 63,41%. (tutela).

I dati relativi all'attività erogata dall'Azienda Ospedaliera Universitaria a favore dei propri utenti (produzione) evidenziano valori superiori: 77,4% nel primo semestre e 79,35% al 30 settembre 2016, inferiore comunque allo standard, ma 16 punti percentuali in più rispetto al valore dell'ASL NO.

Si fa presente che i pazienti presi in carico presso il Presidio Ospedaliero di Borgomanero (n. 18) sono arrivati con propri mezzi propri/base: al proposito si precisa che nel corso del 2016, in particolare nel secondo semestre, la rete STEMI è stata ripetutamente interrotta per non disponibilità di posti letto presso il centro HUB di riferimento, causa quest'ultima anche del mancato trasferimento estemporaneo dei pazienti giunti con mezzi propri o con la base all'Ospedale di Borgomanero. Tali criticità sono state gestite tramite l'invio dei pazienti presso altri centri dotati di emodinamica, implicando comunque un prolungamento dei tempi per carente disponibilità di posti letto anche presso altri centri.





**OBIETTIVO 8 - Assistenza Farmaceutica Territoriale ed Ospedaliera: Appropriately prescrivibile e riduzione della variabilità**

Dalle analisi condotte dalla Direzione Sanità si rileva un'elevata variabilità dell'incidenza prescrivibile sia a livello di singola azienda che fra i singoli prescrittori. Pertanto l'obiettivo è rivolto al perseguimento di una maggiore appropriately prescrivibile nonché al contenimento della variabilità prescrivibile delle categorie sotto descritte e si sostanzia in linea generale in un progressivo avvicinamento al valore espresso dall'Azienda best performer a livello regionale per singola ATC.

Gli scostamenti presi in esame riguardano le seguenti categorie:

1. ATC=A02BC (Inibitori della pompa acida)
2. ATC= J01 (Antibatterici per uso sistemico)
3. ATC=C09C e ATC=C09D (Sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina II)
4. ATC=C10AA (Inibitori della HMG CoA reduttasi)
5. ATC=N06A (Antidepressivi)
6. ATC=R03 (Farmaci per disturbi ostruttivi delle vie respiratorie).
7. ATC =A10AE04 (Insuline ed analoghi per iniezione, ad azione lenta)
8. ATC=L03AA (Fattori di stimolazione delle colonie)
9. ATC=B03XA01 (Altri preparati antianemici – Eritropoietina)
10. ATC=L04AB02 (Inibitori del fattore di necrosi tumorale Alfa – TNF Alfa -)
11. ATC=H01AC (Somatropina e agonisti della Somatropina)

Le ASL sono interessate al raggiungimento dell'obiettivo per tutte le 11 ATC sopra elencate.

**ATTESO - INDICATORE**

**1 - Inibitori di Pompa Acida (ATC A02BC)**

Indicatore

La spesa in regime convenzionale nel 2016 per i farmaci Inibitori di Pompa Acida (ATC A02BC) ha quale riferimento la spesa pro-capite registrata dall'ASR best performer 1. Ogni singola azienda deve ridurre di almeno il 50% lo scostamento tra la propria spesa pro-capite e quella di riferimento ottenendo l'obiettivo di spesa, in valori assoluti, indicato in tabella.

Valore atteso:

Valore di spesa: € 4.027.145

**2 - Antibatterici per uso sistemico (ATC=J01)**

Indicatore

La spesa in regime convenzionale nel 2016 per i farmaci Antibatterici per uso sistemico (ATC=J01) ha quale riferimento la spesa per 100 assistibili fatto registrare presso l'ASR best performer 2. Ogni singola azienda deve ridurre di almeno il 50% lo scostamento tra la propria spesa per 100 assistibili rispetto a quella di riferimento.

Valore atteso:

Spesa per 100 assistibili: € 760,49

**3 - Renina-angiotensina II associati e non (ATC=C09C e ATC=C09D)**

Indicatore

La spesa in regime convenzionale nel 2016 per le sostanze ad azione sul sistema Renina-angiotensina II associati e non (ATC=C09C e ATC=C09D) ha quale riferimento il costo medio per confezione registrato presso l'ASR best performer. Ogni singola azienda deve ridurre di almeno il 70% lo scostamento tra il proprio costo medio per confezione e quello di riferimento.

Valore atteso:





128

29 GIU. 2017

A.S.L. NO Azienda Sanitaria Locale di Novara - Sede Legale: Viale Roma 7 – 28100 Novara  
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519 - P.IVA 01522670031  
[www.asl.novara.it](http://www.asl.novara.it)

Costo medio per confezione: € 11,27

#### 4 - Inibitori della HMG CoA reduttasi (ATC=C10AA)

##### Indicatore

La spesa in regime convenzionale nel 2016 per gli Inibitori della HMG CoA reduttasi (ATC=C10AA) ha quale riferimento il costo medio per confezione fatto registrare presso l'ASR best performer<sup>4</sup>. Ogni singola azienda deve ridurre di almeno il 70% lo scostamento tra il proprio costo medio per confezione e quello di riferimento.

##### Valore atteso:

Costo medio per confezione: € 11,26

#### 5 - Antidepressivi (ATC=N06A)

##### Indicatore

La spesa in regime convenzionale nel 2016 per i farmaci Antidepressivi (ATC=N06A) ha quale riferimento la spesa per 100 assistibili fatto registrare presso l'ASR best performer<sup>5</sup>. Ogni singola azienda deve ridurre almeno il 50% lo scostamento tra la propria spesa per 100 assistibili rispetto a quella di riferimento.

##### Valore atteso:

Spesa per 100 assistibili: € 704,95

#### 6 - Farmaci per disturbi ostruttivi delle vie respiratorie (ATC=R03A)

##### Indicatore

La spesa in regime convenzionale nel 2016 per le specialità medicinali appartenenti al gruppo dei Farmaci per disturbi ostruttivi delle vie respiratorie (ATC=R03) ha quale riferimento la spesa per assistibile fatto registrare presso l'ASR best performer<sup>6</sup>. Ogni singola azienda deve ridurre almeno il 70% lo scostamento tra la propria spesa per assistibile e quella di riferimento.

##### Valore atteso:

Spesa per 100 assistibili: € 7,87

#### 7 - Insuline ed analoghi per iniezione, ad azione lenta (ATC =A10AE04)

##### Indicatore

Per ciascuna ASR il raggiungimento dell'obiettivo prevede un consumo dei farmaci aggiudicati con gara 66/2015, rispetto al consumo totale della molecola.

##### Valore atteso

uguale o superiore alla media regionale per l'anno 2016. Si intende conseguito l'obiettivo anche nel caso di uno scostamento negativo rispetto alla media entro e non oltre il 10%.

#### 8 - Fattori di stimolazione delle colonie (ATC=L03AA)

##### Indicatore

l'incidenza dei consumi, in termini di confezioni erogate, del gruppo L03AA02 sul totale del gruppo L03AA a livello regionale e in ogni ASR

##### Valore atteso

per l'anno 2016 deve essere superiore al 95%.

#### 9 - Altri preparati antianemici (Eritropoietina ATC=B03XA)

##### Indicatore

l'incidenza dei consumi, in termini di DDD erogate, del gruppo B03XA01 sul totale del gruppo B03XA a livello regionale e in ogni ASR

##### Valore atteso

per l'anno 2016 deve essere superiore al 90%.

#### 10 - Inibitori del fattore di necrosi tumorale Alfa – TNF Alfa – (ATC=L04AB)





### Indicatore

l'incidenza delle giornate di terapia erogate del gruppo L04AB02 sul totale del gruppo L04AB a livello regionale e in ogni ASR

### Valore atteso

per l'anno 2016 deve essere superiore al 65%.

### **11 - Somatropina e agonisti della Somatropina (ATC=H01AC01)**

#### Indicatore

consumo dei farmaci aggiudicati con gara 66/2015, rispetto al consumo totale della molecola

#### Valore atteso

uguale o superiore alla media regionale per l'anno 2016. Si intende conseguito l'obiettivo anche nel caso di uno scostamento negativo rispetto alla media entro e non oltre il 10%.

### **AZIONI**

Al fine di perseguire il contenimento dell'uso non appropriato dei farmaci a più alto impatto sulla spesa farmaceutica (non aderenza a quanto previsto dalle specifiche note AIFA) nel corso del secondo semestre 2015 è stato predisposto uno specifico progetto biennale con i seguenti obiettivi specifici: a) migliorare l'appropriatezza prescrittiva degli Inibitori di Pompa Protonica (IPP), b) incrementare l'utilizzo degli equivalenti per i farmaci ad alto costo, c) ricondurre la spesa indotta dagli "iperprescrittori" alla media aziendale, anche attraverso l'incremento dell'utilizzo dei farmaci equivalenti.

Al riguardo, sono state predisposte le seguenti azioni di intervento:

- Accordi aziendali MMG per l'anno 2016 approvati in comitato aziendale per la medicina generale in data 28/01 e 18/02/2016. In applicazione dell'Art. 17 AIR-Governo clinico si è concordato con i MMG di agire sull'appropriatezza Prescrittiva Farmaceutica. È stato quindi condiviso un progetto per promuovere l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci a più alto impatto sulla spesa farmaceutica.
- Obiettivi di budget alle strutture ospedaliere afferenti al Presidio Ospedaliero di Borgomanero e ai Direttori di Distretto per promuovere l'appropriatezza prescrittiva di diverse categorie di medicinali quali Inibitori di pompa protonica, Statine, Eparine a basso peso molecolare, anticorpi TNF, eritropoietine (Deliberazione del Direttore Generale n. 101 del 31 marzo 2016)
- Attivazione di gruppi di lavoro multidisciplinari interaziendali ASL NO - AOU Maggiore della Carità per definire linee comuni di prescrizione in accordo con gli indirizzi regionali e nazionali per un uso appropriato dei farmaci altospendenti. In particolare proseguendo un'esperienza già fatta nel corso degli ultimi anni, sono stati costituiti due gruppi di lavoro:
  - o gruppo di lavoro multidisciplinare interaziendale per la definizione di uno specifico "profilo di prescrizione" degli IPP (Chi trattare? Come trattare?), al fine di contenere le aree di inappropriata prescrizione sulla scorta delle più recenti evidenze scientifiche (anno 2016)
  - o gruppo di lavoro multidisciplinare interaziendale per l'appropriatezza e corretto utilizzo delle statine, che tra l'altro ha previsto la definizione di un modulo per la prescrizione SSR di statine ad alto costo da compilarsi a cura del Medico Prescrittore o MMG, e monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva (anno 2016).
- Progettazione e realizzazione di corsi ECM sull'appropriatezza d'uso dei farmaci con gli obiettivi di:
  - o promuovere un percorso di integrazione organizzativa ospedale-territorio, volto allo sviluppo di una comune cultura dell'appropriatezza,
  - o sensibilizzare tutti i medici, ospedalieri e territoriali, a dare concreta e continua applicazione ad alcune azioni condivise per il governo della prescrizione dei farmaci.





