



Azienda Ospedaliera Nazionale
SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo
Alessandria

Via Venezia, 16 – 15121 ALESSANDRIA
Tel. 0131 206111 – www.ospedale.al.it
info@ospedale.al.it



asoalessandria@pec.ospedale.al.it (solo certificata)

C.F. – P.I. 01640560064

DIRETTORE GENERALE
Dr.ssa Giovanna BARALDI
tel. 0131 206767
fax 0131 206531

Trasmissione via e-mail

AO SS. Antonio e Biagio e
Cesare Arrigo - Alessandria

Protocollo nr. 0003837
del 21/02/2018
Uscita

Alla Presidente della Conferenza dei Sindaci
ASL-AL/ASO-AL
dr.ssa Concetta Palazzetti

c/o ASL-AL via Venezia, 6
Alessandria

c.a. dr.ssa **Angela Fumarola**

OGGETTO: Relazione riepilogativa Obiettivi 2017 (D.G.R. n. 101-5530 del 03.08.2017)

In merito all'assegnazione degli obiettivi economico-gestionali di salute e di funzionamento dei servizi assegnati ai Direttori Generali delle ASR per l'anno 2017 (D.G.R. 101-5530 del 3.08.2017), e per quanto di competenza di codesta Conferenza, si trasmette relazione riepilogativa come da indicazioni regionali.

Con l'occasione si porgono cordiali saluti.


FAVPC/ai

IL DIRETTORE GENERALE
dr.ssa **Giovanna BARALDI**



Azienda Ospedaliera Nazionale
SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo
Alessandria



Via Venezia, 16 – 15121 ALESSANDRIA
Tel. 0131 206111 – www.ospedale.al.it
info@ospedale.al.it
asoalelessandria@pec.ospedale.al.it (solo certificata)

C.F. – P.I. 01640560064

IL DIRETTORE GENERALE
Dott.ssa Giovanna Baraldi
Tel. 0131 206767
Fax 0131 206531

Prof. n. 3448
del 15/02/2018

REGIONE PIEMONTE
Direzione Sanità
Corso Regina Margherita, 153 bis
10122 **TORINO** TO

OGGETTO: Monitoraggio obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi (D.G.R. N. 101-5530 del 03.08.2017). Relazione riepilogativa.

In conformità all'allegato A della suddetta D.G.R., si rappresentano i dati intermedi di raggiungimento degli obiettivi in oggetto indicati, e le valutazioni ad essi inerenti.

Obiettivo 1 ATTUAZIONE DELLA PROGRAMMAZIONE REGIONALE, budget 2017

Obiettivo 1.1: Efficientamento della spesa aziendale

Sub obiettivo 1): razionalizzazione (sviluppo) della spesa consuntiva 2017 rispetto al 2016 in misura pari o superiore agli importi riportati in tabella A – colonna C1

La DGR 35-5329/2017 aveva previsto per l'Azienda Ospedaliera un obiettivo di efficientamento della spesa aziendale pari a € 340.609 ed un contestuale aumento della produzione di € 4.000.000 (per l'incremento della produzione si rimanda al paragrafo successivo).

L'efficientamento di spesa richiesto all'Azienda Ospedaliera non ha visto possibilità di raggiungimento in considerazione dei costi degli investimenti in autofinanziamento, del personale (il cui limite massimo contenuto nel tetto assegnato per l'esercizio 2017 con DGR n. 113-6305 del 22.12.2017 è stato rispettato dall'ASO), di farmaci/dispositivi **legati strettamente all'incremento dell'attività richiesta e realizzata** e dei maggiori accantonamenti inseriti fra i costi (tra cui un accantonamento di € 1.850.000 per investimenti finanziati tramite contributo in conto esercizio nell'anno 2017 non ancora spesi nell'esercizio).

Per quanto riguarda il risultato di esercizio, si rimanda all'adozione del Bilancio di esercizio aziendale a Consuntivo.

