



## REGIONE PIEMONTE - ASL AL

## RELAZIONE ANNUALE SULLA PERFORMANCE

### ANNO 2018

[Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n.33](#)

[Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n.150](#)

[Decreto Legislativo 25 maggio 2017, n.74](#)

[Deliberazione della Giunta Regionale 23 dicembre 2013, n.25-6944](#)

[Circolare FP novembre 2018 - Linee guida per la Relazione annuale sulla performance](#)

# INDICE

## 1 FINALITÀ E PRINCIPI GENERALI DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE

### 1.1 FINALITÀ

### 1.2 PRINCIPI GENERALI

## 2 SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI ALTRI STAKEHOLDER ESTERNI

### 2.1 IL CONTESTO ESTERNO DI RIFERIMENTO

### 2.2 L'AMMINISTRAZIONE

### 2.3 I RISULTATI RAGGIUNTI

### 2.4 LE CRITICITÀ E LE OPPORTUNITÀ

## 3 OBIETTIVI: RISULTATI RAGGIUNTI E SCOSTAMENTI

### 3.1 OBIETTIVI DEL PIANO ANNUALE DELLA PERFORMANCE

## 4 RISORSE

### 4.1 EFFICIENZA ED ECONOMICITÀ

## 5 IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE

### 5.1 FASI, SOGGETTI, TEMPI E RESPONSABILITÀ DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

## 6 TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE

## 7 MISURE ATTE A GARANTIRE PARI OPPORTUNITÀ NELL'AMBIENTE DI LAVORO

# 1 FINALITÀ E PRINCIPI GENERALI DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE

## 1.1. FINALITÀ

L'ASL AL è Azienda del Servizio Sanitario Regionale, provvede alla gestione dei Servizi Sanitari nel territorio di riferimento e fornisce direttamente ai cittadini le prestazioni sanitarie attraverso i propri servizi / strutture oppure acquista le prestazioni fornite da strutture pubbliche o private accreditate che operano sotto il controllo del Servizio Sanitario Nazionale.

L'ASL garantisce l'erogazione delle prestazioni per le seguenti tipologie di assistenza sanitaria:

- Assistenza Ospedaliera
- Assistenza Territoriale
- Assistenza Sanitaria di Prevenzione

La missione istituzionale dell'ASL AL consiste nel farsi carico, in modo costante ed uniforme, dei bisogni di salute dei residenti e nel garantire ai predetti l'erogazione delle prestazioni inserite nei livelli essenziali di assistenza assicurando risposte qualificate, appropriate e tempestive su più livelli di complessità.

In particolare, opera tenendo conto delle peculiarità, ricavabili dai dati statistici, sociali ed epidemiologici propri della Provincia di Alessandria quali, a puro titolo indicativo, l'elevato indice di vecchiaia della popolazione correlato all'aumento costante di malattie invalidanti e degenerative.

Ai fini del perseguimento delle sopracitate finalità l'ASL AL ha strutturato un impianto organizzativo improntato ai seguenti principi:

- razionalità e adeguatezza delle risorse da impiegare;
- continuità e qualità dei servizi da offrire;
- analisi epidemiologica e valutazione dello stato di salute della popolazione;
- metodo della programmazione, della pianificazione e valutazione delle attività.

L'art.10 del D.lgs n.150 del 27.10.2009 prevede che, al fine di assicurare la qualità, la comprensibilità e l'attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance, le amministrazioni pubbliche, comprese le aziende sanitarie, devono annualmente redigere:

- un documento programmatico, denominato "Piano della Performance", da adottare in coerenza con i contenuti ed il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'azienda, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale e i relativi indicatori

- un documento denominato “relazione sulla performance” che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all’anno precedente, i risultati organizzativi ed individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse.

La Regione Piemonte, con DGR n° 25-6944 del 23.12.2013 ha formulato alcune indicazioni in materia di misurazione, valutazione e trasparenza della performance, nonché gli indirizzi per il piano di gestione della performance.

Con la DGR richiamata la Regione ha invitato le aziende sanitarie a redigere, annualmente:

- il Piano annuale della Performance (PAP) entro il 31 Marzo di ogni anno;
- la Relazione annuale sulla performance (RAP) entro il 31 Luglio di ogni anno.

La RAP è un documento consuntivo con il quale attestare la misura della realizzazione degli obiettivi strategici e/o operativi contenuti nel PAP.

Con riguardo alla relazione annuale sulla Performance riferita all’anno 2018 si prende atto:

- degli obiettivi che la Direzione Generale, nel 2018, ha declinato ai Responsabili delle Strutture Complesse Aziendali e ai Responsabili delle Strutture Semplici Dipartimentali
- degli obiettivi assegnati, per l’anno 2018, dalla Regione Piemonte al Direttore Generale, che sono stati successivamente declinati ai Direttori di Struttura

La presente Relazione sulla performance costituisce lo strumento mediante il quale l’Azienda illustra ai cittadini e a tutti gli altri stakeholder, interni ed esterni, i risultati ottenuti nel corso dell’anno precedente, concludendo in tal modo il ciclo di gestione della performance.

La Relazione evidenzia a consuntivo i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati e alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti registrati nel corso dell’anno, indicandone le cause e le misure correttive da adottare.

La Relazione annuale sulla performance persegue le seguenti finalità:

- La Relazione è uno strumento di miglioramento gestionale grazie al quale l’azienda può riprogrammare obiettivi e risorse tenendo conto dei risultati ottenuti nell’anno precedente e migliorando progressivamente il funzionamento del ciclo della performance;
- La relazione è uno strumento di accountability attraverso il quale l’azienda può rendicontare a tutti gli stakeholder, interni ed esterni, i risultati ottenuti nel periodo considerato e gli eventuali scostamenti – e le relative cause – rispetto agli obiettivi programmati

## 1.2 PRINCIPI GENERALI

In riferimento alle finalità sopradescritte, la Relazione si configura come un documento ispirato ai principi di trasparenza, immediata intelligibilità, veridicità e verificabilità dei contenuti, partecipazione e coerenza interna ed esterna.

Con la presente relazione l'Azienda attesta la misura della realizzazione degli obiettivi strategici e/o operativi contenuti nel Piano annuale della Performance di cui alla deliberazione n. 172 del 28.02.2018, quale provvedimento programmatico con il quale, in coerenza con le risorse assegnate, sono esplicitati gli obiettivi, gli indicatori ed il target, sui quali si basa la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance

Al pari del Piano della performance ("Piano"), ai sensi dell'art. 15, comma 2, lettera b), del D.lgs. 150/2009, la Relazione è approvata dall'Organo di indirizzo politico amministrativo, dopo essere stata definita in collaborazione con i vertici dell'amministrazione.

Si richiama, infine, che ai sensi dell'art. 14, commi 4, lettera c), e 6, del decreto, la Relazione deve essere validata dall'Organismo Indipendente di Valutazione.

## 2 SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI ALTRI STAKEHOLDER ESTERNI

### 2.1 IL CONTESTO ESTERNO DI RIFERIMENTO

Il territorio di riferimento dell'ASL AL misura kmq 3.677, comprende 195 Comuni per una popolazione complessiva di 435.880 abitanti (dato BDDE al 31.12.2017). La popolazione è caratterizzata da una elevata incidenza delle fasce anziane: la percentuale dei residenti con età maggiore di 65 anni è pari a oltre il 27%.

Nelle tabelle sottostanti sono riportati i principali valori e dati che caratterizzano e identificano l'ASL AL.

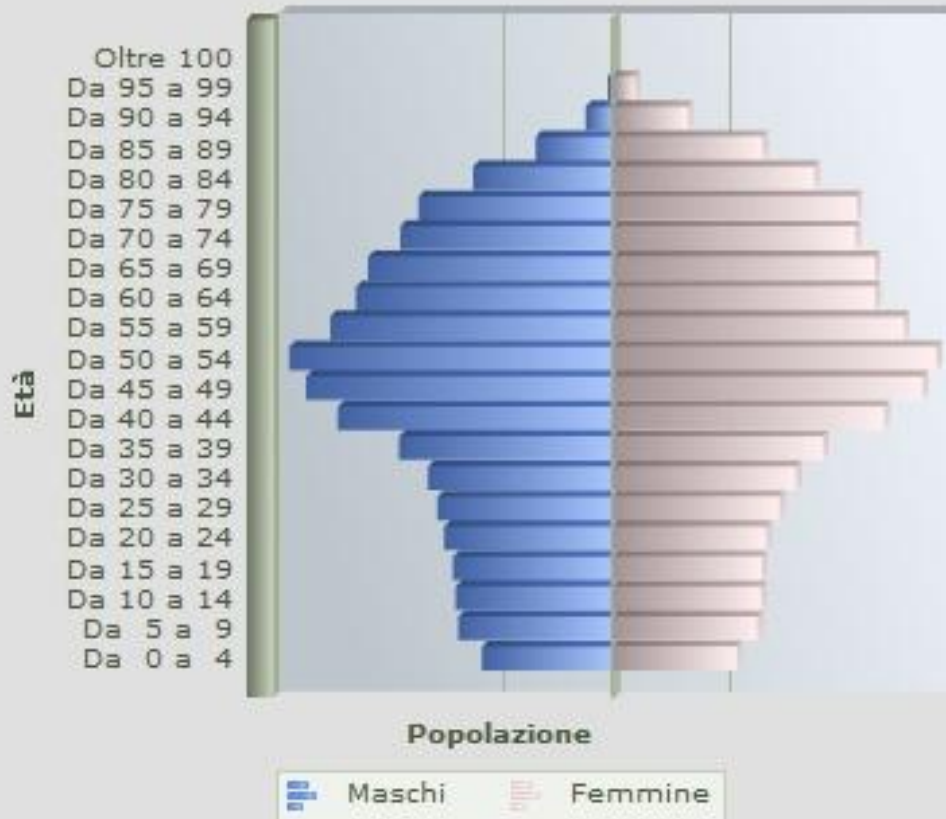
#### TERRITORIO E POPOLAZIONE

Distretto	Residenti	% ultra 65enni	Superficie (kmq)	Densità demogr (ab/kmq)	Comuni	Pianura	Collina	Montagna
<b>Acqui Terme - Ovada</b>	<b>68.782</b>	<b>30,08%</b>	<b>766,79</b>	<b>89.70</b>	<b>45</b>	1	26	18
<b>Alessandria - Valenza</b>	<b>153.236</b>	<b>26,48%</b>	<b>827,54</b>	<b>185.17</b>	<b>31</b>	19	12	---
<b>Casale Monferrato</b>	<b>81.547</b>	<b>27,70%</b>	<b>735,72</b>	<b>110.84</b>	<b>48</b>	15	33	---
<b>Novi Ligure - Tortona</b>	<b>132.315</b>	<b>27,32%</b>	<b>1.349,23</b>	<b>98.07</b>	<b>71</b>	16	23	32
<b>TOTALE ASL AL</b>	<b>435.880</b>	<b>27,40%</b>	<b>3.679,28</b>	<b>118.47</b>	<b>195</b>	51	94	50

#### STRANIERI RESIDENTI AL 31.12.2017

DISTRETTO	Maschi	Femmine	Totale	% su totale popolazione
ACQUI TERME-OVADA	3.074	3.339	6.413	9,32%
ALESSANDRIA-VALENZA	8.853	9.431	18.284	11,93%
CASALE M.	3.453	3.847	7.300	8,95%
NOVI L.-TORTONA	7.396	8.031	15.427	11,65%
<b>TOTALE ASL AL</b>	<b>22.776</b>	<b>24.648</b>	<b>47.424</b>	<b>10,88%</b>

**Anno: 2017**  
**Asl: Totale ASL AL**



Fonte : elaborazione Regione Piemonte su dati Istat

## CAUSE DI MORTE

CAUSE DI MORTE – ANNO 2015	TOTALE ASL AL		
	Maschi	Femmine	Totale
Malattie dell'apparato circolatorio	999	1.452	2.451
Tumori maligni	884	765	1.649
Malattie dell'apparato respiratorio	249	203	452
Disturbi psichici	73	218	291
Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche	112	157	269
Stati morbosi e mal definiti	66	196	262
Malattie del sistema nervoso	114	147	261
Malattie dell'apparato digerente	104	105	209
Traumatismi e avvelenamenti	113	70	183
Malattie infettive	74	105	179
Malattie dell'apparato genito-urinario	55	52	107
Tumori benigni, in situ, incerti	47	29	76
Malattie osteomuscolari e del connettivo	11	34	45
Malattie del sangue, degli organi emopoitiche e disordini immunitari	10	23	33
Malformazioni congenite e cause perinatali	11	5	16
Malattie della pelle e del sottocutaneo	3	7	10
<b>TOTALE</b>	<b>2.925</b>	<b>3.568</b>	<b>6.493</b>



## **ANALISI AMBIENTALE**

Il contesto demografico evidenzia una continua progressione di invecchiamento; nel prossimo futuro il carico assistenziale delle persone anziane è destinato ad accrescersi così come aumenterà il bisogno di servizi socio – sanitari, legato alla crescita complessiva delle patologie che caratterizzano i processi degenerativi e la cronicizzazione delle forme morbose; di particolare interesse per la programmazione sanitaria è l'evidenza che nel prossimo futuro il carico assistenziale delle persone molto anziane è destinato a registrare un brusco aumento con il conseguente incremento del bisogno di servizi sanitari che vanno continuamente adattati all'evoluzione del quadro nosologico.

Il contesto epidemiologico e l'analisi delle principali cause di mortalità evidenziano che i tumori e le malattie cardiovascolari sono le patologie più frequenti nell'ambito del territorio aziendale, da attribuirsi principalmente al progressivo invecchiamento dei residenti. Come conseguenza, la pressione sul sistema sanitario aumenta perché le malattie croniche impongono alla popolazione anziana un peso elevato in termini di salute e economico a causa proprio della lunga durata di queste malattie, della diminuzione della qualità di vita e dei costi per le cure.

L'assistenza domiciliare per le malattie croniche nell'ASL AL rappresenta l'alternativa ai ricoveri ospedalieri inappropriati ed è una forma assistenziale in costante incremento, sia per la qualità di vita del paziente, sia per i vantaggi economici rispetto ad altre forme di ricovero anche extra ospedaliere.

Nelle tabelle che seguono, si espongono i principali fattori che si ritengono significativi per rappresentare il contesto ambientale del territorio ASL AL.

**ASPETTATIVA DI VITA**

ANNO DI RIFERIMENTO 2015	ASL AL	REGIONE PIEMONTE
SPERANZA DI VITA ALLA NASCITA: UOMINI	80,07	80,21
SPERANZA DI VITA ALLA NASCITA: DONNE	83,52	84,56
SPERANZA DI VITA A 65 ANNI: UOMINI	18,40	18,68
SPERANZA DI VITA A 65 ANNI: DONNE	21,25	21,87

**INDICE DI VECCHIAIA**

ANNO DI RIFERIMENTO 2017	ASL AL	REGIONE PIEMONTE
INDICE DI VECCHIAIA	244,50	201,34

**TASSO DI NATALITA'**

ANNO DI RIFERIMENTO 2017	ASL AL	REGIONE PIEMONTE
TASSO DI NATALITA'	6,20	7,03

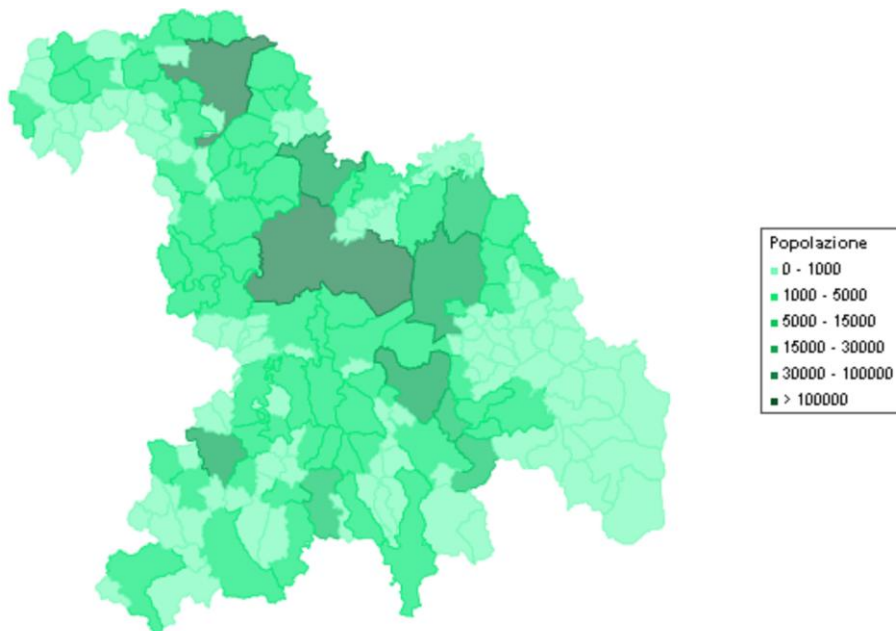
**TESSUTO FAMILIARE**

ANNO DI RIFERIMENTO 2016	REGIONE PIEMONTE			ASL AL		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Residenti in famiglia	2.102.204	2.230.603	4.332.807	210.615	224.060	434.675
Residenti in convivenza	21.406	21.652	43.058	2.172	2.235	4.407

POPOLAZIONE E FAMIGLIA ANNO 2017	REGIONE PIEMONTE			ASL AL		
	MASCHI	FEMMINE	TOTALE	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
<b>POPOLAZIONE</b>	<b>2.123.610</b>	<b>2.252.255</b>	<b>4.375.865</b>	<b>211.434</b>	<b>224.446</b>	<b>435.880</b>
NATI	15.658	15.172	30.830	1.369	1.343	2.712
MORTI	25.325	28.216	53.541	2.947	3.496	6.443
ISCRITTI DA ITALIA	62.991	63.471	126.462	5.855	6.090	11.945
ISCRITTI DA ESTERO	15.773	10.925	26.698	1.938	1.286	3.224
ALTRI ISCRITTI	5.123	2.831	7.954	533	266	799
CANCELLATI PER L'ITALIA	61.367	62.367	123.734	5.943	6.193	12.136
CANCELLATI PER L'ESTERO	6.392	6.033	12.425	724	705	1429
ALTRI CANCELLATI	12.254	6.651	18.905	857	495	1.352
CELIBI/NUBILI	967.574	813.269	1.780.843	93.259	75.494	168.753
CONIUGATI/E	1.022.358	1.037.783	2.060.141	103.386	104.230	207.616
DIVORZIATI/E	70.980	100.995	171.975	7.709	10.367	18.076
VEDOVI/E	62.698	300.208	362.906	7.080	34.355	41.435

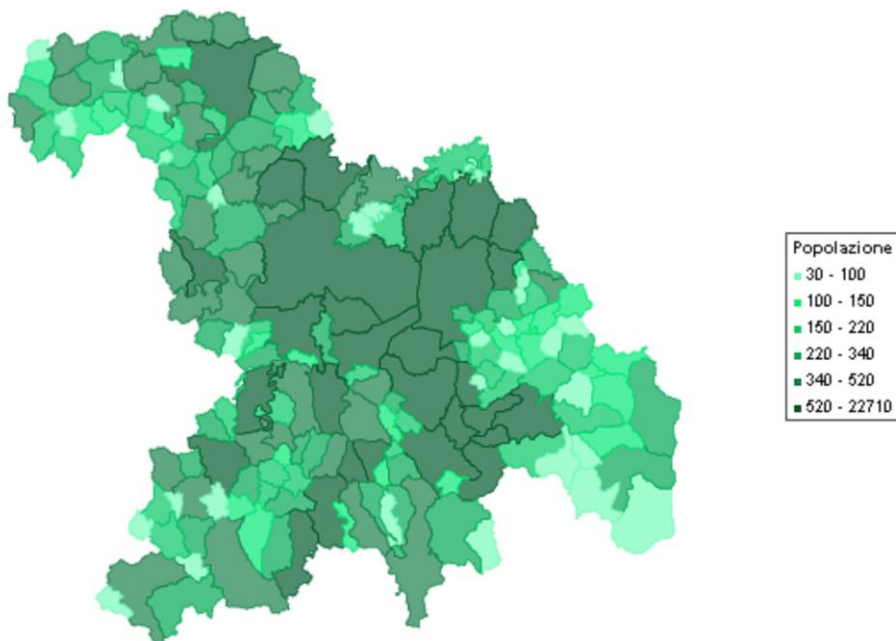
## DISTRIBUZIONE DEMOGRAFICA DEL BACINO DI UTENZA

### MAPPA POPOLAZIONE ASL AL – per comune



Fonte : elaborazione Regione Piemonte su dati Istat

### MAPPA ULTRASESSANTACINQUENNI ASL AL – per comune



Fonte : elaborazione Regione Piemonte su dati Istat

## ASL AL - ESENZIONI TICKET

	Esenti Patologie Croniche		Esenti Patologie Rare		Esenti Invalidità	
	casi	% ASLAL su pop	casi	% ASLAL su pop	casi	% ASLAL su pop
<b>0 anni</b>	75	2,7%	8	0,3%	0,00	0,0%
<b>1 - 4 anni</b>	349	2,9%	56	0,5%	60,00	0,5%
<b>5 - 14 anni</b>	1.231	3,6%	197	0,6%	408,00	1,2%
<b>15 - 44 anni</b>	11.389	8,6%	767	0,6%	2.074,00	1,6%
<b>45 - 64 anni</b>	42.462	31,5%	751	0,6%	5.648,00	4,2%
<b>65 - 74 anni</b>	34.535	62,8%	333	0,6%	4.300,00	7,8%
<b>75 anni e oltre</b>	43.550	67,0%	191	0,3%	12.518,00	19,3%
<b>TOTALE</b>	<b>133.591</b>	<b>30,6%</b>	<b>2.303</b>	<b>0,5%</b>	<b>25.008,00</b>	<b>5,7%</b>

## DETTAGLIO PRIME 15 TIPOLOGIE DI ESENZIONI PER PATOLOGIE CRONICHE

TIPO ESENZIONE	TOTALE ASL AL	di cui per 65 ANNI e oltre	% >= 65 su totale
0A31 - Ipertensione Arteriosa senza Danno d'Organo	32.470,00	22.211,00	68,4%
013 - DIABETE MELLITO	24.369,00	16.893,00	69,3%
048 - SOGGETTI AFFETTI DA NEO.M.	15.257,00	8.822,00	57,8%
0A02 - Malattie Cardiache e del Circolo Polmonare	8.991,00	5.881,00	65,4%
0031 - Ipertensione Arteriosa con Danno d'Organo	7.516,00	6.028,00	80,2%
027 - IPOTIROIDISMO CONGENITO E ACQUISITO	4.739,00	1.484,00	31,3%
056 - TIROIDITE DI HASHIMOTO	4.423,00	894,00	20,2%
025 - IPERCOLESTEROLEMIA FAMILIARE IIA E	3.879,00	2.318,00	59,8%
016 - EPATITE CRONICA (ATTIVA)	3.602,00	1.610,00	44,7%
007 - ASMA	3.552,00	448,00	12,6%
019 - GLAUCOMA	3.463,00	2.653,00	76,6%
024 - INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA	2.605,00	2.247,00	86,3%
0C02 - Malattie delle Arterie, Arteriole, Capillari, Vene e Vasi Linfatici	1.833,00	1.170,00	63,8%
023 - INSUFFICIENZA RENALE CRONICA	1.579,00	1.026,00	65,0%
006 - ARTRITE REUMATOIDE	1.440,00	751,00	52,2%

## 2.2 L'AMMINISTRAZIONE

L'organizzazione aziendale si conforma ai seguenti criteri:

- distinzione tra attività di direzione aziendale indirizzo e controllo propria degli organi di governo dell'Azienda e attività di gestione per competenza propria o delegata della dirigenza;
- individuazione delle responsabilità dei dirigenti, sulla base delle competenze, funzioni e degli incarichi attribuiti e degli obiettivi assegnati.

L'Azienda Sanitaria Locale ASL AL ha come scopo principale quello di rispondere alla tutela della salute dei cittadini con un'organizzazione efficace ed efficiente, in attuazione delle disposizioni regionali e nazionali, attraverso il sistema e gli strumenti per la prevenzione della malattia ed ai bisogni di salute, in acuzie e cronicità, della popolazione affidatale ed appartenente ad un territorio vasto che intende gestire, per quanto di competenza, in un'ottica di miglioramento continuo.

L'Azienda ritiene quindi sostanziali il coinvolgimento e l'integrazione di tutti gli attori del processo di governo del sistema sanitario del territorio (istituzioni locali, professionisti sanitari, Organizzazioni Sindacali, Associazioni del Volontariato) indispensabili nel definire e realizzare il difficile ma auspicabile equilibrio tra costi e benefici per la popolazione servita.

La missione istituzionale dell'ASL AL consiste quindi nel farsi carico, in modo costante e uniforme, dei bisogni di salute dei residenti e nel garantire ai predetti l'erogazione delle prestazioni inserite nei livelli essenziali di assistenza, assicurando risposte qualificate, appropriate e tempestive, su più livelli di complessità.

A tale scopo, l'ASL AL organizza le proprie strutture e l'attività per individuare e soddisfare i bisogni e le aspettative di salute della popolazione del proprio territorio, garantendo i livelli essenziali di assistenza (LEA) e le prestazioni stabilite dalla Regione Piemonte, secondo principi di universalità ed equità nell'accesso, appropriatezza e tempestività delle cure, sicurezza, rispetto della dignità umana ed economicità nell'impiego delle risorse, nell'osservanza delle misure di contenimento della spesa sanitaria e di riequilibrio economico finanziario previsto dai Piani Nazionali e Regionali.

L'Azienda assicura la più ampia integrazione dei processi assistenziali e organizzativi con gli altri attori istituzionali, sociali ed economici interessati al buon funzionamento delle attività.

Ai fini del perseguimento delle citate finalità, l'ASL definisce la propria visione strategica strutturando un impianto organizzativo improntato ai seguenti principi:

- razionalità e adeguatezza delle risorse da impiegare
- continuità e qualità dei servizi da offrire
- analisi epidemiologica e valutazione dello stato di salute della popolazione
- metodo della programmazione, della pianificazione e valutazione delle attività.

Con Deliberazione n.711 del 6.10.2015 è stato adottato il testo definitivo dell'Atto Aziendale dell'ASL AL, con il recepimento integrale delle prescrizioni regionali in merito, successivamente modificato parzialmente con Deliberazione n.656 del 28.09.2017.

L'organizzazione aziendale assume a riferimento la distinzione fra funzioni strategiche e di governo poste in capo alla Direzione Aziendale e compiti gestionali e operativi attribuiti ai vari livelli organizzativi aziendali.

Il sistema organizzato dell'Azienda è fondato sulla distinzione tra le seguenti macro funzioni:

1. Governo – insieme delle attività di Direzione strategica concernenti la pianificazione, la programmazione, l'alta amministrazione, il controllo strategico, la vigilanza
2. Supporto – attività deputate a supportare la Direzione Aziendale e le strutture con funzioni di tutela e produzione nell'espletamento dei propri compiti istituzionali
3. Tutela – insieme delle attività finalizzate a garantire lo stato di salute dei cittadini attraverso l'analisi e il governo della domanda sanitaria
4. Produzione – insieme delle attività volte alla produzione di servizi sanitari, in ambito ospedaliero e territoriale, unitamente a quelle di prevenzione, diagnosi e cura

Al fine di garantire l'erogazione delle prestazioni per livello assistenziale, all'interno dell'Azienda sono attivate le seguenti macro aree:

1. Area della prevenzione
2. Area territoriale
3. Area Ospedaliera



L'organizzazione aziendale è articolata in Dipartimenti, Strutture Complesse, Strutture Semplici Dipartimentali/Aziendali e Strutture Semplici.

Attraverso tali articolazioni l'ASL AL esercita la propria attività.

Il Dipartimento rappresenta il modello ordinario di gestione operativa delle attività aziendali.

Esso costituisce tipologia organizzativa e gestionale volta a dare risposte unitarie, flessibili, tempestive, razionali ed esaustive rispetto ai compiti assegnati, nell'ottica di comunanza delle risorse.

Le Strutture Complesse, pur conservando ciascuna la propria autonomia, sono ordinariamente collocate all'interno di un Dipartimento, tranne che per scelta strategica siano poste in staff alla Direzione Aziendale ovvero in casi eccezionali previsti per legge.

I Direttori delle stesse fanno riferimento al Direttore del Dipartimento per tutti gli aspetti organizzativo-gestionali e tecnico-professionali.

Il Direttore della Struttura Complessa dipende gerarchicamente dalla Direzione Generale e ad essa, oltre che al Direttore di Dipartimento, risponde dei risultati ottenuti.

Le Strutture Semplici Dipartimentali/Aziendali sono articolazioni organizzative con specifiche responsabilità di gestione di risorse umane, tecniche e finanziarie e dispongono, pertanto, di un proprio budget. Le Strutture Semplici sono articolazioni organizzative delle Strutture Complesse.

L'Azienda, con l'ASO di Alessandria e l'ASL di Asti, nell'ambito dell'Area Piemonte Sud-Est (Area Interaziendale di Coordinamento n. 5), si impegna a realizzare ogni forma di collaborazione utile a perseguire miglioramenti nell'organizzazione dei servizi per assicurare l'efficienza e l'efficacia delle attività.



## 2.3 I RISULTATI RAGGIUNTI

### I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA NELL'ASL AL

- Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro

Livello di assistenza	TIPO INDICATORE	VALORE 2018
Igiene e sanità pubblica	Indagini epidemiologiche effettuate (in seguito a riscontro m.i.)	516
	Pareri richiesti per autorizzazioni nel campo dell'edilizia civile	159
	Pareri espressi per autorizzazioni nel campo dell'edilizia civile	141
	Studi epidemiologici su malattie cronico degenerative e studi di mortalità	2
Igiene e degli alimenti e della nutrizione	Controllo ufficiali	1786
	Campioni	1980
Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro	Numero di lavoratori controllati o esaminati per accertamenti o certificazioni sanitarie	98
	Indagini effettuate per infortuni sul lavoro	135
	Indagini effettuate per malattie professionali	123
	Numero di aziende interessate da atti autorizzativi, esame progetti, piani di lavoro, notifiche	175
	Numero di aziende in cui sono stati effettuati interventi di vigilanza e di polizia giudiziaria	945
Sanità Pubblica Veterinaria	Controllo ufficiali	1150
	Campioni	894
Attività di prevenzione rivolte alle persone	Vaccinazioni obbligatorie raccomandate (0 – 24 mesi)	31.781
	Numero di campagne di screening effettuate per la prevenzione di patologie tumorali	3
	Screening – Numero assistiti:	
	- screening mammella	49.780
	- screening utero - citologico	9.311
	- screening utero – test HPV	23.978
	- screening colon retto – Sigmo/FOBT	10.082
Servizio medico legale	Sedi Medicina Legale	7
	Prestazioni monocratiche	9.950
	Prestazioni collegiali	23.035
	Prestazioni reperibilità	0
	Totale numero di prestazioni	32.985

## Assistenza distrettuale

Livello di assistenza	TIPO INDICATORE	VALORE 2018
Medicina generale	Ore apertura Guardia Medica	110.109
	Sedi di Guardia Medica	15
	Continuità Assistenziale – n.ro visite	61.772
	Medici di Medicina Generale	328
	- di cui operanti in medicina di associazione	37
	- di cui operanti in medicina di rete	123
	- di cui operanti in medicina di gruppo	109
	Equipe di MMG	27
	ADI – ADP numero interventi	99.832
	Pediatrati di Libera Scelta	39
	- di cui operanti in medicina di associazione	12
	- di cui operanti in medicina di gruppo	13
	Bilanci di Salute	23.647
Emergenza sanitaria territoriale	Attività gestita da ASO AL	
Ass. farmaceutica erogata tramite le farmacie convenzionate	Farmacie convenzionate	193
	Dispensari farmaceutici	39
	Costo complessivo	34.136.300
Ass. farmaceutica erogata per file F e primo ciclo (incluso farmaci H)	Costo distribuzione diretta	46.469.521
Ass. farmaceutica erogata per DPC	Costo farmaci in DPC	9.612.435
Assistenza Integrativa	Punti di erogazione territoriale	7
Assistenza Specialistica	Prestazioni complessive per ab	13.57
	<i>Prestazioni di laboratorio per abitante</i>	9.63
	<i>Prestazioni TAC per abitante</i>	0,07
	<i>Prestazioni RMN per abitante</i>	0,06
	<i>Prestazioni terapia fisica per abitante</i>	0,18
Assistenza Protesica	Assistiti a cui è stata erogata almeno 1 prestazione di assistenza protesica	7.314
Assistenza Idrotermale	Istituti termali nel territorio ASL	1
	Costo per assistenza idrotermale	1.436.320
Assistenza cure domiciliari sanitarie	anziani >= 65 anni – n.ro casi di assistenza in cure domiciliari sanitarie	12.153
Assistenza alle donne, famiglia, coppie (consultori)	Sedi consultoriali	24
	Prestazioni di consultorio	30.111
Assistenza psichiatrica	Centri di salute mentale	7
	Centri diurni a gestione diretta	1
	Servizi psichiatrici di diagnosi e cura	2
	Comunità protette a gestione diretta	1
	Gruppi appartamento	7
	Utenti in carico nei CSM	5.570
	Centri diurni – n.ro giornate	5.061
	Assistenza residenziale – n.ro casi	235
	Assistenza residenziale – n.ro giornate	67.576
	Assistenza territoriale – n.ro prestazioni	90.401
Assistenza riabilitativa ai disabili	Totale posti letto convenzionati per assistenza residenziale disabili (esclusi p.l. fuori ASL)	564
	Totale posti in Centri Diurni per disabili convenzionati	414
	Giornate di semiresidenzialità	44.328
	Giornate di residenzialità	143.765

Assistenza ai tossicodipendenti	SER.D	7
	Centri Diurni per tossicodipendenti e alcolisti a gestione diretta	1
	Utenti in carico	2.260
	Giornate di semiresidenzialità	1.280
	Giornate di residenzialità	11.714
Assistenza agli anziani	Posti letto RSA accreditati/ convenzionati compresi CAVS (esclusi p.l. fuori ASL)	3.631
	Posti in Centri Diurni per anziani accreditati/convenzionati	75
	Casi trattati in semiresidenzialità	33
	Giornate di semiresidenzialità	2.722
	Casi trattati in residenzialità	1.958
	Giornate di residenzialità	474.680
	Casi trattati in CAVS – residenziali	944
Giornate CAVS – residenziali	17.726	
Assistenza ai malati terminali	Posti letto Hospice a gestione diretta	24
	Giornate hospice per assistenza ai malati terminali	6.164
Assistenza a persone affette da HIV	Giornate di assistenza residenziale	2.264

▪ **Assistenza ospedaliera**

Livello di assistenza	TIPO INDICATORE	VALORE 2018
Attività di Pronto Soccorso	Sedi DEA 1^ livello	2
	Sedi Pronto Soccorso	3
	Accessi in DEA/PS anno 2017	98.297
Assistenza Ospedaliera per acuti	Presidi Ospedalieri	5
	Posti letto Ricovero Ordinario (*)	598
	Posti letto DH/DS (*)	136
	Casi in DH/DS (produzione)	6.936
	Casi in Ricovero Ordinario (produzione)	21.776
	T.O. per 1000 assistiti DH/DS	41,11
	T.O. per 1000 assistiti R.O.	110,04
Assistenza Ospedaliera per Lungodegenti	Posti letto Ricovero Ordinario (*)	20
	Casi in Ricovero Ordinario (produzione)	0
	T.O. per 1000 assistiti R.O.	0,22
Assistenza Ospedaliera per Riabilitazione	Posti letto Ricovero Ordinario (*)	40
	Casi in Ricovero Ordinario/DH (produz.)	744
	T.O. per 1000 assistiti R.O./DH	9,39