128 29 GIU. 2017

A.S.L. NO Azienda Sanitaria Locale di Novara - Sede Legale: Viale Roma 7 – 28100 Novara  
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519 - P.IVA 01522670031  
[www.asl.novara.it](http://www.asl.novara.it)

In particolare si sono svolti nel 2016 il corso “Appropriatezza d'uso dei farmaci in ASLNO focus su statine e inibitori di pompa protonica: a chi prescriverli e come” (Borgomanero, 28/05/2016) e il corso “Appropriatezza d'uso dei farmaci in ASL NO: biosimilari e dintorni” (Novara, 15/10/2016). In tali corsi è intervenuto in qualità di relatore il dott. L. Giorni, Responsabile del settore regionale Assistenza farmaceutica, integrativa e protesica e, solo nel corso di Borgomanero, il dott. L. Degli Esposti, Economista. CliCon – Health, Economics&OutcomesResearch, che collabora anche con AIFA per l'elaborazione dei dati per il report OSMED, il Prof Armando Genazzani del Dipartimento di Scienze chimiche alimentari farmaceutiche e farmacologiche, Università del Piemonte Orientale, oltre ai componenti dei gruppi di lavoro interaziendali.

- Realizzazione di audit clinici al fine di individuare i comportamenti prescrittivi inappropriati. Gli audit clinici rappresentano uno strumento indicato anche dal Ministero della Salute per individuare le aree di inappropriatazza e definire le conseguenti azioni di miglioramento per superare le eventuali criticità riscontrate. In particolare per quanto riguarda gli Inibitori di Pompa Protonica tra il 2015 e il 2016 è stato condotto un audit clinico nel Dipartimento Chirurgico del Presidio Ospedaliero di Borgomanero e nel corso 2016 è stato attivato un audit con i MMG sulla stessa tematica. La proposta di effettuare il medesimo audit clinico è stata rivolta anche ad una struttura accreditata. Relativamente alle prescrizioni antibiotiche nelle faringotonsilliti e nelle otiti medie acute sono stati condotti due audit clinici con i Pediatri di Libera Scelta.
- Azioni su iperprescrittori:
  - o valutazione dell'elenco regionale inerente i MMG maggiori prescrittori ed individuazione dei MMG a cui chiedere le controdeduzioni e/o da convocare (individuati n. 97 MMG), anche attraverso l'elaborazione da parte del Farmacista Territoriale del profilo prescrittivo di ogni singolo MMG individuato e discussione dei casi in Commissione Appropriatezza Distrettuale (CAD). Nel 2015 sono state effettuate 13 CAD e nel 2016 22 CAD.
  - o Convocazione da parte dei Direttori di Distretto dei MMG, in presenza dei componenti della Commissione Appropriatezza Distrettuale, per valutare le modalità prescrittive e l'aderenza alle diverse Note AIFA: dei 97 medici iperprescrittori individuati è stato necessario convocarne 32 per ulteriori chiarimenti e per i quali sono stati assunti gli specifici provvedimenti (i verbali sono agli atti dell'ASL NO).
- Monitoraggio delle azioni intraprese attraverso lo sviluppo di scheda trimestrale per ogni singolo MMG da parte del Farmacista Territoriale con la collaborazione di S2italia.
- Monitoraggio dei piani terapeutici prescritti e contatti telefonici coi prescrittori (aziendali e non) per eventuale modifica dei piani terapeutici esistenti coi farmaci a miglior rapporto costo/beneficio per varie tipologie di farmaci.
- Incontri con le equipe territoriali dei MMG per un confronto sull'andamento dell'azioni di miglioramento adottate: si sono svolte sulla tematica nel corso del 2015 6 UCAD; nel corso 2016 (a ottobre 2016) 7 UCAD.
- Informazione- A seguito dell'aggiudicazione SCR di farmaci per uso ospedaliero e per DPC sono state inviate specifiche note informative, in data 9 maggio e 1 giugno, a tutti i medici specialisti dell'ASL NO per orientare le prescrizioni al medicinale a miglior rapporto costo/beneficio per varie tipologie di farmaci:
  - Eritropoietine,
  - Fattori di crescita granulocitari,
  - Inibitori TNF,
  - Insuline,
  - Inibitori di pompa protonica
  - Gabapentin/pregabalin.

Successivamente, in data 14 giugno è stata inviata un'ulteriore nota informativa a firma congiunta ASL/ASO indirizzata a tutti i medici di medicina generale e a tutti i medici specialisti della ASL e ASO sulle modalità prescrittive dei farmaci biosimilari aggiudicati in gara regionale.

Il direttore sanitario ed il direttore della farmacia ospedaliera hanno effettuato specifici incontri con i direttori/responsabili di diverse strutture quali Diabetologia, Oncologia, Medicina, Nefrologia/dialisi





**A.S.L. NO** Azienda Sanitaria Locale di Novara - Sede Legale: Viale Roma 7 – 28100 Novara  
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519 - P.IVA 01522670031  
[www.asl.novara.it](http://www.asl.novara.it)

Gastroenterologia e Reumatologia per concordare modalità che garantiscano un corretto utilizzo di farmaci e contenimento dei costi.

Nell'ultima settimana di luglio sono state inviate comunicazioni a tutti i direttori sanitari di ASO/ASR che hanno redatto dei piani terapeutici per residenti dell'ASL NO chiedendo di informare capillarmente i propri medici operanti presso tali Aziende affinché prescrivano per i residenti nell'ASL NO il farmaco che – a parità di efficacia terapeutica – risulti a minor impatto economico per il Servizio Sanitario Nazionale.

## RISULTATI

La spesa convenzionata sostenuta dall'ASL NO nel 2016 è risultata pari a 57.713.803 euro lordi (48.024.654 euro netti) e rappresenta circa il 5% della spesa convenzionata regionale. Complessivamente, rispetto al 2015, le azioni messe in atto hanno consentito una riduzione della spesa convenzionata netta pari a 1.190.920 euro (-2,48%) e della spesa convenzionata lorda pari a -1.349.965 euro (-2,34%).

**Tabella 23** – Anno 2016 - spesa convenzionata ASL NO e Regione Piemonte (fonte: Regione Piemonte)

Azienda		2015			2016		
		Ricette	Lordo	Netto	Ricette	Lordo	Netto
208	NO	3.385.911	59.063.767	49.215.573	3.332.262	57.713.803	48.024.654
Regione		63.948.233	1.086.235.577	910.061.612	62.796.793	1.052.838.698	881.216.119

Per quanto riguarda la Distribuzione per Conto il costo complessivo sostenuto dall'ASL NO nel 2016 è pari a 8.765.253 euro, ovvero il 6% della spesa regionale. Rispetto al 2015 il risparmio è risultato pari a 672.061 euro (-7,12%).

**Tabella 24** – Anno 2016 - spesa Distribuzione per conto ASL NO e Regione Piemonte (fonte: Regione Piemonte)

Azienda		anno 2015		anno 2016	
		spesa	confezioni	spesa	confezioni
208	NO	9.437.314	221.656	8.765.253	229.630
Regione Piemonte		157.354.311	4.069.683	153.534.175	4.245.141

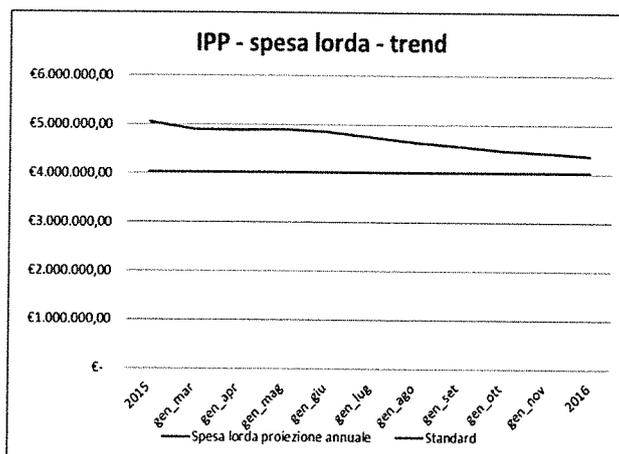
Per quanto riguarda nello specifico le categorie sotto monitoraggio, si osserva un miglioramento del contenimento della spesa in tutte le categorie di farmaci.

In particolare:

### 1 - Inibitori di Pompa Acida (ATC A02BC)

La spesa lorda sostenuta nel 2016 è risultata pari a € 4.377.269,00, con un risparmio, rispetto al 2015, di € 687.004,57, pari a -13,6%. Nel corso del 2016 la spesa si è progressivamente e costantemente ridotta, come si evince dal grafico sottostante, avvicinandosi al valore soglia regionale. Rispetto all'atteso, infatti, lo scarto della proiezione di spesa stimata a inizio anno risultava pari a € 881.531,76, mentre a fine anno lo scarto si è più che dimezzato (€ 350.124,00).



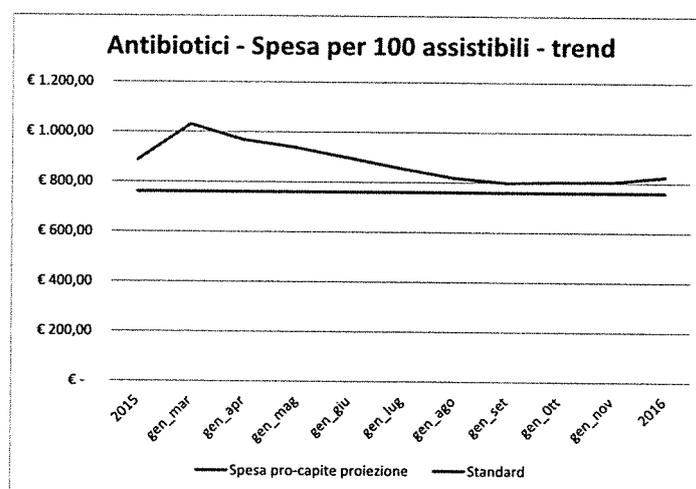


Si ritiene utile rilevare che nel Project Work dell'ASL NO "Inibitori di pompa protonica. A chi prescriverli e quando" definito nel 2015 ai sensi di quanto disposto dalla regione Piemonte e cui si è dato corso nel 2016 (come precisato nel paragrafo azioni), era stata prevista una riduzione della spesa per IPP pari a € 712.290,27. Il risparmio reale, pertanto, è risultato in linea con quanto progettato.

CATEGORIA TERAPEUTICA	RISPARMI (EURO)
Inibitori di pompa protonica - A02BC	238.212,89
Riduzione prescrizioni IPP ad alto dosaggio	474.077,38
<b>TOTALE risparmio previsto per IPP</b>	<b>712.290,27</b>
TOTALE risparmio effettivo per IPP	687.004,57

## 2 - Antibatterici per uso sistemico (ATC=J01)

Per questa categoria di farmaci la spesa pro-capite (ogni 100 residenti pesati) sostenuta nel 2016 è risultata pari a € 824,77, ovvero € 2.889.218,80, con un risparmio rispetto al 2015, di € 220.652,35, pari a -7,1%. Rispetto all'atteso lo scarto è pari a € 64 ogni 100 residenti. Anche in questo caso il trend è risultato costantemente in diminuzione, salvo un incremento stagionale del mese di dicembre.