Indicatore: Razionalizzazione dei fattori produttivi aziendali (Risultato Economico Consuntivo)

Sub obiettivo 2): variazione della produzione sanitaria pari o superiore agli importi riportati in tabella

A – colonna C2

Si rappresenta di seguito l'andamento della produzione dell'anno 2017.

	Anno 2017 (dato Preconsuntivo)		Anno 2016		Δ
	Q.tà	Valore	Q.tà	Valore	
AMB. ESTERNI (C)	1.462.499	€ 26.291.831,93	1.572.473	€ 26.855.041,97	-€ 563.210,04
AMB DEA (C2) (non seguito da ricovero)	405.859	€ 4.067.627,15	388.345	€ 3.793.859,90	€ 273.767,25
AMB ALTRO (C5)	168.655	€ 3.310.046,06	109.690	€ 2.264.829,12	€ 1.045.216,94
DH	8.320	€ 11.688.225,71	7.835	€ 10.726.623,55	€ 961.602,16
RO	21.104	€ 100.671.660,04	20.298	€ 97.990.990,16	€ 2.680.669,88
Totale complessivo fatturato	2.066.437	€ 146.029.390,89	2.098.641	€ 141.631.344,70	€ 4.398.046,19

Come si evince dai dati in tabella, la produzione dell'Azienda Ospedaliera ha proseguito nel suo trend positivo in virtù dei processi di riorganizzazione messi in atto (raggruppamento attività per aree omogenee) e del potenziamento, seppure ancora parziale, dell'attività chirurgica.

Il risultato atteso di incremento di produzione è stato raggiunto con l'inclusione dei flussi SDO, Ambulatoriale (C e C5) e PS non seguito da ricovero (C2).

INDICATORE: Incremento della produzione sanitaria (attività di ricovero, ambulatoriale e PS non seguito da ricovero)

RISULTATO: Maggior produzione semestrale 2017/2016 (C/2): € 2.199.023,10

PUNTEGGIO: 20/100

OBBIETTIVO 3 ACCESSIBILITA'

Obiettivo 3.1: Miglioramento dei tempi di attesa nell'ambito dei ricoveri

La situazione dei tempi di attesa dei ricoveri monitorati risulta la seguente:

ANGIOPLASTICA CORONARICA : 90% rispettato per i ricoveri di classe A e per quelli di classe B;

ENDOARTERIECTOMIA CAROTIDEA: la classe A è in linea con l'obiettivo, la classe B invece non rientra nei limiti previsti;

TUMORI COLON RETTO E MAMMELLA: entrambi in linea sia per A sia per B;

TUMORE POLMONE: entrambi in linea sia per A sia per B;

TUMORE PROSTATA: la classe A al 46%, la classe B al 100%;

TUMORE UTERO: in linea sia per A sia per B;

PROTESI ANCA: pur essendo stati messi in atto programmi di implementazione di sedute aggiuntive dedicate, il dato risulta non in linea sia per classe A sia per la B.

INDICATORE: n° di classi che rispettano gli standard previsti (30 gg per la A e 60 per la B) almeno al 90%: alla fine 2017 risultano essere 12 su 16

PUNTEGGIO : $10/16 * 12 = 7,5/100$

Obiettivo 3.2: Tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali

L'obiettivo è composto di tre sub-obiettivi:

1. Caricamento sul CUP aziendale di tutte le agende di prenotazione (pubblico)
2. Adeguamento del tempo medio di attesa (Indice di performance) allo standard regionale stabilito dalla Direzione Sanità per le singole prestazioni oggetto di monitoraggio (ex DGR 30-3307/2016); per le AO l'obiettivo è da intendersi nella prospettiva della produzione
3. Azioni da Piani di Area. A seguito della approvazione dei programmi di Area da parte della regione, il settore competente provvederà ad individuare delle prestazioni critiche che saranno integrate nel sistema di monitoraggio come da sub obiettivo 2

SITUAZIONE ATTUALE alla data del 31 dicembre 2017

Sub obiettivo 1) Caricamento sul CUP aziendale di tutte le agende di prenotazione (pubblico)