(\*) a seguito riorganizzazione Rete Ospedaliera

**PPOO ASLAL - PRODUZIONE RICOVERI+DH ANNO 2018**

PO	REPARTO	ANNO 2018		ANNO 2017	
		Casi	Valore	Casi	Valore
OSPEDALE CASALE	<b>TOTALE</b>	<b>9.732</b>	<b>27.423.042,65</b>	<b>9.524</b>	<b>26.371.517,51</b>
	08 - CARDIOLOGIA	574	1.895.059,20	576	1.779.784,80
	09 - CHIRURGIA GENERALE	888	3.674.556,67	929	3.531.644,60
	26 - MEDICINA GENERALE	1.944	6.014.326,60	1.683	5.360.427,00
	29 - NEFROLOGIA	144	436.731,00	117	367.864,00
	31 - NIDO	365	369.222,00	399	470.149,00
	32 - NEUROLOGIA	465	1.700.207,20	505	1.794.486,60
	34 - OCULISTICA	421	595.077,66	504	700.941,09
	35 - ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	53	39.534,00	83	48.483,00
	36 - ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA	766	3.768.763,80	833	3.560.351,00
	37 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1.238	1.852.066,40	1.140	1.758.588,40
	38 - OTORINOLARINGOIATRIA	225	487.146,00	268	505.881,00
	39 - PEDIATRIA	8	1.232,00	15	2.712,00
	40 - PSICHIATRIA	330	543.588,00	309	572.445,00
	43 - UROLOGIA	426	909.917,00	496	1.047.136,80
	49 - TERAPIA INTENSIVA	809	1.765.995,80	762	1.516.821,00
	50 - UNITA' CORONARICA	83	192.842,60	65	184.971,00
	56 - RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	432	1.990.267,72	398	1.961.494,42
	58 - GASTROENTEROLOGIA	58	15.074,00	41	29.170,00
	64 - ONCOLOGIA	448	1.106.109,00	320	1.068.512,80
67 - PENSIONATI			3	0,00	
68 - PNEUMOLOGIA	55	65.326,00	78	109.654,00	
OSPEDALE TORTONA	<b>TOTALE</b>	<b>4.455</b>	<b>13.352.554,20</b>	<b>4.513</b>	<b>13.129.557,80</b>
	09 - CHIRURGIA GENERALE	1.494	3.762.821,40	1.513	3.919.255,00
	26 - MEDICINA GENERALE	1.431	4.608.255,40	1.435	4.705.105,20
	34 - OCULISTICA	49	47.846,00	40	38.766,00
	36 - ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA	686	2.926.614,40	781	2.567.782,60
	38 - OTORINOLARINGOIATRIA	401	749.341,00	444	810.513,00
	39 - PEDIATRIA	8	2.240,00	12	2.720,00
	49 - TERAPIA INTENSIVA	332	1.245.949,00	267	1.082.373,00
	64 - ONCOLOGIA	53	9.487,00	17	3.043,00
	67 - PENSIONATI	1	0,00	4	0,00

PO	REPARTO	ANNO 2018		ANNO 2017	
		Casi	Valore	Casi	Valore
OSPEDALE NOVI	<b>TOTALE</b>	<b>9.434</b>	<b>23.808.174,10</b>	<b>9.138</b>	<b>22.240.484,40</b>
	01 - ALLERGOLOGIA	38	28.171,00	32	26.028,00
	08 - CARDIOLOGIA	644	1.940.223,00	710	2.064.082,20
	09 - CHIRURGIA GENERALE	991	2.877.860,60	1.053	3.197.066,40
	26 - MEDICINA GENERALE	1.556	4.741.255,40	1.239	3.664.891,00
	29 - NEFROLOGIA	174	571.703,60	161	498.416,60
	31 - NIDO	566	510.661,00	574	454.711,80
	32 - NEUROLOGIA	682	2.856.576,60	584	2.055.310,80
	34 - OCULISTICA	33	40.662,00	33	43.363,00
	36 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	393	1.688.675,40	370	1.690.981,00
	37 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1.772	2.577.961,00	1.787	2.541.028,20
	39 - PEDIATRIA	593	1.117.551,40	655	1.181.474,40
	40 - PSICHIATRIA	397	668.593,40	431	627.692,60
	43 - UROLOGIA	1.270	2.778.570,80	1.212	2.536.142,80
	49 - TERAPIA INTENSIVA	73	930.839,00	89	1.299.469,20
	50 - UNITA' CORONARICA	136	431.533,80	127	323.736,40
	58 - GASTROENTEROLOGIA	33	6.247,00	23	4.209,00
64 - ONCOLOGIA	81	41.089,10	56	31.881,00	
67 - PENSIONATI	2	0,00	2	0,00	
OSPEDALE ACQUI TERME	<b>TOTALE</b>	<b>3.948</b>	<b>11.620.441,60</b>	<b>3.980</b>	<b>11.453.588,00</b>
	09 - CHIRURGIA GENERALE	959	2.320.933,60	913	2.216.579,60
	26 - MEDICINA GENERALE	1.738	5.266.240,00	1.812	5.173.449,40
	36 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	822	2.885.032,00	838	2.844.289,00
	38 - OTORINOLARINGOIATRIA	209	409.827,00	210	370.974,00
	43 - UROLOGIA	164	185.963,00	143	157.870,00
	49 - TERAPIA INTENSIVA	52	552.446,00	62	690.426,00
	67 - PENSIONATI	4	0,00	2	0,00
OSPEDALE OVADA	<b>TOTALE</b>	<b>1.241</b>	<b>4.892.562,57</b>	<b>1.172</b>	<b>4.655.396,24</b>
	09 - CHIRURGIA GENERALE			28	38.884,00
	26 - MEDICINA GENERALE	929	3.024.657,40	844	2.697.005,80
	56 - RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	312	1.867.905,17	298	1.910.728,44
	60 - LUNGODEGENTI			2	8.778,00

**PPOO ASLAL - PRODUZIONE RICOVERI+DH ANNO 2018**  
**SINTESI PER PRESIDIO OSPEDALIERO**

SINTESI PER PP.OO.	12 MESI 2017		12 MESI 2016	
	PP.OO.	Casi	Valore	Casi
H CASALE	9.732	27.423.043	9.524	26.371.518
H TORTONA	4.455	13.352.554	4.513	13.129.558
H NOVI	9.434	23.808.174	9.138	22.240.484
H ACQUI	3.948	11.620.442	3.980	11.453.588
H OVADA	1.241	4.892.563	1.172	4.655.396
<b>TOTALE</b>	<b>28.810</b>	<b>81.096.775</b>	<b>28.327</b>	<b>77.850.544</b>

## ACCESSI DEA / PS

ACQUI PS ACCESSI				
COD URGENZA	ANNO 2015	ANNO 2016	ANNO 2017	ANNO 2018
BIANCO	888	828	546	568
VERDE	13.098	12.450	12.656	12.734
GIALLO	2.211	1.999	2.042	1.999
ROSSO	167	123	98	120
NERO			1	
<b>Totale complessivo</b>	<b>16.364</b>	<b>15.400</b>	<b>15.343</b>	<b>15.421</b>
<i>% accessi seguiti da ricovero</i>	<i>15,4%</i>	<i>15,2%</i>	<i>16,2%</i>	<i>14,9%</i>

NOVI DEA ACCESSI				
COD URGENZA	ANNO 2015	ANNO 2016	ANNO 2017	ANNO 2018
BIANCO	832	1.042	839	943
VERDE	20.619	21.361	20.273	19.498
GIALLO	4.100	5.082	6.783	6.919
ROSSO	164	245	285	360
NERO	3	4		2
<b>Totale complessivo</b>	<b>25.718</b>	<b>27.734</b>	<b>28.180</b>	<b>27.722</b>
<i>% accessi seguiti da ricovero</i>	<i>16,2%</i>	<i>15,9%</i>	<i>16,6%</i>	<i>17,6%</i>

OVADA PS ACCESSI				
COD URGENZA	ANNO 2015	ANNO 2016	ANNO 2017	ANNO 2018
BIANCO	316	297	165	130
VERDE	5.484	5.484	5.715	6.323
GIALLO	895	660	754	835
ROSSO	16	14	16	17
NERO		1	1	
<b>Totale complessivo</b>	<b>6.711</b>	<b>6.456</b>	<b>6.651</b>	<b>7.305</b>
<i>% accessi seguiti da ricovero</i>	<i>8,9%</i>	<i>7,0%</i>	<i>6,5%</i>	<i>7,0%</i>

TORTONA PS ACCESSI				
COD URGENZA	ANNO 2015	ANNO 2016	ANNO 2017	ANNO 2018
BIANCO	1.041	791	638	553
VERDE	17.812	14.057	14.392	15.333
GIALLO	2.765	2.718	2.942	2.511
ROSSO	118	115	122	94
<b>Totale complessivo</b>	<b>21.736</b>	<b>17.681</b>	<b>18.094</b>	<b>18.491</b>
<i>% accessi seguiti da ricovero</i>	<i>14,5%</i>	<i>13,1%</i>	<i>11,8%</i>	<i>12,2%</i>

<b>CASALE DEA ACCESSI</b>				
<b>COD URGENZA</b>	<b>ANNO 2015</b>	<b>ANNO 2016</b>	<b>ANNO 2017</b>	<b>ANNO 2018</b>
BIANCO	2.253	1.632	1.349	553
VERDE	26.877	24.261	25.095	15.333
GIALLO	3.197	3.275	3.410	2.511
ROSSO	194	205	173	94
NERO			2	
<b>Totale complessivo</b>	<b>32.521</b>	<b>29.373</b>	<b>30.029</b>	<b>18.491</b>
<i>% accessi seguiti da ricovero</i>	<i>12,3%</i>	<i>12,5%</i>	<i>12,7%</i>	<i>12,2%</i>



## 2.4 LE CRITICITÀ E LE OPPORTUNITÀ

### **PUNTI DI FORZA E DI DEBOLEZZA DEL SISTEMA ORGANIZZATIVO E INTERVENTI PREVISTI NEL BREVE – MEDIO PERIODO**

#### PUNTI DI FORZA:

- Recente riorganizzazione della Rete Ospedaliera in ambito aziendale, nel più ampio quadro delle Rete dell'Area Funzionale Sovraziendale Piemonte sud-est, con la possibilità di operare nel medio termine le previste economie di scala e realizzare gli effetti di efficientamento
- Rete territoriale: potenziamento in continuità con i percorsi ospedalieri, anche in previsione dello sviluppo dell'attività delle Case della Salute di cui alla D.G.R. n.3-4287 del 29.11.2016
- Consolidamento del processo dei Programmi delle Attività Territoriali Distrettuali (P.A.T.): programmazione specifica dell'assistenza da offrire alla propria popolazione, compatibilmente con le risorse economiche assegnate, attraverso il Programma delle Attività Territoriali Distrettuali (P.A.T.)
- Attività di prevenzione: Valorizzazione progetti di prevenzione e informazione dei cittadini

#### PUNTI DI DEBOLEZZA:

- Frammentazione ancora presente in alcune aree dei centri di erogazione: riduzione e specializzazione dei punti di erogazione ospedalieri al fine di garantire percorsi definiti e sicuri per i pazienti
- Necessità di proseguire, nell'ambito della riorganizzazione della rete ospedaliera, ai necessari ed improrogabili interventi di adeguamento strutturale, per rendere idonee le strutture chiamate a potenziare l'offerta sanitaria, con conseguente necessità di investimenti mirati per lo sviluppo delle attività
- Elevata incidenza della fuga extraregione sia per attività di ricovero ospedaliero che di specialistica ambulatoriale sia per attività di alta specializzazione, ma anche per attività di base erogata dalle strutture dell'ASL
- Appropriatezza prescrittiva e di erogazione: potenziamento dell'impegno congiunto con MMG/PLS e Specialisti ospedalieri verso l'appropriatezza prescrittiva sia in ambito farmaceutico che diagnostico

## **RISORSE STRUMENTALI, INFRASTRUTTURALI ED ECONOMICHE**

### Risorse tecnologiche biomediche

Le apparecchiature biomedicali presenti nell'Azienda Sanitaria sono quantificate in termini numerici in circa 8.400 unità.

Con riferimento alle grandi attrezzature, risultano installati:

- N. Tomografo assiale computerizzato	5
- N. Tomografo a Risonanza Magnetica	3
- N. Apparecchiature onde d'urto	2
- N. diagnostiche radiologiche digitali	4
- N. elettrobisturi/elettrocoagulatore ultracisi	8
- N. bisturi / coagulatore ad ultrasuoni	6

### Risorse ICT

Le tecnologie ICT sono quantificate in circa:

N. postazioni di lavoro (pc)	2.450
N. apparecchi telefonici fissi	2.530
- di cui apparecchi telefonici con tecnologia IP	430
N. server	32
N. fotocopiatrici	280
N. fax	400

***PUNTI DI FORZA E DI DEBOLEZZA NELL'AMBITO DELLE RISORSE STRUMENTALI, INFRASTRUTTURALI ED ECONOMICHE E INTERVENTI PREVISTI NEL BREVE – MEDIO PERIODO***

PUNTI DI FORZA:

- Nel processo di riorganizzazione della Rete Ospedaliera possibilità di riutilizzo di attrezzature sanitarie da indirizzare sulle sedi ospedaliere oggetto di potenziamento, anche in ragione della necessità di sostituire le risorse strumentali più vetuste
- Recupero di spazi a seguito del processo di riorganizzazione della Rete Ospedaliera, con dismissioni di aree e conseguente razionalizzazione dei costi di gestione per utenze e manutenzioni

PUNTI DI DEBOLEZZA:

- Sedi ospedaliere e territoriali in alcune aree ancora frammentate con necessità di interventi strutturali, sia di natura manutentiva / conservativa, che di adeguamento a seguito degli interventi di riorganizzazione per renderle funzionali al nuovo assetto definito; ciò al fine di provvedere, nell'ambito del processo di attuazione della riorganizzazione, ai necessari ed improrogabili interventi di adeguamento strutturale, per rendere idonee le strutture chiamate a potenziare l'offerta sanitaria
- Progressiva obsolescenza delle risorse strumentali, sanitarie e non, con difficoltà ad avviare programmi di investimento per il progressivo rinnovo in ragione della carenza di risorse finalizzate
- Parco auto disomogeneo su base territoriale, con dotazione caratterizzata da autovetture in progressivo invecchiamento, nonostante i primi interventi avviati nel corso del 2017 finalizzati allo sviluppo della dotazione di mezzi

## RISORSE UMANE

L'ASL AL si avvale di 3.740 dipendenti, la cui suddivisione in macro qualifiche è rappresentata nella tabella sottostante, con riferimento al biennio 2017 – 2018.

	A2017 (numero medio)	A2018 (numero medio)
<b>TOTALE</b>	<b>3.788</b>	<b>3.740</b>
MEDICI - VETERINARI	613	600
RUOLO SANITARIO ALTRA DIRIGENZA	63	62
RUOLO SANITARIO DIR. (INFERMIERISTICO)	1	1
PERSONALE INFERMIERISTICO	1.365	1.342
PERSONALE RIABILITATIVO	147	147
ALTRO PERSONALE RUOLO SANITARIO	269	261
RUOLO TECNICO DIRIGENZA	2	2
RUOLO TECNICO COMPARTO	742	761
RUOLO PROFESSIONALE DIRIGENZA	5	5
RUOLO PROFESSIONALE COMPARTO	1	1
RUOLO AMMINISTRATIVO DIRIGENZA	20	20
RUOLO AMMINISTRATIVO COMPARTO	561	538

*Numero equivalente*

L'ASL AL si avvale altresì della collaborazione di n.320 Medici di Medicina Generale, n.37 Pediatri di Libera Scelta, n.91 Medici di Continuità Assistenziale e n.90 Medici Specialisti Ambulatoriali.

Inoltre sono presenti n.13 Medici di Medicina Penitenziaria e n.10 per le attività territoriali programmate.

### Indicatori:

Età media del personale (anni)	49,64
Età media dei dirigenti (anni)	53,02
% di dipendenti in possesso di laurea	24,93
% di dirigenti in possesso di laurea	100,00
Tempi di formazione (media per dipendente)	0,89
Tasso di assenze (comprese le assenze per malattia, maternità..)	20,34
Tasso di infortuni	0,49
Stipendio medio lordo mensile percepito dai dipendenti	3.012,92
% di personale assunto a tempo indeterminato	85,07 su totale assunzioni
% di dirigenti donne	7,82 sul totale
	10,76 sul totale donne
% di donne rispetto al totale del personale	72,66
% di personale donna assunto a tempo indeterminato	57,49 su totale assunzioni
Età media del personale femminile (personale dirigente)	49,94
Età media del personale femminile (personale comparto)	48,92

## **PUNTI DI FORZA E DI DEBOLEZZA NELL'AMBITO DELLE RISORSE UMANE E INTERVENTI PREVISTI NEL BREVE – MEDIO PERIODO**

### PUNTI DI FORZA:

- Completamento del processo di riorganizzazione della Rete Ospedaliera con utilizzo più appropriato delle risorse umane da assegnare sulle sedi ospedaliere e territoriali oggetto di potenziamento, anche in ragione della necessità di sostituire carenze di organico presenti

### PUNTI DI DEBOLEZZA:

- Progressivo processo di invecchiamento del personale sia sanitario che di supporto
- Difficoltà legate al progressivo determinarsi di carenze di organico, in particolare nell'area critica e dell'emergenza-urgenza, a causa del mancato turn-over a seguito del parziale blocco delle assunzioni
- Difficoltà nel reperimento di personale medico in alcune discipline ospedaliere, in particolare Pediatria, Medicina d'Urgenza, Ortopedia

## **3 OBIETTIVI RISULTATI RAGGIUNTI E SCOSTAMENTI**

### **3.1 OBIETTIVI DEL PIANO ANNUALE DELLA PERFORMANCE**

Nella presente sezione si relaziona sui risultati conseguiti relativamente al Piano annuale della Performance anno 2018 di cui alla D.G.R. 23.12.2013, n. 25-6944 – All. B punto B.3, adottato con deliberazione n. 172 del 28.02.2018 l'ASL AL, quale provvedimento programmatico con il quale, in coerenza con le risorse assegnate, sono esplicitati gli obiettivi, gli indicatori ed il target, sui quali si basa la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance.

In particolare si relazione in merito ai seguenti macro-obiettivi:

- a) obiettivi di recupero della produttività nelle attività erogate
- b) obiettivi di efficientamento della rete ospedaliera
- c) obiettivi di rispetto dei tetti di consumo farmaci, dispositivi medici ed altri beni sanitari
- d) obiettivi economico-finanziari di rispetto dei tetti di spesa per Centro di responsabilità
- e) obiettivi di appropriatezza prescrittiva e di erogazione delle prestazioni sanitarie
- f) obiettivi di sviluppo dell'offerta per le Cure Primarie
- g) obiettivi di razionalizzazione organizzativa nei servizi sanitari e nei servizi tecnici e di supporto
- h) obiettivi di qualità dell'offerta sanitaria
- i) obiettivi di rispetto degli standard dei tempi di attesa della specialistica ambulatoriale
- j) obiettivi legati all'attività di prevenzione

I macro-obiettivi sopra evidenziati recepiscono gli obiettivi strategici assegnati dalla Regione Piemonte ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Regionali per l'anno 2018 con DGR n. 26-6421 del 26 gennaio 2018.

Le azioni programmate ed effettuate per il raggiungimento degli obiettivi state oggetto durante il corso del 2018 di monitoraggi periodici trimestrali e confronti con i competenti settori regionali e hanno coinvolto tutti i livelli aziendali attraverso il processo di budget e l'assegnazione degli obiettivi per l'anno 2018.

**OBIETTIVI ECONOMICI GESTIONALI, DI SALUTE E DI FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI – ANNO 2018 - DGR n. 26-6421 del 26 gennaio 2018.**

<b>TIPO</b>	<b>OB</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>PESO</b>
<b>Budget 2018</b>	1.1	Attuazione della programmazione regionale	20
<b>Case della Salute</b>	2.1	Attivazione delle CS programmate	8
	2.2	Linee di indirizzo del Piano Regionale Cronicità	2
<b>Accessibilità</b>	3.1	Tempi di attesa Ricoveri	5
	3.2	Tempi attesa specialistica ambulatoriale	12
	3.3	Riduzione del tempo di permanenza dei pazienti in PS	5
<b>Qualità</b>	4.1	Area Osteomuscolare	4
	4.2	Tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di IMA STEMI	4
	4.3	Appropriatezza nell'assistenza al parto dei Punti Nascita	4
	4.4	Area Chirurgia Generale: colecistectomia laparoscopica	4
	4.5	Screening oncologici	5
	4.6	Donazioni organi	3
	4.7	Umanizzazione	5
<b>Gestione della spesa relativa ai beni: farmaci e DM</b>	5.1	Assistenza Farmaceutica Territoriale e Ospedaliera: appropriatezza prescrittiva e riduzione della variabilità	5
	5.2	Miglioramento della qualità del flusso informatico dei DM	3
	5.3	Contenimento della spesa aziendale per l'acquisto di DM	5
<b>Trasparenza e anticorruzione</b>	6.1	Dichiarazione pubblica di interessi	3
<b>Digitalizzazione del SSR</b>	7.1	Fascicolo sanitario elettronico e Servizi On Line	3
<b>TOTALE</b>			<b>100</b>

- a) **OBIETTIVI DI RECUPERO DELLA PRODUTTIVITÀ NELLE ATTIVITÀ EROGATE**
- b) **OBIETTIVI DI EFFICIENTAMENTO DELLA RETE OSPEDALIERA**

Gli Enti del SSR in applicazione alle linee di programmazione sanitaria regionale, nel rispetto delle normative regionali e nazionali vigenti (es. D.Lgs 118/2011 e s.m.i.) e delle risorse assegnate con la D.G.R. n.35-5329 del 10 Luglio 2017 e s.m.i., dovranno assicurare il sostanziale pareggio di bilancio aziendale sia in sede di adozione dei Bilanci Preventivi economici, sia in itinere nei Conti Economici Trimestrali che, in particolare, in sede di adozione del Bilancio d'esercizio aziendale a consuntivo.

#### **INDICATORE**

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

#### **VALORE DELL'OBIETTIVO**

Sub-obiettivo 1): Spesa consuntiva 2018 poste pari o inferiori rispetto alla programmazione declinata per componenti economiche nel Bilancio Preventivo 2018;

Sub-obiettivo 2): Produzione sanitaria consuntiva 2018 pari o superiore rispetto alla programmazione definita nei Piani di efficientamento 2018 delle AO e dei Presidi a gestione diretta ASL.

#### **SINTESI DEL BILANCIO E RELAZIONE SUL GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI ECONOMICO-FINANZIARI**

La situazione a confronto tra i bilanci degli esercizi 2018 e 2017 fa riferimento all'aggregato per macrovoci, previsto per la relazione del Collegio sindacale:



Stato Patrimoniale	Bilancio di esercizio (2017)	Bilancio d'esercizio 2018	Differenza
Immobilizzazioni	€ 155.362.794,00	€ 152.333.587,00	€ -3.029.207,00
Attivo circolante	€ 214.692.248,00	€ 185.323.847,00	€ -29.368.401,00
Ratei e risconti	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
<b>Totale attivo</b>	<b>€ 370.055.042,00</b>	<b>€ 337.657.434,00</b>	<b>€ -32.397.608,00</b>
Patrimonio netto	€ 157.107.303,00	€ 155.566.777,00	€ -1.540.526,00
Fondi	€ 28.785.550,00	€ 21.252.253,00	€ -7.533.297,00
T.F.R.	€ 2.375.805,00	€ 2.492.412,00	€ 116.607,00
Debiti	€ 181.783.696,00	€ 158.345.992,00	€ -23.437.704,00
Ratei e risconti	€ 2.691,00	€ 0,00	€ -2.691,00
<b>Totale passivo</b>	<b>€ 370.055.045,00</b>	<b>€ 337.657.434,00</b>	<b>€ -32.397.611,00</b>
<b>Conti d'ordine</b>	<b>€ 121.316.082,00</b>	<b>€ 76.810.866,00</b>	<b>€ -44.505.216,00</b>

Conto economico	Bilancio di esercizio ( 2017 )	Bilancio di esercizio 2018	Differenza
Valore della produzione	€ 839.023.728,00	€ 841.245.653,00	€ 2.221.925,00
Costo della produzione	€ 825.136.673,00	€ 837.750.599,00	€ 12.613.926,00
<b>Differenza</b>	<b>€ 13.887.055,00</b>	<b>€ 3.495.054,00</b>	<b>€ -10.392.001,00</b>
Proventi ed oneri finanziari +/-	€ -970.711,00	€ -810.403,00	€ 160.308,00
Rettifiche di valore di attività finanziarie +/-	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
Proventi ed oneri straordinari +/-	€ 1.402.950,00	€ 11.024.462,00	€ 9.621.512,00
Risultato prima delle imposte +/-	€ 14.319.294,00	€ 13.709.113,00	€ -610.181,00
Imposte dell'esercizio	€ 13.670.924,00	€ 13.624.964,00	€ -45.960,00
<b>Utile (Perdita) dell'esercizio +/-</b>	<b>€ 648.370,00</b>	<b>€ 84.149,00</b>	<b>€ -564.221,00</b>

## CONFRONTO CE PREVENTIVO/CONSUNTIVO E RELAZIONE SUGLI SCOSTAMENTI TRA PERIODI

L'analisi di tale confronto viene effettuata sulla base dei dati di bilancio riclassificati secondo il Modello regionale CE Nuova Aggregazione (CeNa), contenuto nella procedura informatica Regionale Flussi Economici e Contabili (FEC) di trasmissione del bilancio di esercizio, relativa ai periodi considerati (valori in migliaia di euro).

Si precisa in particolare che:

**la colonna relativa al bilancio 2017** è riferita ai dati del bilancio di esercizio 2017

**la colonna relativa alla previsione 2017** contiene i dati relativi al bilancio di previsione 2018,

**la colonna relativa al bilancio 2018** è relativa al bilancio di esercizio 2018 di cui alla presente relazione

RIEPILOGO	anno 2017	prev. 2018	anno 2018	delta 2018/2017		delta prev/cons 2017	
				val.ass	% su 2016	val.ass	% su prev
<i>Quota FSN lorda</i>	735.165	739.793	744.268	9.103	1,24%	4.475	0,60%
<i>di cui storno di quota di contributo da FSR in conto esercizio a contributo in c/capitale utilizzata per immobilizzazioni</i>	3.549	2.560	4.807	1.258	35,44%	2.247	87,77%
<i>Quota FSN netto storno di quota di contributo da FSR in conto esercizio a contributo in c/capitale utilizzata per immobilizzazioni</i>	731.616	737.233	739.461	7.845	1,07%	2.228	0,30%
<i>STP</i>	340	264	293	- 47	-13,78%	29	10,98%
<i>Altri Contributi da Regione</i>	20.505	19.852	17.321	- 3.184	-15,53%	- 2.531	-12,75%
<i>Totale contributi regionali</i>	752.461	757.349	757.075	4.614	0,61%	274	-0,04%
<i>Altri Contributi da altri enti pubblici</i>	4.171	1.297	3.658	- 513	-12,30%	2.361	
<i>Contributi da privati</i>	226	75	120	- 106	-46,96%	45	60,00%
<i>Totale contributi in c/esercizio</i>	756.858	758.721	760.853	3.995	0,53%	2.132	0,28%
Ricavi per prestazioni	2.426	2.136	1.664	- 762	-31,41%	- 472	-22,10%
Recuperi e rimborsi	5.032	3.569	2.078	- 2.954	-58,70%	- 1.491	-41,78%
Ticket	8.566	8.563	8.284	- 282	-3,29%	- 279	-3,26%
Ricavi vari	1.877	2.350	2.866	989	52,65%	516	21,96%
	<b>17.901</b>	<b>16.618</b>	<b>14.892</b>	<b>- 3.009</b>	<b>-16,81%</b>	<b>- 1.726</b>	<b>-10,39%</b>
Ricavi intramoenia	4.044	4.497	3.654	- 390	-9,65%	- 843	-18,75%
<b>Totale ricavi gestione ordinaria</b>	<b>778.804</b>	<b>779.836</b>	<b>779.399</b>	<b>595</b>	<b>0,08%</b>	<b>437</b>	<b>-0,06%</b>
Acquisti e manutenzioni	92.261	95.639	96.668	4.407	4,78%	1.029	1,08%
Assistenza sanitaria di base	45.564	45.471	45.455	- 109	-0,24%	16	-0,04%
Farmaceutica	66.651	65.750	64.136	- 2.515	-3,77%	- 1.614	-2,45%
Specialistica	16.736	17.068	19.607	2.871	17,15%	2.539	14,88%
Riabilitativa	14.749	16.762	15.512	- 763	-5,17%	- 1.250	-7,46%
Integrativa	8.389	9.079	7.983	- 406	-4,84%	- 1.096	-12,07%
Ospedaliera da privato (case di cura)	49.620	47.733	50.558	938	1,89%	2.825	5,92%
Ospedaliera da privato (presidi)	-	-	-	-	-	-	-
Altra assistenza	39.952	40.969	38.550	- 1.402	-3,51%	- 2.419	-5,90%
Altri servizi	9.777	9.779	9.942	165	1,69%	163	1,67%
Godimento di beni e servizi	10.487	10.294	10.952	465	4,44%	658	6,39%
Personale dipendente	195.095	195.484	194.027	- 1.068	-0,55%	- 1.457	-0,75%
Spese amministrative e generali	14.472	14.440	14.008	- 464	-3,21%	- 432	-2,99%
Servizi appaltati	23.762	23.915	24.693	931	3,92%	778	3,25%
Accantonamenti	6.509	4.074	4.743	- 1.766	-27,14%	669	16,42%
Imposte e tasse	14.191	14.479	14.168	- 23	-0,16%	- 311	-2,15%
Oneri finanziari	971	326	810	- 161	-16,56%	484	148,47%
Variatione delle rimanenze	- 2.943	-	1.855	4.798	-163,03%	1.855	100,00%
Compartecipazioni personale intramoenia	3.512	3.900	2.996	- 516	-14,70%	- 904	-23,18%
<b>Totale costi gestione ordinaria</b>	<b>609.754</b>	<b>615.162</b>	<b>616.663</b>	<b>6.909</b>	<b>1,13%</b>	<b>1.501</b>	<b>0,24%</b>
<b>Risultato gestione ordinaria</b>	<b>169.050</b>	<b>164.674</b>	<b>162.736</b>	<b>- 6.314</b>	<b>-3,73%</b>	<b>- 1.938</b>	<b>-1,18%</b>
Ricavi straordinari	2.680	335	11.037	8.357	311,85%	10.702	3194,63%
Costi straordinari	- 795	-	42	753	-94,72%	- 42	0,00%
Mobilità attiva extra	36.152	33.297	37.786	1.634	4,52%	4.489	13,48%
Mobilità passiva extra	- 65.388	- 65.513	- 65.388	0	0,00%	125	-0,19%
Mobilità attiva INTRA	16.355	16.475	17.314	959	5,87%	839	5,09%
Mobilità passiva intra	- 153.746	- 156.471	- 160.495	- 6.749	-4,39%	- 4.024	-2,57%
Costi capitalizzati E Rivalutazioni	7.094	11.633	6.742	- 352	-4,96%	- 4.891	-42,04%
Ammortamenti	- 10.153	- 13.108	- 9.610	543	-5,35%	3.498	-26,69%
Svalutazioni	- 600	-	-	-	-	-	-
<b>Risultato di gestione</b>	<b>648</b>	<b>- 8.678</b>	<b>80</b>	<b>- 568</b>	<b>100,00%</b>	<b>8.758</b>	<b>-100,92%</b>
saldo ferie e straordinari maturati ma non goduti	-	-	-	-	-	-	-
<b>Risultato differenziale</b>	<b>648</b>	<b>- 8.678</b>	<b>80</b>	<b>- 568</b>	<b>100,00%</b>	<b>8.758</b>	<b>-100,92%</b>

Per quanto attiene alle voci relative ai ricavi occorre rilevare che, a fronte di un incremento della quota del FSR assegnata all'Azienda, è incrementato anche lo storno della quota di contributi in conto esercizio a contributi in conto capitale utilizzata per immobilizzazioni, relativa agli interventi previsti nel piano investimenti 2019 e agli altri interventi resisi necessari durante l'esercizio per adeguamenti di strutture e impianti alle normative in materia di sicurezza ed antincendio, ed al rinnovo di attrezzature necessarie per lo svolgimento dell'attività dell'Azienda.

- **Acquisti e manutenzioni:** la voce aggregata (che non considera la variazione delle rimanenze) presenta un incremento di 4,407 milioni di euro che, nel dettaglio, è rappresentato da un incremento di acquisti di esercizio di 4,546 milioni di euro e da una diminuzione di manutenzioni e riparazioni di 141mila euro.

Considerando le due maggiori voci di incremento degli acquisiti di esercizio, le variazioni più significative sono da attribuirsi agli acquisti di farmaci (+2,399 milioni di euro) e dagli acquisti di presidi chirurgici e materiale sanitario (+1,756 milioni di euro).

L'incremento della spesa per farmaci è a sua volta attribuibile agli acquisti di farmaci per produzione e ricoveri solo per 658.000 euro. La voce più significativa di incremento è da attribuirsi agli incrementi di acquisto di farmaci PHT da parte dell'ASL capofila, per 1,157 milioni di euro, come da comunicazione regionale della cifra da iscrivere a bilancio. L'ulteriore incremento di 585 mila euro è relativo a farmaci in distribuzione diretta.

Per quanto attiene all'incremento di presidi chirurgici e materiale sanitario, lo stesso è da attribuirsi ai maggiori acquisiti di dispositivi medici, prevalentemente legato all'incremento dell'attività produttiva di alcuni reparti ospedalieri.

- **farmaceutica convenzionata:** si conferma il trend in diminuzione, già registrato nei precedenti esercizi. Nell'anno 2018 rileva un valore percentuale pari a -3.77% per 2,515 milioni di euro. La voce comprende anche il valore dell'indennità di disagiata residenza per le sedi per le quali è previsto il riconoscimento.

- **personale:** si rileva anche nell'esercizio in esame un andamento in diminuzione, in percentuale di -0.55% ed in valori assoluti pari a -1,068 milioni di euro. Come evidenziato nella tabella 3 della Nota Integrativa si rileva un ulteriore calo, rispetto al precedente esercizio, con particolare riferimento al decremento di 25 unità di personale medico, di 87 unità di personale sanitario del comparto e di 18 unità di personale del ruolo amministrativo. L'unica voce in incremento di 35 unità è riferita al personale del ruolo tecnico nella categoria BS. Tale variazione negativa, nonostante l'attivazione delle procedure di concorso per la copertura dei posti vacanti in organico, è condizionata dalla carenza di specialisti in alcuni particolari settori e dalla mancata accettazione degli incarichi da parte di alcuni vincitori di concorso;

- **Specialistica:** la temporanea variazione è essenzialmente determinata dalla variazione della produzione delle strutture accreditate;

- **Riabilitativa:** come per gli esercizi precedenti, l'incremento è essenzialmente da attribuirsi all'assistenza residenziale disabili che, a fronte dei nuovi inserimenti che si rendono necessari per garantire l'assistenza ai soggetti individuati dall'Unità Multidisciplinare per la Valutazione delle Disabilità (UMVD), non registra, come avviene per l'assistenza agli anziani un decremento di costi per le cessazioni di assistenza per i soggetti che escono dal percorso assistenziale;

- **Altra assistenza:** la voce registra il contestuale incremento di 1,531 milioni di euro per l'attivazione delle convenzioni relative alla continuità assistenziale a valenza sanitaria (CAVS) ed alla diminuzione di 0,817 milioni di euro dell'assistenza residenziale anziani;

- **Ospedaliera da privato:** l'incremento è da attribuirsi alla variazione della produzione delle strutture accreditate, anche a fronte di un incremento di budget assegnato in relazione al recupero di mobilità passiva extraregionale. Tale incremento è stato oggetto di apposito finanziamento regionale che, su indicazione della Regione, è iscritto tra i proventi straordinari.

*Incremento / mantenimento produzione sanitaria 2018 Vs 2017*

L'anno 2018 risulta il primo esercizio in cui l'attività dei Presidi Ospedalieri dell'ASL AL è risultata pienamente esito delle modifiche organizzative introdotte nell'ambito della Rete aziendale dal nuovo Piano di Organizzazione, redatto secondo le indicazioni delle DD.GG.RR. n.1-600/2014 e n.1-924/2015.