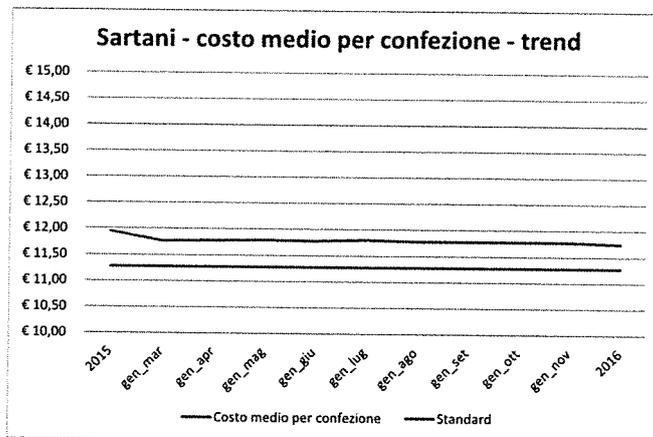
128

29 GIU. 2017

A.S.L. NO Azienda Sanitaria Locale di Novara - Sede Legale: Viale Roma 7 – 28100 Novara  
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519 - P.IVA 01522670031  
[www.asl.novara.it](http://www.asl.novara.it)

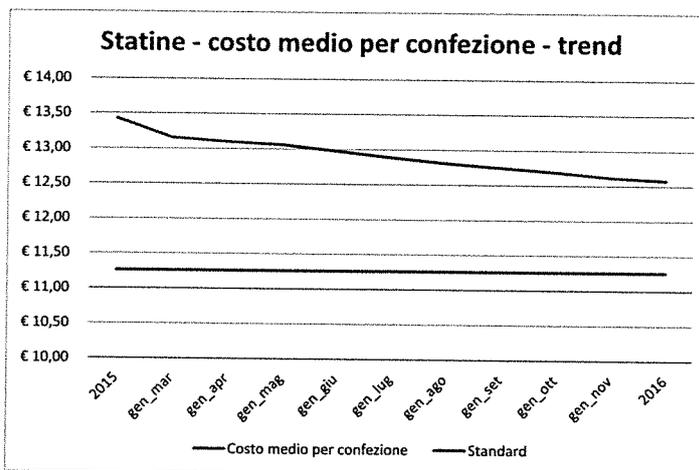
### 3 - Renina-angiotensina II associati e non (ATC=C09C e ATC=C09D)

Per quanto riguarda i sartani la spesa per confezione è passata da 11,95 euro a 11,75 euro, con un risparmio pari a 0,20 euro per confezione, corrispondente a 73.029,00 euro complessivi. Il trend nel corso dell'anno evidenzia un iniziale riduzione a cui non ha seguito un decremento costante. Questa categoria di farmaci sarà oggetto di azioni mirate nel corso del 2017.



### 4 - Inibitori della HMG CoA reduttasi (ATC=C10AA)

Relativamente a questa categoria di farmaci, che insieme agli IPP rappresenta la categoria sulla quale sono stati effettuati interventi mirati nel 2016, la spesa per confezione è passata da 13,43 euro a 12,58 euro, con un risparmio pari a 0,85 euro per confezione (-6,33%), corrispondente a 246.190,60 euro complessivi. Il trend nel corso dell'anno evidenzia una costante e progressiva riduzione del costo a confezione.



### 5 - Antidepressivi (ATC=N06A)

L'indicatore per questa categoria di farmaci risulta abbondantemente al di sotto dello standard atteso, essendo pari a 590,87 euro ogni 100 residenti pesati (valore atteso  $\leq$  760,49 euro). Comunque, nel 2016 si è osservata una contrazione della spesa pro-capite che è passata dai 684,72 euro spesi nel 2015 a 590,87 euro, con un risparmio pari a circa 329.000 euro.





128

29 GIU. 2017

A.S.L. NO Azienda Sanitaria Locale di Novara - Sede Legale: Viale Roma 7 – 28100 Novara  
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519 - P.IVA 01522670031  
[www.asl.novara.it](http://www.asl.novara.it)

#### 6 - Farmaci per disturbi ostruttivi delle vie respiratorie (ATC=R03A)

Per questa categoria di farmaci la spesa pro-capite sostenuta nel 2016 è risultata pari a € 8,13, ovvero 0,26 euro in più rispetto allo standard atteso, pari a 7,87 euro.

#### 7. Insuline ed analoghi per iniezione, ad azione lenta (ATC A10AE04)

Il raggiungimento dell'obiettivo prevede un consumo dei farmaci aggiudicati in gara 66/2015, rispetto al consumo totale della molecola, uguale o superiore alla media regionale per l'anno 2016.

Al 31/12/2016 le confezioni di insulina lenta Abasaglar erogate sul totale delle confezioni di insulina lenta erogata sono pari al 63,2%. Tale indicatore risultava di molto inferiore (40,36%) il 30/09/2016, evidenziando un trend in crescita nel corso dell'anno 2016.

#### 8. Fattori di stimolazione delle colonie (ATC L03AA)

Nell'anno 2016 l'incidenza dei consumi, in termini di confezioni erogate del gruppo L03AA02 sul totale del gruppo L03AA deve essere superiore al 95%. Tale indicatore ha registrato un progressivo e costante miglioramento in corso d'anno. Infatti:

Periodo	Confezioni di fattori di stimolazione delle colonie del gruppo L03AA2	% sul totale delle confezioni	Atteso
Al 30/06/2016	2759	90,65%	95%
Al 25/09/2016	3844	92,92%	95%
Al 30/11/2016	4823	94,35%	95%
Al 31/12/2016	5296	94,57%	95%

Peraltro se consideriamo solo i consumi ospedalieri e la distribuzione diretta l'incidenza del gruppo L03AA02 è il 100%.

#### 9. Altri preparati antianemici (Eritropoietina ATC B03XA)

Nell'anno 2016 l'incidenza dei consumi, in termini di DDD erogate, del gruppo B03XA01 sul totale del gruppo B03XA deve essere superiore al 90%

Anche questo indicatore ha registrato un progressivo e costante miglioramento in corso d'anno. Infatti:

Periodo	DDD di preparati antianemici del gruppo B03XA01 erogate	% sul totale del gruppo	Atteso
Al 30/06/2016	120.321,44	86,72%	90%
Al 25/09/2016	214.266,92	89,63%	90%
Al 30/11/2016	265.296,69	89,94%	90%
Al 31/12/2016	286.272,14	90,09%	90%

IL 74,92 % dei preparati antianemici consumati del gruppo B03XA01 sono medicinali biosimilari.

Se consideriamo solo i consumi ospedalieri e la distribuzione diretta l'incidenza del gruppo B03XA01 è del 99,99% e l'incidenza dei biosimilari del 84,08%.

#### 10. Inibitori del fattore di necrosi tumorale Alfa-TNF (ATC L04AB)

come da precisazione del dott. Giorni su REPORT OBIETTIVI DEI DIRETTORI GENERALI DELLE ASR REGIONE PIEMONTE 1° MONITORAGGIO 2016 "l'ATC=L04AB02 (Inibitori del fattore di necrosi tumorale Alfa – TNF Alfa -) come comunicato durante gli incontri dal referente dell'obiettivo si conferma che lo stesso è riferito unicamente alle Aziende Ospedaliere e Aziende Ospedaliere Universitarie".





128

29 GIU. 2017

A.S.L. NO Azienda Sanitaria Locale di Novara - Sede Legale: Viale Roma 7 – 28100 Novara  
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519 - P.IVA 01522670031  
[www.asl.novara.it](http://www.asl.novara.it)

### 11. Somatropina e agonisti della somatropina (ATC H01AC01)

Il raggiungimento dell'obiettivo prevede un consumo dei farmaci aggiudicati in gara 66/2015, rispetto al consumo totale della molecola, uguale o superiore alla media regionale per l'anno 2016. In corso d'anno l'indicatore si è assestato su di un valore pari al 15%, come si evince dalla tabella sottostante.

Periodo	consumo di omnitrope in mg	% sul totale del gruppo
Al 30/06/2016	1.315	13,98%
Al 25/09/2016	1.940	14,38%
Al 30/11/2016	2.600	15,19%
Al 31/12/2016	2.735	14,94%

Non ci sono prescrittori nell'ASL di Novara, i piani terapeutici sono redatti da specialisti della AOU di Novara o da centri ospedalieri della Lombardia e della Liguria.

A seguito della nota informativa inviata a tutti i centri che prescrivono somatropina o analoghi della somatropina affinché prescrivano per i residenti dell'ASL di Novara il farmaco che a parità di efficacia risulti a minor impatto economico per il SSN e nel caso specifico la specialità medicinale Omnitrope; sono pervenute dall'istituto Gaslini di Genova e dalla Fondazione IRCCS Policlinico Matteo di Pavia sintetiche relazioni sulla non sostituibilità, mentre altri centri hanno continuato a prescrivere il farmaco non biosimilare senza nessuna relazione.





128 29 GIU. 2017

A.S.L. NO Azienda Sanitaria Locale di Novara - Sede Legale: Viale Roma 7 – 28100 Novara  
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519 - P.IVA 01522670031  
[www.asl.novara.it](http://www.asl.novara.it)

### **OBIETTIVO 9.1 - Dipartimento funzionale interregionale ed interaziendale di rete oncologica**

Completa realizzazione di quanto disposto dalla normativa regionale vigente in materia di organizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali nell'ambito del Dipartimento di Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta. L'obiettivo si compone di due aree d'intervento:

1. *Organizzazione e funzionamento del Centro Accoglienza e Servizi (CAS). L'organizzazione ed il funzionamento del CAS sono disciplinati dalla D.G.R. n. 26-10193 del 01.08.2003 e s.m.i. di approvazione delle linee guida metodologico-organizzative del CAS e del Gruppo Interdisciplinare Cure (GIC).*
2. *Elaborazione ed approvazione con deliberazione del direttore generale dei PDTA per le singole patologie tumorali*

#### **ATTESO - INDICATORE**

##### **1. Organizzazione e funzionamento del CAS**

###### Indicatore

Numero di pazienti presi in carico dal CAS/numero di pazienti con accesso all'Azienda Sanitaria con patologia oncologica.

###### Valore atteso:

80% (tale valore è considerato appropriato a fronte del primo anno di inserimento dell'obiettivo in oggetto)

##### **4. PDTA deliberati e inviati al Dipartimento**

###### Indicatore

N° di PDTA deliberati dall'ASR, firmati da tutti i componenti del GIC, per patologia tumorale/ N° totale di PDTA da deliberare dall'ASR

###### Valore atteso:

(Nei PDTA devono essere evidenziati sia gli HUB di riferimento per la patologia tumorale del caso, sia il percorso di invio allo stesso.) 100% (riferito a tutte le patologie tumorali per le quali l'ASR risulta essere di riferimento)

#### **AZIONI**

A partire dal 2015 l'ASL NO ha proceduto alla revisione delle modalità organizzative dell'attività oncologica erogata dalle strutture della ASL NO in attuazione a DGR 51-2485/2015 e delle proposte riorganizzative concordate durante gli incontri svoltisi nel mese di luglio 2015 con il Direttore del Dipartimento funzionale interaziendale ed interregionale della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta; in particolare si è perseguito lo sviluppo del Centro Accoglienza e Servizi (CAS) con sportelli satelliti in grado di garantire in modo coordinato, appropriato e tempestivo gli esami diagnostici e di stadiazione per singola patologia tumorale; è stata costantemente svolta l'attività dei Gruppi Interdisciplinari Cure (GIC) che hanno curato la revisione/aggiornamento dei PDTA per le patologie oncologiche trattate presso l'ASL NO nell'ottica dell'ottimizzazione dei percorsi di cura e assistenza promossa dal Dipartimento Oncologico. Nel corso del 2016 si è dato avvio alla concentrazione dell'offerta assistenziale per le patologie per cui l'ASL NO è riconosciuta sede "hub", nonché alla condivisione e coordinamento dell'applicazione dei PDTA di area predisposti rispettivamente con ASL VCO e con AOU Maggiore della Carità di Novara.

L'ASL NO recependo le indicazioni della Rete Oncologica ha completando secondo cronoprogramma, le attività finalizzate alla applicazione della DGR n. 51-2485 del 23 novembre 2015 come peraltro indicato nota prot. n° 30948 del 25 marzo 2016 del Direttore del Dipartimento Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta. Si precisa che, al fine di garantire la realizzazione e l'implementazione delle attività previste dalla Rete, a tutte le strutture Aziendali che concorrono all'erogazione dell'attività oncologica è stato assegnato, tra gli obiettivi annuali, uno specifico obiettivo di adesione, per quanto di competenza, al cronoprogramma





**A.S.L. NO** Azienda Sanitaria Locale di Novara - Sede Legale: Viale Roma 7 – 28100 Novara  
 Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519 - P.IVA 01522670031  
[www.asl.novara.it](http://www.asl.novara.it)

definito per l'implementazione della DGR n. 51-2485 del 23 novembre 2015 relativa alla Rete Oncologica (deliberazione del Direttore Generale n. 101 del 31 marzo 2016).

Nel dettaglio è stato attuato entro i tempi previsti i tre step indicati dalla nota prot. n° 30948 del 25 marzo 2016 del Direttore del Dipartimento Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta e precisamente:

Attuazione del primo step del processo di aggiornamento delle modalità organizzative dell'attività oncologica erogata dalle strutture della ASL NO (rif. deliberazione del Direttore Generale n. 140 del 29/04/2016) provvedendo a:

- revisionare il modello organizzativo aziendale del CAS
- revisionare il regolamento GIC
- definire i riferimenti aziendali.

Al fine di dare corso al secondo step sono state completate (rif. Deliberazione del Direttore Generale n. 475 del 29/12/2016):

- la stesura del PDTA CAS su modello regionale (cfr. nota n 50158 del 20/05/2016) ad integrazione del regolamento CAS già in uso, con identificazione del Referente Aziendale per la Rete Oncologica nella figura del Direttore Sanitario, dott.ssa Arabella Fontana;
- la definizione dei GIC per le patologie di cui l'ASL NO è centro di riferimento con individuazione del responsabile e del referente unico per ciascuna disciplina, ai quali è stato affidato il compito di aggiornare/redigere i PDTA per patologia;
- la stesura dei PDTA aggiornati e firmati dai componenti del GIC e dalla Direzione Sanitaria per le neoplasie del colon e del retto; le neoplasie della tiroide; le neoplasie urologiche (testicolo, vescica, via escrettrice, prostata, rene) e le neoplasie cutanee per i quali l'ASL NO è stata definita come centro hub.

Per quanto riguarda il terzo step si è proceduto a (rif. Deliberazione del Direttore Generale n. 494 del 30/12/2016):

con l'ASL VCO

- l'istituzione dei GIC interaziendali ASL NO – ASL VCO (Mammella, Capo-Collo, Stomaco)
- la stesura dei PDTA interaziendali ASL NO – ASL VCO (Mammella, Capo-Collo, Stomaco)

con l'AOU Maggiore della Carità di Novara

- l'istituzione dei GIC interaziendali area AIC 3

L'ASL NO ha inoltre partecipato a tutti gli incontri interaziendali per la realizzazione dei PDTA interaziendali e ha partecipato alla definizione del Piano di Comunicazione Area Nord Est del Piemonte Centri Accoglienza e Servizi Aziendali – C.A.S. [ASL NO, ASL BI, ASL VC, ASL VCO, AOU Maggiore della Carità di Novara] da attuare per diffondere la conoscenza del nuovo modello organizzativo aziendale del CAS.

## RISULTATI

Il numero di pazienti presi in carico dal CAS rispetto ai pazienti afferenti in Azienda è risultato pari al 68% nel mese indice di rilevazione (giugno 2016). Considerando l'indicatore esclusivamente per i pazienti residenti presso l'ASL NO, tale indicatore risulta pari a 88%.





128

29 GIU. 2017

A.S.L. NO Azienda Sanitaria Locale di Novara - Sede Legale: Viale Roma 7 – 28100 Novara  
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519 - P.IVA 01522670031  
[www.asl.novara.it](http://www.asl.novara.it)

	Visite CAS	SDO con diagnosi oncologica (prima diagnosi) cod. ICD9CM da 140.* a 239.*	%
Pz residenti	57	85	88,0
Pz complessivi	71	105	68,0

Sono stati conclusi tutti gli step previsti dal Dipartimento Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta.



**OBIETTIVO 9.2 - Screening Oncologici – Prevenzione Serena**

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

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

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

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

**ATTESO - INDICATORE**

<b>SCREENING MAMMOGRAFICO</b> Età 50-69 anni	Copertura inviti: Numero di donne invitate ad effettuare il test di screening + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale	<b>85%</b>
	Copertura esami: Numero di donne sottoposte al test di screening + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale	<b>51%</b>
<b>SCREENING CERVICO-VAGINALE</b> Età 25-64 anni	Copertura inviti: Numero di donne invitate ad effettuare il test di screening + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale (sono conteggiati tra gli inviti sia quelli relativi al pap test che al test per l'HPV primari)	<b>80%</b>
	Numero di donne sottoposte al test di screening + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale (sono conteggiati tra i test di screening sia i pap test che il test per l'HPV primari)	<b>47%</b>
<b>SCREENING COLO-RETTALE</b> Età 58 anni	Copertura inviti: Numero persone invitate a sigmoidoscopia + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale	<b>85%</b>
	Copertura esami: Numero persone sottoposte a sigmoidoscopia o FIT + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale	<b>40%</b>

**AZIONI**

Sono stati inviati gli inviti al 100% della popolazione obiettivo per gli screening del tumore cervico-vaginale e del colon-retto, e al 95% di quella relativa allo screening del tumore della mammella, anche grazie alle disponibilità di spazi-appuntamento garantiti dalle strutture competenti (radiologia, consultori, ecc.).





## RISULTATI

Gli obiettivi sono valutati a livello di dipartimento. I risultati sono presentati ove possibile anche a livello di ASL a solo scopo informativo.

Fonte dei dati:

Screening mammografico e citologico: PADDI, interrogazione del 31 gennaio 2017

Screening colon retto: Scarico dati richiesto al CSI, ricevuto il 31 gennaio 2017, sono riportate sia le stime fornite da CPO sia quelle fornite da UVOS

	ASL NO	ASL VCO	AOU Maggiore	Dip 6	Standard
SCREENING MAMMOGRAFICO: Copertura da inviti: età 50-69 anni – proporzione di inviti + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale	95%	89%	94%	93%	85%
SCREENING MAMMOGRAFICO Copertura da esami: Numero donne sottoposte a test di rimo livello / popolazione bersaglio 50-69 anni	58%	55%	60%	58%	51%
SCREENING CERVICO-VAGINALE: Copertura da inviti: Numero donne invitate ad effettuare il test di screening + adesioni spontanee / popolazione	107%	109%	-	108%	80%
SCREENING CERVICO-VAGINALE: Copertura da esami: età 25-64, esecuzione di un numero di esami di screening di primo livello / popolazione bersaglio annuale	43%	40%	-	41%	47%
SCREENING COLO-RETTALE: Copertura da inviti: Numero persone invitate a sigmoidoscopia + adesioni spontanee / popolazione bersaglio 58 anni	100% (£)	109% (£)	109% (£)	Da CPO: 106% (£)	85%
SCREENING COLO-RETTALE: Copertura da esami FOBT e sigmoidoscopia: età 58-69 anni, numero persone sottoposte a sigmoidoscopia o FOBT / popolazione bersaglio	*	*	*	Da CPO: 61%	40%

\*\_dato fornito da CPO solo a livello di dipartimento

£\_stime fornite da UVOS





128 29 GIU. 2017

A.S.L. NO Azienda Sanitaria Locale di Novara - Sede Legale: Viale Roma 7 – 28100 Novara  
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519 - P.IVA 01522670031  
[www.asl.novara.it](http://www.asl.novara.it)

## **OBIETTIVO 10 - 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 2016 il numero di donatori di organi e cornee rispetto al 2015.*

*In considerazione della tipologia di attività, si prevede per il 2016 il raggiungimento aziendale dei seguenti obiettivi di governo regionale:*

### **ATTESO - INDICATORE**

#### **1. Segnalazioni di soggetti in Morte Encefalica (BDI%)**

##### **Indicatore**

*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).*

*la valutazione del BDI sarà effettuata sugli ultimi tre anni per le rianimazioni con meno di tre diagnosi di ingresso compatibile nell'anno 2016.*

##### **Standard**

*Tra il 20 e il 40 % (se il valore raggiunto supera il 40 %, l'obiettivo è considerato pienamente raggiunto).*

#### **2. Donatori di Cornee**

##### **Indicatore**

*Il numero atteso per il 2016 è il risultato delle seguenti elaborazioni sull'attività svolta nel 2015:*

*numero decessi ospedalieri fra i 5 e i 75 anni*

*valore percentuale ottenuto dal rapporto donatori cornee/ decessi fra i 5 e i 75 anni*

*mediana della percentuale del procurement regionale di cornee (pari all'8%)*

*a. Per gli ospedali con una percentuale di donatori cornee 2015 sopra la mediana: numero di donatori di cornee pari a quello ottenuto nel 2015*

*b. Per gli ospedali con una percentuale di donatori cornee 2015 sotto la mediana: incremento dell'1% della percentuale ottenuta nel 2015*

##### **Standard**

*n. 4 donatori*

### **AZIONI**

L'ASL NO da tempo persegue l'obiettivo di incrementare le donazioni d'organo. A tal fine è stato assegnato a tutte le strutture ospedaliere nell'ambito degli obiettivi di budget uno specifico obiettivo orientato ad incrementare tale attività (rif. Deliberazione del Direttore Generale n. 101 del 31/03/2016).

### **RISULTATI**

Nel mese di agosto 2016 il Brain Death Index è risultato pari all'80%, oltre lo standard, dimostrando l'ottimo risultato raggiunto.

Le attività di sensibilizzazione messe in atto dagli operatori ha consentito di superare il numero di donatori atteso (n. 4 donatori) già nel mese di agosto, con 5 donatori.





## **OBIETTIVO 11 - Rispetto della normativa Antincendio e Antisismica**

1. Avvio dell'analisi di **vulnerabilità sismica** per i padiglioni/blocchi dei PP.OO. Aziendali **considerati "assolutamente necessari"** a garantire le prestazioni sanitarie in caso di sisma (blocchi operatori, DEA, chirurgia d'urgenza, attività diagnostiche).
2. Rispetto del D.M. 19 marzo 2015 (G.U. 70 del 25 marzo 2015) per tutte le strutture sanitarie esistenti.