In particolare, per quanto riguarda l'attività di ricovero ospedaliero nel corso del 2018 rispetto all'anno 2017 si è registrato un **incremento della produzione per ricoveri e DH pari ad € 3.246.000.**

PP.OO.	12M2018		12M2017	
	Casi	Valore	Casi	Valore
H CASALE	9.732	27.423.043	9.524	26.371.518
H TORTONA	4.455	13.352.554	4.513	13.129.558
H NOVI	9.434	23.808.174	9.138	22.240.484
H ACQUI	3.948	11.620.442	3.980	11.453.588
H OVADA	1.241	4.892.563	1.172	4.655.396
<b>TOT</b>	<b>28.810</b>	<b>81.096.775</b>	<b>28.327</b>	<b>77.850.544</b>
<b>VAR % 2018-2017</b>	<b>1,7%</b>	<b>4,2%</b>		

<p><b>Obiettivo di efficientamento Rete Ospedaliera ASL AL 2018:</b></p> <p><b>Incremento del valore della produzione per ricoveri e DH</b></p>	<p><b>Incremento del valore della produzione per ricoveri e DH</b></p> <p><b>Consuntivo anno 2018</b></p>
<p>€ 1.500.00</p>	<p>€ 3.246.000</p>

L'incremento si registra soprattutto in termini di valore del fatturato, testimoniato dall'incremento del valore del DRG medio da € 2.748 ad € 2.815.

Tale incremento di produzione registrato nel 2018 costituisce un significativo riscontro delle azioni avviate relative a:

- avvio delle attività della Rete dei punti di erogazione aziendale, riorganizzata a seguito delle DD.GG.RR. n.1-600/2014 e n.1-924/2015, da considerarsi ormai a pieno regime;
- copertura di posti vacanti dei Direttori di Struttura Complessa in aree particolarmente critiche e strategiche (in particolare Ortopedia e Cardiologia);
- copertura di posti vacanti e sostituzione di personale cessato per l'area medica e sanitaria del comparto;
- efficientamento nell'utilizzo delle Sale operatorie;
- obiettivi di budget finalizzati al recupero di efficienza e aumento della produzione, anche in relazione agli elevati valori di mobilità passiva extraregionale

Per quanto concerne l'assorbimento di risorse si evidenzia che l'incremento di produzione in termini di ricoveri evidenziato nel 2018 non ha generato un incremento dei costi per farmaci: infatti, al netto dei farmaci innovativi oncologici, i costi complessivi ospedalieri per farmaci sono incrementati di soli €73.000 (+0,5%).

Diversa la situazione per i dispositivi medici per i quali si registra, a fronte dell'incremento di produzione, un incremento dei costi ospedalieri pari ad €1,2 mln; tale punto sarà trattato nello specifico punto della presente relazione.

Anche per l'attività di **specialistica ambulatoriale** si registra un significativo incremento della produzione per l'anno 2018:

#### **ATTIVITA' DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE (valore delle prestazioni - €)**

	<b>A2017</b>	<b>A2018</b>
<b>TOT</b>	<b>44.754.697,32</b>	<b>45.443.497,72</b>
<b>Prestazioni di attivita' clinica</b>	26.203.223,72	26.146.194,52
<b>Prestazioni di laboratorio</b>	10.939.303,60	11.519.175,00
<b>Prestazioni di diagnostica strumentale e di immagine</b>	7.612.170,00	7.778.128,20

**ATTIVITA' DI DEA / PRONTO SOCCORSO (valore delle prestazioni - €)**

	A2017	A2018
<b>TOT</b>	<b>5.472.875,50</b>	<b>5.801.570,75</b>
<b>0 - Ricoverati stessa struttura</b>	1.618.313,05	925.304,80
<b>1 - Deceduto</b>	11.604,00	12.422,90
<b>2 - Dimissione a domicilio</b>	3.733.725,40	4.721.460,65
<b>5 - Rifiuta il ricovero</b>	59.364,70	75.268,40
<b>6 - Trasferito ad altra struttura di ricovero</b>	12.042,60	21.170,70
<b>7 - Trasferito in altra struttura (RSA, RAF, ecc.)</b>	89,70	242,50
<b>8 - Trasferito in altro PS stessa azienda</b>	37.736,05	45.700,80
<b>A - Solo accesso, senza erogazione prestazioni</b>	0,00	0,00

Si riportano, infine, alcuni dati sull'ospedalizzazione 2017-2018 dei residenti ASL AL.

**OSPEDALIZZAZIONE RESIDENTI ASL AL  
RICOVERI ORDINARI + DH**

EROGATORE	ANNO 2018		ANNO 2017		DIFF. % 2018 - 2017	
	Casi	Valore	Casi	Valore	Casi	Valore
<b>TOTALE PIEMONTE</b>	<b>58.208</b>	<b>197.911.577,13</b>	<b>57.523</b>	<b>189.938.857,60</b>	<b>1%</b>	<b>4%</b>
ALTRE ASL PIEMONTE	1.565	5.133.781,80	1.444	4.179.239,71	8%	23%
PPOO ASL AL	25.091	70.708.809,79	24.675	68.127.292,69	2%	4%
ASO PIEMONTE	25.743	97.232.522,93	25.769	94.732.226,60	0%	3%
- di cui ASO ALESSANDRIA	24.157	89.969.286,08	24.210	87.804.505,84	0%	2%
ISTITUTI EX ART. 41 - 43	90	394.642,80	57	240.651,10	58%	64%
IRCCS	247	1.116.054,43	223	910.607,06	11%	23%
PRIVATI ASL AL	4.515	19.807.905,12	4.358	18.447.094,67	4%	7%
PRIVATI FUORI ASL AL	957	3.517.860,26	997	3.301.745,77	-4%	7%

**MOBILITA' EXTRAREGIONE (RICOVERI ORDINARI + DH)  
REGIONI LOMBARDIA E LIGURIA**

EROGATORE	ANNO 2017		ANNO 2016		DIFF. % 2017 - 2016	
	Casi	Valore	Casi	Valore	Casi	Valore
<b>030 - LOMBARDIA</b>	<b>7.110</b>	<b>28.515.663,69</b>	<b>7.040</b>	<b>28.885.052,11</b>	<b>1%</b>	<b>-1%</b>
<b>070 - LIGURIA</b>	<b>3.510</b>	<b>9.789.106,25</b>	<b>3.731</b>	<b>10.749.901,59</b>	<b>-6%</b>	<b>-9%</b>

**c) OBIETTIVI DI RISPETTO DEI TETTI DI CONSUMO FARMACI, DISPOSITIVI MEDICI ED ALTRI BENI SANITARI**

Si evidenzia in questa sezione il confronto del consumo farmaci, dispositivi medici ed altri beni sanitari per le aree ospedaliere e territoriali in relazione ai consumi dell'anno precedente

**BUDGET 2018 - Consumo beni sanitari Dipartimenti Ospedalieri Anno 2018**

	Consumato Anno 2018			Consumato 12M 2017			Differenza % 2018 - 2017		
	Farmaci	Dispositivi Medici	Altri BS	Farmaci	Dispositivi Medici	Altri BS	Farmaci	Disp Medici	Altri BS
DIPARTIMENTO CHIRURGICO	1.551.134,31	6.558.835,97	70.617,38	1.700.297,96	5.700.479,58	49.344,89	-9%	15%	43%
DIPARTIMENTO MEDICO	14.324.942,42	3.682.593,31	107.020,47	13.138.104,18	3.391.801,88	86.828,06	9%	9%	23%
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE	102.168,21	354.901,29	7.657,09	129.761,24	346.146,96	8.346,15	-21%	3%	-8%
DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA	855.741,35	1.453.913,50	38.278,30	743.544,50	1.386.579,34	50.782,33	15%	5%	-25%
DIPARTIMENTO RIEDUCAZIONE	43.623,44	59.311,06	3.971,52	48.158,25	55.869,11	3.391,78	-9%	6%	17%
DIPARTIMENTO DEI SERVIZI	485.298,53	6.311.782,14	45.121,17	498.637,77	5.490.344,43	30.234,73	-3%	15%	49%
<b>TOTALE DIPARTIMENTI OSPEDALIERI</b>	<b>17.362.908,26</b>	<b>18.421.337,27</b>	<b>272.665,93</b>	<b>16.258.503,90</b>	<b>16.371.221,30</b>	<b>228.927,94</b>	<b>7%</b>	<b>13%</b>	<b>19%</b>

**BUDGET 2018 - Consumo beni sanitari DISTRETTI ASL AL Anno 2018**

	Obiettivo 2018	Consumato Anno '18	Consumato gen-dic '17	% budget utilizzato
TOTALE DISTRETTO ALESSANDRIA - VALENZA	506.961	556.021	510.502	110%
TOTALE DISTRETTO CASALE	368.382	363.729	365.284	99%
TOTALE DISTRETTO NOVI L. - TORTONA	344.236	297.218	346.315	86%
TOTALE DISTRETTO ACQUI T. - OVADA	204.540	206.121	204.534	101%
<b>TOTALE DISTRETTI ASL AL (escluso consumo farmaci ex H-OSP1)</b>	<b>1.424.119</b>	<b>1.423.089</b>	<b>1.426.635</b>	<b>100%</b>



**CONSUMO BENI SANITARI DIP. SALUTE MENTALE ANNO 2018**

	Obiettivo 2018		CONSUMATO ANNO 2018		% del budget utilizzato	
	Farmaci	Altri beni sanitari	FARMACI	ALTRI BENI SANITARI	Farmaci	Altri beni sanitari
<b>TOTALE DIP SALUTE MENTALE - territorio</b>	<b>80.700</b>		<b>31.835</b>	<b>4.626</b>	<b>104%</b>	
<b>SPDC P.O. CASALE</b>			<b>11.799</b>	<b>10.246</b>		
<b>SPDC P.O. NOVI</b>			<b>13.287</b>	<b>11.743</b>		

**CONSUMO BENI SANITARI SER.D. ANNO 2018**

	Obiettivo 2018		CONSUMATO ANNO 2018		% del budget utilizzato	
	Farmaci	Altri beni sanitari	FARMACI	ALTRI BENI SANITARI	Farmaci	Altri beni sanitari
SER.T DISTRETTO ACQUI			1.543	5.593		
SER.T DISTRETTO AL			9.412	14.424		
SER.T. DISTRETTO CASALE			1.228	4.912		
SER.T. DISTRETTO NOVI			577	4.638		
SER.T. DISTRETTO OVADA			22	351		
SER.T. DISTRETTO TORTONA			2.770	3.681		
SER.T. DISTRETTO VALENZA			1.032	1.246		
<b>TOTALE CONSUMO BS DIPARTIMENTO DIPENDENZE</b>			<b>53.400</b>	<b>16.584</b>		

## **CONTENIMENTO DELLA SPESA AZIENDALE PER L'ACQUISTO DI DISPOSITIVI MEDICI**

### **INDICATORE**

#### **1. Spesa per Dispositivi Medici (voce di CE considerata: BA0220 e BA0230):**

mantenimento della spesa 2017.

#### **2. Presidi per l'autocontrollo della glicemia e servizi connessi per le aziende del SSR:**

a) rapporto fra il numero delle strisce per la rilevazione della glicemia erogate da ogni singola azienda sanitaria in regime convenzionale sul totale delle strisce erogate;

b) rapporto fra "strisce SCR" e "strisce Consip".

### **VALORE DELL'OBIETTIVO**

#### **1. Spesa per Dispositivi Medici (voce di CE considerata: BA0220 e BA0230):**

per ogni singola Azienda, ha quale riferimento i valori di CE di consuntivo dell'anno 2017. Ogni singola Azienda deve mantenere o ridurre il proprio valore.

2. Presidi per l'autocontrollo della glicemia e servizi connessi per le aziende del SSR il valore obiettivo è rappresentato:

a) dalla riduzione per ogni ASL di almeno il 50% dello scostamento tra la propria percentuale con quella dell'azienda best performer, riferita all'anno 2017, relativa al numero di strisce erogate in regime convenzionale sul totale delle strisce erogate (convenzionata + DpC). Per l'ASL best performer il raggiungimento dell'obiettivo prevede il miglioramento/mantenimento del dato 2017;

b) per ogni ASL il rapporto tra le "strisce SCR" e le "strisce Consip" non può presentare uno scostamento uguale o superiore al 20% rispetto al valore dell'azienda best performer fatto registrare nel 2018.

La Legge 24 dicembre 2012, n. 228 (Legge di Stabilità 2013) ha rideterminato a partire dall'anno 2014 il tetto di costo per l'acquisto di Dispositivi Medici (DM) nella misura del 4,4% del FSN (art.1, comma 131, lettera b). Considerato il limite di tetto imposto a livello nazionale, la Legge n. 125 del 6 agosto 2015 ha stabilito la possibilità di una rinegoziazione dei contratti in essere da proporre ai fornitori di dispositivi medici al fine di garantire il rispetto del tetto e l'andamento della spesa.

I dati di Conto Economico 2018, comprendenti le voci BA0220 (Dispositivi medici) e BA0230 (Dispositivi medici impiantabili attivi), evidenziano il mancato rispetto del tetto di spesa previsto dalla normativa vigente.

Inoltre, in considerazione dell'aggiudicazione della gara organizzata dalla società di committenza regionale (SCR), rispetto alla fornitura di presidi per l'autocontrollo della glicemia e servizi connessi per le Aziende del Servizio Sanitario Regionale, si riscontra un'alta variabilità prescrittiva dei dispositivi oggetto di gara sia a livello di singola azienda che fra i singoli prescrittori.

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

## Obiettivo 5.3 sub 1

1. Spesa per Dispositivi Medici (voce di CE considerata: BA0220 e BA0230):  
mantenimento della spesa anno 2017.

*Dispositivi Medici*

*B.1.A.3.1 – CE3100164*

*Dispositivi Medici Impiantabili Attivi*

*B.1.A.3.2 - CE 3100158*

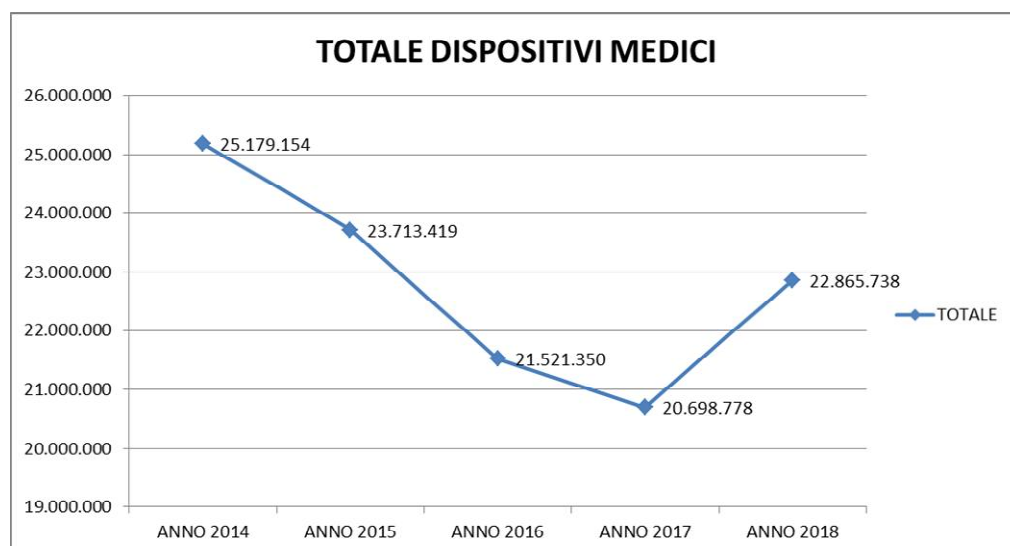
		bil 2016	bil 2017	fec IV trim 18	dati flusso
3100158	Protesi- -dispositivi medici impiantabili attivi	1.585.423	1.237.580	1.435.000	1.488.706
3100164	Acquisto dispositivi medici	11.641.054	13.665.797	15.545.860	15.391.194

CE	Codifica MIN CE	Descrizione	ANNO 2017	ANNO 2018 FEC IV TRIM	Δ % 2018 vs 2017
3 100 164	B.1.A.3.1	Dispositivi medici	13.665.797	15.545.860	+13,7
3 100 158	B.1.A.3.2	Dispositivi medici impiantabili attivi	1.237.580	1.435.000	+15,9
<b>TOTALE</b>			<b>14.903.377</b>	<b>16.980.860</b>	<b>+13,9</b>

La differenza di spesa complessiva 2018 vs 2017 è pari a circa **2.000.000 euro**; l'incremento, per la componente ospedaliera – circa €1,2mln) trova parziale riscontro nel notevole **incremento di attività di ricovero (+€3,246mln)** così come dettagliato nel precedente punto 1.1 della presente relazione.

Si evidenzia l'andamento dei costi dell'aggregato Dispositivi medici (compresi i DM IVD e radiodiagnostici in vitro) **nel corso degli ultimi anni:**

CE	Codifica MIN CE	Descrizione	ANNO 2014	ANNO 2015	ANNO 2016	ANNO 2017	ANNO 2018
3 100 164	B.1.A.3.1	Dispositivi medici	15.568.678	14.435.394	13.523.244	13.665.797	15.545.860
3 100 158	B.1.A.3.2	Dispositivi medici impiantabili attivi	2.745.938	2.309.827	1.635.423	1.237.580	1.435.000
3 100 107	B.1.A.3.3	Dispositivi medici IVD compresi i radiodiagnostici in vitro	6.864.538	6.968.197	6.362.682	5.795.400	5.884.878
<b>TOTALE</b>			<b>25.179.154</b>	<b>23.713.419</b>	<b>21.521.350</b>	<b>20.698.778</b>	<b>22.865.738</b>



# ANALISI DELLE CAUSE DI INCREMENTO DELLA SPESA

## DM - DISPOSITIVI MEDICI B.1.A.3.1 – CE 3100164

### Ambito Ospedaliero

**Δ DI SPESA 2018 VS 2017: 1.000.000 EURO**

L'aumento di spesa per DM, conto 164, ha interessato prevalentemente l'ambito chirurgico ed è da ricondurre prevalentemente alle seguenti categorie CND:

H – dispositivi da sutura

K – dispositivi per chirurgia mini-invasiva ed elettrochirurgia

P – dispositivi protesici impiantabili e prodotti per osteosintesi

B – dispositivi per emotrasfusione ed ematologia

#### **H: *Dispositivi da sutura***

- spesa di 296.602 euro nel 2017

- spesa di 404.247 euro nel 2018                      Δ pari a +107.645 euro

Anche se un modesto incremento di spesa è da attribuire alle **suturatici** impiegate per la chirurgia aperta (92.173 euro vs 110.000 euro del 2018), l'incremento maggiore dei costi è a carico dei dispositivi impiegati per la chirurgia laparoscopica.

In particolare, in questo aumento di costi, ha inciso l'acquisto di "KIT ECHELON" ditta JOHNSON & JOHNSON MEDICAL SPA, con un incremento di spesa nel 2018, pari a +84.461 euro (spesa 2017: 65.800 euro - spesa 2018: 150.261 euro).

Si tratta di dispositivi non ancora presenti nella gara regionale, ma che vengono acquisiti a seguito di integrazione dell'aggiudicazione di AIC 5 in essere.

Si è ritenuto opportuno, pertanto, come primo provvedimento, chiedere un'offerta migliorativa, per la tipologia dei prodotti utilizzati nella nostra ASL, alla ditta JOHNSON & JOHNSON MEDICAL

SPA attraverso il Provveditorato. Questo al fine di avere un miglioramento dei prezzi d'acquisto, in attesa che SCR porti alla conclusione l'inserimento di questi kit nella gara regionale.

#### **P: Dispositivi protesici impiantabili e prodotti per osteosintesi**

- spesa di 1.441.739 euro nel 2017

- spesa di 1.746.285 euro nel 2018  $\Delta$  pari a +304.546 euro

L'aumento di spesa per questi dispositivi è a carico di tutte le categorie: PROTESI DI SPALLA, GOMITO, ANCA, GINOCCHIO, PIEDE, STRUMENTI MONOUSO, ALTRE PROTESI.

La spesa per MEZZI DI SINTESI, è diminuita nel 2018 vs 2017 per effetto della gara entrata in vigore recentemente (-64.401 euro).

L'aumento maggiore spesa si evidenzia per PROTESI D'ANCA (+233.358 euro) e GINOCCHIO (+107.524), da ricondurre ad un maggior numero di protesi impiantate, che mantengono un costo medio invariato.

#### **K – dispositivi per chirurgia mini-invasiva ed elettrochirurgia**

- spesa di 677.855 euro nel 2017

- spesa di 773.936 euro nel 2018  $\Delta$  pari a + 96.080 euro

L'aumento si evidenzia a carico di tutto il gruppo K, **dispositivi per chirurgia mininvasiva**, dispositivi per elettrochirurgia, ma soprattutto a carico del gruppo K02, **manipoli monouso** per chirurgia ad ultrasuoni, accessori dedicati ad apparecchiatura THUNDERBEAT.

#### **B - dispositivi per emotrasfusione ed ematologia**

- spesa di 219.361 euro nel 2017

- spesa di 308.361 euro nel 2018  $\Delta$  pari a +89.505 euro

L'aumento si evidenzia a carico di tutto il gruppo B: dispositivi per emotrasfusione ed ematologia, sacche per sangue, filtri da sangue, dispositivi per aferesi, dispositivi per la preparazione di emocomponenti, ma soprattutto dispositivi per la **manipolazione cellulare** o biologica (B06), pari a +63.257 euro.

## DISPOSITIVI MEDICI IMPIANTABILI ATTIVI B.1.A.3.2 - CE 3100158

### Ambito Ospedaliero

**Δ DI SPESA 2018 VS 2017: 200.000 EURO**

- spesa di 1.116.342 euro nel 2017
- spesa di 1.323.829 euro nel 2018 Δ pari a +207.487 euro

L'aumento della spesa per DM di queste quattro classi, nel 2018 verso 2017 è a carico di tutti i gruppi indicati:

J0101 - Pace maker

J0102 - Dispositivi impiantabili diagnostici per funzionalità cardiaca

J0105 - Defibrillatori

J0190 - Dispositivi per funzionalità cardiaca - vari

Nel dettaglio si evidenzia:

- gruppo J0101: **aumento nel numero di pacemaker impiantati** nel 2018 vs 2017: n°292 vs n°261, con costo medio sovrapponibile
- gruppo J0102: **aumento nel numero di dispositivi impiantabili diagnostici** per la registrazione delle aritmie ([J010201](#)): nel 2018 vs 2017, n°27 vs n°4
- gruppo J0105: **defibrillatori: aumento del costo medio di ciascun dispositivo**, in quanto si evidenzia un aumento nel numero di impianti di defibrillatori tricamerale, rispetto a mono e bicamerale, meno costosi
- J0190: **aumento del numero di elettrocateri permanenti**, in particolare di quelli correlati agli impianti di pacemaker, che sono aumentati, ma il cui costo medio resta invariato.



## DM- DISPOSITIVI MEDICI B.1. A.3.1 – CE310064

### Ambito Territoriale

**Δ DI SPESA 2018 VS 2017: 800.000 EURO**

Due sono gli ambiti di maggiore incremento della spesa: dispositivi per la rilevazione ed il monitoraggio della glicemia e le medicazioni specialistiche.

[Z12040115](#) - SISTEMI PER MONITORAGGIO DELLA GLICEMIA

Z12040216 - STRUMENTAZIONE PORTATILE PER MICROINFUSIONE

- spesa di 596.529 euro nel 2017

- spesa di 1.049.078 euro nel 2018 Δ pari a +452.548 euro

La metà, circa, della spesa sostenuta è per **sensori di monitoraggio continuo della glicemia**, Free style sensor ditta Abbot, di cui recentemente è stata predisposta gara regionale ed emanate linee guida regionali.

Nel gruppo delle medicazioni, l'incremento è a carico di tutti i sottogruppi: bendaggi, DM per medicazioni varie, ma soprattutto per MEDICAZIONI SPECIALI e GARZE. In questo caso l'incremento può essere riconducibile anche alla istituzione di rete vulnologica aziendale

- spesa di 1.833.174 euro nel 2017

- spesa di 1.978.167 euro nel 2018 Δ pari a + 144.992 euro

## 2.a. - Presidi per l'autocontrollo della glicemia

VALORE OBIETTIVO: 24,32%

ANNO 2018	PEZZI		TOTALE	% DPC SU TOT.	
	DPC	CONV			
ASL	STRISCE	STRISCE	TOTALE	% DPC SU TOT.	
AZIENDA SANITARIA LOCALE AL	3.414.975	1.114.755	4.529.730	75,4%	24,6% in convenzionata
AZIENDA SANITARIA LOCALE AT	1.566.400	269.317	1.835.717	85,3%	
AZIENDA SANITARIA LOCALE BI	1.947.925	214.500	2.162.425	90,1%	
AZIENDA SANITARIA LOCALE CN1	2.742.050	687.443	3.429.493	80,0%	
AZIENDA SANITARIA LOCALE CN2	1.164.475	322.417	1.486.892	78,3%	
AZIENDA SANITARIA LOCALE NO	2.835.325	965.851	3.801.176	74,6%	
AZIENDA SANITARIA LOCALE EX TO1	4.139.325	1.254.545	5.393.870	76,7%	
AZIENDA SANITARIA LOCALE EX TO2	4.868.525	864.462	5.732.987	84,9%	
AZIENDA SANITARIA LOCALE TO3	5.590.800	1.515.029	7.105.829	78,7%	
AZIENDA SANITARIA LOCALE TO4	4.572.375	1.486.277	6.058.652	75,5%	
AZIENDA SANITARIA LOCALE TO5	2.624.175	731.718	3.355.893	78,2%	
AZIENDA SANITARIA LOCALE VC	1.534.375	201.725	1.736.100	88,4%	
AZIENDA SANITARIA LOCALE VCO	716.050	268.646	984.696	72,7%	
<b>TOTALE</b>	<b>37.716.775</b>	<b>9.896.685</b>	<b>47.613.460</b>	<b>79,2%</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>

## 2.b. - Presidi per l'autocontrollo della glicemia (rapporto tra strisce SCR e Consip)

ANNO 2018	PEZZI DPC		TOTALE	% sanofi su tot.	
	SANOFI	BIOCHEMICAL			
ASL	STRISCE	STRISCE			
AZIENDA SANITARIA LOCALE AL	1.639.875	1.775.100	3.414.975	48,0%	
AZIENDA SANITARIA LOCALE AT	592.800	973.600	1.566.400	37,8%	
AZIENDA SANITARIA LOCALE BI	548.325	1.399.600	1.947.925	28,1%	
AZIENDA SANITARIA LOCALE CN1	1.230.450	1.511.600	2.742.050	44,9%	
AZIENDA SANITARIA LOCALE CN2	482.625	681.850	1.164.475	41,4%	
AZIENDA SANITARIA LOCALE NO	1.820.525	1.014.800	2.835.325	64,2%	
AZIENDA SANITARIA LOCALE EX TO1	1.604.025	2.535.300	4.139.325	38,8%	
AZIENDA SANITARIA LOCALE EX TO2	2.179.575	2.688.950	4.868.525	44,8%	
AZIENDA SANITARIA LOCALE TO3	1.089.850	4.500.950	5.590.800	19,5%	BEST PERFORMER
AZIENDA SANITARIA LOCALE TO4	1.653.875	2.918.500	4.572.375	36,2%	
AZIENDA SANITARIA LOCALE TO5	1.451.875	1.172.300	2.624.175	55,3%	
AZIENDA SANITARIA LOCALE VC	780.075	754.300	1.534.375	50,8%	
AZIENDA SANITARIA LOCALE VCO	182.900	533.150	716.050	25,5%	
<b>TOTALE</b>	<b>15.256.775</b>	<b>22.460.000</b>	<b>37.716.775</b>	<b>40,5%</b>	

Il dato del best performer risulta peraltro difficilmente raggiungibile in ragione del fatto che nel 2017 aveva una % molto bassa di presidi in DPC, avendo avviato la sostituzione dei glucometri in ritardo rispetto ad altre Aziende ed avendo provveduto direttamente alla consegna dei glucometri Biochemical laddove altre ASL avevano già consegnato quelli Sanofi.

Lo stesso obiettivo prevedeva la possibilità di relazionare nel dettaglio su motivate condizioni tali da portare a prescrizioni terapeutiche di maggior costo o su situazioni che abbiano concorso al non completo raggiungimento dell'obiettivo.

Il documento regionale concordato con i diabetologi prevedeva la possibilità di derogare in specifici casi clinici alla sostituzione del glucometro in uso con quello aggiudicatario in gara SCR. Tale possibilità nella nostra ASL è stata applicata prevalentemente ai pazienti affetti da Diabete di tipo I e pazienti in ossigenoterapia.

La deroga di cui sopra è stata applicata invece quasi integralmente ai pazienti minori residenti nell'ASL AL che sono in trattamento principalmente presso l'Ospedale Infantile dell'AO di Alessandria.

**d) OBIETTIVI ECONOMICO-FINANZIARI DI RISPETTO DEI TETTI DI SPESA PER CENTRO DI RESPONSABILITÀ**

L'assegnazione del budget ai centri di responsabilità ed ai servizi ordinatori di spesa, secondo il modello già sperimentato nell'esercizio precedente ha consentito:

- Il confronto con i servizi ordinatori di spesa, con il richiamo al rispetto delle previsioni di spesa annuali, al fine di garantire il pareggio di bilancio, ponendo in essere le azioni di contenimento della spesa necessarie al raggiungimento di tale risultato;
- Il controllo della spesa in conto capitale e la programmazione del piano di investimenti pluriennale, peraltro riferita ad interventi indifferibili ed urgenti prevalentemente in relazione alla sicurezza sul lavoro ed all'adeguamento alla normativa antincendio.

Il risultati economici per l'esercizio 2018, attestati nella deliberazione di adozione del bilancio consuntivo, evidenziano il sostanziale rispetto nel corso del 2018 dei tetti assegnati per i diversi centri di responsabilità e servizi ordinatori di spesa.

Si evidenziano in questa sezione i risultati conseguiti sul rispetto dei tetti di spesa per i Centri di Responsabilità aziendali in relazione agli obiettivi assegnati per l'anno 2018.

**RISPETTO TETTI DI SPESA DELIBERA 2018/213**

<b>CENTRO DI RESPONSABILITA'</b>	<b>VALORE ATTESO</b>	<b>VALORE CONSUNTIVO</b>
SC ECONOMATO – LOGISTICA – APPROVVIGIONAMENTI - PATRIMONIALE	41.099.099,00	84.142.488,90
SC FARMACIA OSPEDALIERA	43.546.000,00	
SC TECNICO – TECNOLOGIE BIOMEDICHE - ICT	33.626.500,97	30.504.711,48
SC FARMACIA TERRITORIALE	72.660.000,00	70.791.175,27
SS V.A. COMUNICAZIONE – URP - FORMAZIONE	202.897,45	129.400,80
SC DISTRETTO ACQUI T. - OVADA	10.966.869,36	9.978.555,50
SC DISTRETTO ALESSANDRIA VALENZA	19.178.803,62	17.425.514,31
SC DISTRETTO CASALE M.	9.599.634,05	9.250.635,73
SC DISTRETTO NOVI L. - TORTONA	16.373.195,45	15.745.551,47
SC SALUTE MENTALE	7.369.000,00	6.877.880,33
SC SER.D.	1.247.000,00	1.275.786,60
SC DIREZIONE SANITARIA PP.OO.	4.408.250,00	4.313.914,87
SC MEDICINA LEGALE	1.225.468,52	1.093.052,04
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	5.500,00	2.404,92

## **e) OBIETTIVI DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA E DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI SANITARIE**

### **ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE : APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA E RIDUZIONE DELLA VARIABILITA'**

#### **INDICATORE**

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

#### **VALORE DELL'OBIETTIVO**

La spesa in regime convenzionale nel 2018 per i farmaci:

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

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

#### **Premessa**

Poiché gli obiettivi di farmaceutica si inseriscono in un più ampio quadro di contenimento della spesa territoriale e ospedaliera riportiamo di seguito la situazione dell'ASL AL anno 2018 rispetto al 2017 e rispetto alle altre Aziende Sanitarie Regionali sui 4 principali capitoli di spesa.

		convenzionata	distribuzione per conto	distribuzione diretta	ospedaliera	totali		
AZIENDA		2018	2018	2018	2018	2018	diff. val ass.	diff. val %
203	TO3	70.329.519	16.797.039	25.434.354	6.490.705	119.051.618	- 5.454.706	-4,38
204	TO4	61.791.615	12.332.686	28.039.606	11.749.616	113.913.524	2.688.209	2,42
205	TO5	34.860.294	7.860.596	14.805.394	5.653.895	63.180.179	237.235	0,38
206	VC	22.209.520	4.170.214	10.308.792	6.490.976	43.179.502	64.841	0,15
207	BI	21.113.554	4.021.957	14.239.288	7.533.790	46.908.590	5.494	0,01
208	NO	39.981.664	8.566.441	13.156.695	4.199.422	65.904.222	- 2.116.729	-3,11
209	VCO	18.803.721	2.543.748	11.763.884	5.780.203	38.891.556	- 9.724	-0,02
210	CN1	41.800.872	9.218.447	21.788.750	6.290.024	79.098.092	2.296.079	2,99
211	CN2	19.254.999	3.703.159	10.666.023	7.918.130	41.542.311	2.671.484	6,87
212	AT	26.054.649	5.169.225	16.838.674	12.434.609	60.497.157	4.349.032	7,75
213	AL	55.909.085	12.036.496	24.279.408	12.164.765	104.389.754	1.557.399	1,51
301	TO1+TO2	107.667.184	22.830.124	75.661.417	22.562.662	228.721.388	- 1.120.080	-0,49
904	S.LUIGI	-	-	16.209.687	17.591.445	33.801.132	3.376.990	11,10
905	MAG. NO	-	-	16.278.310	24.259.652	40.537.962	5.335.879	15,16
906	S.CROCE CN	-	-	9.531.357	19.780.364	29.311.721	3.082.016	11,75
907	S. BIAGIO AL	-	-	11.222.654	18.997.557	30.220.211	2.216.051	7,91
908	MAUR. TO	-	-	4.868.939	12.478.562	17.347.501	3.190.366	22,54
909	CITTA' SALUTE	-	-	31.182.338	81.318.931	112.501.269	14.868.519	15,23
<b>Totale complessivo</b>		<b>519.776.677</b>	<b>109.250.132</b>	<b>356.275.572</b>	<b>283.695.308</b>	<b>1.268.997.689</b>	<b>37.238.356</b>	<b>3,02</b>
		delta 18 vs 17						
	convenzionata	- 2.821.813						
	distribuzione per conto	1.067.670						
	distribuzione diretta	2.649.767						
	ospedaliera	661.775						
	totali	1.557.399	4,18% dell'aumento regionale					

L'ASL ha registrato un **aumento complessivo dell'1,51%**, inferiore a quello regionale (**+3,02%**), che si sostanzia in un **aumento** in termini assoluti di **1.557.399**, pari al 4,18 % della quota di incremento regionale.

Nell'importo della spesa ospedaliera è ricompresa anche la spesa per **innovativi oncologici** che per l'ASL AL ha visto un incremento anno 2018 rispetto al 2017 di 950.000 euro.

L'ASL ha un aumento complessivo dello 0.42% quindi inferiore a quello regionale (+2.02%) che si sostanzia in un aumento in termini assoluti di 466.367 euro.

## **RISULTATI ANNO 2018**

Si evidenzia come, anche per quest'anno, in sede di valutazione degli obiettivi relativi all'assistenza farmaceutica, assunta particolare rilevanza la variabile demografica / geografica



dell'Azienda Sanitaria territoriale chiamata al raggiungimento degli stessi, tenuto conto che per Aziende Sanitarie di grandi dimensioni, come l'ASL AL, sussistono difficoltà di maggiore entità per la più alta frammentazione dei soggetti prescrittori ed erogatori.

Si riportano i risultati relativi all'obiettivo in esame con i dati disponibili e relativi al periodo al 2018, confrontati con pari periodo dell'anno precedente.

I dati sono tratti da elaborazioni IQVIA - Farma 360.

## Spesa lorda

Fonte dati: IQVIA

AL	Pro capite Best Performer Anno 2017	SITUAZIONE 2018			% di raggiungimento dell'obiettivo	% obiettivo mancante
		Pro Capite obiettivo Target diminuzione 50% della differenza tra Pro Cap ASL e BP	Spesa Farmaceutica Convenzionata Gennaio-Dicembre 2018	Spesa pro capite 2018		
A02BC INIBITORI DELLA POMPA ACIDA	7,69	9,50	4.905.115	10,53	90,2%	9,8%
J01 ANTIBATTERICI PER USO SISTEMICO	6,71	7,96	4.134.682	8,88	89,6%	10,4%
C07-C08-C09 ANTIPERTENSIVI	26,48	27,99	13.013.155	27,94	100,2%	
N06A ANTIDEPRESSIVI	6,33	6,75	3.329.411	7,15	94,5%	5,5%
R03 RESPIRATORIO	13,33	14,20	6.828.655	14,66	96,9%	3,1%

Si evidenzia come il risparmio complessivo sulle 5 classi oggetto di monitoraggio è stato per ASL AL di 1.446.670 euro.

Ad integrazione degli esiti dell'obiettivo come sopra prospettati, tenuto conto del dato 2017, si espongono le seguenti tabelle che confrontano le performance delle AA.SS. regionali ed evidenziano come **l'ASL AL abbia ottenuto risparmi anche molto significativi per ogni ATC oggetto di obiettivo, pur non raggiungendo al 100% gli obiettivi assegnati**, circostanza verificatasi anche per altre Aziende regionali.

### **ASL AL vs Piemonte:**

#### **Risparmi sulle classi oggetto di obiettivi 2017 – 2018**

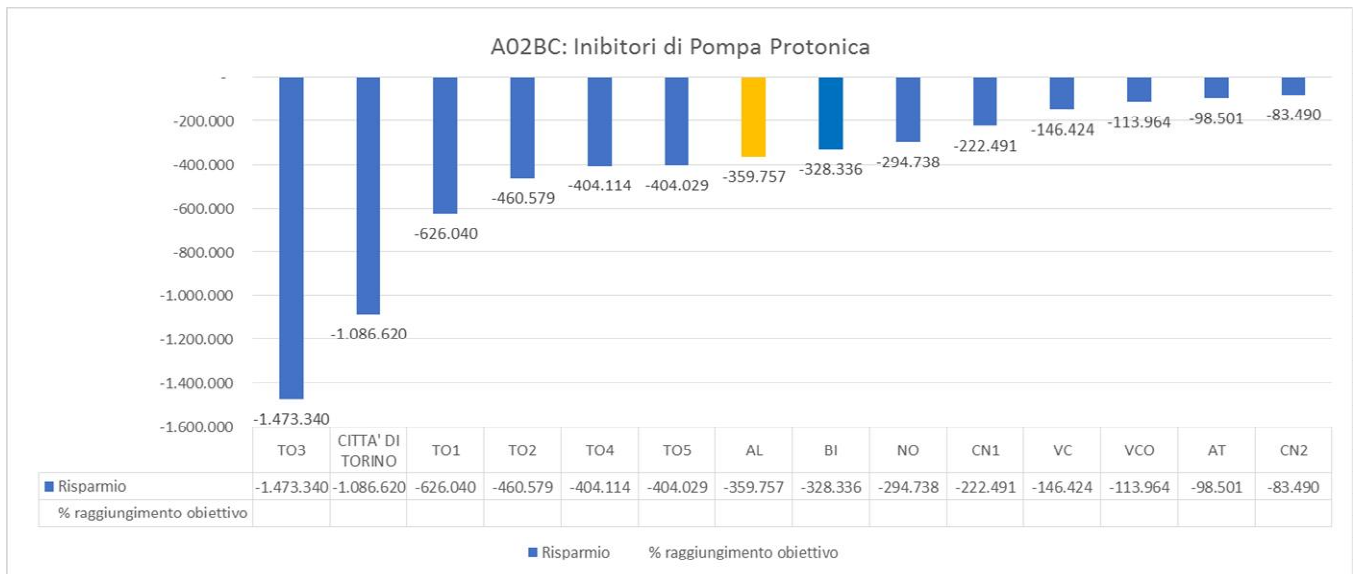
La variazione di spesa gennaio-dicembre 2018 (fonte IQVIA EX IMS) rispetto all'anno precedente per alcune classi oggetto di monitoraggio, confrontata a livello regionale per singola Azienda Sanitaria, è riportata nelle tabelle che seguono e mostrata graficamente nelle

immagini che evidenziano risparmi e % di raggiungimento dell'obiettivo dell'ASL AL e delle altre Aziende regionali.

## **INIBITORI DI POMPA PROTONICA – A02BC**

	Conv. Lorda Gennaio-Dicembre 2017	Conv. Lorda Gennaio-Dicembre 2018	Variazione 2018 vs 2017	Totale risparmio	% risparmio su regione
1_A02BC					
PIEMONTE	50.554.521	45.538.715	-9,9%	-5.015.805	100,0%
TO3	6.725.191	5.251.851	-21,9%	-1.473.340	29,4%
CITTA' DI TORINO	11.338.644	10.252.024	-9,6%	-1.086.620	21,7%
TO1	6.726.023	6.099.983	-9,3%	-626.040	
TO2	4.612.621	4.152.041	-10,0%	-460.579	
TO4	6.396.988	5.992.873	-6,3%	-404.114	8,1%
TO5	3.383.927	2.979.898	-11,9%	-404.029	8,1%
AL	5.264.873	4.905.115	-6,8%	-359.757	7,2%
BI	2.279.886	1.951.550	-14,4%	-328.336	6,5%
NO	3.764.761	3.470.023	-7,8%	-294.738	5,9%
CN1	3.109.772	2.887.281	-7,2%	-222.491	4,4%
VC	2.120.713	1.974.289	-6,9%	-146.424	2,9%
VCO	1.945.491	1.831.527	-5,9%	-113.964	2,3%
AT	2.475.162	2.376.661	-4,0%	-98.501	2,0%
CN2	1.749.113	1.665.622	-4,8%	-83.490	1,7%

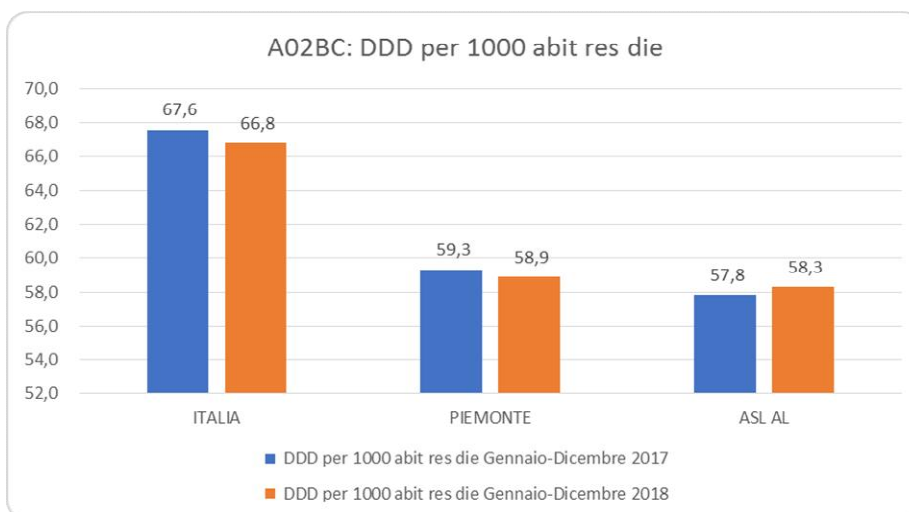
## **RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO AL 90,2 %**



Sulla classe degli Inibitori di Pompa Protonica si lavorerà anche nel corso del 2019 con l'obiettivo di:

- ridurre le prescrizioni non contemplate nelle note AIFA 1/48
- indirizzare la prescrizione verso i confezionamenti più convenienti dal punto di vista economico

Si evidenzia comunque una prescrizione aziendale in termini di quantità leggermente inferiore al dato regionale e significativamente al di sotto di quello nazionale.

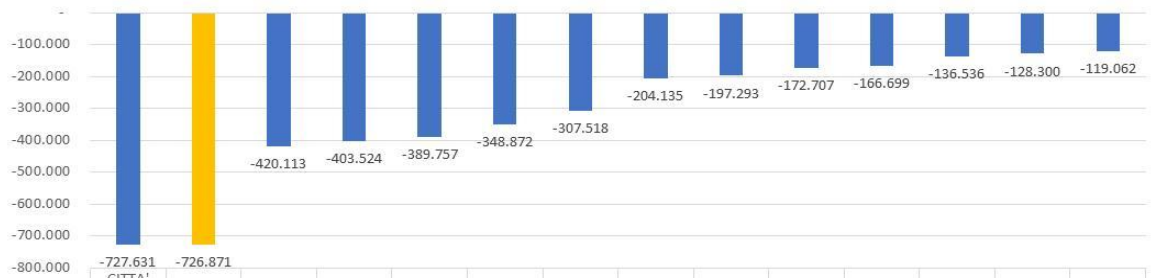


## **ANTIPERTENSIVI – C07-C08-C09**

	Conv. Lorda Gennaio-Dicembre 2017	Conv. Lorda Gennaio-Dicembre 2018	Variazione 2018 vs 2017	Totale risparmio	% risparmio su regione
2_C07-C08-C09					
PIEMONTE	125.976.612	122.255.224	-3,0%	-3.721.388	100,0%
CITTA' DI TORINO	24.619.916	23.892.285	-3,0%	-727.631	19,6%
<b>AL</b>	<b>13.740.026</b>	<b>13.013.155</b>	<b>-5,3%</b>	<b>-726.871</b>	<b>19,5%</b>
TO1	13.773.849	13.353.736	-3,1%	-420.113	
TO3	16.127.116	15.723.592	-2,5%	-403.524	10,8%
TO4	14.914.767	14.525.010	-2,6%	-389.757	10,5%
NO	10.608.142	10.259.270	-3,3%	-348.872	9,4%
TO2	10.846.067	10.538.549	-2,8%	-307.518	
TO5	8.383.456	8.179.321	-2,4%	-204.135	5,5%
CN1	10.705.511	10.508.218	-1,8%	-197.293	5,3%
VC	5.688.547	5.515.840	-3,0%	-172.707	4,6%
BI	5.289.306	5.122.607	-3,2%	-166.699	4,5%
VCO	5.085.888	4.949.352	-2,7%	-136.536	3,7%
AT	6.126.722	5.998.422	-2,1%	-128.300	3,4%
CN2	4.687.215	4.568.153	-2,5%	-119.062	3,2%

## **RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO AL 100,2 %**

C07-C08-C09: Antipertensivi



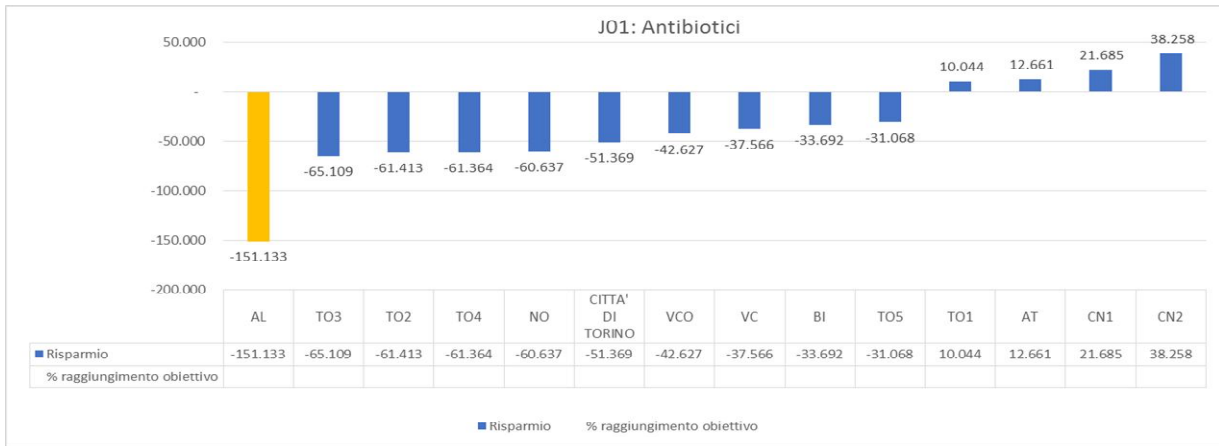
	CITTA' DI TORINO	AL	TO1	TO3	TO4	NO	TO2	TO5	CN1	VC	BI	VCO	AT	CN2
■ Risparmio	-727.631	-726.871	-420.113	-403.524	-389.757	-348.872	-307.518	-204.135	-197.293	-172.707	-166.699	-136.536	-128.300	-119.062
% raggiungimento obiettivo														

■ Risparmio % raggiungimento obiettivo

## ANTIBIOTICI – J01

	Conv. Lorda Gennaio-Dicembre 2017	Conv. Lorda Gennaio-Dicembre 2018	Variazione 2018 vs 2017	Totale risparmio	% risparmio su regione
3_J01					
PIEMONTE	35.877.685	35.415.724	-1,3%	-461.961	100,0%
AL	4.285.816	4.134.682	-3,5%	-151.133	32,7%
TO3	4.799.823	4.734.714	-1,4%	-65.109	14,1%
TO2	3.187.178	3.125.764	-1,9%	-61.413	
TO4	4.487.965	4.426.600	-1,4%	-61.364	13,3%
NO	2.823.156	2.762.518	-2,1%	-60.637	13,1%
CITTA' DI TORINO	7.111.780	7.060.411	-0,7%	-51.369	11,1%
VCO	1.233.373	1.190.745	-3,5%	-42.627	9,2%
VC	1.498.527	1.460.961	-2,5%	-37.566	8,1%
BI	1.332.571	1.298.879	-2,5%	-33.692	7,3%
TO5	2.288.434	2.257.366	-1,4%	-31.068	6,7%
TO1	3.924.602	3.934.647	0,3%	10.044	
AT	1.913.495	1.926.155	0,7%	12.661	-2,7%
CN1	2.714.081	2.735.767	0,8%	21.685	-4,7%
CN2	1.388.666	1.426.924	2,8%	38.258	-8,3%

**RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO AL 89,6% - ASL AL è la prima a livello regionale in termini di risparmio su questa classe**

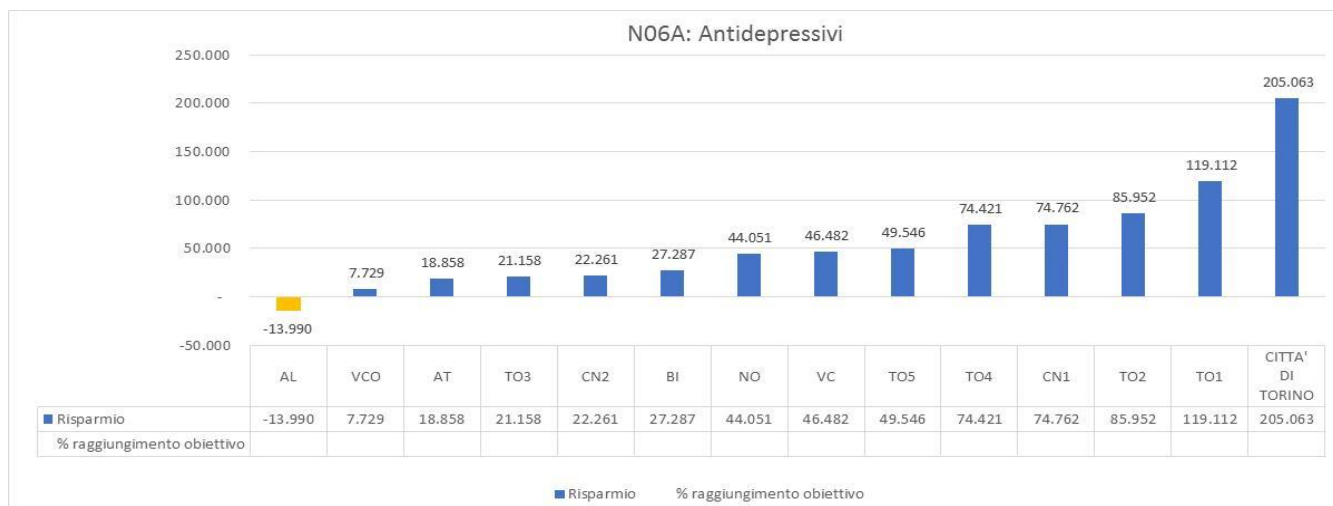




## ANTIDEPRESSIVI – N06A

	Conv. Lorda Gennaio-Dicembre 2017	Conv. Lorda Gennaio-Dicembre 2018	Variazione 2018 vs 2017	Totale risparmio	% risparmio su regione
4_N06A					
PIEMONTE	30.417.696	30.995.324	1,9%	577.629	100,0%
AL	3.343.401	3.329.411	-0,4%	-13.990	-2,4%
VCO	1.221.217	1.228.946	0,6%	7.729	1,3%
AT	1.387.296	1.406.154	1,4%	18.858	3,3%
TO3	3.900.064	3.921.222	0,5%	21.158	3,7%
CN2	1.310.497	1.332.758	1,7%	22.261	3,9%
BI	1.184.292	1.211.579	2,3%	27.287	4,7%
NO	2.103.973	2.148.024	2,1%	44.051	7,6%
VC	1.243.906	1.290.388	3,7%	46.482	8,0%
TO5	2.219.785	2.269.331	2,2%	49.546	8,6%
TO4	3.303.898	3.378.318	2,3%	74.421	12,9%
CN1	3.097.936	3.172.698	2,4%	74.762	12,9%
TO2	2.445.909	2.531.860	3,5%	85.952	
TO1	3.655.524	3.774.636	3,3%	119.112	
CITTA' DI TORINO	6.101.433	6.306.496	3,4%	205.063	35,5%

**RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO AL 94,5% - ASL AL è la prima a livello regionale in termini di risparmio su questa classe**

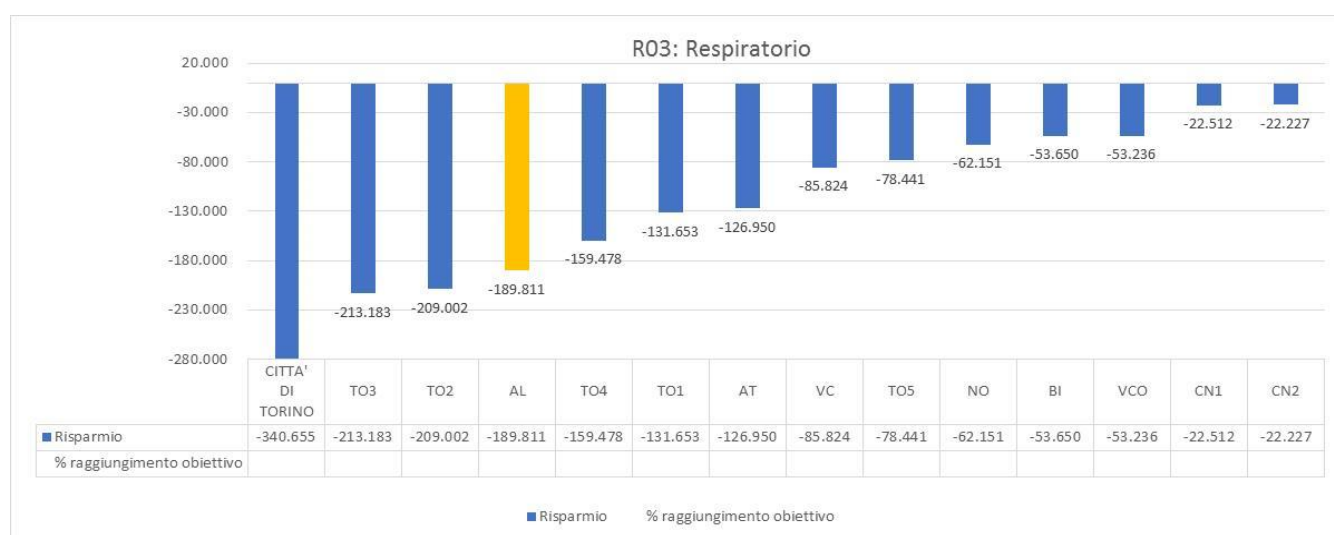


## RESPIRATORIO – R03

	Conv. Lorda Gennaio-Dicembre 2017	Conv. Lorda Gennaio-Dicembre 2018	Variazione 2018 vs 2017	Totale risparmio	% risparmio su regione
5_R03					
PIEMONTE	63.605.584	62.197.466	-2,2%	-1.408.117	100,0%
CITTA' DI TORINO	13.726.797	13.386.142	-2,5%	-340.655	24,2%
TO3	8.405.924	8.192.741	-2,5%	-213.183	15,1%
TO2	6.183.231	5.974.229	-3,4%	-209.002	
AL	7.018.466	6.828.655	-2,7%	-189.811	13,5%
TO4	7.432.103	7.272.626	-2,1%	-159.478	11,3%
TO1	7.543.566	7.411.913	-1,7%	-131.653	
AT	2.992.935	2.865.986	-4,2%	-126.950	9,0%
VC	2.444.752	2.358.928	-3,5%	-85.824	6,1%

TO5	4.016.029	3.937.588	-2,0%	-78.441	5,6%
NO	4.497.333	4.435.182	-1,4%	-62.151	4,4%
BI	2.646.552	2.592.901	-2,0%	-53.650	3,8%
VCO	2.346.377	2.293.141	-2,3%	-53.236	3,8%
CN1	5.767.593	5.745.081	-0,4%	-22.512	1,6%
CN2	2.310.724	2.288.497	-1,0%	-22.227	1,6%

## RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO AL 96,9%



## **Azioni svolte sugli obiettivi di spesa farmaceutica per l'anno 2018:**

- incontri periodici del Direttore SS.CC. Farmacia Ospedaliera e Territoriale con i Direttori di Distretto;
- accordo con i MMG;
- incontri con i MMG in equipe;
- incontri con i MMG iperprescrittori;
- incontri tematici con i MMG su IPP e diabete;
- invio ai MMG delle estrazioni relative alle particolari categorie di farmaci;
- invio note ai MMG relativamente alle prescrizione di farmaci in DPC, antipertensivi, antidepressivi, antibiotici, inibitori di pompa protonica;
- incontri con gli Specialisti Diabetologi e Psichiatri / Neurologi;
- report inviati ai MMG/PLS con il monitoraggio per singolo prescrittore delle classi oggetto di obiettivo;
- attività dei CAP distrettuali;
- incontri tematici con specialisti dell'Azienda Ospedaliera.

## **PARTECIPAZIONE TAVOLO INTERDISCIPLINARE SULL'APPROPRIATEZZA DELL'UTILIZZO DEI FARMACI**

### **OBIETTIVO:**

PARTECIPAZIONE TAVOLO INTERDISCIPLINARE SULL'APPROPRIATEZZA DELL'UTILIZZO DEI FARMACI INDICATI DALLA DGR 26-6421 DEL 26.1.2018, IN COLLABORAZIONE CON FARMACIA E DIREZIONE SANITARIA PP.OO

### **RISULTATO:**

Condivisione con strutture coinvolte e prescrittori in almeno 3 audit/anno e attraverso invio report e note informative - Partecipazione degli audit previsti, note, report previsti

## **MIGLIORAMENTO DEI TEMPI DI ATTESA NELL'AMBITO DEI RICOVERI**

### **INDICATORE**

1. Per tipologia di intervento con codice di priorità A:

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

2. Per tipo di intervento con codice di priorità B:

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

### **VALORE DELL'OBIETTIVO**

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

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

In ASL AL sono monitorati per le classi A e B gli interventi chirurgici previsti dall'obiettivo e relativi alle seguenti patologie:

- tumore mammella
- tumore prostata
- tumore colon
- tumore retto
- tumori utero
- protesi anca

La rilevazione è compiuta secondo le specifiche previste dal PNLGA (Piano Nazionale Governo Liste d'Attesa).

Si riporta schema riepilogativo aggiornato a **dicembre 2018**:

TEMPO ATTESA INTERVENTI										
PERIODO 1.01.2018 - 31.12.2018										
TIPO INT	Classe Prenotazione									
	A - Classe A					B - Classe B				
	CASI TOT	ENTRO SOGLIA	FUORI SOGLIA	% entro soglia	% fuori soglia	CASI TOT	ENTRO SOGLIA	FUORI SOGLIA	% entro soglia	% fuori soglia
Protesi d'anca	4	4	-	100%	0%	26	25	1	96%	4%
Tumore colon	82	79	3	96%	4%	4	4	-	100%	0%
Tumore mammella	255	228	27	89%	11%	9	9	-	100%	0%
Tumore prostata	8	7	1	88%	13%	11	9	2	82%	18%
Tumore retto	27	25	2	93%	7%	2	2	-	100%	0%
Tumore utero Totale	7	6	1	86%	14%	6	6	-	100%	0%
FONTE DATI: SDO CONSUNTIVATE CSI PIEMONTE										

Rispetto all'obiettivo (90% dei casi entro TA standard), risultano **fuori soglia** le prestazioni sottoriportate:

- **tumore mammella** (89% classe priorità A – 27 casi su 255)
- **tumore prostata** (88% classe priorità A – 1 caso su 8)
- **tumore prostata** (82% classe priorità B – 2 casi su 11)
- **tumore utero** (86% classe priorità A – 1 caso su 7)

Occorre precisare che, a parte per il tumore della mammella, la **casistica degli altri interventi risulta limitata**.

Per favorire e determinare la migliore gestione dell'obiettivo è stato avviato un sistema di monitoraggio con cadenza bimensile del rispetto dei tempi di attesa degli interventi chirurgici monitorizzati da parte degli operatori amministrativi della Direzione di Presidio referenti SDO, mediante analisi delle liste di attesa sul software ADT

In caso di criticità l'amministrativo informa la Direzione Medica di Presidio che provvede ad inoltrare comunicazione formale e contatto diretto con il Responsabile del Reparto interessato per approfondimento e sollecito ai provvedimenti necessari atti a rispettare la tempistica prevista dalla classe di priorità.

L'obiettivo è presente nella scheda di budget assegnata alle Strutture ospedaliere cui afferiscono gli interventi sopra richiamati. Le azioni intraprese hanno condotto ad un generalizzato miglioramento dei tempi di attesa per tutti gli interventi e classi oggetto di monitoraggio.

## RIDUZIONE DEL TEMPO DI PERMANENZA DEI PAZIENTI IN PS

<b>INDICATORE</b>
(data/ora di dimissione dal PS – data/ora di accesso al PS)
_____
N° di accessi in PS
<b>VALORE DELL'OBIETTIVO</b>
Valore medio regionale per ciascun livello organizzativo di complessità assistenziale individuato dalla rete di Emergenza Urgenza (DEA II, DEA I, PS di base, PS di area disagiata):
DEA II ≤ 6 ore
DEA I ≤ 6 ore
PS di Base ≤ 4 ore
PS di area disagiata ≤ 5 ore

Sintetizzando i dati in merito all'obiettivo in esame:

	TEMPO MEDIO (min)		
DEA / PS (SINTESI)	GEN-DIC 2018	GEN-DIC 2017	OB2018
DEA	318,9	308,0	360
PS	235,0	233,6	240
PS SEDE DISAGIATA	142,9	145,1	300

Alla luce dei dati rappresentati, **l'obiettivo è da considerarsi raggiunto** per i DEA ed i Pronto Soccorso aziendali.

Nel dettaglio

- DEA Casale: entro standard (360) in peggioramento rispetto 2017
- DEA Novi: fuori standard (360) in miglioramento rispetto 2017
- PS Acqui: fuori standard (240) in miglioramento rispetto 2017
- PS Tortona: entro standard (240) in peggioramento rispetto 2017
- PS Ovada: entro standard (300) in miglioramento rispetto 2017

In relazione a quanto previsto dalla DGR di attribuzione degli obiettivi DG2018 e di quanto evidenziato nel tavolo di monitoraggio regionale, sono rappresentate le **% di accessi OBI sul totale accessi\_**(range regionale accettato dal 5% al 10%):

- DEA Casale 5,2% (nel range) in miglioramento rispetto risultato 2017
- DEA Novi 10,3% (fuori range) in peggioramento rispetto risultato 2017
- PS Acqui 7,3% (nel range) sostanzialmente invariato rispetto risultato 2017
- PS Tortona 1,6% (fuori range) in miglioramento rispetto risultato 2017
- PS Ovada 0,4% (fuori range) ma in miglioramento rispetto risultato 2017

La percentuale accessi OBI in realtà rispetto al dato a metà anno risulta in miglioramento anche nel DEA di Novi e PS di Tortona. Il PS di Ovada (PS di Zona Disagiata) non prevede OBI e pertanto dovrebbe risultare 0 ma per errore sono stati caricati pazienti a inizio dell'anno che determinano il dato anomalo.

Alla luce della DGR regionale, dai tempi di Casale e Acqui si possono quindi sterilizzare gli accessi OBI, per cui i tempi di permanenza scendono a

-DEA Casale min.220,2

-PS Acqui min.185,5

Considerando la % OBI sui DEA e PS considerati congiuntamente:

-DEA 7,7% (nel range)

-PS 4,2% (fuori range)

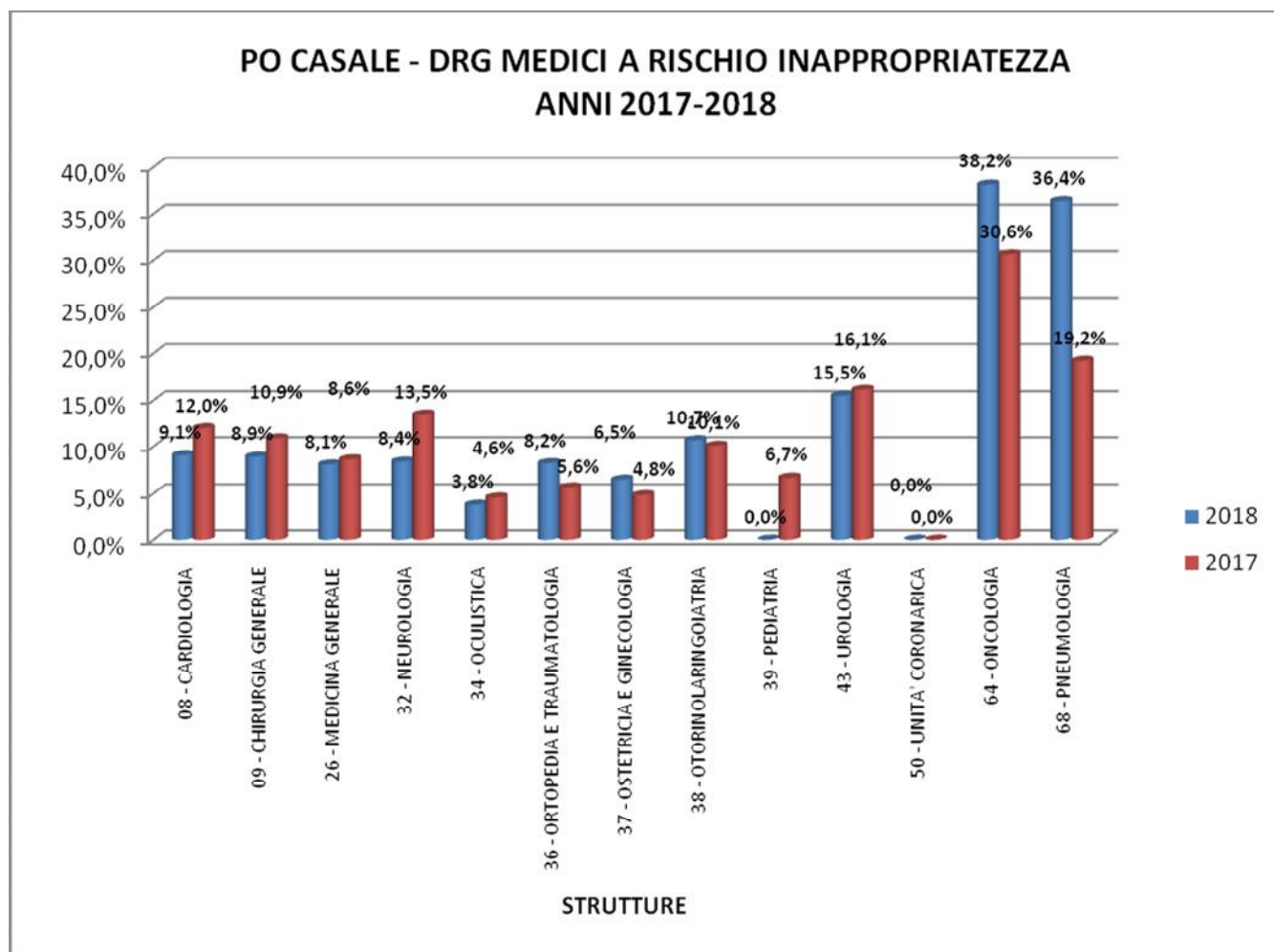
Pertanto per i **DEA**, scorporando gli accessi OBI, i tempi di permanenza scenderebbero a **min.250,2**.

Obiettivo presente nella scheda di budget 2018 assegnata alla SC DEA.

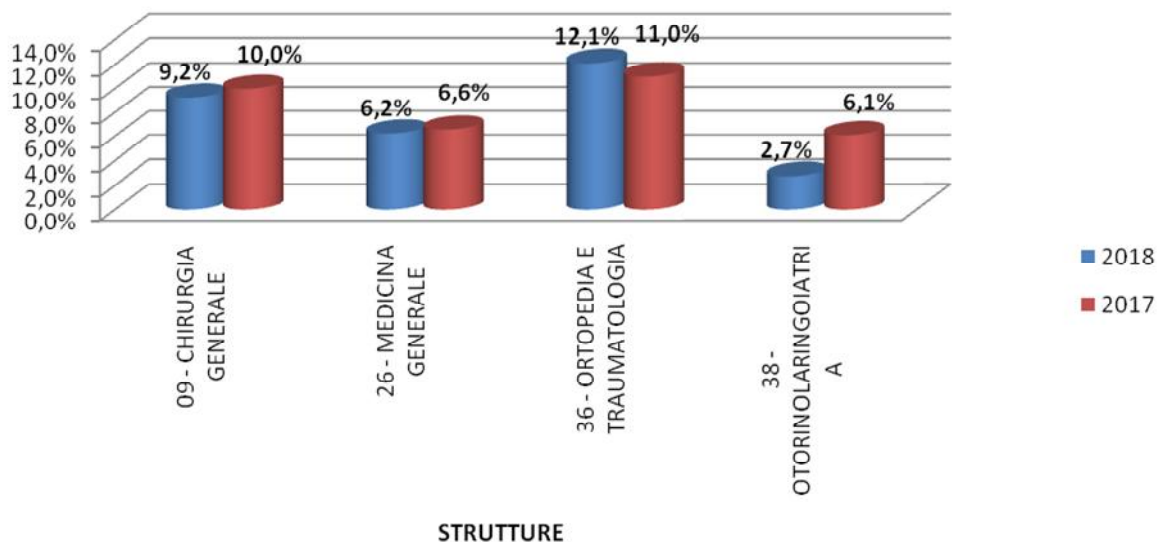


## DRG MEDICI AD ALTO RISCHIO INAPPROPRIATEZZA

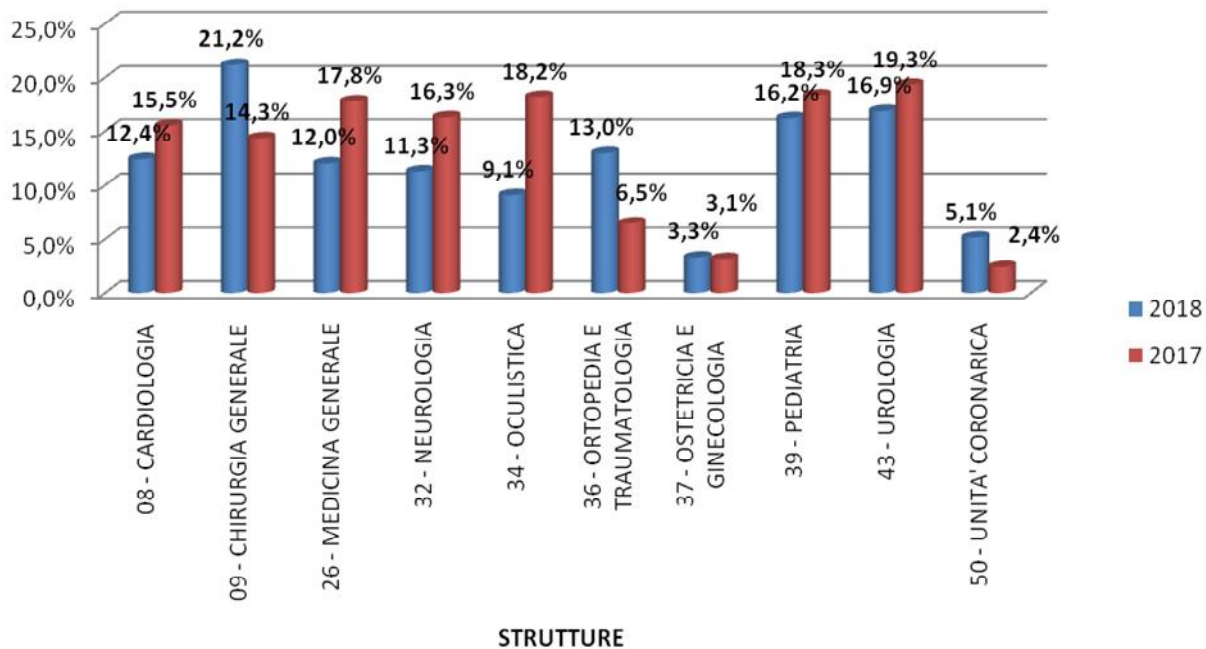
Nelle tabelle seguenti sono misurate le percentuali di DRG Medici a rischio inappropriata sul totale dei casi di ricoveri per i diversi reparti della Rete Ospedaliera dell'ASL AL relativi all'anno 2018 e confrontati con l'anno precedente.