### **ATTESO - INDICATORE**

#### **1. Antisismica**

##### Indicatore

Presenza di planimetrie e relazione tecnica con la definizione delle tipologie architettoniche e l'analisi dimensionale delle strutture per i padiglioni/blocchi dei PP.OO. Aziendali considerati assolutamente necessari a garantire le prestazioni sanitarie in caso di sisma (blocchi operatori, DEA, chirurgia d'urgenza, attività diagnostiche).

##### Standard

100%

#### **2. Antincendio**

##### Indicatore

Nomina del Responsabile tecnico della sicurezza antincendio (RTSA),  
 Adozione di un Sistema di Gestione della Sicurezza Antincendio (SGSA).  
 Predisposizione degli atti tecnici previsti dal D.M. 19 marzo 2015.

##### Standard

100%

### **AZIONI - RISULTATI**

#### **Antisismica**

Secondo le indicazioni della Regione Piemonte, questa ASL ha provveduto ad inviare la documentazione richiesta all'IRES al fine di verificare le azioni adottate per il raggiungimento dell'obiettivo. Con nota del 27.01.2017, il Responsabile del Gruppo di Progetto Ing. Sala Carlo, dichiara che "...gli elaborati grafici e tecnico...sono tali da consentire la successiva analisi di vulnerabilità sismica e pertanto si intende raggiunto l'obiettivo del Direttore Generale...". Si allega la nota citata.

#### **Antincendio**

Come Responsabile tecnico della sicurezza antincendio (RTSA) è stato nominato l'ing. Vella Sante Det. n. 64 del 20.01.2016.

È stato adottato un Sistema di Gestione della Sicurezza Antincendio (SGSA) con Del. 118 del 20.04.2016.

Per quanto riguarda la Predisposizione degli atti tecnici previsti dal D.M. 19 marzo 2015, sono stati effettuati tutti gli adempimenti prescritti dal D.M.19.03.2015 ovvero: deposito presso il Comando dei VVF sia degli esami progetto delle strutture aziendali (Ospedale e Poliambulatori) sia delle Dichiarazioni di Conformità (DICO) e di Rispondenza (DIRI) attualmente in parte già approvate o in fase di verifica; è stata nominata la Squadra di Primo Intervento SPI. Ad oggi si è ottemperato a tutti gli adempimenti prescritti.





## 4.2 GLI OBIETTIVI DELLE STRUTTURE DELL'ASL NO

Complessivamente sono stati attribuiti 443 obiettivi ai fini del riconoscimento della quota integrativa al trattamento economico.

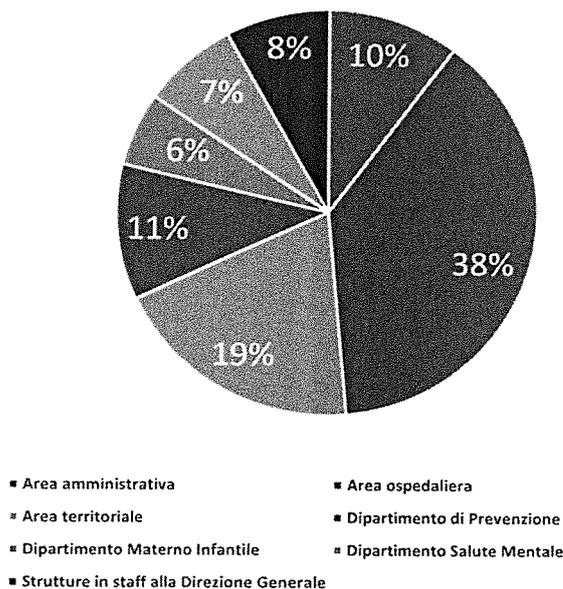
Mediamente ad ogni struttura sono stati attribuiti 6,6 obiettivi per la quota integrativa, come dettagliato nella tabella sottostante (tab. 25)

Tabella 25 – Obiettivi attribuiti nel 2016 suddivisi per prospettive di riferimento

Prospettiva di riferimento	N. medio di obiettivi per struttura
economici e di attività	2,8
appropriatezza e qualità	2,2
innovazione e sviluppo	1,6

Tenuto conto della strutturazione dell'ASL NO, il 38% degli obiettivi è di pertinenza dell'area ospedaliera, il 30% 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 (10%) è rappresentata dagli obiettivi assegnati alle strutture amministrative, i restanti sono attribuiti alle strutture in staff.

Figura 6 – Obiettivi attribuiti nel 2016 suddivisi per area



La distribuzione nelle tre prospettive di riferimento è dettagliata nella tabella seguente (tab. 26):





128 29 GIU. 2017

A.S.L. NO Azienda Sanitaria Locale di Novara - Sede Legale: Viale Roma 7 – 28100 Novara  
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519 - P.IVA 01522670031  
[www.asl.novara.it](http://www.asl.novara.it)

Tabella 26 – Obiettivi attribuiti nel 2016 suddivisi per prospettive di riferimento e tipologia di area

Area	Economici e di Attività	% di riga	Appropriatezza e Qualità	% di riga	Innovazione e Sviluppo	% di riga	Totale
Area amministrativa	21	46,7	15	33,3	9	20,0	45
Area territoriale	39	45,3	29	33,7	18	20,9	86
Area ospedaliera	71	42,0	58	34,3	40	23,7	169
Dipartimento Materno Infantile	9	37,5	9	37,5	6	25,0	24
Dipartimento Salute Mentale	14	38,9	13	36,1	9	25,0	36
Dipartimento di Prevenzione	17	35,4	16	33,3	15	31,3	48
Strutture in staff alla Direzione Generale	16	45,7	10	28,6	9	25,7	35
<b>Totale</b>	<b>187</b>	<b>42,2</b>	<b>150</b>	<b>33,9</b>	<b>106</b>	<b>23,9</b>	<b>443</b>

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 si riscontra il pieno raggiungimento degli obiettivi economici e di attività, una percentuale del 98% nella prospettiva di “qualità e appropriatezza”, mentre nell’ambito dell’innovazione e sviluppo la percentuale scende al 93%.

Nella tabella seguente sono riportate le percentuali di raggiungimento nel dettaglio

Tabella 27 – Obiettivi attribuiti nel 2016 – Percentuale di raggiungimento per prospettive di riferimento e tipologia di area

	Economici e di Attività	Appropriatezza e Qualità	Innovazione e sviluppo
Area amministrativa	100%	100%	100%
Area territoriale	100%	100%	83%
Area ospedaliera	100%	95%	90%
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%
<b>Totale</b>	<b>100%</b>	<b>98%</b>	<b>93%</b>

### 4.3 VALUTAZIONE DEL PERSONALE

Complessivamente sono stati valutati 313 dirigenti, di cui la maggioranza medici chirurghi (82,1%).

Per quanto riguarda la distribuzione nelle diverse strutture, la maggior parte dei dirigenti si concentra nell’area ospedaliera (48,6%), seguita a distanza dall’area territoriale (14,7%) e dal dipartimento di prevenzione (13,1%). Le aree meno rappresentate sono quelle relative all’area amministrativa e alle strutture in staff alla Direzione, entrambe con una percentuale pari all’1,3%.

Il punteggio medio assegnato è pari a 39,5/45, con una mediana pari a 40.

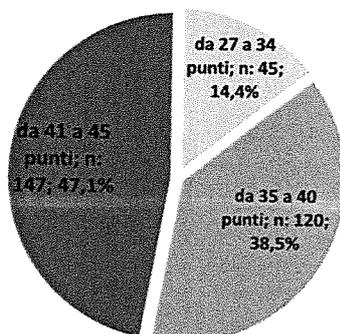
Nessun Dirigente ha ottenuto un giudizio insufficiente (valore < 27/45).

Raggruppando i punteggi per fasce, si riscontra come poco meno della metà dei dirigenti (47,1%) abbia ottenuto un punteggio alto (> di 40/45).





Punteggi per fasce



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 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	100,00%
Area Territoriale	96,03%
Area Ospedaliera	98,15%
Dipartimento Materno-Infantile	97,14%
Dipartimento Salute Mentale	100,00%
Dipartimento di Prevenzione	100,00%
Strutture in Staff alla Direzione Generale	100,00%
<b>Totale</b>	<b>98,25%</b>





## 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.

Di seguito sono presentati alcuni indicatori di monitoraggio previsti a livello regionale e nazionale, sia per quanto riguarda i ricoveri, sia relativamente al Piano Nazionale di Prevenzione. Per quanto riguarda la specialistica ambulatoriale si rimanda al capitolo 4.1 relativo agli OBIETTIVI ECONOMICO-GESTIONALI, DI SALUTE E DI FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI DEL DIRETTORE GENERALE e precisamente all'obiettivo 2.

### Attività di ricovero - Indicatori Piano Nazionale Esiti 2016

L'ASL NO ha da tempo organizzato un sistema di controllo e sorveglianza di particolari indicatori con la finalità di individuare eventuali aree di inappropriatazza e, relativamente a queste, elaborare strategie condivise con i Direttori/Responsabili delle strutture di Degenza per il rispetto degli standard. Il sistema si basa sull'analisi dei risultati ufficiali relativi agli indicatori della qualità dell'assistenza ospedaliera di cui al Piano Nazionale Esiti pubblicati sul portale PNE2016. ([http://95.110.213.190/PNEedizione16\\_p/index.php?lang=IT](http://95.110.213.190/PNEedizione16_p/index.php?lang=IT))

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

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

I report del PNE, che prendono in considerazione misure di esito come mortalità a breve termine, riammissioni a breve termine, ospedalizzazioni per specifiche condizioni, complicanze a breve termine a seguito di specifici interventi, vengono utilizzati in contesti di valutazione critica come strumenti a supporto





di programmi di audit clinico ed organizzativo finalizzati al miglioramento dell'efficacia e dell'equità nell'ambito dell'ASL NO.

Secondo le ultime pubblicazioni ufficiali presenti sul portale PNE2016, il Presidio Ospedaliero di Borgomanero, unico erogatore diretto dell'ASL NO di assistenza ospedaliera, presenta aree di qualità consolidata nel tempo ed aree che sono meritevoli di approfondimento.

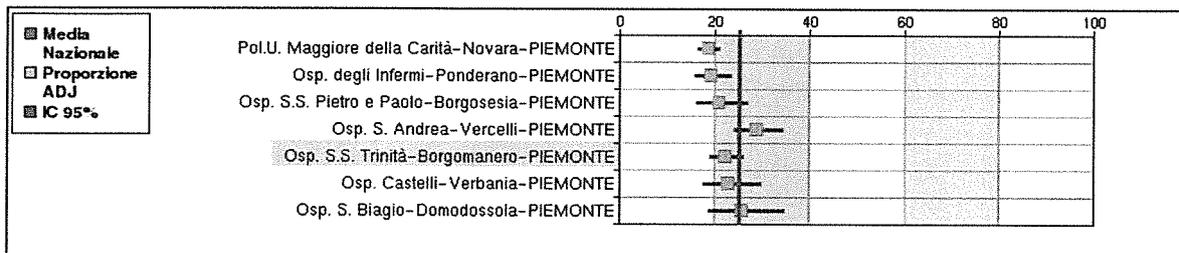
Vengono di seguito presentati i risultati di alcuni indicatori suddivisi per macroaree. Di ciascun indicatore viene presentata la frequenza grezza ed aggiustata con cui l'evento si manifesta espressa in percentuale (rispettivamente "% grezza" e "% Adj").