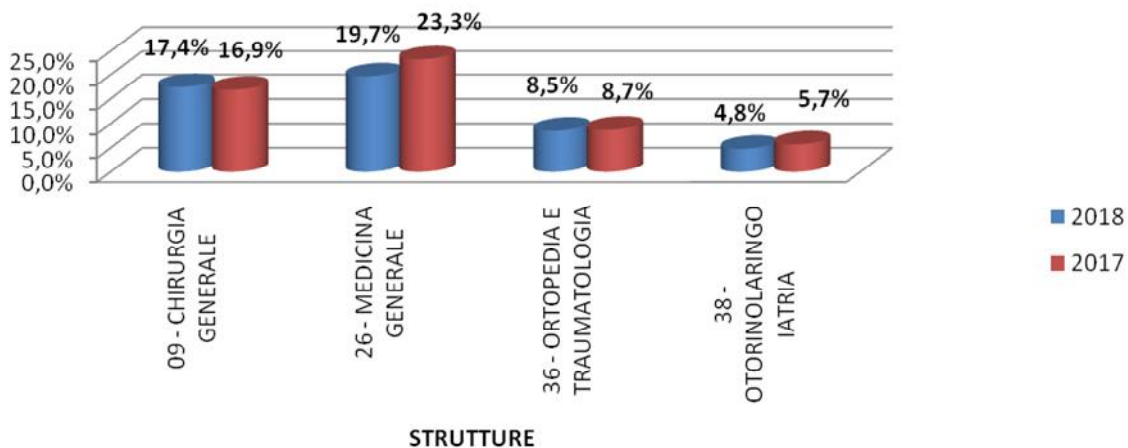
**PO TORTONA - DRG MEDICI A RISCHIO INAPPROPRIATEZZA  
ANNI 2017-2018**



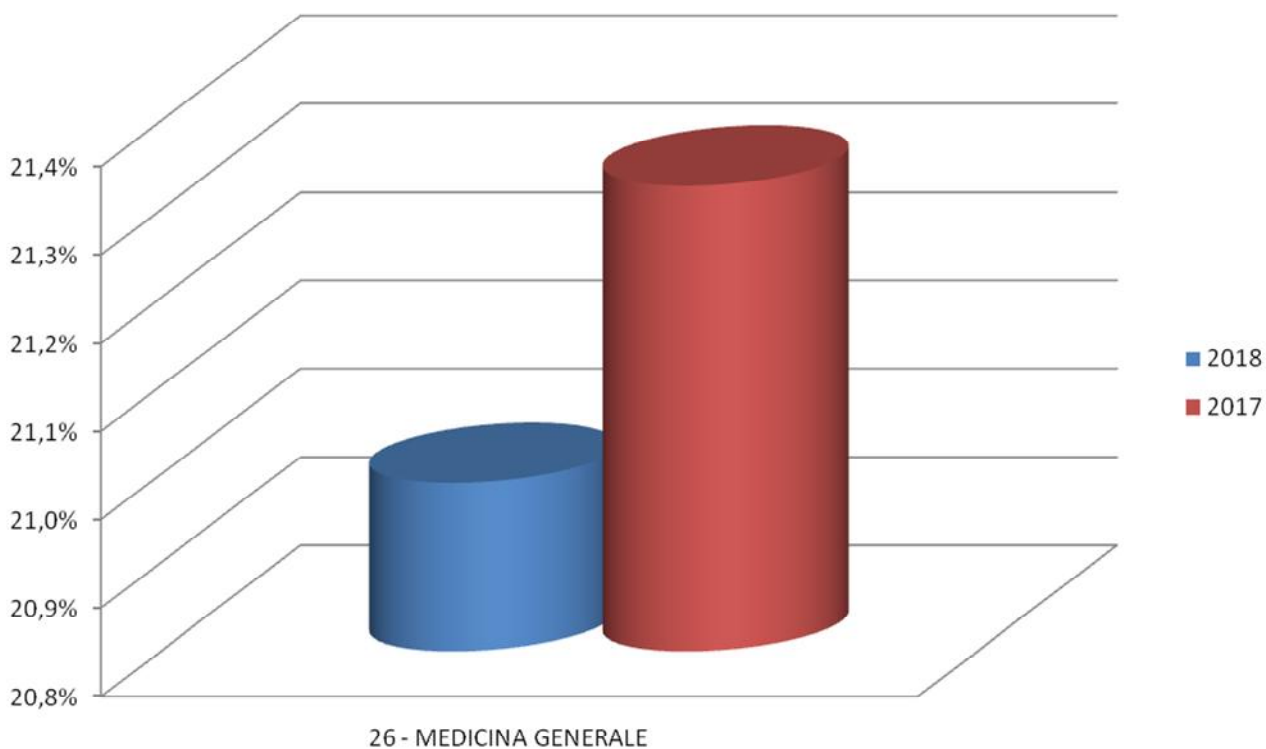
**PO NOVI L. - DRG MEDICI A RISCHIO INAPPROPRIATEZZA  
ANNI 2017-2018**



**PO ACQUI T. - DRG MEDICI A RISCHIO INAPPROPRIATEZZA  
ANNI 2017-2018**



**PO OVADA - DRG MEDICI A RISCHIO INAPPROPRIATEZZA  
ANNI 2017-2018**



## ***DIMISSIONI REPARTI OSPEDALIERI ENTRO ORE 12.00***

Quale indicatore dell'appropriatezza organizzativa e di erogazione delle prestazioni sanitarie sono riportati i report sulla percentuale delle dimissioni in regime di degenza ordinaria entro le ore 12.00; la dimissione entro tale fascia oraria costituisce indicatore di efficiente gestione delle risorse oltre ad essere indice di qualità dell'offerta sanitaria in regime di ricovero ospedaliero.

Il periodo di riferimento è l'anno 2018 confrontato con l'anno 2017.

L'obiettivo è presente nella scheda di budget assegnata alla quasi totalità delle Strutture ospedaliere con attività di ricovero ordinario.

			DEGENZA MEDIA	
	A 2018	A 2017	2018	2017
	%	%	DM	DM
<b>POHAC - P.O. ACQUI T.</b>	<b>53,2%</b>	<b>50,4%</b>	<b>7,8</b>	<b>7,8</b>
HC090101R1 - CHIRURGIA ACQUI REPARTO	76,3%	86,2%	6,2	7,0
HC360101R1 - ORTOPIEDIA ACQUI REPARTO	72,7%	72,9%	8,8	9,2
HC380301R1 - ORL ACQUI REPARTO	89,5%	89,8%	2,8	2,5
HE490301R1 - TERAPIA INTENSIVA E SUB INTENSIVA ACQUI	61,5%	56,5%	13,0	12,5
HM260101R1 - MEDICINA GENERALE ACQUI REPARTO	39,4%	32,9%	8,0	7,6
<b>POHCA - P.O. CASALE</b>	<b>48,4%</b>	<b>47,7%</b>	<b>8,8</b>	<b>9,0</b>
HC090303R3 - CHIRURGIA CASALE REPARTO	46,0%	49,2%	11,2	10,8
HC340303R3 - OCULISTICA CASALE REPARTO	75,6%	65,8%	3,2	2,8
HC360303R3 - ORTOPIEDIA CASALE REPARTO	71,2%	63,1%	9,0	9,6
HC380303R3 - ORL CASALE REPARTO	73,5%	81,6%	3,9	4,4
HC430403R3 - UROLOGIA CASALE REPARTO	60,5%	72,1%	5,2	5,3
HE490303R3 - RIANIMAZIONE CASALE	36,2%	34,7%	7,0	9,7
HI370303R3 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA CASALE REPARTO	44,6%	25,8%	4,1	4,2
HI39030313 - PEDIATRIA CASALE NIDO	55,6%	52,9%	3,5	3,6
HM08030313 - UTIC CASALE	66,3%	61,5%	2,6	3,5
HM080303R3 - CARDIOLOGIA CASALE REPARTO	25,9%	25,1%	7,6	6,1
HM260303R3 - MEDICINA GENERALE CASALE REPARTO	44,4%	52,6%	9,6	10,1
HM290403R3 - NEFROLOGIA CASALE REPARTO	68,7%	27,9%	10,3	13,0
HM320303R3 - NEUROLOGIA CASALE REPARTO	37,8%	30,0%	9,2	10,2
HM640303R3 - ONCOLOGIA CASALE REPARTO	28,7%	33,3%	10,3	9,7
HR560303R3 - RRF CASALE REPARTO	63,8%	65,1%	21,4	23,1
ZZ4040SPR3 - SPDC P.O. CASALE	40,3%	42,1%	12,2	12,4
<b>POHNO - P.O. NOVI L.</b>	<b>40,1%</b>	<b>43,4%</b>	<b>6,4</b>	<b>6,6</b>
HC090404R4 - CHIRURGIA NOVI REPARTO	60,2%	63,3%	6,9	7,5
HC360404R4 - ORTOPIEDIA NOVI REPARTO	39,4%	59,2%	11,9	12,5
HC430404R4 - UROLOGIA NOVI REPARTO	47,5%	52,8%	4,9	4,9
HE490404R4 - RIANIMAZIONE NOVI	43,8%	38,2%	12,2	12,3
HI370404R4 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA NOVI REPARTO	64,4%	69,8%	3,4	3,5
HI39040414 - PEDIATRIA NOVI NIDO	34,3%	28,9%	3,2	3,2
HI390404R4 - PEDIATRIA NOVI REPARTO	22,1%	18,6%	3,9	4,0
HM08040414 - UTIC NOVI	59,6%	50,4%	3,5	3,4
HM080404R4 - CARDIOLOGIA NOVI REPARTO	34,0%	34,9%	6,1	5,7
HM260404R4 - MEDICINA GENERALE NOVI REPARTO	16,5%	20,8%	8,1	9,8
HM290404R4 - NEFROLOGIA NOVI REPARTO	56,8%	21,7%	13,2	10,1
HM320404R4 - NEUROLOGIA NOVI REPARTO	34,1%	32,6%	9,7	10,3
ZZ4040SPR4 - SPDC P.O. NOVI	40,6%	49,0%	9,1	8,0
<b>POHOV - P.O. OVADA</b>	<b>65,0%</b>	<b>38,8%</b>	<b>16,2</b>	<b>16,7</b>
HM26050515 - LUNGODEGENZA OVADA		0,0%		28,5
HM260505R5 - MEDICINA GENERALE OVADA REPARTO	55,4%	19,1%	13,4	13,3
HR560606R5 - RRF OVADA REPARTO	89,7%	88,3%	23,5	25,3
<b>POHTO - P.O. TORTONA</b>	<b>70,4%</b>	<b>71,6%</b>	<b>8,4</b>	<b>8,5</b>
HC090606R6 - CHIRURGIA TORTONA REPARTO	79,6%	84,2%	5,7	5,8
HC360606R6 - ORTOPIEDIA TORTONA REPARTO	63,1%	67,1%	8,8	8,6
HC380306R6 - ORL TORTONA REPARTO	92,2%	85,2%	2,5	2,5
HE490406R6 - TERAPIA INTENSIVA E SUB INTENSIVA TORTONA	53,1%	63,1%	13,0	20,0
HM260606R6 - MEDICINA GENERALE TORTONA REPARTO	66,0%	63,5%	10,2	10,4

## INDICATORE

Intervento chirurgico per colecistectomia laparoscopica con dimissione entro 3 giorni

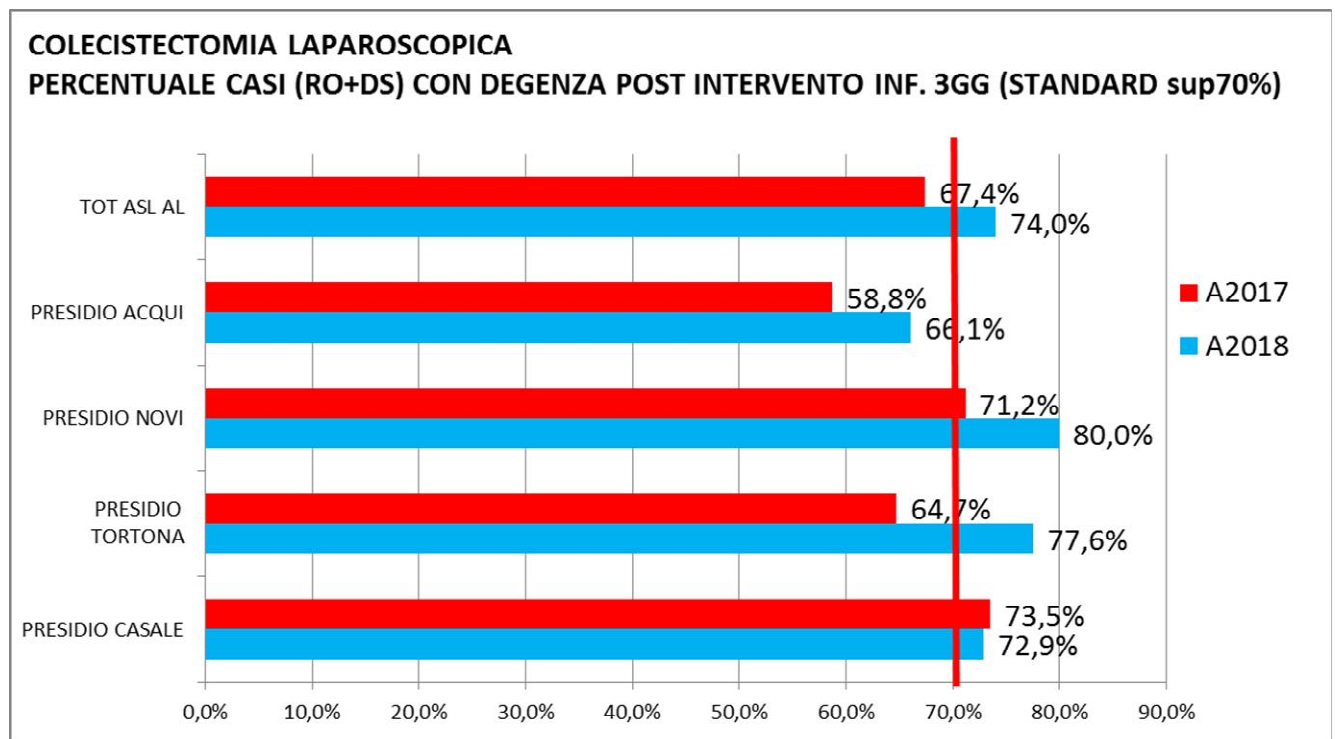
Ricoveri per colecistectomia laparoscopica

## VALORE DELL'OBIETTIVO

Tasso aggiustato > 70%

Il DM 70 del 02.04.2015 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 al 70% ed un volume minimo di interventi per struttura complessa pari a 100/anno.

Si riporta grafico riepilogativo, contenente percentuale casi di colecistectomia laparoscopica (RO+DS) con degenza post intervento inferiore a 3 gg (standard sup. 70%) aggiornato a **dicembre 2018**:



Il (dato complessivo ASL AL risulta entro l'obiettivo 74,0%), mentre era al di sotto nel 2017; da segnalare un **progressivo miglioramento della performance** nel corso dei mesi del 2018.

## **f) OBIETTIVI DI SVILUPPO DELL'OFFERTA PER LE CURE PRIMARIE**

### **ATTIVAZIONE DELLE CASE DELLA SALUTE PROGRAMMATE**

Con la D.G.R. n.3-4287 del 29.11.2016 sono state definite le linee d'indirizzo ed individuate le risorse per la sperimentazione delle Case della Salute (CS) sul territorio regionale, quali forme organizzative complesse dell'Assistenza primaria, di tipo polifunzionale e multi-professionale, destinate ad intercettare ed a rispondere in forma appropriata e continuativa nell'arco dell'intera giornata ai bisogni di salute della popolazione in ambito extra-ospedaliero, con particolare riferimento alle patologie croniche e a maggior impatto sociale.

#### **INDICATORE**

1. Numero strutture attivate/potenziante entro il 31.12.2018 su numero strutture da attivare, come da determinazione regionale di validazione dei progetti.

Per attivazione deve intendersi la consegna in Regione della deliberazione del Direttore Generale di attivazione/potenziamento delle Case della Salute programmate e relativo Regolamento di funzionamento redatto secondo lo schema-tipo regionale, unitamente ai previsti protocolli operativi.

2. Presentazione relazione di attività e costi sostenuti per l'avvio e/o lo sviluppo delle CS nel 2018, entro il 31.1.2019, secondo lo schema-tipo regionale; primo monitoraggio degli indicatori di processo e di esito, come previsti dalla determinazione regionale di validazione dei progetti CS.

#### **VALORE DELL'OBIETTIVO**

1. Attivazione, entro il 31 dicembre 2018, del 100% delle CS come da crono programma contenuto nella scheda-progetto trasmessa da parte delle Asl ai sensi della D.G.R. n. 3-4287 del 29.11.2016 o come dichiarato dalle Direzioni in successivo incontro regionale.

2. Invio alla Regione entro i 10 gg. successivi a data di scadenza prevista (31.1.2019) delle Relazioni di attività e spesa, unitamente agli indicatori di processo e di esito.

Con deliberazione ASL AL n.804 del 5.12.2017 si era disposto di dare avvio ai Progetti di attivazione delle seguenti Case della Salute:

- Castellazzo Bormida (Distretto Alessandria - Valenza)

- Moncalvo (Distretto Casale Monferrato)

- Castelnuovo Scrivia (Distretto Novi Ligure - Tortona)
- Arquata Scrivia (Distretto Novi Ligure - Tortona)

approvando il *Regolamento di funzionamento organizzativo ed operativo* redatto secondo lo schema - tipo regionale, unitamente ai *Protocolli operativi* per il raccordo fra la rete delle Case della Salute e le seguenti aree:

- *area specialistica territoriale e ospedaliera*
- *sistema dell'emergenza-urgenza*
- *area socio – sanitaria e socio – assistenziale*
- *area della continuità assistenziale*

Con la medesima deliberazione si è altresì dato atto che le risorse necessarie per tale attività sono in parte coperte da finanziamento regionale - di cui D.G.R. n.3-4287 del 29.11.2016, D.D. n.438 del 30.06.2017 e D.G.R. n.35-5329 del 10.07.2017 e in parte da bilancio aziendale di cui alla deliberazione n.349 del 26.05.2017.

Con **nota ASL AL prot. 132467 del 28 dicembre 2018** (allegata) è stata trasmessa all'Assessorato Sanità Regione Piemonte la deliberazione ASL AL n.930 del 27.12.2018 con la quale è stato adottato il **Progetto della Casa della Salute funzionale di Ovada**.

E' stato, inoltre, inviato lo **stato di avanzamento** dell'attivazione della **Casa della Salute di Valenza** che, come condiviso nel corso dei Tavoli di monitoraggio regionale, non ha potuto avere attivazione nel corso del 2018 stante la sussistente necessità di definire l'individuazione della sua sede operativa, in superamento dell'attuale sede delle attività distrettuali di Valenza, site nella struttura di proprietà dell'Ordine Mauriziano.

A questo proposito è stato allegato il documento "*Distretto di Valenza - Studio preliminare per la realizzazione della Casa della Salute - Individuazione dei requisiti funzionali e dimensionali di massima della struttura*" – approvato con deliberazione ASL AL n.929 del 21.12.2018 - per la realizzazione della Casa della Salute in Valenza, con procedura di Partenariato Pubblico Privato,



ai sensi dell'art. 183 del Codice dei Contratti, prevedendo ex art. 191 del D.Lgs. n. 50/2016 il trasferimento in capo all'affidatario, a titolo di corrispettivo parziale della proprietà degli immobili aziendali siti a Valenza, in Vai Raffaello n. 4, nonché l'ex Ospedale San Marco sito in Moncalvo, i cui valori sono in corso di determinazione, al pari della regolarizzazione catastale.

In **data 8.2.2019 con nota prot. n.0015048** (allegata) si è provveduto all'inoltro della **Relazione di attività e spesa per l'anno 2018**, unitamente agli indicatori di processo e di esito delle Case di Cura attivate.

## ASSISTENZA SANITARIA E SOCIO-SANITARIA TERRITORIALE

La Regione Piemonte vede tra i suoi obiettivi prioritari il recepimento del PNC a livello regionale che, armonicamente rispetto a quanto previsto dalla cornice normativa vigente, si prefigge di rispondere ai seguenti obiettivi:

- Collegare la prevenzione con le cure primarie
- Integrare sociale e sanitario
- Abilitare il lavoro in team
- Aumentare la domiciliarizzazione
- Empowerment, risultati di salute e contrasto alle disuguaglianze
- Dare valore a chi produce valore: accessibilità, continuità, completezza, aderenza, coordinazione, tempestività.

### INDICATORE

#### Per le ASL “laboratorio”:

1. Costituzione della Comunità di pratica e partecipazione agli incontri formativi dei professionisti individuati nella Comunità di pratica.
2. Produzione del progetto aziendale sui temi chiave assegnati.

#### Per le altre ASL,ASO, AOU:

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

### VALORE DELL’OBIETTIVO

#### Per le ASL “laboratorio”:

1.  $\geq 85\%$
2. Progetto prodotto

#### Per le altre ASL,ASO, AOU:

1. 100%
2.  $\geq 85\%$

La ASL AL ha provveduto a pubblicare **in data 28 dicembre 2018 sul proprio sito web la call to action** (<http://www.aslal.it/piano-delle-cronicita-per-la-provincia-di-alessandria>), comunicando gli obiettivi del Piano Locale della Cronicità e la composizione della Cabina di Regia per la Cronicità.

## Piano delle cronicità per la provincia di Alessandria

### Che cos'è e che cosa si sta facendo

Tavolo di lavoro per la messa a punto, sempre più dettagliata, del piano delle cronicità per la provincia di Alessandria: sta prendendo forma in questi giorni, grazie al lavoro dell'Azienda Sanitaria di Alessandria e dell'Azienda Ospedaliera di Alessandria, questo documento in fieri, ideato per rispondere congiuntamente ai bisogni di salute di una popolazione sempre più anziana.

Alessandria, infatti, ha un indice di vecchiaia che la colloca all'ottavo posto sulle 107 province italiane. Obiettivo del Piano, in linea con le indicazioni regionali, deliberate sulla base del Piano Nazionale, è affrontare e mettere a sistema risposte appropriate alle malattie croniche che sono in aumento: un fenomeno che si sta verificando a livello nazionale ed europeo ed è strettamente correlato all'invecchiamento della popolazione. Si stima, ad esempio, che almeno il 40% dei piemontesi con più di 65 anni soffre di una malattia cronica grave e che a livello mondiale circa il 70-80% delle risorse sanitarie sia impiegato per la gestione delle malattie croniche.

Le due Aziende hanno individuato i gruppi di lavoro, le aree d'intervento prioritarie, definendo alcuni percorsi diagnostico terapeutici assistenziali per una integrazione ancora più stretta, oltre che un metodo di lavoro multiprofessionale che possa essere efficace per rispondere agli assistiti in modo appropriato, attraverso la presa in carico più opportuna grazie alla centralità del medico di famiglia, la collaborazione con i servizi domiciliari e una efficiente interazione con gli ospedali.

Per quanto riguarda i gruppi di lavoro, seguendo le indicazioni regionali, ASL AL ha istituito la Cabina di regia che ha il compito di produrre il Piano Locale Cronicità e il Nucleo aziendale per la Cronicità che terrà i collegamenti con il livello regionale e con le altre aziende sanitarie.

#### Cabina di regia per la Cronicità:

- Roberto Stura (Nucleo aziendale per la Cronicità)
- Silvana Romano (Nucleo aziendale per la Cronicità)
- Guglielmo Pacileo (Nucleo aziendale per la Cronicità)
- Maria Elisena Focati (Nucleo aziendale per la Cronicità)
- Andrea Calvani (Nucleo aziendale per la Cronicità)
- Massimo Leporati
- Anna Maria Avonto
- Salvatrice Capizzi
- Maurizio Depetris
- Chiara Pasqualini
- Silvia Baiardi
- Rossella Poletto
- Orazio Barnesi
- Massimo D'Angelo
- Claudio Sizzo
- Simone Porretto

Fanno parte della Cabina di regia anche i membri del Nucleo aziendale per la Cronicità della Azienda Ospedaliera di Alessandria.

In data 16 novembre 2018 sono stati comunicati i nomi dei componenti il **Nucleo Aziendale Cronicità** che hanno partecipato alle "Giornate di condivisione della conoscenza" sino ad oggi effettuate presso l'Assessorato Regionale (13 dicembre 2018 e 22 gennaio 2019).

## **g) OBIETTIVI DI RAZIONALIZZAZIONE ORGANIZZATIVA NEI SERVIZI SANITARI E NEI SERVIZI TECNICI E DI SUPPORTO**

### **MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DEL FLUSSO INFORMATICO DEI DISPOSITIVI MEDICI**

#### **INDICATORE**

1. Rapporto tra i dati di consumo aziendale dei dispositivi medici ed i costi rilevati dal modello di conto economico.

Flusso Consumi DMRP2018(esclusa la CND W- Dispositivi medico-diagnostici in vitro)

—————  
CE 2018 (Voci B.1.A.3.1 + B.1.A.3.2)

2. Compilazione dei campi "Identificativo contratto" e "codice CIG" del tracciato contratti (DMRP-Contratti) del flusso regionale DMRP (rispettivamente campo 16.0 e campo 32.0 del Tracciato contratti indicato nel Disciplinare regionale del flusso DMRP, reperibile su Sistema Piemonte con CIG per lotto.

3. compilazione del campo "Forma di negoziazione" del tracciato contratti del flusso regionale DMRP, per ognuno dei record inviati al flusso (campo 20.0 del Tracciato contratti indicato nel Disciplinare regionale del flusso DMRP, reperibile su Sistema Piemonte).

#### **VALORE DELL'OBIETTIVO**

1. Coerenza, con un margine di tolleranza del +/- 5%, tra la spesa aziendale per DM rilevata da flusso DMRP rispetto ai costi imputati da CE alle voci:

B.1.A.3.1 (dispositivi medici);

B.1.A.3.2 (dispositivi medici impiantabili attivi);

2. Almeno il 95% dei codici CIG inseriti nei campi "Identificativo Contratto" e "Codice CIG" inviati al flusso DMRP-Contratti nel 2018 deve trovare corrispondenza nell'archivio dei codici CIG rilasciati dall'ANAC;

3. Almeno il 95% dei record inviati al flusso DMRP-Contratti nel 2018 deve presentare la compilazione del campo "Forma di negoziazione"

Nel corso di specifici incontri tra le strutture aziendali interessate erano state evidenziate in corso d'anno alcune criticità in merito al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

**1. Rapporto tra i dati di consumo aziendale dei dispositivi medici ed i costi rilevati dal modello di conto economico.**

Valore obiettivo: Coerenza, con un margine di tolleranza del +/- 5%, tra la spesa aziendale per DM rilevata da flusso DMRP rispetto ai costi imputati da CE alle voci: B.1.A.3.1 (dispositivi medici) e B.1.A.3.2 (dispositivi medici impiantabili attivi);

**2. Compilazione dei campi “Identificativo Contratto” e “Codice CIG” del tracciato Contratti (DMRP - Contratti) del flusso regionale DMRP.**

Valore obiettivo: Almeno il 95% dei codici CIG inseriti nei campi “Identificativo Contratto” e “Codice CIG” inviati al flusso DMRP - Contratti nel 2018 deve trovare corrispondenza nell’archivio dei codici CIG rilasciati dall’ANAC;

**3. Compilazione del campo “Forma di negoziazione” del tracciato Contratti del flusso regionale DMRP, per ognuno dei record inviati al flusso.**

Valore obiettivo: Almeno il 95% dei record inviati al flusso DMRP - Contratti nel 2018 deve presentare la compilazione del campo “Forma di negoziazione”.

Erano state pertanto intraprese alcune **azioni correttive** finalizzate all’implementazione dei dati in allora esistenti, attraverso il recupero di una parte dei CIG non immessi sull’applicativo aziendale perché non eletti come “*traccianti*”, il corrispondente confronto con i dati inseriti sull’Osservatorio Regionale dei Contratti (obbligatorio per i CIG di importo superiore a € 40.000,00) ed una verifica circa l’inserimento della “*forma di contrattazione*” laddove non già presente.

L’attività svolta deve essere riconsiderata alla luce della nota della Regione Piemonte n.00002927 del 07.02.2019, avente per oggetto “*Monitoraggio obiettivi 5.2.1, 5.2.2., 5.2.3, 5.3.1. della DGR 26-6421 del 26/01/2018. Chiarimenti.*” con la quale sono stati trasmessi i dati a consuntivo dell’anno 2018 dai quali si evince il raggiungimento degli obiettivi con i seguenti risultati:

OBIETTIVO 1 Valore a consuntivo 3° semestre 2018: 95,7%

OBIETTIVO 2 Valore a consuntivo 3° semestre 2018: 98,4%

OBIETTIVO 3 Valore a consuntivo 3° semestre 2018: 98,1%

Da evidenziare che la richiamata nota regionale, rispetto all’attività intrapresa nel corso del mese di settembre 2018, circoscrive l’osservazione ai soli contratti stipulati nel corso dell’anno 2018 e precisa, nel caso di procedura di gara suddivisa in una pluralità di lotti, la necessità di valorizzare il campo “codice CIG” facendo ricorso a ognuno dei distinti CIG per lotto, ma salvaguardando

comunque, l'elezione di un CIG individuato come "tracciante" per ogni Ditta ai fini della tracciabilità dei flussi finanziari prevista dalla Legge 13.08.2010 n. 136 e s.m.i. Dovrà essere attentamente valutata a livello informatico la possibilità di garantire l'inserimento sull'applicativo NFS tutti i CIG rilevanti ai fini del raggiungimento dell'obiettivo regionale, prevedendo tuttavia la possibilità di utilizzare il solo CIG "tracciante" nel corso del processo di esecuzione contrattuale e pagamento, come previsto dalla richiamata normativa e dalle indicazioni fornite dall'A.N.A.C.

In conclusione, resta ovviamente da verificare il dato consuntivo cumulato del 4° semestre 2018 ma, dal momento che l'attività di recupero dei dati si è concentrata proprio in questo periodo, il dato finale atteso non potrà far altro che consolidare, presumibilmente, quanto già conseguito.

Accanto al mero dato percentuale, quale indicatore del grado di raggiungimento dell'obiettivo, un'ulteriore azione correttiva dovrà essere focalizzata sull'incremento "quantitativo" dei dati inseriti che, tuttavia, risultano sostanzialmente in linea con le medie regionali e sul recupero e l'inserimento dei dati nel campo "forma di contrattazione", laddove mancante.

<b>Obiettivo DG 5.2.1* DGR 26 gennaio 2018, n. 26-6421 - Monitoraggio consumi inviati al flusso DMRP-Consumi</b>				
<b>PERIODO DI OSSERVAZIONE: terzo trimestre 2018 (consumi inviati nel 2018 entro la scadenza del 5/11/2018** e spesa CE 1/01/2018-30/09/2018)</b>				
Fonti: PADDI - DWH DMRP-Consumi; CE				
Aggiornamento: DWH DMRP 6/11/2018; CE 30/09/2018				
Elaborazione: G.Mianulli - Presidio CSI-Piemonte presso Direzione Salute Ass.to alla Tutela della Salute e Sanità				
Codice ASR	Denominazione ASR	COSTI DISPOSITIVI MEDICI IN FLUSSO DMRP-CONSUMI (al netto della CND W) [A]	SPESA PER DISPOSITIVI MEDICI IN VOCI CE B.1.A.3.1 + B.1.A.3.2 [B]	INDICATORE OBIETTIVO Incidenza costi su spesa CE (al netto degli IVD) [C = A / B]
301	ASL CITTÀ DI TORINO	€ 24.178.854	€ 27.960.481	86,5%
203	ASL TO3	€ 12.189.785	€ 12.822.000	95,1%
204	ASL TO4	€ 15.267.139	€ 16.612.500	91,9%
205	ASL TO5	€ 7.931.865	€ 7.926.000	100,1%
206	ASL VC	€ 8.048.865	€ 8.490.614	94,8%
207	ASL BI	€ 8.375.535	€ 7.972.680	105,1%
208	ASL NO	€ 4.640.620	€ 4.578.192	101,4%
209	ASL VCO	€ 5.708.359	€ 6.528.289	87,4%
210	ASL CN1	€ 9.689.243	€ 9.750.573	99,4%
211	ASL CN2	€ 6.368.831	€ 6.650.323	95,8%
212	ASL AT	€ 11.886.155	€ 12.159.780	97,7%
213	ASL AL	€ 12.843.914	€ 13.423.260	95,7%
904	AOU S. LUIGI GONZAGA	€ 8.068.569	€ 8.566.085	94,2%
905	AOU MAGGIORE DELLA CARITÀ	€ 19.494.040	€ 19.872.669	98,1%
906	AO S. CROCE E CARLE	€ 17.682.891	€ 18.432.220	95,9%
907	AO SS. ANTONIO E BIAGIO - C. ARRIGO	€ 17.341.947	€ 17.960.830	96,6%
908	AO ORDINE MAURIZIANO	€ 14.518.631	€ 15.169.579	95,7%
909	AOU CITTÀ DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA	€ 56.186.418	€ 60.785.163	92,4%
	<b>Totale Regione Piemonte</b>	<b>€ 260.421.659</b>	<b>€ 275.661.238</b>	<b>94,5%</b>

**Obiettivo DG 5.2.2\* DGR 26 gennaio 2018, n. 26-6421 - Monitoraggio CIG contratti 2018 inviati al flusso DMRP-Contratti**  
**PERIODO DI OSSERVAZIONE: terzo trimestre 2018 (contratti 2018\*\* con data di stipula minore o uguale al 30/09/2018 e inviati entro la scadenza del 5/11/2018\*\*\*)**  
 Fonti: PADDI - DWH DMRP-Contratti; Archivio Osservatorio regionale Contratti Pubblici  
 Aggiornamento: PADDI 29/01/2019; OSS.RP 19/11/2018  
 Elaborazione: G.Mianulli - Presidio CSI-Piemonte presso Direzione Salute Ass.to alla Tutela della Salute e Sanità

Codice ASR	Denominazione ASR	RECORD CONTRATTI 2018 [A]	RECORD CONTRATTI CON FORMA DI NEGOZIAZIONE COMPILATA [B]	RECORD CONTRATTI con forma di negoziazione compilata CON ADESIONE A CONSIP [C]	RECORD CONTRATTI NON CONSIP O PRIVI DI FORMA DI NEGOZIAZIONE [D = A - C]	RECORD CONTRATTI [D] CON SMART CIG **** [E]	RECORD CONTRATTI [D] CON CIG [D - E] PRIVI DI RISCONTRO IN OSSERVATORIO CONTRATTI RP ***** [F = D - E - G]	RECORD DI CONTRATTI [D] CON CIG [D - E] AVENTI RISCONTRO IN OSSERVATORIO CONTRATTI RP ***** [G]	INDICATORE OBIETTIVO Incidenza record con CIG aventi riscontro in OSS.RP (al netto degli Smart CIG) [H = G / (D - E)]
301	ASL CITTÀ DI TORINO	1.081	1.001	87	994	429	10	555	98,2%
203	ASL TO3	397	310	0	397	263	0	134	100,0%
204	ASL TO4	367	367	0	367	207	37	123	76,9%
205	ASL TO5	1.527	1.239	0	1.527	1.230	0	297	100,0%
206	ASL VC	561	554	0	561	408	0	153	100,0%
207	ASL BI	340	340	0	340	182	0	158	100,0%
208	ASL NO	585	574	0	585	393	1	191	99,5%
209	ASL VCO	1.753	1.719	0	1.753	0	0	1.753	100,0%
210	ASL CN1	3.764	3.764	0	3.764	1.945	232	1.587	97,2%
211	ASL CN2	1.879	1.869	0	1.879	775	9	1.095	99,2%
212	ASL AT	6.005	5.858	0	6.005	3.507	19	2.479	99,2%
213	ASL AL	1.830	1.795	0	1.830	912	15	903	98,4%
904	AOU S. LUIGI GONZAGA	1.401	1.401	0	1.401	275	11	1.115	99,0%
905	AOU MAGGIORE DELLA CARITÀ	1.364	1.354	0	1.364	947	8	409	98,1%
906	AO S. CROCE E CARLE	2.911	2.870	0	2.911	1.041	67	1.803	96,4%
907	AO SS. ANTONIO E BIAGIO - C. ARRIGO	1.424	1.420	0	1.424	468	0	956	100,0%
908	AO ORDINE MAURIZIANO	1.592	1.592	0	1.592	879	4	709	99,4%
909	AOU CITTÀ DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA	4.961	3.802	6	4.955	1.281	27	3.647	99,3%
<b>Totale Regione Piemonte</b>		<b>33.742</b>	<b>31.829</b>	<b>93</b>	<b>33.649</b>	<b>15.142</b>	<b>440</b>	<b>18.067</b>	<b>97,6%</b>

**Rapporto tra i dati di consumo aziendale dei dispositivi medici ed i costi rilevati dal modello di conto economico.**

**AGGIORNAMENTO CON I DATI FEC IV° TRIMESTRE 2018**

	FLUSSO DMRP	FEC IV TRIM 2018	DELTA	RAPPORTO
	A	B	C=A-B	D=A/B
				OBIETTIVO 2018: 100% con un margine di tolleranza del +/- 5%
<b>B.1.A.3.1 (dispositivi medici); B.1.A.3.2 (dispositivi medici impiantabili attivi)</b>	16.879.900	16.980.860	100.960	99,4%

**ADEMPIMENTI DGR 2.3.2015 N.34-1131 PIANO ATTUATIVO DI CERTIFICABILITÀ:**

OBIETTIVO

Elaborazione delle istruzioni operative definite nel corso dell'anno precedente

RISULTATO

Istruzioni operative definite entro il 31/10

**APPLICAZIONE ADEMPIMENTI ASSEGNATI DAL PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA:**

OBIETTIVO

Relazione al R.P.C.T. entro il 30 novembre sull'attività svolta (paragrafo 1.5 del Piano triennale della prevenzione della corruzione e trasparenza)

RISULTATO

Relazione inviata al R.P.C.T. entro il 30/11

**APPROPRIATO INSERIMENTO RESIDENZIALE - Rivalutazione pz ultra65enni in carico ai Dipartimenti di Salute Mentale inseriti in strutture residenziali**

Tutti i pazienti a qualsiasi titolo inseriti nell'anno 2018 nelle strutture residenziali, sono stati valutati e/o rivalutati dalle commissioni composte dai professionisti dei Dipartimenti della Salute Mentale e/o del Dipartimento delle Dipendenze coinvolti, dai Medici del Distretto e dagli operatori degli Enti Gestori di riferimento.

**PDTA: Governo dell'appropriatezza aziendale:sviluppo del PDTA aziendali per le patologie croniche individuate, in collaborazione con I Distretti e la Direzione Sanitaria**

Lo sviluppo del progetto mirato alla stesura dei PDTA di patologie croniche con il coinvolgimento dei professionisti dell'ASL AL e dell'ASO AL ha riguardato inizialmente Broncopneumopatie



Cronico Ostruttive (BPCO) ed asma bronchiale, che sono stati completati ed illustrati nel mese di aprile 2018 durante un convegno organizzato in Alessandria.

Nei mesi successivi è stata analogamente avviata la stesura del PDTA Scompenso Cardiaco, per cui nel corso del 2018 sono stati dedicati 10 incontri , una parte dei quali accreditati ECM per i professionisti medici ed infermieri come formazione “sul campo”.

### **COMPILAZIONE E INVIO SDO (schede dimissioni ospedaliere) NEI TERMINI MENSILI NELLA MISURA DEL 98% MEDIA ANNUA E RECUPERO TOTALE A FINE ANNO**

#### **Azioni attivate ed intraprese – Anno 2018**

- Definizione ed individuazione Nucleo SDO, con specifica deliberazione 638/2016, per il controllo analitico delle schede di dimissione ospedaliera e delle corrispondenti cartelle cliniche, con effettuazione riunioni mensili per verifica andamento obiettivo;
- Individuazione referenti SDO di reparto a cura dei rispettivi Direttori SC, per la corretta applicazione delle disposizioni in essere e i contatti con i corrispondenti referenti amministrativi individuati per sede;
- Sollecito in corso d’anno di corretta chiusura delle SDO nei tempi prefissati, con l'aggiunta, nel II semestre, di una attività preventiva di monitoraggio quotidiano, tramite verifica sul software ADT delle SDO non chiuse, da parte dell'amministrativo referente di competenza e con l'invio da parte di quest'ultimo di mail di sollecito chiusura ai referenti SDO di reparto. Tali mail sono inviate per conoscenza alla Direzione Medica di Presidio, che si è attivata direttamente in caso di criticità per una tempestiva risoluzione delle stesse. L'invio in regione delle SDO non sempre corrisponde alla totale valorizzazione delle stesse.
- Puntuale monitoraggio mediante report mensile in cui riportare il numero reale delle SDO non chiuse alla data ultima per l'invio in competenza e la successiva valorizzazione da parte della Regione. Nei mesi da gennaio a maggio 2018 tutte le SDO sono state inviate e valorizzate nei termini, mentre si rileva una criticità sul P.O. di Casale per i mesi di luglio, agosto, settembre e ottobre 2018 (non completate entro il 25 del mese: 7 schede di luglio su un totale di 779, 6 di agosto su un totale di 640, 19 di settembre su un totale di 710, 10 di ottobre su un totale di 876).

## Conclusioni

Si riporta scheda aggiornata al mese di **dicembre 2018** dalla quale si evince che lo standard previsto dall'obiettivo è superiore al 99%:

MESE	PERCENTUALE SDO VALORIZZATE NEI TERMINI					SDO DA CHIUDERE				
	(dato fornito dal Controllo di Gestione)					(dato interno rilevato al 25 del mese)				
	ACQUI	CASALE	NOVI	OVADA	TORTONA	ACQUI	CASALE	NOVI	OVADA	TORTONA
GENNAIO	99,50%	99,40%	99,60%	99,10%	99,70%	0	3	4	0	0
FEBBRAIO	99,70%	98,90	99,70%	100%	100%	0	2	2	0	0
MARZO	100%	99,10%	99,60%	100%	100%	0	2	0	0	0
APRILE	100%	99,30%	100%	98,80%	99,20%	0	9	0	0	0
MAGGIO	100%	99,30%	99,40%	100%	99,50%	0	13	0	0	1
GIUGNO	99,10%	98,70%	99,50%	100%	99,80%	0	3	0	0	0
LUGLIO	100%	99,10%	100%	100%	99,30%	0	7	0	0	0
AGOSTO	100%	non fornito	non fornito	100%	100%	0	6	2	0	0
SETTEMBRE	100%	99,60%	99,70%	100%	100%	0	19	2	0	0
OTTOBRE	100%	98,80%	99,80%	100%	99,10%	0	10	1	0	3
NOVEMBRE	99,10%	99,80%	99,70%	92,20%	99,50%	0	2	3	0	3
DICEMBRE	100%	100%	100%	100%	99,10%	0	0	0	0	3

## **EFFICIENTAMENTO UTILIZZO SALE OPERATORIE (IN CONDIVISIONE CON SS.CC. ANESTESIA E RIANIMAZIONE E DIPSА): ATTUAZIONE REGOLAMENTO BLOCCHI OPERATORI AZIENDALI**

### **Azioni attivate ed intraprese – Anno 2018**

- convocazioni della Commissione Blocchi Operatori come previsto dal Regolamento Aziendale, al fine della corretta applicazione delle disposizioni ivi contenute, provvedendo all'implementazione dello stesso anche con riferimento ai parametri relativi al buon utilizzo degli spazi operatori (riunioni in data 14.02.2018 - 21.03.2018 – 26.04.2018 – 02.05.2018 – 29.05.2018 - 22.07.2018 - 04.09.2018 - 29.10.2018, nell'ambito delle riunioni del Dipartimento Chirurgico);
- ispezioni e sopralluoghi periodici dei Referenti Medici DSPO e Coordinatore infermieristico Sale Operatorie al fine di monitorare l'adesione al regolamento BOA vigente effettuate nel mese di marzo e ottobre 2018 dalle quali emerge sostanziale aderenza alla tempistica prevista dal Regolamento stesso, salvo alcune eccezioni rilevate;
- programmazione settimanale delle sale operatorie, con invio ogni giovedì della lista operatoria degli interventi programmati di ciascuna specialità per la settimana successiva e raccolta della documentazione in ogni blocco operatorio dai C.C. e dai C.I., a disposizione per eventuali modifiche da discutere ed approvare nelle riunioni settimanali.
- trend positivo della produzione e della valorizzazione economica, con incremento del fatturato medio dell'area chirurgica del 4-5%;
- invio scheda di mancata conformità al Responsabile competente, in caso di scostamento e su indicazione del responsabile infermieristico, come da documentazione agli atti, con richiesta di rientro nei parametri prescritti

### **Utilizzo protocolli informatizzati profilassi perioperatoria**

Entro il 30.09.2018 sono stati aggiornati e resi disponibili sull'applicativo "SOFIA" i profili perioperatori. Tali profili sono stati definiti ed illustrati alla presenza delle Strutture ospedaliere interessate.

In particolare, nel corso del 2018 si sono svolti diversi interventi di sensibilizzazione da parte della Direzione Sanitaria e del CIO in collaborazione con SLPA (per i presidi di Casale e Tortona) al fine di migliorare l'utilizzo e aumentare l'aderenza alle procedure richieste da parte delle U.O. coinvolte.

L'analisi dei dati, infatti, ha evidenziato ampio margine di miglioramento in termini di adesione.

In via generale, il progetto, delineato nei suoi elementi principali già nel 2015, si compone delle seguenti fasi:

- Registrazione sull'applicativo di prescrizione SOFIA, da parte del Medico, del tipo di intervento chirurgico cui il paziente deve essere sottoposto.
- Suggerimento contestuale, da parte dell'applicativo SOFIA, del protocollo di profilassi antibiotica validato aziendalmente e correlato a quel tipo di intervento chirurgico.
- Somministrazioni di antibiotico profilassi svolte in Blocco Operatorio.
- Registrazione su SOFIA della corretta identificazione del paziente, effettuata tramite la lettura del braccialetto paziente.

I Presidi di Casale e Novi Ligure sono stati ingaggiati, rispettivamente, a Novembre 2017 e Dicembre 2017 per cui possono essere considerati a pieno regime per l'anno 2018, mentre il presidio di Tortona è stato ingaggiato ad Ottobre 2018.

Nella primavera del 2019 avrà luogo l'arruolamento del Presidio di Acqui Terme.

***RIORGANIZZAZIONE INTERNA ATTIVITA' DIETOLOGIA AZIENDALE - COORDINAMENTO AZIENDALE CON PREVISIONE DI LINEE COMPORTAMENTALI OMOGENEE PER LA VALUTAZIONE DELLE RICHIESTE DI PRESCRIZIONE DI NED PROVENIENTI DAI PP.OO. ASL AL PER INOLTRARLE AL CENTRO PRESCRITTORE ASO AL (in condivisione con SS.CC. Distretti e D.M.P.O.)***

La riorganizzazione interna della Dietologia Aziendale è stata delineata per informare attraverso linee guida e percorsi condivisi, l'attività di nutrizione enterale domiciliare (NAD) e nutrizione parenterale domiciliare (NPD) nell'ASL AL migliorandone nell'appropriatezza prescrittiva e permettendo all'ASL AL di avanzare richiesta alla Regione Piemonte per il riconoscimento quale Centro Prescrittore. Il protocollo unico aziendale precisa le condizioni, le modalità e le responsabilità con cui si deve eseguire l'attività in oggetto, descrivendo le modalità operative per la presa incarico ed il monitoraggio del paziente che necessità di presidi nutrizionali prima di afferire al centro prescrittore per la NAD di competenza territoriale. La definizione di protocolli e procedure per un sistema aziendale legato alla nutrizione enterale e parenterale è omogeneo in tutte le sedi e vengono regolarmente gestiti e forniti report di attività.

## **h) OBIETTIVI DI QUALITÀ DELL'OFFERTA SANITARIA**

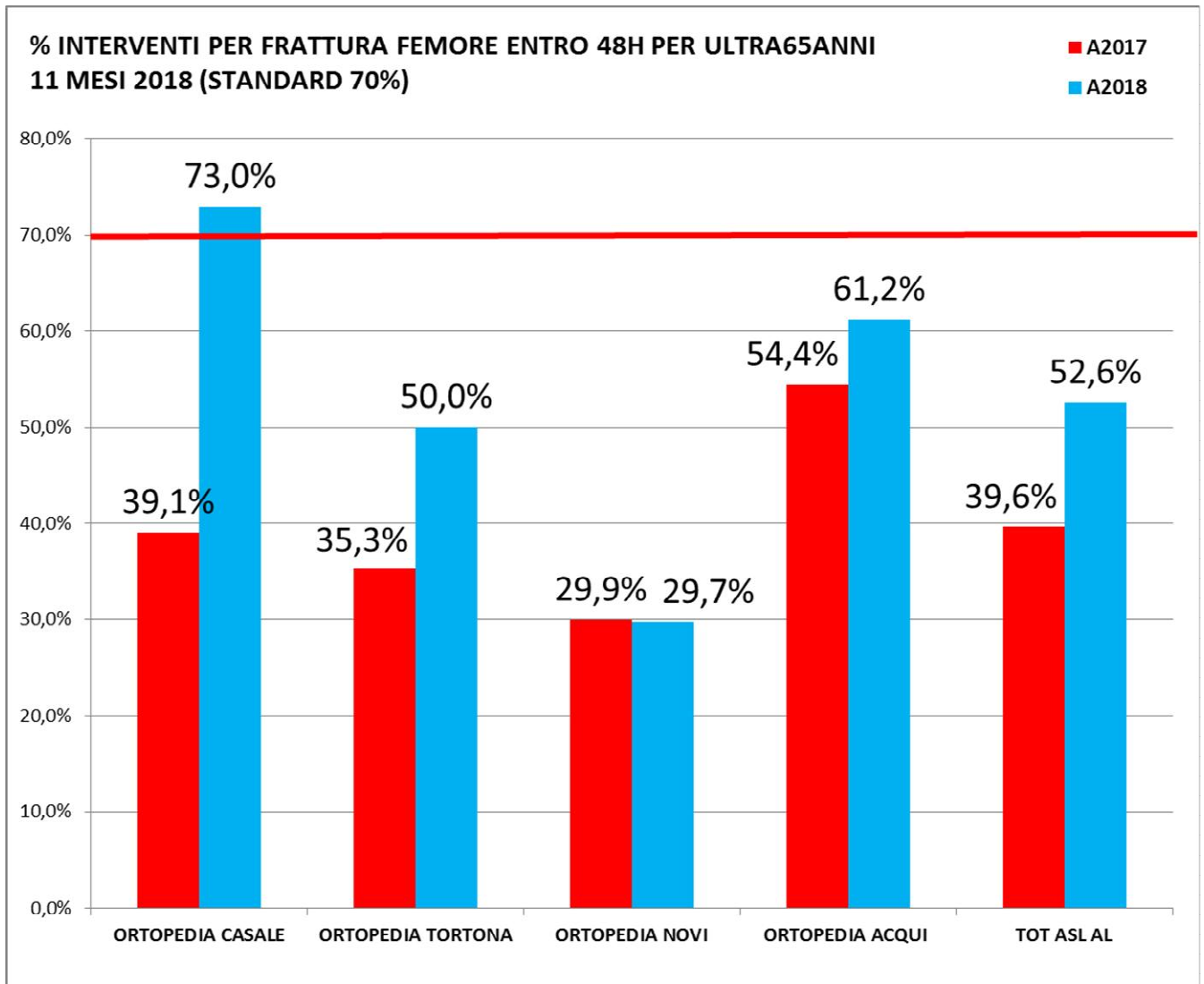
### **TEMPESTIVITA' INTERVENTI A SEGUITO DI FRATTURA FEMORE SU PAZIENTI > 65**

<p><b>INDICATORE</b></p> <p>Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore in cui il paziente sia stato operato entro 2 giorni dall'attivo in PS (differenza tra data della procedura e data di arrivo in PS <math>\leq</math> 2 giorni)</p> <hr/> <p>Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore</p> <p><b>VALORE DELL'OBIETTIVO</b></p> <p>Tasso aggiustato &gt; 70%</p>
---

#### ***Descrizione obiettivo e criteri***

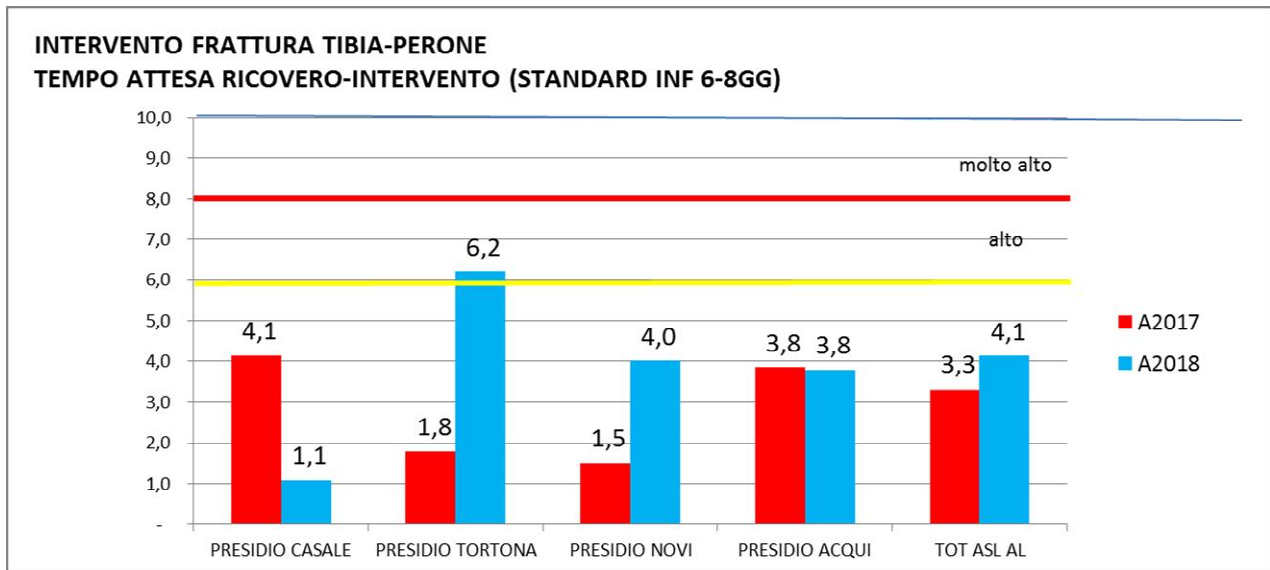
Obiettivo presente nella scheda di budget 2018 assegnata alle SS.CC. Ortopedia e SS.CC. Anestesia Rianimazione

Si riporta schema riepilogativo aggiornato a **dicembre 2018**:



Si evidenzia il **netto miglioramento nel corso del 2018** (con la sede ospedaliera di Casale M. entro lo standard), ma ancora al di sotto dell'obiettivo atteso.

L'obiettivo prevede altresì la rilevazione dei dati inerenti alla **frattura della tibia e del perone** in base ai tempi di attesa per l'intervento chirurgico (gg), come da tabella sotto riportata:



Dai dati susoposti si evidenzia che:

**FRATTURA FEMORE:** l'indicatore sulla media ASL AL risulta ancora sotto lo standard (ad eccezione H Casale con 73,0%) ma con **deciso trend di miglioramento rispetto al 2017** (52,6% vs 39,6%), nonostante le marcate criticità di personale medico ortopedico su tutte le sedi e particolarmente sulla sede di Novi Ligure.

**FRATTURA TIBIA - PERONE:** l'indicatore relativo al tempo attesa per fratture tibia-perone risulta **ampiamente entro il tetto** (gg 4,1): unica sede con dato negativo oltre standard, anche se in miglioramento negli ultimi mesi 2018, con gg 6,2.

## **TEMPESTIVITA' NELL'EFFETTUAZIONE DI PTCA NEI CASI DI IMA STEMI**

<p><b>INDICATORE</b></p> <p>Numero di episodi di STEMI, in cui il paziente abbia eseguito una PTCA entro 2 giorni</p> <hr/> <p>Numero di episodi di STEMI</p> <p><b>VALORE DELL'OBIETTIVO</b></p> <p>Tasso grezzo &gt; 85%</p>
--

Il calcolo dell'indicatore per l' ASL è effettuato su tutti i soggetti residenti sul territorio Asl Al ricoverati in qualsiasi ospedale del Piemonte e sottoposti a PTCA in qualsiasi ospedale del Piemonte (include quindi la mobilità intraregionale),

Il calcolo dell'indicatore per Ospedale è effettuato su tutti i soggetti ricoverati presso la struttura indipendentemente da un eventuale successivo trasferimento ad altra struttura per esecuzione della PTCA.

L'evento viene quindi attribuito alla struttura in cui è avvenuto il ricovero indice (giorno o arco temporale in cui si effettua la rilevazione per le prestazioni di ricovero).

Si evidenzia, a tal proposito, che **l'Azienda può intervenire solamente sul "tempo zero"** ovvero il momento in cui si viene a contatto con il paziente, inviando in maniera tempestiva verso le sedi di erogazione PTCA, mentre il "tempo finale" di esecuzione della prestazione è di competenza di tale erogatore.

Come evidenziato nel corso degli incontri periodici del Tavolo di Monitoraggio presso l'Assessorato regionale, l'ASL AL non avendo servizi propri di emodinamica non incide direttamente sugli esiti di tale indicatore; il miglioramento progressivo del risultato di tale obiettivo, oltre che all'attività delle strutture erogatrici di PTCA, deriva dagli effetti delle azioni e delle procedure condivise dall'ASL AL con gli erogatori (pubblici e privati) presenti sul territorio e con la rete dell'Emergenza Urgenza.

Ulteriori effetti migliorativi di tale risultato derivano dalle avvenute azioni di riorganizzazione della rete delle strutture cardiologiche presenti sul territorio provinciale.

In attesa del dato regionale di consuntivo 2018 nell'ottica della tutela si può stimare:



	A2016 (*)	A2017 (*)	A2017 (**)
ASL AL	60,5%	64,2%	84,9%

(\*) FONTE DATI: TAVOLO REGIONALE DI MONITORAGGIO

(\*\*) IN ATTESA DI DATO CONSUNTIVO REGIONALE; LA STIMA SI BASA SUL DATO DI "PRODUZIONE" DELL'ASO AL

## APPROPRIATEZZA NELL'ASSISTENZA AL PARTO DEI PUNTI NASCITA

### INDICATORE

N° parti con cesareo primario

x 100

N° parti con nessun pregresso cesareo

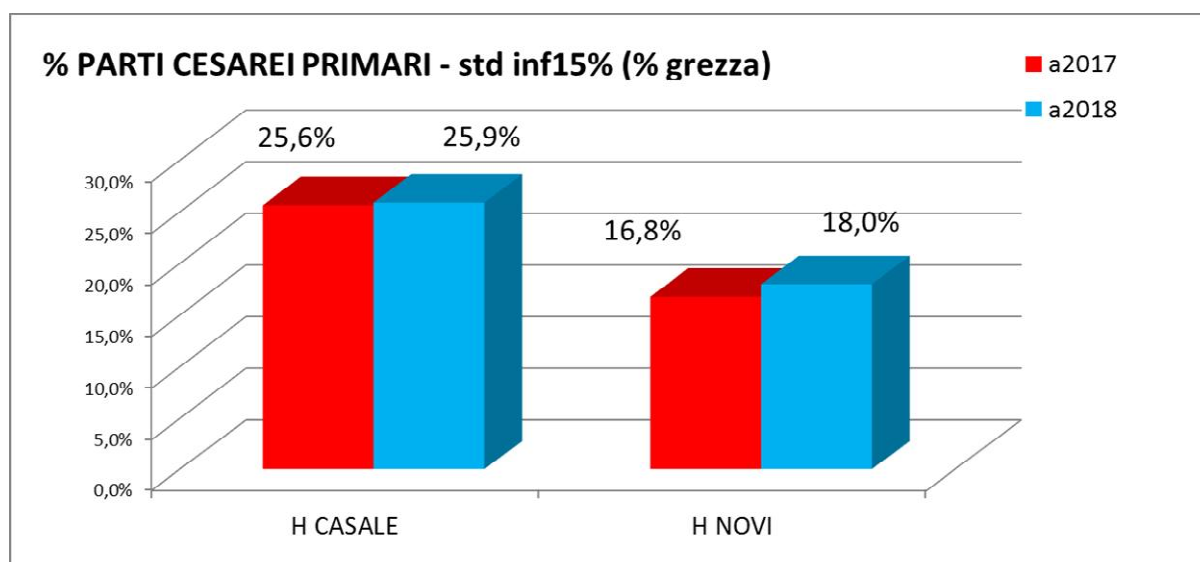
### VALORE DELL'OBIETTIVO

Maternità di II livello o comunque con  $\geq 1000$  parti : tasso aggiustato  $\leq 25\%$

Maternità di I livello o comunque con  $< 1000$  parti : tasso aggiustato  $\leq 15\%$

Proporzione parti con taglio cesareo primario nella misura  $\leq 25\%$  rispetto a n. parti con nessun pregresso cesareo, misurata per Maternità di II livello ( $>1000$  parti) o nella **misura del 15% per Maternità di I livello ( $<1000$  parti)**, nell'ottica della qualità dell'assistenza e monitoraggio flussi informativi relativi all'evento parto.

Si riporta grafico riepilogativo aggiornato a **dicembre 2018**:



Il dato risulta fuori standard per gli Ospedali di Casale M. e Novi L. sia per l'anno 2017 che per il 2018. Nel 2018 lo standard di riferimento è stato abbassato al 15% (era al 20% nel 2017); le % sono "grezze", saranno oggetto di possibili abbattimenti da parte della Regione Piemonte. Il dato di "tutela" è al 19,8% (anche qui dato grezzo).

L'obiettivo del Direttore Generale 2018 sui parti cesarei primari prevede anche:

**Criteria di accesso al punteggio dell'obiettivo per Azienda**

1. **100% di coerenza tra cartella SDO e scheda CEDAP con DRG di parto da 370 a 375 (SI/NO).** Qualora tale criterio non fosse soddisfatto non sarà attribuito il punteggio dell'obiettivo.
2. **Bilancio di salute alla 36°-37° settimana  $\geq 52\%$  per ciascun punto nascita aziendale.** Qualora tale criterio non fosse soddisfatto, il punteggio conseguito dall'obiettivo sarà decurtato del 50%.

In merito al primo punto si è proceduto in corso d'anno ad una puntuale verifica circa la coerenza delle cartelle SDO e schede CEDAP secondo i report disponibili sul portale PADDI; nel corso di tali verifiche sono emerse schede CEDAP convalidate per le quali non risultava la corrispondente SDO e schede CEDAP convalidate con SDO non di parto.

Alla luce di quanto sopra si è proceduto alla rettifica delle anomalie attraverso il confronto con il competente settore regionale, come da comunicazione mail del 24.1.2019 (allegata).

In relazione al secondo criterio di accesso si riporta il dato disponibile sul portale PADDI:



**PN\_CEDAP\_Perc\_Nasc\_12 - BdS della 36-37 settimana presso il PN**

Fonte dati CEDAP, aggiornamento del 07/02/2019

**Anno Parto : 2018**

Punto Nascita	Totale Donne	Donne con età gestazionale > 36 settimane		Donne con BdS presso il PN	
	N°	N°	%	N°	%
213 Ospedale San Giacomo Novi	677	643	95,0%	504	78,4%
213 Ospedale Santo Spirito Casale	362	347	95,9%	253	72,9%

## DONAZIONI ORGANI

### INDICATORE

1. BDI = n° morti encefaliche segnalate nei reparti di rianimazione afferenti al Presidio Ospedaliero/n° decessi di soggetti ricoverati nei Reparti di rianimazione del Presidio Ospedaliero con una patologia compatibile con l'evoluzione verso la morte encefalica
2. n° di opposizioni alla donazione di organi nei reparti di rianimazione afferenti al Presidio Ospedaliero/n° di segnalazioni di morte encefalica nei reparti di rianimazione afferenti al Presidio Ospedaliero
2. n° donatori di cornea nel 2018 / totale decessi ospedalieri del 2016 fra i 5 e i 75 anni compresi

### VALORE DELL'OBIETTIVO

Cfr. Tabelle seguenti nell'allegato alla D.R.G.

Si riportano i dati aggiornati a **dicembre 2018**, come forniti dai Coordinatori locali:

**DONAZIONI CORNEE : INDICATORE- N° DONATORI CORNEA NEL 2018/TOTALE DECESSI OSPEDALIERI DEL 2017<sup>1</sup> FRA I 5 E I 75 ANNI COMPRESI**

DONAZIONI CORNEE ANNO 2018		
Presidio Ospedaliero	Donatori cornee al 31.12.18	Obiettivo 2018
CASALE	15	11
TORTONA	11	5
NOVI	8	9
ACQUI	9	8
<b>TOTALE</b>	<b>43</b>	<b>33</b>

L'obiettivo aziendale risulta **raggiunto**.

<sup>1</sup> indicatore regionale costruito sui decessi dell'anno precedente.

L'unico Presidio che non ha raggiunto l'obiettivo (per una unità) risulta essere quello di Novi. Sono state verificate le tipologie di pazienti afferenti presso il P.O. di Novi e i potenziali donatori, con il risultato di riscontrare una adesione alle indicazioni regionali.

**SEGNALAZIONI DI SOGGETTI IN MORTE ENCEFALICA (BDI%): INDICATORE - N° MORTI ENCEFALICHE SEGNALATE NEI REPARTI DI RIANIMAZIONE / N° DECESSI DI SOGGETTI RICOVERATI NEI REPARTI DI RIANIMAZIONE CON PATOLOGIA COMPATIBILE CON L'EVOLUZIONE VERSO LA MORTE ENCEFALICA.**

<b>BDI % ANNO 2018</b>		
<b>Presidi Ospedalieri</b>	<b>Dato 31.12.18</b>	<b>Obiettivo 2018</b>
CASALE	33%	20-40%
TORTONA	Nessun decesso compatibile con morte encefalica	20-40%
NOVI	100%	20-40%
ACQUI	50%	20-40%

<b>% OPPOSIZIONE ALLA DONAZIONE DI ORGANI ANNO 2018</b>		
<b>Presidi Ospedalieri</b>	<b>Dato al 31.12.18</b>	<b>Obiettivo 2018</b>
CASALE	2 opposizioni/3 segnalazioni morti encefaliche 66,6%	< 33%
TORTONA	Nessun decesso compatibile con morte encefalica	< 33%
NOVI	0 opposizioni su 1 caso di morte encefalica = 0	< 33%
ACQUI	0 opposizioni su 2 casi di morte encefalica = 0	< 33%

<b>BDI % ANNO 2017</b>		
<b>Presidi Ospedalieri</b>	<b>Dato anno 2017</b>	<b>Obiettivo 2017</b>
CASALE M.	43 %	20-40%
TORTONA	100%	20-40%
NOVI L.	75 %	20-40%
ACQUI T.	33%	20-40%

Considerato, altresì, che non essendo presenti nei Presidi di Tortona e Acqui T. SS.CC. di Anestesia e Rianimazione, ma Strutture Semplici di Anestesia, Terapia Intensiva e Sub Intensiva, con conseguente diversa tipologia di pazienti afferenti ai Presidi stessi, l'obiettivo è da considerarsi raggiunto.

## **UMANIZZAZIONE DELLE STRUTTURE DI RICOVERO DELLE AZIENDE SANITARIE REGIONALI**

Il nuovo Patto per la salute 2014-2016 (Intesa rep. n. 82/CSR del 10 luglio 2014), all'articolo 4, recante "Umanizzazione delle cure", prevede che le Regioni, nel rispetto della centralità della persona nella sua interezza fisica, psicologica e sociale, si impegnano ad attuare interventi di umanizzazione in ambito sanitario che coinvolgano gli aspetti strutturali, organizzativi e relazionali dell'assistenza. Nell'atto si conviene, tra l'altro, la predisposizione di un programma annuale di umanizzazione che comprenda la definizione di almeno un'attività progettuale in tema di formazione del personale ed un'altra in tema di cambiamento organizzativo.

Il Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2015, approvato con DCR n. 167-14087 del 3 aprile 2012, ha previsto l'adozione di strumenti finalizzati allo sviluppo del processo di empowerment attraverso il rafforzamento delle sue tre componenti fondamentali:

il "controllo" riferito alla capacità di influenzare le decisioni che riguardano la propria esistenza; la "consapevolezza critica" consistente nella comprensione del funzionamento delle strutture di potere e dei processi decisionali, di come i fattori in gioco vengono influenzati e le risorse mobilitate; la "partecipazione" attinente all'operare insieme agli altri per ottenere risultati desiderati e condivisi.

### **INDICATORE**

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

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

### **VALORE DELL'OBIETTIVO**

Azioni di miglioramento implementate/completate

L'obiettivo 4.7 Umanizzazione, prevedeva nel corso del 2018, **l'implementazione delle azioni correttive a lungo termine definite nel Piano di Miglioramento** approvato con atto deliberativo n.948 del 23.12.2016.

Si è provveduto pertanto a contattare i Direttori delle Strutture direttamente interessate per l'attuazione delle azioni di miglioramento con richiesta dello stato di avanzamento dei lavori.

Si è poi proceduto all'acquisizione delle evidenze attestanti il superamento delle singole criticità e relativamente ad alcuni item è stata eseguita, con il supporto dei relativi responsabili, una analisi dettagliata della documentazione fornita per presentarla successivamente al vaglio della Direzione Generale.

Terminata la raccolta delle evidenze e tenuto conto delle osservazioni e valutazioni dei responsabili di struttura interessati e della Direzione generale è stata implementata la tabella inerente alle azioni di miglioramento a lungo termine e si è proceduto a pianificare l'incontro con l'equipe locale.

L'incontro per la disamina, valutazione, condivisione delle azioni correttive a lungo termine previste ed implementate si è svolto il 4.2.2019 presso la Direzione Generale.