## AREA PERINATALE

Il dati del PNE indicano una buona qualità degli esiti: nell'area perinatale, in particolare, in un contesto in cui la percentuale di parti con taglio cesareo primario è del 19,29%<sup>2</sup> (22,24% Adj) sono pochissime le complicanze durante il parto ed il puerperio, inoltre questo dato è in miglioramento rispetto all'anno precedente. Appare utile approfondire gli aspetti relativi ai ricoveri e alle complicanze dopo cesareo, non tanto per la loro prevalenza relativa (0,23% nel caso di parti naturali e 0,84% nel caso di parti cesarei), ma quanto per una tendenza al rialzo nel tempo, benché non statisticamente significativa.

		N	% GREZZA	% ADJ
Ginecologia	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	793	19,29	22,24
	Parto naturale: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio (struttura di ricovero)	1325	0,45	0,49
	Parto cesareo: complicanze durante il parto e il puerperio (struttura di ricovero)	476	1,26	1,45
	Parto naturale: ricoveri successivi durante il puerperio	1325	0,23	0,24
	Parto cesareo: ricoveri successivi durante il puerperio	476	0,84	0,91

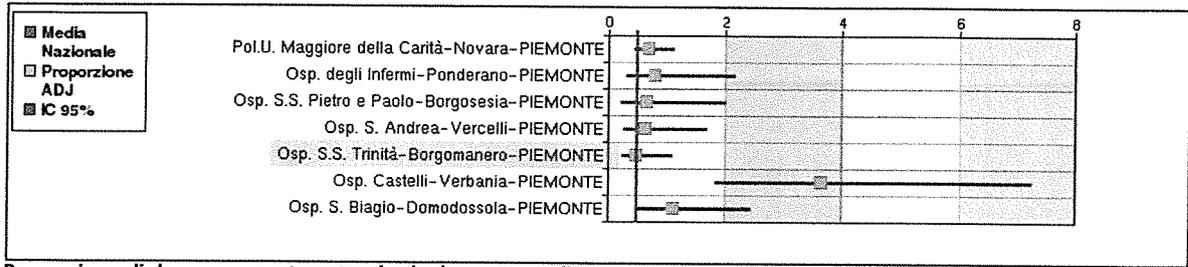
Il dato che emerge particolarmente è quello relativo alla proporzione di parti cesarei primari che si colloca al di sotto della media nazionale ed è sovrapponibile agli altri ospedali del Quadrante Nord-Est.



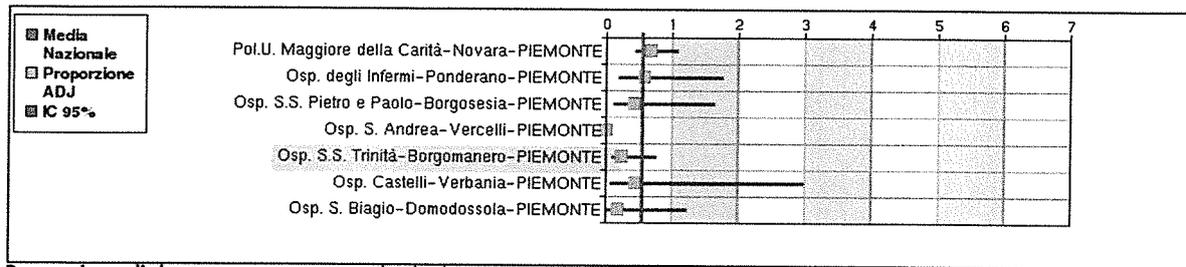
Proporzione di parti cesarei primari – confronto con media nazionale e ospedali del quadrante Nord-Est

Per quanto riguarda i parti naturali, i dati del PNE riportano che una donna che partorisce presso il punto nascita dell'Ospedale di Borgomanero ha un rischio inferiore (espresso in prevalenza standardizzata dei casi) rispetto alla media degli ospedali nazionali e di quasi tutti gli ospedali del quadrante Nord-Est di andare incontro ad una complicanza a 30 giorni o ad un re-ricovero (0.49% e 0.24% rispettivamente).

<sup>2</sup> La non coincidenza tra questo dato e quello riportato nella sezione relativa agli Obiettivi del Direttore Generale è dovuto ad una differente modalità di calcolo dei due indicatori. In ogni caso i due dati, benché non identici, sono sovrapponibili.



Proportione di donne con parto naturale che hanno complicanze entro 30 gg.



Proportione di donne con parto naturale che hanno un re-ricovero

Le donne che partoriscono con cesareo hanno una percentuale di re-ricovero e di complicanza a 30 giorni rispettivamente del 0.84% e del 1.26% dei casi. Questi valori sono lievemente superiori alla media nazionale ma in misura statisticamente non significativa.

## AREA CHIRURGICA

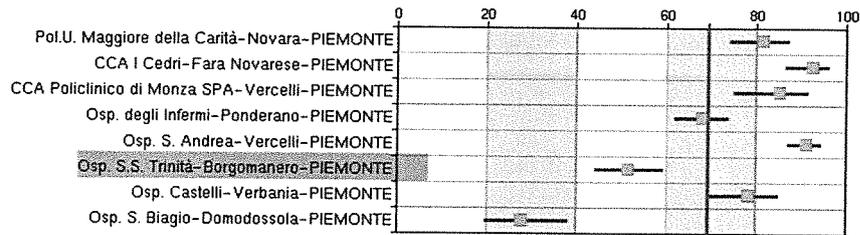
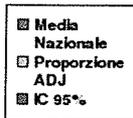
Sono prese in considerazione procedure chirurgiche ad elevato volume o di particolare interesse clinico come le colecistectomie laparoscopiche, gli interventi per tumore maligno del colon e della mammella ed alcune procedure della Traumatologia-Ortopedia (Atroscopie e Protesi d'anca)

### Colecistectomie laparoscopiche

I pazienti operati presso il PO di Borgomanero si caratterizzano per una degenza post-operatoria superiore alla media, infatti la proporzione di soggetti con una degenza post-operatoria inferiore ai 3 giorni, pari al 54,34% dei casi (51.53% adj), è decisamente inferiore alla media nazionale ed alla gran parte degli altri ospedali piemontesi e pertanto è meritevole di un approfondimento con i direttori ed i responsabili delle strutture di chirurgia. Tra gli obiettivi assegnati per l'anno 2017 alla struttura di chirurgia generale è stato previsto un obiettivo relativo proprio alla valutazione di questo indicatore.

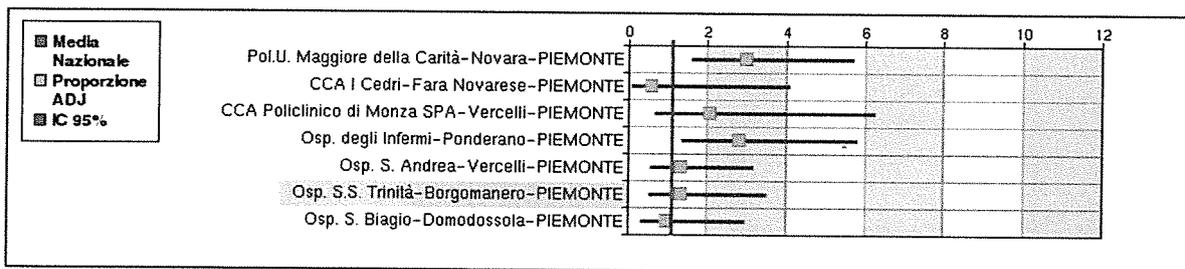
		% GREZZA	% ADJ
Chirurgia	Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario: altro intervento a 30 giorni	1,2	1,32
	Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario: complicanze a 30 giorni	2,7	2,84
	Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	54,34	51,53



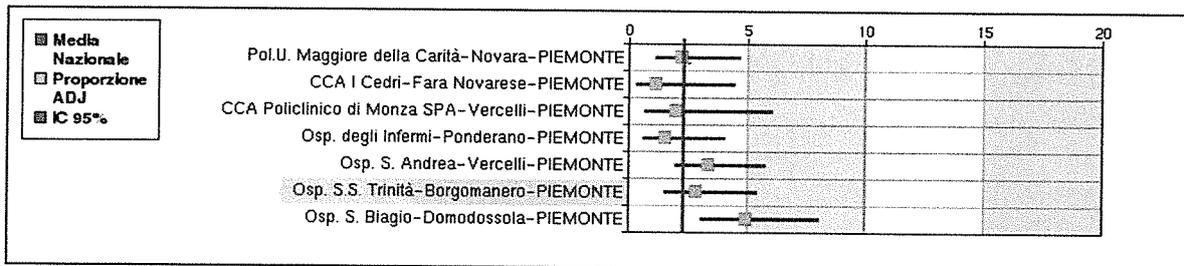


Proporzione di interventi di colecistectomia laparoscopica dimessi entro 3 gg – confronto ospedali piemontesi

Dato positivo, invece, in termini di esiti il riscontro di una prevalenza di soggetti operati a Borgomanero che presentano complicanze a 30 giorni o necessità di ulteriore ricovero in linea con quella degli altri ospedali del quadrante e sovrapponibile alla prevalenza nazionale.



Proporzione di colecistectomia laparoscopiche che hanno un re-ricovero



Proporzione di colecistectomia laparoscopiche che hanno complicanze entro 30 gg.

#### Intervento per K del colon

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

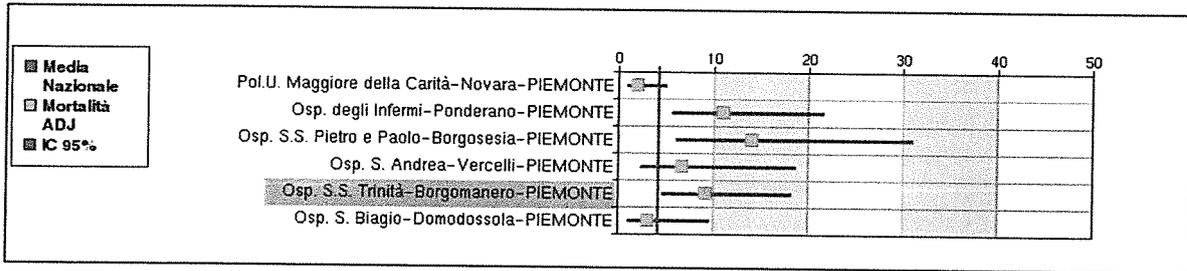
STRUTTURA	PROVINCIA	INTERVENTI
Pol.U. Maggiore della Carità-Novara	NO	108
Osp. degli Infermi-Ponderano	BI	89
<b>Osp. S.S. Trinità-Borgomanero</b>	<b>NO</b>	<b>65</b>
Osp. S. Andrea-Vercelli	VC	50
Osp. S.S. Pietro e Paolo-Borgosesia	VC	39
Osp. S. Biagio-Domodossola	VB	29
Osp. Castelli-Verbania	VB	27

In termini di qualità di esiti, il grafico sottostante dimostra come la mortalità a 30 giorni dall'intervento (9,2%) sia superiore alla media nazionale; tuttavia è in linea, o comunque non mostra differenze





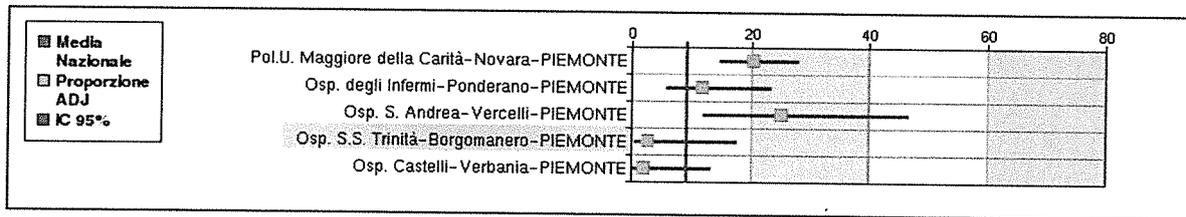
statisticamente significative, con quella registrata presso gli altri ospedali del quadrante. Il riscontro di tale dato richiede uno specifico approfondimento clinico, che verrà condotto nel corso del 2017.