## **i) OBIETTIVI DI RISPETTO DEGLI STANDARD DEI TEMPI DI ATTESA DELLA SPECIALISTICA AMBULATORIALE**

### **TEMPI DI ATTESA SPECIALISTICA AMBULATORIALE**

L'obiettivo si compone di tre sub-obiettivi:

1. Adeguamento del tempo medio di attesa (indice di performance) allo standard regionale stabilito dalla Direzione Sanità per le singole prestazioni oggetto di monitoraggio:
  - per le Asl l'obiettivo è da intendersi nella prospettiva della tutela pertanto il monitoraggio sarà relativo al consumo dei residenti del proprio territorio a prescindere da chi eroga la prestazione (pubblico o privato);
2. Percorsi di Follow up. Stante l'implementazione del flusso DEM, sarà oggetto di valutazione l'evidenza di almeno 5 percorsi di Follow-up per i quali lo specialista svolga le fasi di prescrizione, prenotazione (presa in carico) ed erogazione della prestazione.

Ai fini del sub-obiettivo sono prese in considerazione le prestazioni previste dal PNLGA (visite specialistiche e diagnostica strumentale) indicate nella tabella di seguito.

Sono valutate ai fini del monitoraggio tutte le prestazioni consumate/erogate (primo accesso e non) e tutte le modalità di prescrizione.

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

Il miglioramento previsto dall'obiettivo si intende ad invarianza delle risorse economiche assegnate con DGR 113-6305 del 22 dicembre 2017 e s.m.i.

La Direzione Sanità si riserva la possibilità di attivare, oltre al monitoraggio da flusso, ulteriori verifiche a campione effettuate telefonicamente e/o attraverso visite on site e/o attraverso il CUP laddove presente.

**INDICATORE**

(data prenotazione – data erogazione)

1.  $\Sigma$  \_\_\_\_\_

N° prestazioni

2. prescrizione, prenotazione (presa in carico) e erogazione del follow-up a cura dello specialista su percorsi identificati dall'Azienda

**VALORE DELL'OBIETTIVO**

1. cfr tabella

2. evidenza di almeno ( $\geq$ ) 5 percorsi di Follow-up implementati

3. il valore obiettivo sarà definito dalla Regione in funzione alle specifiche prestazioni individuate.

Nella rilevazione dei tempi di attesa (indice di performance) in relazione allo standard regionale per le singole prestazioni oggetto di monitoraggio, redatta nella prospettiva della tutela e quindi relativa al consumo dei residenti ASL AL a prescindere da chi eroga la prestazione (pubblico e privato), risultano **n.7 prestazioni fuori standard gennaio-dicembre 2018: visita oculistica, visita endocrinologica, colonscopia, elettromiografia, fondo oculare, spirometria, visita dermatologica.**

**Le prestazioni fuori standard anno 2017 erano 11.** Nei 12 mesi 2018 sono rientrate entro lo standard rispetto al 2017 n°6 prestazioni: visita fisiatrica, sigmoidoscopia, esofagoduodenoscopia, mammografia, audiometria, ecografia della mammella.

Sono invece passate fuori standard nel 2018 rispetto al 2017: visita endocrinologica, elettromiografia.

	Anno 2017	Anno 2018
n. visite e prestazioni entro standard	29	33
n. visite e prestazioni fuori standard	11	7

	Standard	2018 GEN-DIC
Prestazione	T.A. Medio	T.A. Medio
01 Visita cardiologica	30	23,3
02 Visita chirurgia vascolare	30	25,0
03 Visita endocrinologica	30	38,2
04 Visita neurologica	30	26,7
05 Visita oculistica	30	42,6
06 Visita ortopedica	30	22,3
07 Visita ginecologica	30	10,6
08 Visita otorinolaringoiatrica	30	26,0
09 Visita urologica	30	15,0
10 Visita dermatologica	30	39,4
11 Visita fisiatrica	30	22,0
12 Visita gastroenterologica	30	29,3
13 Visita pneumologica	30	19,2
14 Mammografia	40	34,1
15 TC senza e con contrasto del torace	30	15,9
16 TC senza e con contrasto dell'addome	30	15,4
19 TC senza e con contrasto del capo	30	9,4
20 TC senza e con contrasto del rachide e speco vertebr.	30	6,3
21 TC senza e con contrasto del bacino	30	5,8
22 RMN del cervello e del tronco encefalico	30	11,2
23 RMN pelvi, prostata e vescica	30	7,3
24 RMN muscoloscheletrica	30	5,7
25 RMN della colonna vertebrale	30	7,0
26 Ecografia capo e collo	40	16,3
27 Ecocolordoppler cardiaca	40	33,9
28 Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici	40	25,2
29 Ecocolordoppler dei vasi periferici	30	18,5
30 Ecografia addome	30	15,4
31 Ecografia della mammella	30	28,1
32 Ecografia ostetrica-ginecologica	11	6,5
33 Colonscopia	30	43,3
34 Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	30	24,1
35 Esofagogastroduodenoscopia	30	27,1
36 Elettrocardiogramma	30	25,0
37 Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	40	28,6
38 Elettrocardiogramma da sforzo	40	32,0
39 Audiometria	30	26,2
40 Spirometria	40	40,4
41 Fondo oculare	60	64,6
42 Elettromiografia	30	30,5
T.A. ENTRO STANDARD		
T.A. OLTRE STANDARD (SCOSTAMENTO >20%)		
T.A. OLTRE STANDARD (SCOSTAMENTO <20%)		

**Prestazioni fuori standard gennaio-dicembre 2018:**

<b>visita oculistica st.30 gg</b>	<b>T.A. Tutela</b>	<b>T.A. Produzione residenti ASL AL</b>	<b>T.A. ASL AL</b>	<b>n. prestazioni erogate ASL AL</b>
2016	64,9	71,5	71,11	17673
2017	50,01	48,6	48,32	19403
2018	42,6 ↓	52,6	52,95	16177

**Visita Oculistica:** nel 2018 sono diminuiti i T.A. tutela, produzione e ASL AL nonostante una diminuzione delle prestazioni erogate ASL AL (residenti e non residenti).

<b>visita endocrinologica st. 30 gg</b>	<b>T.A. Tutela</b>	<b>T.A. Produzione residenti ASL AL</b>	<b>T.A. ASL AL</b>	<b>n. prestazioni erogate ASL AL</b>
2016	29,4	25,7	25,48	1736
2017	24,8	20,3	19,87	1925
2018	38,2	47,1	46,84	2063

**Visita endocrinologica:** nel 2018 sono aumentati i T.A. tutela, produzione, ASL AL e aumentate le prestazioni erogate ASL AL (residenti e non residenti).

Si segnala che nella rilevazione "giorno indice" sono entro lo standard le sedi PP.OO. di Acqui T., Casale M., Tortona.

<b>Colonscopia</b> St.30 gg	T.A. Tutela	T.A. Produzione residenti ASL AL	T.A. ASL AL	n. prestazioni erogate ASL AL
2016	50,0	46,6	46,47	3334
2017	44,6	46,0	46,31	3227
2018	43,3 ↓	45,6	44,74	2574

**Colonscopia:** nel 2018 sono diminuiti i T.A. tutela, produzione e ASL AL nonostante una diminuzione delle prestazioni erogate ASL AL (residenti e non residenti).

Si segnala che nella rilevazione “giorno indice” sono entro lo standard le sedi PP.OO. di Acqui T., Novi L., Tortona. Si segnala, inoltre, il guasto di una apparecchiatura elettromiografo che ha inciso sul rispetto dei tempi d’attesa previsti.

<b>Elettromiografia</b> St. 30 gg	T.A. Tutela	T.A. Produzione ASL AL	T.A. ASL AL	n. prestazioni erogate ASL AL
2016	16,5	23,5	23,78	7259
2017	20,0	24,1	24,61	9569
2018	30,5	37,1	36,84	8899

**Elettromiografia:** nel 2018 sono aumentati i T.A. tutela, produzione e ASL AL e diminuite le prestazioni erogate ASL AL (residenti e non residenti) rispetto al 2017.

Si segnala che nella rilevazione “giorno indice” è entro lo standard la sede ospedaliera di Casale M.

<b>Fondo oculare st. 60 gg</b>	<b>T.A. Tutela</b>	<b>T.A. Produzione ASL AL</b>	<b>T.A. ASL AL</b>	<b>n. prestazioni erogate ASL AL</b>
2016	74,1	70,3	70,72	4037
2017	63,1	57,4	57,40	4780
2018	64,6	61,9	61,14	4190

**Fondo oculare:** nel 2018 sono diminuiti i T.A. tutela, produzione e ASL AL rispetto al 2016 e diminuite le prestazioni erogate ASL AL (residenti e non residenti) rispetto al 2017.

Si segnala che nella rilevazione “giorno indice” sono entro lo standard tutte le sedi di erogazione ASL AL ad eccezione del Poliambulatorio Distrettuale di Casale M.

<b>Spirometria St.40 gg</b>	<b>T.A.Tutela</b>	<b>T.A. Produzione ASL AL</b>	<b>T.A. ASL AL</b>	<b>n. prestazioni erogate ASL AL</b>
2016	65,4	85,3	87,13	4609
2017	65,5	78,3	78,78	4061
2018	40,4 ↓	26,9	27,54	4663 ↑

**Spirometria:** nel 2018 sono diminuiti i T.A. tutela, produzione e ASL AL e aumentate le prestazioni erogate ASL AL (residenti e non residenti).

Si segnala che nella rilevazione “giorno indice” sono entro lo standard tutte le sedi di erogazione ASL AL ad eccezione del Poliambulatorio Distrettuale di Casale M.

<b>Visita dermatologica</b> <b>St.30 gg</b>	<b>T.A. Tutela</b>	<b>T.A. Produzione ASL AL</b>	<b>T.A. ASL AL</b>	<b>n. prestazioni erogate ASL AL</b>
2016	33,5	37,9	38,58	11052
2017	32,5	36,2	35,67	10998
2018	39,4	42,7	42,27	11546 ↑

**Visita dermatologica:** nel 2018 sono aumentati i T.A tutela, produzione e ASL AL nonostante l'aumento delle prestazioni erogate ASL AL (residenti e non residenti)

Si segnala che nella rilevazione "giorno indice" sono entro lo standard le sedi di erogazione dei Poliambulatori distrettuali di Acqui T., Arquata S. e Castelnuovo S..

Sulla base dei flussi mensili informativi relativi ai tempi medi di attesa della specialistica ambulatoriale si sono implementate **azioni specifiche** al fine di migliorare se non consentire il rientro nei tempi medi di attesa previsti dalla D.G.R. stessa.

#### **ATTIVITÀ EFFETTUATE**

Il **Progetto interaziendale ASL AL e ASO AL per la riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni critiche**, inviato per la valutazione in Regione il 31 luglio, prevede azioni congiunte ASL AL e ASO AL per l'abbattimento dei tempi d'attesa delle prestazioni critiche.

In particolare per alcune prestazioni individuate quali critiche in relazione ai tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni, sono state programmate prestazioni aggiuntive per il 2018-2019 così come rappresentato nelle seguenti tabelle:

## ANNO 2018

BRANCA	PRESTAZIONE	N° PRESTAZIONI AGGIUNTIVE PROGRAMMATE
		<b>A</b>
DERMATOLOGIA	PRIMA VISITA	660
OCULISTICA	ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO	660
ENDOCRINOLOGIA	PRIMA VISITA	66
ENDOSCOPIA (*)	COLONSCOPIA	33
RADIOLOGIA (*)	ECOCOLORDOPPLER TSA	400
	ECOCOLORDOPPLER VP	
	ECO ADDOME	
	MAMMOGRAFIA	
<b>TOTALE</b>		<b>1.819</b>

## ANNO 2019

BRANCA	PRESTAZIONE	N° PRESTAZIONI AGGIUNTIVE PROGRAMMATE
		<b>A</b>
DERMATOLOGIA	PRIMA VISITA	2.400
OCULISTICA	ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO	2.400
ENDOCRINOLOGIA	PRIMA VISITA	240
ENDOSCOPIA (*)	COLONSCOPIA	120
RADIOLOGIA (*)	ECOCOLORDOPPLER TSA	800
	ECOCOLORDOPPLER VP	
	ECO ADDOME	
	MAMMOGRAFIA	
<b>TOTALE</b>		<b>5.960</b>

Tra la azione legate al Progetto si evidenziano:

- Formazione di un **gruppo di lavoro interaziendale ASOAL-ASLAL-ASLAT** per l'applicazione della DGR n 17/4817 del 27 marzo 2017 titolata " Il Programma regionale per il Governo dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per il triennio 2017-2019. Primi Indirizzi alle aziende sanitarie regionali"
- **Analisi dell'esistente** in termini di specialisti erogatori, sede di erogazione, minutaggio del tempo di esecuzione delle prestazioni con lo scopo di allineare la durata delle visite e prestazioni tra specialisti di analoghe discipline, eliminando difformità
- Rimodulazione della proporzione di **prime visite e controlli**



- Monitoraggio e controllo di modifiche **calendari** o sospensioni temporanee delle attività riguardanti le prestazioni critiche garantendo le presenze degli specialisti sulle varie sedi ospedaliere
- Monitoraggio dell'**appropriatezza delle richieste relative alle prestazioni critiche** attraverso la registrazione della concordanza della graduazione di urgenza valutata al momento dell'erogazione
- Monitoraggio del **PDTA interaziendale del paziente con lombalgia e lombosciatalgia** che tra i propri obiettivi poneva la riduzione dei TA per le prestazioni specialistiche collegate
- Implementazione del **PDTA per la BPCO e asma** per la gestione dei TA per le spirometrie e del **PDTA per il carcinoma del colon retto** e sviluppo della rete specialistica a supporto
- Definizione del **PDTA per lo scompenso cardiaco** che avrà ricadute anche sui TA per la diagnostica collegata

Nell'ambito dell'attività di formazione / informazione:

- Promozione della **Formazione rivolta ai MMG e specialisti territoriali e ospedalieri** sui criteri di appropriatezza (effettuati incontri tra ASL AL e ASO AL finalizzati alla programmazione dei corsi e attività formativa collegata al Progetto Slow Medicine)
- Promozione e implementazione di un **corso rivolto agli operatori del CUP delle due aziende ASOAL e ASLAL** per la gestione delle agende comuni (visita dermatologica, spirometria, colonscopia, ecocardiografia) – (in via di programmazione)
- Costante aggiornamento sul sito web aziendale della apposita **sezione denominata “Liste di Attesa”**
- **Piano della Comunicazione di Area:** prosegue il piano di realizzazione e verifica dei risultati delle iniziative già implementate nell'anno 2017 dal gruppo di Area omogenea Piemonte SE. In particolare
  - **aggiornate e distribuite le brochure informative** sulle modalità di accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali;
  - programmati **incontri con i rappresentanti dei cittadini** per la condivisione dei PDTA previsti nel progetto (scompenso cardiaco, BPCO, Ca colon-retto) e che trovano corrispondenza nel redigendo Piano delle Cronicità, anche allo scopo di sensibilizzare i cittadini ad un uso appropriato dell'offerta sanitaria
  - svolti i periodici incontri con la **Conferenza Aziendale di Partecipazione** con costante attenzione sugli aspetti legati all'offerta di prestazioni specialistiche

Significativa azione legata all'attuazione del Progetto riguarda **l'estensione degli orari di accesso alle prestazioni** (tardo pomeridiano, sabato, ...) per visite aggiuntive di oculistica, prestazioni aggiuntive di colonscopia e ecografia addome dal mese di dicembre 2018.

Prestazioni Dicembre 2018	Numero prestazioni	Numero ore	orario
Esame complessivo occhio	54	18	15,30-19,30
Colonscopia	30	22	15,30-18,30 Sabato 8,30- 13
Eco addome	177	40	14-17

### AZIONI SU SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI

Ad ottobre 2018 è stata fatta analisi dell'esistente in termini di specialisti erogatori, sede di erogazione, minutaggio prestazioni, con lo scopo di allineare la durata delle visite e prestazioni tra specialisti di analoghe discipline, eliminando le difformità e rimodulazione delle proporzioni tra prime visite e controlli. Si è proceduto in ottobre ad incontri con i Direttori di Distretto per quanto riguarda le agende degli specialisti ambulatoriali interni di oculistica, dermatologia, endocrinologia, otorinolaringoiatria con revisione condivisa di 31 agende. Le integrazioni e modifiche delle agende sono state autorizzate dai Direttori Distretti nei mesi di novembre e dicembre.

Dermatologia: incremento n. prime visite: documentabili n.77 in quanto per alcuni specialisti le agende comprendendo insieme prime visite e controlli non è ad oggi possibile estrapolare il dato. Le modifiche sono state applicate ai primi posti utili nei mesi di dicembre 2018 e gennaio, febbraio 2019.

Dal primo ottobre sono state assegnate n.30 ore settimanali di specialistica a tempo indeterminato (16 ore al Distretto di Casale e 14 ore al Distretto di Alessandria e Valenza). E' stata evidenziata la criticità riguardante la "mappatura dei nei" non prevista nei LEA ed è stata ricondotta e limitata alla dermatoscopia mirata del neo nell'ambito della visita. Da valutare nei prossimi report l'impatto sui tempi di attesa e il n. visite.

Endocrinologia: da metà ottobre sono annullate le ore di endocrinologia sul P.O. di Novi. Incremento su altra sede di n.8 prime visite/sett.

Oculistica: separate agende prime visite e controlli e fondo oculare. Da valutare nei prossimi report l'impatto sui tempi medi di attesa e n. visite. Sono state pubblicate ma non ancora assegnate n.42 ore di oculistica.

ORL: separate agende prime visite e controlli. Da valutare nei prossimi report l'impatto sui tempi di attesa e il n. visite.

## **AZIONI SU SPECIALISTI DIPENDENTI**

Sono stati effettuati incontri con i Direttori di Struttura per le prestazioni che presentano criticità nei tempi d'attesa in particolare con le specialità di oculistica, gastroenterologia, endocrinologia, radiologia, neurologia monitorando e controllando le modifiche dei calendari o sospensioni temporanee delle attività garantendo le presenze degli specialisti distribuite sulle varie sedi ospedaliere.

Oculistica: si è mensilmente contattato il Direttore SC per apertura agende ulteriori quando la turnistica e la presenza degli specialisti lo consente. Aperte agende su Acqui. Modificate agende di vista oculistica pediatrica e visita ortottica su Casale.

Spirometria: presso il Presidio Ospedaliero di Tortona è stato attivato ambulatorio per spirometria semplice eseguito da personale infermieristico e sono state attivate agende presso le Case della Salute.

Elettromiografia: risulta critico il tempo d'attesa per elettromiografia in quanto a Tortona l'apparecchio risulta non utilizzabile e sono in corso le procedure per la sostituzione e quindi non si effettuano EMG.

Endocrinologia: si è rimodulata l'agenda su P.O. Casale (rimodulata a luglio da 16 prime visite a 33 prime visite e da 31 controlli a 13 controlli) in quanto necessari posti per visite di controllo e presenza di posti di prima visita disponibili e non occupati. Si sono aperte disponibilità di posti su Acqui sulla base della turistica mensile di reparto.

Colonscopia: la situazione ha risentito della mancanza per alcuni mesi di un responsabile del servizio di endoscopia, dell'assenza per un certo periodo di due specialisti e di alcune criticità organizzative del servizio negli ultimi mesi, monitorate e ricondotte a una attività modulata sulla garanzia delle prestazioni su tutte le 5 sedi ospedaliere di endoscopia.

Con delibera 2018/724 del 13/11/18 – prestazioni aggiuntive è stato effettuato il seguente **aumento di produzione con attività in tardo pomeridiano e di sabato** come previsto dalla D.G.R. 27/03/17 n.17-4817 “Programma regionale per il Governo dei Tempi di Attesa delle Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale per il triennio 2017-2019”:

#### Attivate a dicembre 2018

Esame complessivo dell'occhio	n.18 ore per n.54 posti su P.O. Novi L.
Prima visita endocrinologica	n.11 ore per n.33 posti su PP.OO. Acqui e Ovada
Colonscopia	n.22 ore e 30' per n.30 posti su PP.OO. Casale, Tortona, Novi L. e Acqui T.
Ecodoppler	n.6 ore per n.18 posti su P.O. Tortona
Mammografie	n.12 ore per n.36 posti su P.O. Tortona
Eco addome	n.18 ore per n.108 posti su P.O. Tortona
Eco addome	n.22 ore per n.69 posti su P.O. Casale

Nell'ambito dei contratti con gli erogatori privati per gli anni 2018/2019 sono state definite secondo le indicazioni fornite con D.G.R. n. 14 giugno 2018 n. 37-7057 e con DD.DD. 02/07/18 n. 453 e 28/09/18 n. 605, “le prestazioni protette finalizzate al recupero dei tempi d’attesa delle prestazioni monitorate al di sopra degli standard preferiti o che presentassero comunque situazioni di possibili criticità”.

Con nota protocollo n. 0062094 del 8 giugno 2018 l'ASL AL ha espresso parere favorevole circa la domanda del Policlinico di Monza di accreditamento della branca di gastroenterologia autorizzata nel presidio Clinica Salus con contestuale spostamento della sede di erogazione nel presidio clinico Città di Alessandria ciò risulterebbe significativo per incrementare l’offerta di prestazioni di colonscopia.

Osservazioni: si rileva che il tempo medio di erogazione risente molto delle scelte dell’utente (non accettazione del primo posto disponibile in ASL) nonostante si garantiscano tempi bassi su prestazioni in altre sedi di erogazione. Per le prestazioni strumentali (colonscopie, spirometria ecc) le prestazioni di controllo prenotate a distanza vengono conteggiate nel dato.

## PRESTAZIONI ATTESE EX DGR 28-7537 DEL 14 SETTEMBRE 2018

Prestazioni attese: valore fisso definito per ogni ASL di residenza e specifico gruppo di prestazione. Tale valore è calcolato come la sommatoria dei seguenti addendi:

- ❖ Valore max tra -> Totale numero prestazioni erogate dai privati per ASL di residenza e specifico gruppo di prestazione e -> 30% delle prestazioni negoziate dai privati per ASL di residenza e specifico gruppo prestazione. Il secondo valore sarà disponibile solo successivamente alle attività di negoziazione dei privati per i tetti spesa
- ❖ Prestazioni prodotte dai pubblici calcolate come: produzione per ASL di residenza e gruppo prestazioni di (12 mesi 2017/periodo gennaio - agosto 2017 ) \* gennaio-agosto 2018
- ❖ Numero prestazioni aggiuntive individuate per ASL di residenza e gruppo prestazioni, come definito nella DGR 28-7537 del 14/09/2018.

### RISULTATO ANNO 2018

Tipo prestazione	Prestazioni attese	Prestazioni erogate	Prestazioni da erogare	Incidenza delle prestazioni
<b>DIAGNOSTICA</b>	<b>254.559</b>	<b>258.843</b>	<b>-4.284</b>	<b>101,7%</b>
<b>VISITA</b>	<b>131.562</b>	<b>132.874</b>	<b>-1.312</b>	<b>101,0%</b>
<b>TOTALE</b>	<b>386.121</b>	<b>391.717</b>	<b>-5.596</b>	<b>101,4%</b>

Fonte dati: Cruscotto Regionale Tempi Attesa

## A.S.L. ALESSANDRIA (da Cruscotto RP Tempi Erogazione)

### ANNO 2018

Tipo prestazione	Prestazione	Prestazioni attese	Prestazioni erogate	Prestazioni da erogare	Incidenza delle prestazioni
DIAGNOSTICA	TC senza e con contrasto Bacino	130	184	-54	141,5%
DIAGNOSTICA	RMN Pelvi, prostata e vescica	768	997	-229	129,8%
DIAGNOSTICA	TC senza e con contrasto Rachide e speco vertebrale	1.107	1.323	-216	119,5%
DIAGNOSTICA	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	163	187	-24	114,7%
DIAGNOSTICA	TC senza e con contrasto Addome superiore	291	330	-39	113,4%
DIAGNOSTICA	TC senza e con contrasto Addome inferiore	104	117	-13	112,5%
DIAGNOSTICA	Esofagogastroduodenoscopia	3.643	4.040	-397	110,9%
DIAGNOSTICA	TC senza e con contrasto Capo	1.064	1.156	-92	108,6%
DIAGNOSTICA	TC senza e con contrasto Torace	8.963	9.716	-753	108,4%
DIAGNOSTICA	TC senza e con contrasto Addome completo	7.764	8.381	-617	107,9%
DIAGNOSTICA	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	5.682	6.121	-439	107,7%
DIAGNOSTICA	RMN Muscoloscheletrica	10.201	10.729	-528	105,2%
DIAGNOSTICA	Ecocolordoppler dei vasi periferici	12.485	13.130	-645	105,2%
DIAGNOSTICA	Mammografia	4.995	5.247	-252	105,0%
DIAGNOSTICA	Elettrocardiogramma da sforzo	3.539	3.647	-108	103,1%
DIAGNOSTICA	Colonscopia	4.563	4.690	-127	102,8%
DIAGNOSTICA	RMN Cervello e tronco encefalico	5.803	5.917	-114	102,0%
DIAGNOSTICA	Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici	12.719	12.946	-227	101,8%
DIAGNOSTICA	RMN Colonna vertebrale	11.806	12.002	-196	101,7%
DIAGNOSTICA	Ecografia Addome	36.545	37.127	-582	101,6%
DIAGNOSTICA	Elettrocardiogramma	34.714	35.211	-497	101,4%
DIAGNOSTICA	Ecografia Capo e collo	11.660	11.804	-144	101,2%
DIAGNOSTICA	Ecocolordoppler cardiaca	18.642	18.548	94	99,5%
DIAGNOSTICA	Ecografia Ostetrica-Ginecologica	5.103	5.065	38	99,3%
DIAGNOSTICA	Spirometria	6.735	6.604	131	98,1%
DIAGNOSTICA	Audiometria	5.234	5.093	141	97,3%
DIAGNOSTICA	Elettromiografia	26.179	25.325	854	96,7%
DIAGNOSTICA	Fondo oculare	5.761	5.480	281	95,1%
DIAGNOSTICA	Ecografia Mammella	8.196	7.726	470	94,3%
<b>DIAGNOSTICA</b>	<b>Totale</b>	<b>254.559</b>	<b>258.843</b>	<b>-4.284</b>	<b>101,7%</b>
VISITA	Visita chirurgia vascolare	1.133	1.313	-180	115,9%
VISITA	Visita ortopedica	14.287	14.955	-668	104,7%
VISITA	Visita dermatologica	13.407	13.981	-574	104,3%
VISITA	Visita cardiologia	15.864	16.345	-481	103,0%
VISITA	Visita otorinolaringoiatrica	13.716	13.889	-173	101,3%
VISITA	Visita oculistica	19.960	20.127	-167	100,8%
VISITA	Visita urologica	7.321	7.378	-57	100,8%
VISITA	Visita ginecologica	9.951	9.996	-45	100,5%
VISITA	Visita neurologica	7.345	7.340	5	99,9%
VISITA	Visita pneumologica	5.246	5.225	21	99,6%
VISITA	Visita fisiatrica	15.262	14.782	480	96,9%
VISITA	Visita endocrinologica	3.818	3.645	173	95,5%
VISITA	Visita gastroenterologica	4.252	3.898	354	91,7%
<b>VISITA</b>	<b>Totale</b>	<b>131.562</b>	<b>132.874</b>	<b>-1.312</b>	<b>101,0%</b>
	<b>TOTALE</b>	<b>386.121</b>	<b>391.717</b>	<b>-5.596</b>	<b>101,4%</b>

Fonte dati: Cruscotto Regionale Tempi Attesa

## **Percorsi di Follow up**

Con **nota ASL AL prot.132532 del 28 dicembre 2018** (allegata) sono stati trasmessi i documenti relativi all'attivazione dei **cinque percorsi di follow up** per i quali lo specialista svolge le fasi di prescrizione, prenotazione (presa in carico) ed erogazione della prestazione.

In particolare sono state individuate le seguenti prestazioni specialistiche :

**1. Visita pneumologica**

**2. Spirometria**

**3. Visita cardiologica**

**4. ECG**

**5. Visita neurologica**

Le azioni di implementazione hanno previsto quanto segue:

### **• visita pneumologica + spirometria**

– è stato stabilito di fare riferimento al PDTA interaziendale BPCO/ASMA che verrà deliberato entro febbraio 2019 nell'ambito del processo di elaborazione del Piano Locale della cronicità.

– Si precisa che i contenuti fondamentali del PDTA interaziendale BPCO/ASMA sono stati resi noti attraverso il Convegno "A PIU' AMPIO RESPIRO: IL PDTA INTERAZIENDALE PER BPCO ED ASMA" tenutosi il 21 aprile 2018.

– Il PDTA ha stratificato la popolazione con BPCO in tre livelli di gravità lieve, moderato e grave.

– La visita pneumologica ha una frequenza di almeno una volta all'anno nei pazienti gravi in ossigenoterapia a lungo termini. Nei pazienti moderati e gravi è prevista solo in base al giudizio clinico del MMG o dello specialista pneumologo.

– Per quanto riguarda la spirometria è prevista una frequenza di almeno una volta all'anno nei pazienti moderati e gravi.

#### • visita cardiologica + ECG

– il gruppo di lavoro interaziendale sullo scompenso cardiaco sta lavorando al PDTA interaziendale sullo scompenso cardiaco.

– In precedenza l'ASL AL all'interno del "PROGETTO DI CONTENIMENTO DELLA DOMANDA DI PRESTAZIONI AMBULATORIALI IN TERMINI DI RECUPERO DI APPROPRIATEZZA" (Deliberazione del DG n°2014/91 del 30-01-2014) aveva attivato un Gruppo integrato Ospedale –Territorio per la definizione di percorsi diagnostico - terapeutici sulla cronicità che aveva elaborato un documento sul PDTA dello Scompenso cardiaco.

– Il gruppo di lavoro interaziendale, tenuto conto di questa esperienza, sta elaborando gli standard di cura di percorso e ha condiviso la necessità di fare in modo che lo specialista svolga le fasi di prescrizione, prenotazione (presa in carico) ed erogazione della prestazione.

– Si prevede di deliberare il PDTA interaziendale per lo Scompenso cardiaco entro marzo 2019 nell'ambito del processo di elaborazione del Piano Locale della cronicità.

– Nel PDTA la popolazione è stata stratificata in tre livelli di gravità: lieve, moderato e grave. Il paziente con scompenso moderato esegue almeno due ECG all'anno e almeno una valutazione cardiologica all'anno. Nel paziente grave la frequenza può aumentare in relazione alle variabili cliniche specifiche del paziente.

#### • visita neurologica

– è stata coinvolta la responsabile della SC Neurologia che a sua volta ha condiviso la necessità di fare in modo che lo specialista svolga le fasi di prescrizione, prenotazione (presa in carico) ed erogazione della prestazione, individuando come condizione patologica principale cui fare riferimento la malattia di Parkinson.

– Per questa condizione pur non essendo attivato uno specifico PDTA è possibile delineare un percorso strutturato in base alle linee guida e guidato in prima persona dallo specialista neurologo.



Gli specialisti utilizzano come programma di refertazione Medsoffice, attraverso il quale, lo specialista può vedere la propria attività quotidiana, refertare e dare l'eseguito alle prestazioni effettuate. Il medico può prescrivere impegnative per altre prestazioni e inserire visite e/o esami ma sempre in più rispetto ai posti disponibili in agenda CUP gestiti tramite un altro applicativo (Arianna).

Con il programma Medsoffice lo specialista non può fare prenotazioni su agende CUP o creare agende. Per questa ragione nel caso lo specialista debba programmare una delle cinque prestazioni individuate (visita pneumologica, spirometria, visita cardiologica, ECG e visita neurologica), potrà attraverso Medsoffice individuare la data disponibile e comunicarla al paziente.

Nel caso in cui la Struttura organizzativa disponga di personale abilitato a usare il programma Arianna la prenotazione verrà finalizzata immediatamente dopo la prescrizione specialistica. In assenza di personale abilitato il paziente potrà recarsi presso lo sportello CUP presente nella struttura sanitaria finalizzando la prenotazione in base alla prescrizione specialistica.

Nel 2019 è allo studio la possibilità di creare agende esclusive ad uso specialistico per follow up a partire dai PDTA adottati a livello aziendale.

## **j) OBIETTIVI LEGATI ALL'ATTIVITÀ DI PREVENZIONE**

**ATTUAZIONE DPCM 12/01/2017 DEFINIZIONE E AGGIORNAMENTO LEA - PNPV 2017-2019**

-

<b>INDICATORE</b> Tasso di copertura vaccinale
<b>VALORE DELL'OBIETTIVO</b> >= 95% nei soggetti <= 6 anni

Come da attestazione del responsabile SC SISP, il tasso di copertura vaccinale per la **Coorte 2016 (inferiore ai 6 anni)** rilevata al 31.12.2018 (**a 24 mesi**) è il seguente:

Polio: 95,79%

Difterite: 95,84%

Tetano: 95,86%

Pertosse: 95,83%

Epatite B: 95,71%

Haemophilus Influenzae b: 95,43%.

**Quindi per esavalente l'obiettivo del 95% risulta raggiunto**

## SCREENING ONCOLOGICI

### INDICATORE

**COPERTURE INVITI:** N° persone invitate + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale.

**COPERTURA ESAMI:** N° persone sottoposte al test di screening, incluse le adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale

### VALORE DELL'OBIETTIVO

Cfr. tabella allegata alla D.R.G.

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.

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

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).

La fonte dati è la **Banca dati CSI-CPO Piemonte**; ad oggi la fornitura dei report è ancora parziale, per cui i dati di seguito riportati potrebbero essere ulteriormente implementati.

## SCREENING MAMMOGRAFICO - ETÀ 50-69 ANNI

OBIETTIVO 4.5 - VALORI	ATTESO	MINIMO
<b>COPERTURA INVITI</b> (numero di donne invitate ad effettuare il test di screening + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale)	100%	97%
<b>COPERTURA ESAMI</b> (numero di donne sottoposte al test di screening + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale)	51%	45,9%

<b>ANNO 2018</b>	<b>EX DIPARTIMENTO 8 ASL AT</b>	<b>EX DIPARTIMENTO 9 ASL AL + AO AL</b>	<b>PROGRAMMA 6</b>
POPOLAZIONE OBIETTIVO	15.692	26.867	42.559
Donne invitate	15.037	27.387	42.424
Copertura da inviti	<b>95,8 %</b>	<b>101,9 %</b>	<b>99,7 %</b>
Test di primo livello eseguiti (esclusi richiami anticipati, casi intervallo, follow-up)	9.887	19.012	28.899
Copertura da esami	<b>63,0 %</b>	<b>70,8 %</b>	<b>67,9 %</b>

**L'obiettivo è stato raggiunto.**

## SCREENING CERVICO-VAGINALE - ETÀ 25-64 ANNI

OBIETTIVO 4.5 - VALORI	ATTESO	MINIMO
<b>COPERTURA INVITI</b> (numero di donne invitate ad effettuare il test di screening + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale)	100%	97%
<b>COPERTURA ESAMI</b> (numero di donne sottoposte al test di screening + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale)	47%	42,3%

<b>ANNO 2018</b>	EX DIPARTIMENTO 8 ASL AT	EX DIPARTIMENTO 9 ASL AL + AO AL	PROGRAMMA 6
Popolazione obiettivo 2018	16.241	36.709	52.950
Coorti bloccate	0	3.367	3.367
Popolazione obiettivo corretta	16.241	33.342	49.583
Inviti	16.212	35.314	51.526
Copertura inviti	<b>99,8 %</b>	<b>105,9 %</b>	<b>103,9 %</b>
Donne screenate	7.078	14.705	21.783
Copertura esami	<b>43,6 %</b>	<b>44,1 %</b>	<b>43,9 %</b>

**L'obiettivo è stato raggiunto.**

**SCREENING COLO-RETTALE - ETÀ 58 ANNI / 59 - 69 ANNI**

OBIETTIVO 4.5 - VALORI	ATTESO	MINIMO
<b>COPERTURA INVITI</b> (numero persone invitate a sigmoidoscopia + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale)	100%	97%
<b>COPERTURA ESAMI</b> (numero di persone sottoposte a sigmo o FIT + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale)	40%	36%

<b>ANNO 2018</b>	EX DIPARTIMENTO 8 ASL AT	EX DIPARTIMENTO 9 ASL AL + AO AL	PROGRAMMA 6
Popolazione obiettivo FS	3.627	6.619	10.246
Inviti	4.039	4.526	8.565
% obiettivo	<b>111,4 %</b>	<b>68,4 %</b>	<b>83,6 %</b>
Inviti FIT	4.916	21.834	26.750
popolazione obiettivo 58-69 - copertura da esami	8.543	28.453	36.996
FS - sigmoidoscopie	913	191	1.104
FIT – ricerca sangue occulto feci	3.678	9.891	13.569
Totale	4.591	10.082	14.673
% obiettivo	<b>53,7 %</b>	<b>35,4 %</b>	<b>39,7 %</b>

**L'obiettivo è stato raggiunto per la copertura da esami.**

**L'obiettivo non è stato raggiunto per la copertura da inviti.**

Da alcuni anni, purtroppo, esistono forti criticità dovute alla limitata offerta dei Servizi di Endoscopia dell'Azienda Ospedaliera di Alessandria e del P.O. di Casale Monferrato circa la disponibilità ad eseguire sigmoidoscopie di primo livello; tali carenze hanno creato una forte dicotomia tra i vari centri.

La S.O. UVOS ha cercato di inviare gli assistiti del territorio alessandrino e di quello casalese nelle altre strutture ma con scarsi risultati e, di conseguenza, si è registrato una notevole riduzione dell'adesione, oltre ad una congestione dell'attività delle altre endoscopie dell'ASL che devono provvedere anche all'esecuzione delle colonscopie indotte (da ricerca sangue occulto nelle feci positivi e/o sigmoidoscopie positive) degli assistiti risultati positivi provenienti dal territorio di Alessandria.

### **DATI ATTIVITA' DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE**

<b>Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione (SIAN)</b>	<b>Anno 2017</b>	<b>Anno 2018</b>
<b>Informazioni generali sulle funzioni : cfr. atto aziendale vigente</b>		
<b>Controlli, vigilanza e ispezioni in materia di sicurezza alimentare :</b>	1669 (cui vanno sommati 217 campioni di alimenti)	1786 (comprensivi di 233 campionamenti)
<b>Attività di controllo su acque per uso umano:</b>	1577	1980
<b>Provvedimenti e sanzioni :</b>	473 (ovvero 382 prescrizioni, 86 illeciti amministrativi, 5 denunce)	612 (ovvero 11 denunce, 77 illeciti ammin., 458 provv.ti art. 54/882 e 154 indicazioni di miglioramento)
<b>Attività di 'counselling' nutrizionale ( ore ):</b>	225	263
<b>Sorveglianza nutrizionale soggetti in età pediatrica (progetto 'Okkio'):</b>	Non previsto	357
<b>Sorveglianza nutrizionale</b>		
– pareri su menù e tabelle dietetiche ristorazione scolastica:	348	337
– pareri su menù e tabelle dietetiche strutture socio-assistenziali:	180	120
<b>Medicina dello Sport</b>		
<b>Visite</b>	6100	8453
<b>Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP)</b>	<b>Anno 2017</b>	<b>Anno 2018</b>
<b>Vaccinazioni obbligatorie e raccomandate</b>	61831	72032
<b>Vaccinazioni antinfluenzali</b>	56122	59000
<b>Vaccinazioni medicina dei viaggi</b>	5741	6394

Controlli, vigilanza ed ispezioni	1205	1248
Sorveglianza malattie infettive – notifiche pervenute	1381	1029
Pareri edilizi	233	175
Provvedimenti e sanzioni	385	380
Conferenze dei servizi	246	216
Interventi di educazione sanitaria e promozione alla salute	115	125
<b>Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro (SPRESAL)</b>	<b>Anno 2017</b>	<b>Anno 2018</b>
Ditte vigilate	1055	1104
Interventi di vigilanza	1055	1104
Cantieri Edili sottoposti a vigilanza	328	319
Infortuni sul lavoro indagati	162	147
Malattie Professionali indagate	155	143
Punti di prescrizione impartiti (art. 21 D.Lgs. 758/94)	491	414
Numero verbali	282	291
Piani di lavoro e notifiche amianto valutati	1297	983
Numero sopralluoghi effettuati	1127	982
<i>Servizio Veterinario</i>		
<b>Sanità Animale – Area A</b>	<b>Anno 2017</b>	<b>Anno 2018</b>
<b>Allevamenti zootecnici e consistenza capi:</b>	Allevamenti/Capi	Allevamenti/Capi
<b>Bovini</b>	702/42.236	700/42.000
<b>Ovini e caprini</b>	867/16.764	817/17.000
<b>Suini</b>	250/29.356	255/30.000
<b>Equidi</b>	1751/4.487	1728/4.000
<b>Conigli</b>	6/4.800	6/6.000
<b>Avicoli</b>	45/250.000	46/400.000
<b>Api</b>	Apiari 2.215 Alveari 33.000	Apiari 2.500 Alveari 35.000
<b>Stalle di sosta/commercio autorizzate</b>	7	7
<b>Automezzi trasporto bestiame autorizzati</b>	317	345
<b>Partite di animali da allevamento importate da estero</b>	1140	929
<b>(di cui 819 partite di bovini per un totale di 23.077 capi)</b>		
<b>Strutture sanitarie abilitate alla cura degli animali d'affezione</b>	Vedi S. Vet. Area C	
<b>Strutture adibite al ricovero di animali d'affezione: canili</b>	62	62
<b>Attività S.O.C. Sanità Animale – Area A:</b>		
<b>Accessi dei veterinari di Area A in allevamenti per profilassi varie:</b>	2000	2.023
<b>Prove di stalla effettuate per profilassi varie</b>	3332	3.200
<b>Capi in allevamenti zootecnici provati</b>	55.324	56.000
<b>Animali d'affezione – profilassi rabbia e lotta al randagismo</b>		



Cani censiti in anagrafe	76.995	81.316
Sedute di identificazione cani (veterinari ASL)	213	192
Cani identificati con microchip dal S. veterinario	3849	3.458
Interventi di vigilanza per anagrafe canina	1305	1480
Passaporti per animali d'affezione rilasciati	807	840
Morsicature segnalate	257	262
<b>Igiene degli alimenti di origine animale – Area B</b>	<b>Anno 2017</b>	<b>Anno 2018</b>
Impianti di macellazione	46	40
Altri impianti riconosciuti C.E.	52	52
Certificati export	88	41
Verifiche negli stabilimenti di produzione	295	171
Riscontro non conformità	10	4
Verifiche negli esercizi al dettaglio	618	452
Difformità alla normativa vigente	23	30
Visita ante e post mortem negli impianti di macellazione (bovini suini ed ovi-caprini)	11.377	11.969
Visita ante e post mortem negli impianti di macellazione: avicoli	2.141.579	2.120.966
Prelievo campioni alimenti	159	149
Sequestro merce	22 T	20 T
<b>Igiene degli allevamenti e produzioni zootecniche – Area C</b>	<b>Anno 2017</b>	<b>Anno 2018</b>
Strutture sanitarie abilitate alla cura degli animali d'affezione	86	83
Altri impianti riconosciuti C.E.	139	139
Monitoraggio resi alimentari c/o stabilimenti prodotti a base di latte industriali	0	0
Produzione primaria settore latte	72	72
Attività di vendita settore lattiero caseario	61	68
Ispezioni sottoprodotti Reg. CE 1069/2009	73	45
Audit sottoprodotti Reg. CE 1069/2009	25	9
Campionamenti eseguiti su latte e prodotti a base di latte	35	132
Sopralluoghi in allevamento come attività integrata A e C	23	42
Audit in allevamento come attività integrata A e C	9	0
PNAA PRINCIPI ATTIVI E ADDITIVI campioni effettuati	17	17
	22	
	11	
	8	
	9	
	12	
	4	
	0	
PNAA PRINCIPI BSE campioni effettuati		19

<b>PNAA PRINCIPI MULTIRESIDUO COCCIDIOSATICI campioni effettuati</b>		0
<b>PNAA PRINCIPI DIOSSINE E PCB campioni effettuati</b>		4
<b>PNAA PRINCIPI MICOTOSSINE campioni effettuati</b>		14
<b>PNAA METALLI PESANTI E CONTAMINANTI AMBIENTALI campioni effettuati</b>		4
<b>PNAA SALMONELLE campioni effettuati</b>		10
<b>PNAA OGM campioni effettuati</b>		1
<b>Ispezioni effettuate presso OSM (operatori settore mangimi)</b>	316	298
<b>Audit effettuati presso OSM (operatori settore mangimi)</b>	3	
<b>PNR sostanze anabolizzanti e non autorizzate campioni effettuati</b>	212 + 61 m.m.r.	103
	81	
	27	
	139	
	12	
	6	
	6	
	2	
<b>PNR EXTRA PIANO – METODICA MULTIRESIDUO sostanze anabolizzanti e non autorizzate campioni effettuati</b>		3
<b>PNR sostanze autorizzate (farmaci veterinari) campioni effettuati</b>		73
<b>PNR contaminanti di origine chimica (DIOSSINE e PCB) campioni effettuati</b>		3
<b>PNR contaminanti di origine chimica (metalli pesanti) campioni effettuati</b>		9
<b>PNR contaminanti di origine chimica (programma pluriennale ANTIPARASSITARI) campioni effettuati</b>		5
<b>PNR contaminanti di origine biologica (micotossine) campioni effettuati</b>		2
<b>PIANO NAZIONALE BENESSERE ANIMALE allevamenti controllati</b>	36	65
<b>PIANO REGIONALE BENESSERE ANIMALE allevamenti controllati</b>	15	9
<b>LATTE ALLA STALLA PIANO LATTE INIBENTI TETRACICLINE campioni effettuati</b>	0	18
<b>LATTE ALLA STALLA PIANO LATTE INIBENTI CHINOLONICI campioni effettuati</b>	0	18
<b>LATTE ALLA STALLA controlli su sospetto o segnalazione per escludere la presenza di antibiotici nel latte</b>	2	0
<b>LATTE CRUDO - PIANO REGIONALE LATTE CRUDO DISTRIBUTORI prelievi</b>	10	10
<b>FARMACOSORVEGLIANZA VETERINARIA ispezioni effettuate</b>	251	192
<b>FARMACOSORVEGLIANZA VETERINARIA farmaco veterinario ricette pervenute</b>	5185	3505
<b>FARMACOSORVEGLIANZA VETERINARIA mangimi medicati ricette pervenute</b>	169	191
<b>CERTIFICAZIONI PER EXPORT PRODOTTI ALIMENTARI</b>	117	45
<b>CERTIFICAZIONI PER EXPORT PRODOTTI INTERMEDI Reg. CE 1069/2009</b>	161	139
<b>CERTIFICAZIONI PER EXPORT MANGIMI (alimenti per animali da compagnia)</b>	219	233

TRASPORTO ANIMALE Autorizzazioni trasportatori ai sensi dell'art. 10 (viaggi < 8 ore) del Reg. (CE) 1/2005 – Validità 5 anni	22	5
TRASPORTO ANIMALE Autorizzazioni trasportatori ai sensi dell'art. 11 (viaggi > 8 ore) del Reg. (CE) 1/2005 – Validità 5 anni	1	1
TRASPORTO ANIMALE Certificati di omologazione ai sensi dell'art. 18 del Reg. (CE) 1/2005 - Validità 5 anni	0	4
TRASPORTO ANIMALE Certificati di idoneità ai sensi dell'art. 6 del Reg. (CE) 1/2005 – Validità 10 anni	0	14
TRASPORTO ANIMALE Autodichiarazioni della registrazione come produttore primario ai sensi del Reg (CE) 852/2004 - Allegato G vidimazioni – Validità 5 anni	4	9
TRASPORTO ANIMALE Autodichiarazioni della registrazione come trasportatore "conto proprio" di equidi - Allegato H vidimazioni – Validità 5 anni	28	35
TRASPORTO ANIMALE Autodichiarazioni per la registrazione come operatori diversi da quelli del settore primario che trasportano conto proprio animali per distanze inferiori ai 65 km - Allegato I vidimazioni – Validità 5 anni	7	8
TRASPORTO ANIMALE Check-list (allegato B) per la certificazione dei requisiti dei mezzi di trasporto degli animali vertebrati vivi per viaggi inferiori alle otto ore (Accordo Stato-Regioni del 20.03.2008) - Validità 5 anni vidimazioni	22	15
<b>Presidio Multizonale di Profilassi e Polizia Veterinaria</b>	<b>Anno 2017</b>	<b>Anno 2018</b>
<b>Animali selvatici inviati alla Facoltà di Medicina Veterinaria</b>	493	330
<b>Esecuzione piani di profilassi-Test Brucellosi latte bovino di massa =</b>		
<b>Allevamenti</b>	56	88
<b>Distributori automatici</b>	36	40
<b>Prelievo campioni di latte =</b>		
<b>Bovino</b>	163	173
<b>Ovicaprino</b>	52	48
<b>Interventi di vigilanza =</b>		
<b>Alpeggi</b>	8	8
<b>Allevamenti</b>	22	24
<b>Canili</b>	71	81
<b>Ritiro e distribuzione marche auricolari</b>	16	19
<b>Interventi per controllo popolazioni colonie feline</b>	145	286
<b>Medicina Legale</b>	<b>Anno 2017</b>	<b>Anno 2018</b>
<b>Prestazioni monocratiche</b>	10752	9950
<b>Prestazioni collegiali</b>	22937	23035

## 4 RISORSE

### 4.1 EFFICIENZA ED ECONOMICITÀ

L'esercizio in esame ha registrato un andamento della gestione economico – finanziaria che ha consentito la chiusura del bilancio con la rilevazione di un utile di esercizio di euro 84.149.

Il positivo risultato è stato raggiunto a seguito della ripartizione definitiva della quota indistinta del Fondo Sanitario Regionale e, dall'esame del documento di bilancio, dal significativo incremento di poste straordinarie attive di seguito analizzate.

Per quanto riguarda il controllo della spesa, l'assegnazione del budget ai centri di responsabilità ed ai servizi ordinatori di spesa, secondo il modello già sperimentato nei due precedenti esercizi ha consentito:

- Il confronto con i servizi ordinatori di spesa, con il richiamo al rispetto delle previsioni di spesa annuali, al fine di garantire il pareggio di bilancio, ponendo in essere le azioni di contenimento della spesa necessarie al raggiungimento di tale risultato;
- Il controllo della spesa in conto capitale e la programmazione del piano di investimenti pluriennale, peraltro riferita ad interventi indifferibili ed urgenti prevalentemente in relazione alla sicurezza sul lavoro ed all'adeguamento alla normativa antincendio.

Dal punto di vista contabile, l'esercizio 2018 ha consolidato le procedure oggetto di analisi nei precedenti esercizi, al fine di soddisfare gli adempimenti a carico della azienda sanitarie, con particolare riferimento a:

- verifica mensile dello stato delle fatture e dei pagamenti rilevati sulla Piattaforma di Certificazione dei Crediti, anche a seguito della rilevazione richiesta dal MEF ai Collegi Sindacali. A tale proposito, nel corso di esercizio si è rilevata una sostanziale coerenza tra i dati di pagamento rilevati da MEF e quelli risultanti dalla contabilità aziendale. Non è stato possibile, per ragioni di disponibilità economica, acquisire la procedura informatica di allineamento / aggiornamento della movimentazione delle varie partite sulla Piattaforma di Certificazione dei Crediti, come indicato nella Relazione al Bilancio dello scorso esercizio, per la quale si è pianificata l'attivazione nel corso del 2019. Nel frattempo, l'attivazione del nuovo sistema di gestione dei pagamenti attraverso la piattaforma SIOPE+ a partire da ottobre 2018 garantisce una puntuale chiusura dei pagamenti effettuati;

- completamento ed avvio della metodologia prevista per il Programma Attuativo di Certificabilità (PAC), rispetto alla quale si è proceduto al completamento dell'analisi delle procedure e, per ogni servizio coinvolto, si è fissato l'obiettivo di predisporre almeno una istruzione operativa da correlare alle procedure PAC..

Si rinvia inoltre, per completezza delle informazioni relative al presente paragrafo, a quanto relazionato nella sezione "OBIETTIVI RISULTATI RAGGIUNTI E SCOSTAMENTI" relativamente agli obiettivi:

- obiettivi di efficientamento della rete ospedaliera
- obiettivi di rispetto dei tetti di consumo farmaci, dispositivi medici ed altri beni sanitari
- obiettivi economico-finanziari di rispetto dei tetti di spesa per Centro di Responsabilità

## 5 IL PROCESSO DELLA PERFORMANCE

### 5.1 FASI, SOGGETTI, TEMPI E RESPONSABILITÀ DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

Presso l'ASL di Alessandria da tempo è operativo un sistema di budget, di reporting e di valutazione annuale dei risultati raggiunti. Tale sistema è applicato secondo i criteri ed il modello d'incentivazione definito in sede di Contrattazione Integrativa, in osservanza alle disposizioni dei CCNL di riferimento.

L'attuazione del Decreto 150/2009, così come integrato dal D. Lgs. 25 maggio 2017, n. 74 ha rappresentato per l'ASL AL e per le aziende della Regione Piemonte un'opportunità per migliorare, revisionare e talora integrare con nuovi strumenti i meccanismi di controllo e di valutazione già esistenti, introdotti in sanità con la riforma del 1992.

Si ricorda, inoltre, che lo stesso Decreto 150 fa confluire nel “Ciclo di gestione della performance” il sistema dei controlli che erano stati previsti dal Decreto 286/1999, ovvero *“il controllo di gestione, il controllo strategico e la valutazione dirigenziale”*.

Si richiama anche la Deliberazione della Giunta Regionale 23 dicembre 2013, n.25-6944 ad oggetto “Linee di indirizzo regionali per le aziende ed enti del SSR della Regione Piemonte per la costituzione ed il funzionamento degli Organismi Indipendenti di Valutazione (OIV) in applicazione del D.lgs. 150/2009 e s.i.m. in materia di misurazione, valutazione e trasparenza della performance. Approvazione” con la quale sono state approvate le linee di indirizzo regionali per le aziende ed enti del SSR della regione Piemonte per la costituzione ed il funzionamento degli Organismi Indipendenti di Valutazione (OIV) in applicazione del D.lgs. 150/2009 e s.i.m. in materia di misurazione, valutazione e trasparenza della performance, nonché gli indirizzi per il Piano di gestione della performance

In tale contesto l'ASL AL ha proceduto ad avviare, dall'anno 2014, il ciclo di gestione della performance.

Sono stati elaborati e pubblicati sul sito istituzionale, nell'apposita sezione “Amministrazione Trasparente – Performance”, i seguenti documenti:

- “Relazione sull'andamento gestionale e sulla performance anno 2013”

- “Adozione Piano triennale della performance 2014-2016” approvato con Deliberazione DG n. 90 del 30/01/2014;
- “Relazione sulla performance anno 2014” - Deliberazione DG 498 del 25.06.2015;
- “Relazione sulla performance anno 2015” - Deliberazione DG 440 del 27.06.2016;
- “Relazione sulla performance anno 2016” - Deliberazione DG 429 del 23.06.2017;
- “Relazione sulla performance anno 2017” – Deliberazione DG 445 del 29.06.2018;
- “Programmazione gestionale per l’anno 2017. Piano annuale della performance. Approvazione schede di budget dei Centri di Responsabilità dell’ASL AL” – Deliberazione DG 583 dell’11.08.2017;
- “Programmazione gestionale per l’anno 2018. Piano annuale della performance. Approvazione schede di budget dei Centri di Responsabilità dell’ASL AL” – Deliberazione DG 172 del 28.02.2018
- “Adozione Piano della Performance triennio 2019 – 2021” adottato con Deliberazione DG n. 229 del 28.03.2019

Per quanto riguarda le tempistiche di attuazione del ciclo della performance presso l'ASL AL, nell'anno 2018 si è provveduto alla definizione degli obiettivi annuali nonché alla valutazione dei risultati riferiti all'anno 2017, in modo coerente con le scadenze degli strumenti di programmazione, monitoraggio e rendicontazione delle attività istituzionali dell'Azienda.

Il sistema di budget attuato presso l’ASL AL è stato adottato dall’Azienda quale strumento gestionale e di programmazione annuale, è articolato in schede contenenti obiettivi di attività, economico-finanziari e progettuali per ogni Centro di Responsabilità aziendale, attribuendo responsabilità economiche di budget solo per i costi direttamente controllati dal Responsabile, anche per evidenziare la caratteristica gestionale e non solamente contabile dello strumento adottato.

Si registra nel 2018 un miglioramento nel processo di budget, in termini di razionalizzazione del sistema obiettivi/indicatori relativamente alla criticità dell'eccessiva numerosità degli obiettivi, con conseguente appiattimento di quelli più critici su quelli meno prioritari ed un miglioramento sia nella riduzione della numerosità degli obiettivi che nella miglior traduzione degli obiettivi strategici nei correlati obiettivi operativi di CDR.

Il percorso di riorganizzazione avviato con il nuovo Atto Aziendale, approvato con Delibera 711/2015, ha portato ad una serie di significative modifiche strutturali e organizzative che hanno

comportato riduzioni sia di Dipartimenti che di Strutture Semplici e Complesse, in attuazione agli atti regionali in materia.

In particolare il percorso budget 2018 si è svolto partendo da una prima fase istruttoria, con il supporto della SC Programmazione Controllo Sistema Informativo, che ha provveduto a predisporre le schede di budget e la reportistica propedeutica alla assegnazione degli obiettivi di budget.

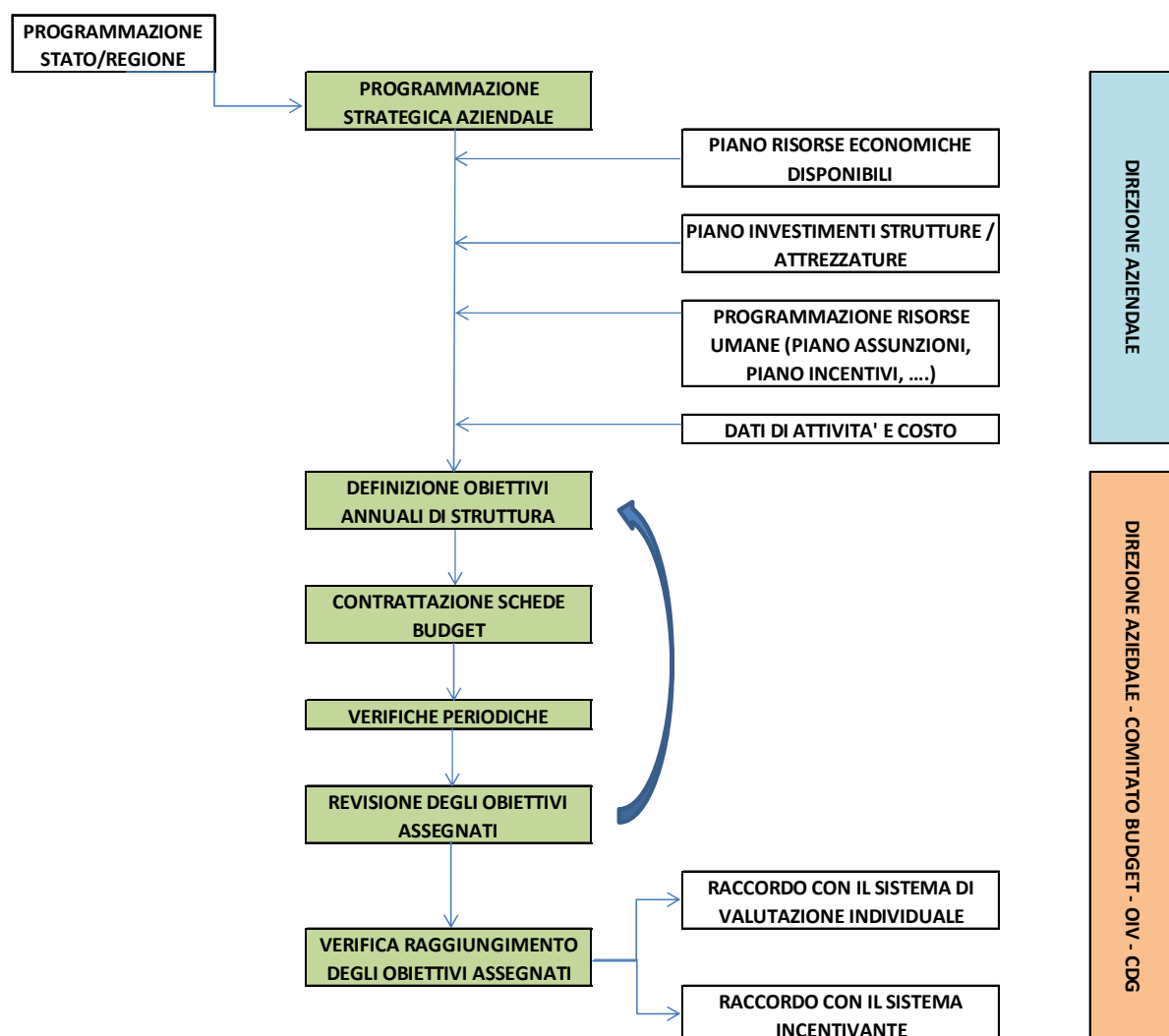
Gli obiettivi assegnati alle strutture aziendali sono conformi agli indirizzi regionali e, pertanto, agli obiettivi che annualmente la Regione assegna alle Aziende Sanitarie. Nel rispetto dei vincoli economici vigenti, gli obiettivi sono stati espressi in coerenza con quelli definiti nel quadro della programmazione regionale, ponendo specifica attenzione all'efficacia, efficienza e al funzionamento dei servizi sanitari; essi sono stati definiti tenendo conto della formulazione di osservazioni integrative e modifica degli stessi da parte delle Direzioni generali delle Aziende.

La Direzione aziendale ha approvato la proposta di budget complessiva di Azienda, definita con il supporto del Comitato budget. Nella tabella seguente vengono sintetizzate le fasi del ciclo di budget e le relative tempistiche.

PROCESSO DI BUDGET				
FASE	INPUT	OUTPUT	SOGGETTI	PERIODO
PROGRAMMAZIONE STRATEGICA AZIENDALE	PROGRAMMAZIONE REGIONALE	DOCUMENTO DI PROGRAMMAZIONE STRATEGICA	DIREZIONE GENERALE	DIC - GEN
	OBIETTIVI DI MANDATO DG		COLLEGIO DI DIREZIONE	
	OBIETTIVI ANNUALI DG		OIV	
	PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE			
DEFINIZIONE RISORSE DISPONIBILI	FINANZIAMENTO REGIONALE	PIANO RISORSE ECONOMICHE	DIREZIONE GENERALE	GEN
	INVESTIMENTI STRUTTURE - ATTREZZATURE	PIANO INVESTIMENTI	MACROAREE	
	RISORSE UMANE	PROGRAMMAZ. RISORSE UMANE (ASSUNZIONI, INCENTIVI, ...)	ECONOMICO-FINANZIARIO	
	DATI DI ATTIVITA' E DI COSTO		TECNICO	
			PERSONALE	
			DIPSA	
DEFINIZIONE OBIETTIVI ANNUALI DI STRUTTURA	DOCUMENTO DI PROGRAMMAZIONE STRATEGICA	QUADRO SINTETICO DEGLI OBIETTIVI ANNUALI	DIREZIONE GENERALE	GEN-FEB
	PIANO RISORSE ECONOMICHE		COMITATO BUDGET	
	PIANO INVESTIMENTI		OIV	
	PIANO ASSUNZIONI PERSONALE			
	PROGRAMMA ATTIVITA' TERRITORIALI			
	PIANO EFFICIENTAMENTO 2016			
CONTRATTAZIONE SCHEDE BUDGET	QUADRO SINTETICO DEGLI OBIETTIVI ANNUALI	SCHEDE DI BUDGET PER CDR	DIREZIONE GENERALE	APR
			CONTROLLO GESTIONE	
			DIPARTIMENTI - MACROAREE - DIPSA	
			SC	
VERIFICHE PERIODICHE	REPORT DI VERIFICA PERIODICA (MENSILE PER OBIETTIVI DI ATTIVITA' E DI COSTO)	ANALISI ANDAMENTO OBIETTIVI DI BUDGET ED EVENTUALI PROPOSTE DI REVISIONE OBIETTIVI	CONTROLLO GESTIONE	PERIODICA (MENS-TRIM)
			COMITATO BUDGET	
			OIV	
REVISIONE DEGLI OBIETTIVI ASSEGNATI	ANALISI ANDAMENTO OBIETTIVI DI BUDGET ED EVENTUALI PROPOSTE DI REVISIONE OBIETTIVI	SCHEDE DI BUDGET REVISIONATE	DIREZIONE GENERALE	DOPO 1° SEM
VERIFICA RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI ASSEGNATI	ANALISI CONSUNTIVO OBIETTIVI DI BUDGET	VALUTAZIONE RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI ASSEGNATI	CONTROLLO GESTIONE	FEB ANNO SUCCESS
			COMITATO BUDGET	
			OIV	
			DIREZIONE GENERALE	
RACCORDO CON IL SISTEMA DI VALUTAZIONE INDIVIDUALE	VALUTAZIONE RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI ASSEGNATI	VALUTAZIONE DEL GRADO DI PARTECIPAZIONE AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI DI STRUTTURA NEL SISTEMA DI VALUTAZIONE INDIVIDUALE	PERSONALE	
			RELAZIONI SINDACALI	
RACCORDO CON IL SISTEMA INCENTIVANTE	VALUTAZIONE RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI ASSEGNATI		PERSONALE	
			RELAZIONI SINDACALI	



## FLUSSO PROCESSO DI BUDGET



Gli obiettivi assegnati per il 2018 sono stati approvati con Deliberazione DG 172 del 28.02.2018, al fine di coinvolgere i CdR aziendali al raggiungimento degli obiettivi regionali definiti con DGR 26-6421 del 26.01.2018 nell'ambito delle singole schede di budget.

Con la citata deliberazione n. 172 del 28.02.2018 l'ASL AL ha adottato per l'anno 2018 le schede di budget dei Centri di Responsabilità dell'ASL AL, dando atto che il sistema degli obiettivi costituisce il Piano annuale della Performance di cui alla D.G.R. 23.12.2013, n.25-6944 – All. B punto B.3, quale provvedimento programmatico con il quale, in coerenza con le risorse assegnate, sono esplicitati gli obiettivi, gli indicatori ed il target, sui quali si baserà poi la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance

Gli obiettivi assegnati hanno riguardato le diverse dimensioni: attività, efficienza, progetti, misurate attraverso indicatori di input, costo, output e outcome.

Tali indicatori sono stati progettati e implementati in maniera standardizzata nell'ambito dei flussi informativi regionali e ministeriali, disciplinati dalla normativa di riferimento.

Riguardo al monitoraggio in corso d'anno, si rileva che sono stati effettuati incontri bimestrali per Presidio ospedaliero sui dati consuntivi disponibili.

Viene inoltre inviata dalla SC Programmazione Controllo una reportistica mensile sui dati di costo e di attività (da rendere disponibile entro la fine del mese successivo a quello di riferimento) e una reportistica trimestrale per i Presidi Ospedalieri con indicatori di attività e di efficienza.

Gli strumenti utilizzati sono stati i seguenti: la reportistica predisposta dal Controllo di Gestione, le relazioni inviate dai singoli Direttori/Responsabili di CDR, i dati e le informazioni tratte da fonti specifiche di volta in volta interpellate, i colloqui di approfondimento con i responsabili, qualora si siano resi opportuni.

Al termine della valutazione, l'OIV ha disposto che per gli obiettivi non raggiunti o parzialmente raggiunti venisse data apposita comunicazione delle cause del mancato raggiungimento ai Responsabili di riferimento, in un'ottica di feed back, volto ad innescare le opportune azioni di miglioramento sulle criticità riscontrate.

Riguardo la valutazione della performance individuale, la DGR 25-6944 del 2013 prevede che “la contrattazione aziendale faccia riferimento al principio del doppio livello di valutazione per la performance individuale, riservando cioè la valutazione di prima istanza alla competenza del diretto responsabile del valutato e quella di seconda istanza alla competenza dell'Organismo Indipendente di Valutazione, che interviene nel processo della verifica individuale assumendo il ruolo di validazione del giudizio finale in funzione di garanzia.”

Presso l'ASL AL non è ad oggi stato formalizzato un unico documento che riprenda il disposto regionale, ma sono stati approvati e pubblicati presso l'apposita sezione di Amministrazione Trasparente i regolamenti in materia di procedure di verifica e valutazione della Dirigenza, il regolamento per la valutazione del personale del comparto titolare di posizione organizzativa e gli accordi sindacali in materia. E' in previsione l'adozione del previsto documento inerente il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance organizzativa e individuale di tutto il personale dell'ASL AL, in conformità a quanto previsto dalla DGR 25-6944/2013, prestando particolare attenzione all'aggiornamento normativo di cui alla cd. riforma Madia (D.Lgs. 74/2017 più volte richiamato).

## 6. TRASPARENZA ED ANTICORRUZIONE

L'ASL si mostra adempiente sia sul piano delle previsioni per la trasparenza che dell'anticorruzione. In particolare sul sito web dell'Azienda sono consultabili i Piani per la Trasparenza e per l'Anticorruzione, inerenti i diversi anni di applicazione.

Con deliberazione dell'ASL AL n. 85 del 31.01.2018 è stato approvato il Piano triennale di prevenzione della Corruzione 2018-2020, pubblicato sul sito nella sezione "*Amministrazione Trasparente*". Nell'ambito del documento si è ricompresa una sezione riferita alla trasparenza.

Il Responsabile della corruzione ha predisposto, in conformità a quanto disposto dalla L. n.190/2012), entro il 15 dicembre 2018, una relazione (pubblicata sul sito nella sezione "Amministrazione Trasparente") sullo stato di attuazione del Piano nell'anno 2018 con riguardo alle considerazioni generali, agli aspetti critici, alla gestione del rischio e ai risultati realizzati in esecuzione del Piano.

In merito alla trasparenza occorre rilevare che l'A.N.A.C., con deliberazione n. 141/2018 ha previsto che l'OIV attesti l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione al 31.3.2018, avvalendosi della collaborazione del responsabile della trasparenza, con riguardo ad un numero circoscritto di obblighi di pubblicazione risultanti dalla griglia contenuta nella delibera n. 141/2018.

L'OIV ha effettuato, la verifica sulla pubblicazione, completezza, aggiornamento ed apertura del formato dei documenti pubblicati nel sito dell'ASL AL, nella sezione "*Amministrazione Trasparente*", come risulta dalla relazione sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione della trasparenza e integrità dei controlli interni.

L'OIV ha svolto l'attività di monitoraggio sugli adempimenti, da parte dell'ASL AL, inerenti gli obblighi relativi alla trasparenza, all'integrità e all'anticorruzione, anche attraverso verifiche a campione, accessi al portale della trasparenza, nonché ha provveduto all'attestazione annuale di tali adempimenti, come previsto dalle delibere ANAC in materia.

A seguito della revisione effettuata in base al nuovo atto aziendale nel corso del 2017 delle strutture responsabili degli obblighi di pubblicazione, viene periodicamente eseguita una ricognizione sul sito web aziendale – sezione "Amministrazione Trasparente" con verifica della qualità e quantità dei dati pubblicati da parte del Responsabile della Trasparenza, in collaborazione con la SSA Comunicazione UPR Formazione – struttura incaricata della pubblicazione dei documenti.

## **7. MISURE ATTE A GARANTIRE PARI OPPORTUNITÀ NELL'AMBIENTE DI LAVORO.**

Con deliberazione DG 2018/385 si è provveduto al rinnovo del Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (C.U.G.), con designazione di nuovi componenti in quanto il precedente C.U.G., istituito nell'anno 2013, era giunto a scadenza.

Nell'ambito dell'anno 2018 la nuova Direzione Generale esprime supporto e soddisfazione per la ricostituzione del C.U.G., dopo un periodo di assenza di attività, da considerarsi come “motore di cambiamento in un momento di difficoltà caratterizzato dalla mancanza di risorse più giovani e dalla numerosità del personale che ha proporzioni meno favorevoli”.

Viene espressa dai componenti C.U.G. la necessità di ripristinare spazi alla figura del “Consigliere di fiducia”, individuando i requisiti per la selezione di nuove figure e progettando una formazione sul campo, attività in corso di espletamento nell'anno 2018.