Mortalità a 30 giorni dall'intervento per K Colon

### Intervento per K mammella

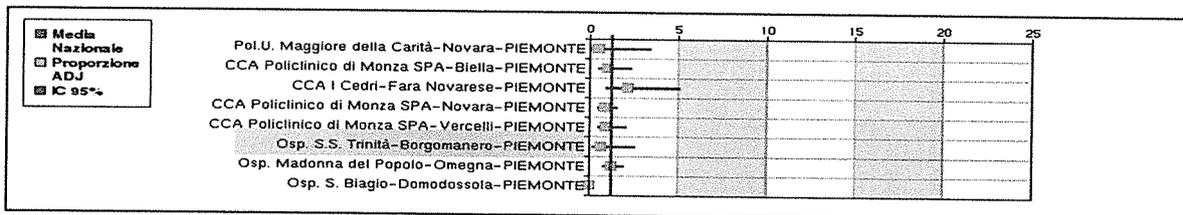
Un indicatore di qualità chirurgica considerato dal PNE sulla chirurgia della mammella riguarda la prevalenza di "allargamenti" entro 120 giorni dall'intervento conservativo. In questo senso la Chirurgia della Mammella eseguita presso l'Ospedale di Borgomanero si dimostra di buona qualità e comunque tra le migliori del quadrante. Solo il 2,8% delle donne operate necessitano di allargamento chirurgico entro i 120 giorni.



Re-intervento di allargamento entro 120 giorni dall'intervento conservativo per K mammella

### Interventi di Ortopedia-Traumatologia

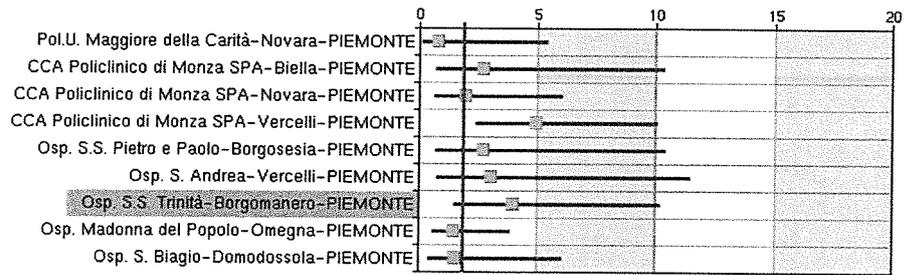
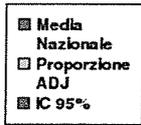
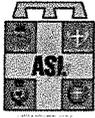
In ambito ortopedico-traumatologico si raggiungono buoni livelli di performance per quanto riguarda le artroscopie di ginocchio: secondo l'indicatore PNE "re-intervento entro 6 mesi dopo artroscopia di ginocchio", l'ospedale di Borgomanero risulta essere in linea con gli altri ospedali del quadrante, con una frequenza di re-intervento pari allo 0.7%.



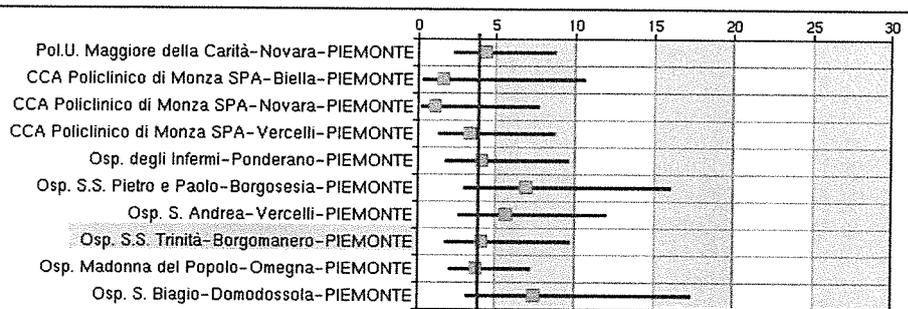
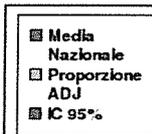
Nuovo ricovero entro 6 mesi dalla prima artroscopia

Per quanto riguarda l'intervento di protesi d'anca, la SC di Ortopedia dell'Ospedale di Borgomanero ottiene risultati non statisticamente significativi, considerata la scarsa numerosità di casi (confermata anche dall'ampiezza degli intervalli di confidenza), che spiegano l'alternanza del valore dei due indicatori: infatti la revisione entro 2 anni dall'intervento (4,0%) è tra le più alte del quadrante, mentre un episodio di ricovero entro 30 giorni dall'intervento (4,2%) è tra i più bassi della zona ed in linea con le medie nazionali.





Revisione entro 2 anni dall'intervento di protesi d'anca



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

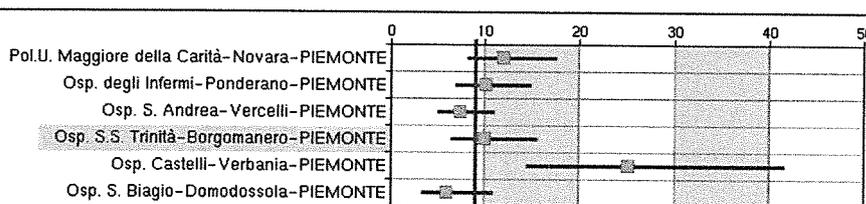
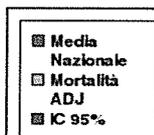
AREA MEDICA

Cardiologia

Per la Cardiologia sono stati presi in esami indicatori inerenti l'IMA e lo Scompenso Cardiaco Congestizio. Gli esiti vengono riportati nella seguente tabella:

	%	
	GREZZA	% ADJ
Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni	12,5	10,03
Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	11,94	12,07

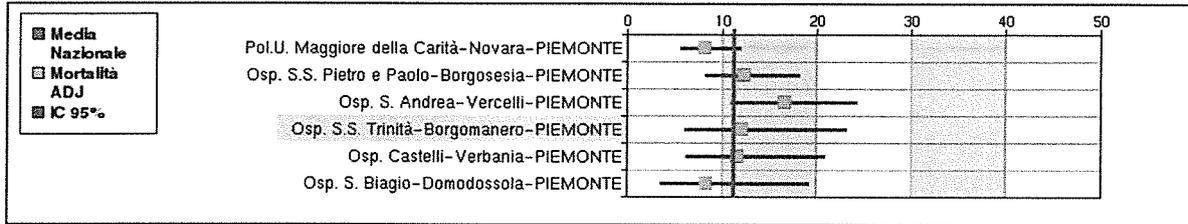
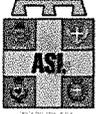
I dati mostrano che la mortalità a 30 giorni dopo diagnosi di IMA presso l'Ospedale di Borgomanero è del 12.5% (10.03% Adj); i valori sono del tutto sovrapponibili alla media nazionale ed in linea con quelli registrati negli ospedali del quadrante



IMA: Mortalità a 30 giorni dall'episodio

Analogamente la mortalità a 30 giorni per scompenso cardiaco congestizio è del 11.94% (12.07% Adj); anche questo valore è in linea con gli standard di riferimento.





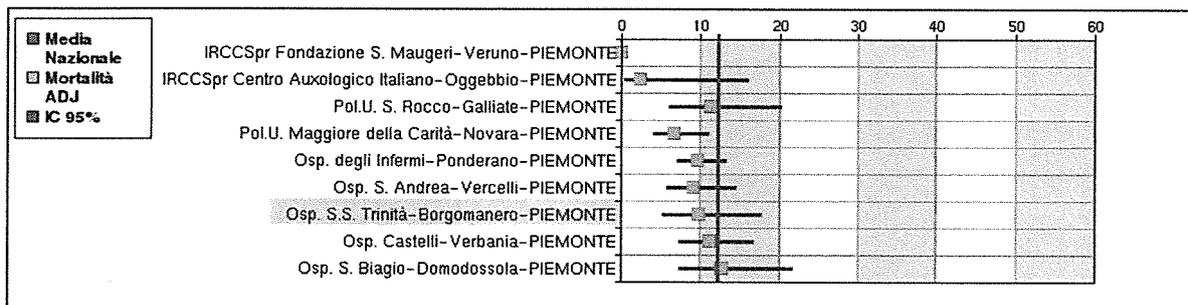
Scompenso Cardiaco Congestizio: Mortalità a 30 giorni

### Nefrologia-Neurologia

L'analisi dei dati proposti dal PNE mostra - per le altre aree internistiche - i livelli di performance riportati in tabella, riguardo a mortalità a 30 giorni per Ictus e IRC e alla riammissione in ospedale a 30 giorni dalla dimissione per Ictus.

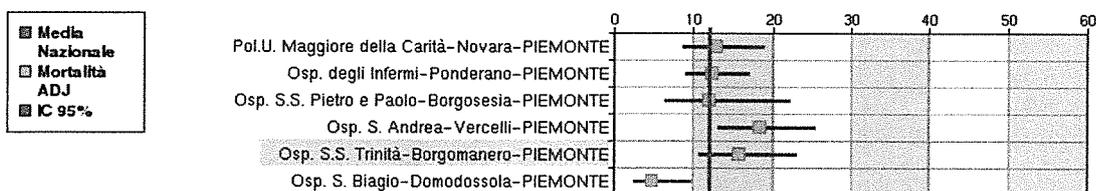
	% GREZZA	% ADJ
Insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni dal ricovero	8,47	9,73
Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	16,37	15,8
Ictus ischemico: riammissioni ospedaliere a 30 giorni	5	5,12

Per quanto riguarda la mortalità a 30 giorni per IRC, il valore registrato presso l'ospedale di Borgomanero di 8.47% (9.73% Adj) risulta essere migliore (benché in maniera non statisticamente significativa) della media nazionale e degli ospedali del quadrante



IRC: Mortalità a 30 giorni

Per l'Ictus, invece si apprezza come i livelli di mortalità a 30 giorni, pari al 16.37% (15.8% Adj) appaiono lievemente più alti, ma non in modo statisticamente significativo, della media nazionale, mentre le riammissioni in ospedale entro 30 giorni dalla dimissione (5%) a Borgomanero sono inferiori alla media nazionale ed in linea con gli altri ospedali del quadrante.



Ictus: Mortalità a 30 giorni



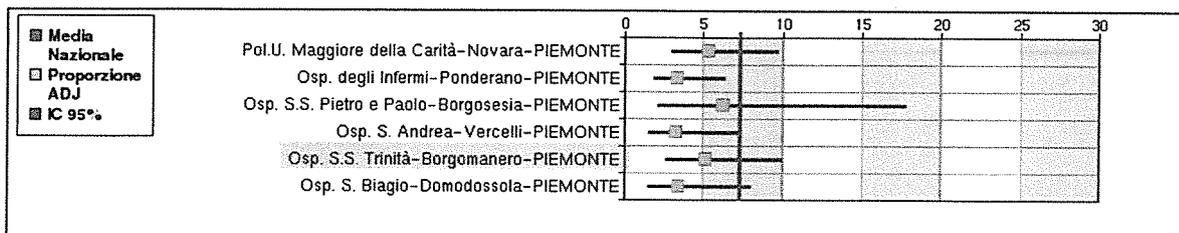


128

29 GIU. 2017

A.S.L. NO Azienda Sanitaria Locale di Novara - Sede Legale: Viale Roma 7 – 28100 Novara

Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519 - P.IVA 01522670031

[www.asl.novara.it](http://www.asl.novara.it)

Ictus: Riammissioni dopo 30 giorni dalla dimissione

### Indicatori "centrali" per la valutazione del Piano di Prevenzione

#### Confronto dei dati locali rispetto all'atteso regionale 2018

Il Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 delinea un sistema di azioni di promozione della salute e di prevenzione che accompagnano il cittadino in tutte le fasi della vita, nei luoghi di vita e di lavoro. Per misurare il progresso della prevenzione nei 10 Macro Obiettivi del Piano di Prevenzione un Atto di Intesa tra Stato e Regioni del marzo 2015 ha individuato oltre 139 indicatori tra qualitativi, semi qualitativi e quantitativi.

Secondo i contenuti di questa Intesa ciascuna Regione ha approvato un piano di monitoraggio e valutazione del proprio Piano Regionale della Prevenzione (PRP) nel quale, per gli indicatori quantitativi e semiquantitativi, ha dovuto esplicitare il valore di partenza (*baseline*) e quello di arrivo (da verificare nel 2018). Il valore "atteso" 2018 è stato individuato dalle singole Regioni in base ad uno standard di miglioramento individuato nell'intesa tra Stato e Regioni e tenendo conto del fatto che l'Intesa richiede che a tutte le Regioni di contribuire ai miglioramenti attesi a livello nazionale.

L'intersectorialità che caratterizza la Prevenzione ha fatto sì che molti degli indicatori individuati per misurare i suoi progressi in Italia riguardino situazioni che non dipendono esclusivamente da azioni del Sistema Sanitario e tantomeno da azioni attribuibili alla singola Azienda Sanitaria.

Alcuni di questi indicatori riguardano situazioni di contesto modificabili per le quali sono noti gli impatti sulla salute in termini di danno (es: prevalenza di fumatori) o beneficio (es prevalenza di soggetti fisicamente attivi). In altri casi gli indicatori riguardano azioni di provata efficacia in termini di prevenzione di morti, malattie o disabilità che vengono realizzate da operatori esterni al sistema sanitario (es controlli con etilo test) o da operatori sanitari appartenenti in modo più o meno esclusivo al Sistema Sanitario (es vaccinazioni, screening oncologici, consigli per migliorare stili di vita).

In sostanza per questi indicatori "centrali" non esistono richieste specifiche alle Aziende Sanitarie ma, in linea con le indicazioni dei Piani Nazionale e Regionale della Prevenzione, quando disponibili a livello aziendale essi vengono inseriti tra quelli utilizzati per il monitoraggio del Piano Locale di Prevenzione (PLP) anche perché consentono di valutare il contributo che la singola ASL porta al raggiungimento degli valori regionali attesi ufficialmente individuati.

Il documento di programmazione 2017 del PLP dell'ASL NO (approvato con D.G. n° 96 del 24 maggio 2017) riporta in maniera sistematica la situazione locale degli indicatori quantitativi "centrali" del PNP in relazione al loro valore "atteso" regionale. I valori aziendali disponibili, generalmente confrontati con il valore atteso regionale, sono stati inseriti e commentati anche in questa relazione inserendoli nel testo in relazione alle loro caratteristiche. Molti si trovano nella parte di contesto; per quelli relativi alle attività, i risultati di screening oncologici e vaccinazioni sono nella sezione dedicata agli obiettivi del Direttore Generale (cfr.





128

29 GIU. 2017

A.S.L. NO Azienda Sanitaria Locale di Novara - Sede Legale: Viale Roma 7 – 28100 Novara  
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519 - P.IVA 01522670031  
[www.asl.novara.it](http://www.asl.novara.it)

capitolo 4.1). Qui di seguito si riportano, suddivisi per Macro Obiettivi del PNP, i rimanenti indicatori quantitativi relativi ad azioni di varia tipologia svolta da operatori sanitari.

Tra queste rimanenti (e molto differenti) tematiche i risultati della ASL NO rispetto ai valori attesi nel 2018 in Piemonte sono assolutamente soddisfacenti tranne che per quelli degli indicatori che monitorano l'attenzione di medici ed operatori sanitari agli stili di vita della popolazione generale o con specifiche situazioni di rischio (es. eccesso ponderale, ipertensione). Va però precisato che attualmente il dato dell'ASL NO non è diverso da quello osservato in ambito regionale e per quanto riguarda la promozione di comportamenti corretti da parte di operatori sanitari difficoltà ad ottenere i miglioramenti attesi dal Piano di Prevenzione si registrano su tutto il territorio nazionale.

MACRO OBIETTIVO 1 - Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili								
Obiettivo centrale (da PNP e documento di valutazione)	Codice indicatore	Nome indicatore centrale (da PNP e documento di valutazione)	Standard variazione (%) attesa da PNP	Piemonte 2013* (baseline)	ASL NO 2013* (baseline)	ASL NO 2014*	ASL NO 2015*	Atteso 2018 PRP
8. Ridurre il consumo eccessivo di sale	1.08.01	Ipersedi di 18-69 anni che hanno ricevuto suggerimenti da operatori sanitari per la riduzione del consumo di sale	+5%	85%	87,1% (2010-2013)	85,8% (2011-2014)	84,3% (2012-2015)	89,2%
10. Aumentare l'offerta di approccio comportamentale o farmacologico per le persone con fattori di rischio per MCNT	1.10.03	Proporzione di fumatori che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di smettere	+30%	50,8%	55,7% (2010-2013)	52,9% (2011-2014)	51,2% (2012-2015)	66,1%
	1.10.04	Proporzione di persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di perdere peso	+30%	55,1%	55,4% (2010-2013)	54,5% (2011-2014)	51,4% (2012-2015)	71,7%
	1.10.05	Proporzione di consumatori di alcol a rischio che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di ridurre il consumo	+30%	5,2%	10,6% (2010-2013)	10,6% (2011-2014)	9,3% (2012-2015)	13%
	1.10.06	Proporzione di persone con patologia cronica che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di praticare regolare attività fisica	+30%	41,4%	44,4% (2010-2013)	42,8% (2011-2014)	42,4% (2012-2015)	53,8%

MACRO OBIETTIVO 6 - Prevenire gli incidenti domestici								
Obiettivo centrale (da PNP e documento di valutazione)	Codice indicatore	Nome indicatore centrale (da PNP e documento di valutazione)	Standard variazione (%) attesa da PNP	Piemonte 2013* baseline	ASL NO 2013* baseline	ASL NO 2014*	ASL NO 2015*	Atteso 2018 PRP ASL
4. Migliorare la conoscenza del fenomeno e delle azioni di prevenzione da parte degli operatori sanitari, MMG e PLS	6.04.01	Prevalenza di persone di 18-69 anni che dichiarano di aver ricevuto, nei dodici mesi precedenti l'intervista, informazioni dagli operatori sanitari su come prevenire gli infortuni domestici (Passi) §	+100%	9,5%			18,5% (2012-2015)	18,9%

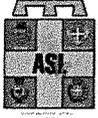
\*se non altrimenti specificato

§ informazioni non raccolte in 2010-2011

MACRO OBIETTIVO 9 - Ridurre la frequenza di infezioni/ malattie infettive prioritarie								
Obiettivo centrale (da PNP e documento di valutazione)	Codice indicatore	Nome indicatore centrale (da PNP e documento di valutazione)	Standard variazione (%) attesa da PNP	Piemonte 2013* (baseline)	ASL NO 2013* (baseline)	ASL NO 2014*	ASL NO 2015*	Atteso 2018 PRP
1. Aumentare la frequenza di identificazione e caratterizzazione dell'agente patogeno per le malattie prioritarie	9.1-2.1	Proporzione di casi di morbillo rosolia notificati per i quali è stato svolto l'accertamento di laboratorio	100% delle Regioni raggiunge lo standard > 90% per morbillo e rosolia	82,1% (morbillo)	100% (20 casi)	100% (2 casi)	Non calcolabile (0 casi)	90%
2. Identificare tempestivamente i casi e i rischi infettivi, anche mediante sistemi di allerta precoce				66,7% (rosolia)	Non calcolabile (0 casi)	Non calcolabile (0 casi)	Non calcolabile (0 casi)	90%
3. Informatizzare i sistemi di sorveglianza per le malattie infettive, in modo interoperabile	9.03.1	Proporzione di notifiche inserite nel sistema informativo per le malattie infettive	100% delle notifiche inviate con il sistema informativo regionale al Ministero nei termini previsti dalla normativa	86%	Non rilevato	100%	100%	100%

\*se non altrimenti specificato





A.S.L. NO Azienda Sanitaria Locale di Novara - Sede Legale: Viale Roma 7 – 28100 Novara  
 Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519 - P.IVA 01522670031  
[www.asl.novara.it](http://www.asl.novara.it)

MACRO OBIETTIVO 10 - Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli									
Obiettivo centrale (da PNP e documento di valutazione)	Codice indicatore	Nome indicatore centrale (da PNP e documento di valutazione)	Standard variazione (%) attesa da PNP	Piemonte 2013* (baseline)	ASL NO 2013* (baseline)	ASL NO 2014*	ASL NO 2015*	ASL NO 2016*	Atteso 2018 PRP
8. Prevenire il randagismo, comprese misure che incentivino le iscrizioni in anagrafe degli animali da affezione, ed i relativi controlli, sui cani e rifugi	10.08.02	Proporzione di cani identificati e iscritti all'anagrafe regionale, restituiti al proprietario, rispetto al numero di cani catturati	Incremento assoluto di almeno 10% su base nazionale, valore ottenibile definendo obiettivi differenziali secondo il valore baseline regionale al 2014. (segue)	54,4%	65%	62%	69%	65%	57%
	10.08.03	Proporzione di controlli effettuati rispetto al numero di cani/rifugi presenti sul territorio	100% In ogni Regione è svolto almeno 1 controllo/anno per ciascun rifugio e cane sanitario non gestito direttamente dal servizio veterinario della ASL	95%	100%	100%	100%	100%	100% a