Le agende di prenotazione, già caricate sul CUP aziendale al 31 dicembre 2016, sono state revisionate rispetto ai criteri di priorità e ai volumi di attività. Sono state revisionate le Agende delle seguenti specialità: Neuropsichiatria Infantile, Psichiatria, Diabetologia –Endocrinologia, Geriatria, Chirurgia Toracica, Odontostomatologia pediatrica, Chirurgia pediatrica, Chirurgia Plastica, Reumatologia, RRF cardiorespiratoria, Endoscopia digestiva e Oculistica. Rispetto alla visualizzazione condivisa delle Agende dai CUP ASOAL- ASLAL e ASLAT si è realizzata la formazione relativa alla visualizzazione comune tra ASOAL e ASLAL.

Sub obiettivo 2) L'adeguamento del tempo medio di attesa allo standard regionale relativo alle 40 prestazioni ambulatoriali monitorate è stato potenziato nel periodo marzo- agosto 2017.

Al 31 dicembre 2016 si registravano 18 prestazioni con tempo medio di attesa oltre lo Standard regionale

Al 31 dicembre 2017 si registrano 7 prestazioni con tempo medio di attesa oltre lo Standard regionale

Tempo medio di attesa anno 2016: n.18 prestazioni fuori Standard regionale

1. visita oculistica
2. ecocolordoppler tronchi sovraortici
3. ecocolordoppler vasi periferici
4. colonscopia
5. audiometria
6. spirometria
7. fondo oculare
8. visita cardiologica
9. visita endocrinologica
10. visita neurologica
11. visita ortopedica
12. visita fisiatrica
13. visita pneumologica
14. mammografia
15. TC addome
16. ecocolordoppler cardiaca
17. sigmoidoscopia
18. elettromiografia

Tempo medio di attesa periodo gennaio-dicembre 2017: n. 7 prestazioni con tempo di attesa che permangono oltre lo Standard regionale:

1. visita oculistica
2. ecocolordoppler tronchi sovraortici
3. ecocolordoppler vasi periferici
4. colonscopia
5. audiometria
6. spirometria
7. fondo oculare

Rispetto alle 7 prestazioni Fuori Standard regionale sono state avviate le seguenti azioni di miglioramento:

- Visita oculistica: è stato stipulato un contratto libero-professionale con uno specialista oculista dall'inizio di ottobre. Questo ha consentito di ripianificare le agende con lo smaltimento dei 380 pazienti in lista di attesa. Dal 4 dicembre 2017 è stato implementato l'accesso "a tempo zero" con una disponibilità immediata di 13 posti dal lunedì al venerdì. La registrazione del giorno Indice del mese di dicembre ha rilevato 0 giorni di attesa
- ecocolordoppler tronchi sovraortici ed ecocolordoppler vasi periferici: con le Strutture erogatrici (Chirurgia vascolare e Radiologia) si sono ripianificati i flussi dei pazienti all'atto della richiesta di prenotazione e avvisata l'utenza con cartellonistica al CUP. Il tempo di attesa rilevato a dicembre è di 31 giorni per la chirurgia vascolare e 20 giorni per la radiologia, per entrambe le prestazioni

- Colonscopia: è in corso la sostituzione delle tre unità mediche andate in collocamento a riposo. Non vengono registrate variazioni al giorno indice del tempo di attesa (114 giorni a dicembre 2017)
- Audiometria: in sostituzione di una audiometrista dimissionaria è stato acquisito un altro professionista a tempo determinato. Il tempo di attesa registrato nel giorno indice di dicembre è passato da 27 giorni a 16 giorni.
- Spirometria: è in corso di valutazione l'acquisizione di un nuovo spirometro; si sono rivedute le agende con riduzione del numero di prime visite e aumento del numero di esami di funzionalità respiratoria riferite ai pazienti adulti. Al fine di contribuire alla riduzione delle liste di attesa pediatriche si sono attuate azioni sinergiche tra l'ambulatorio del Presidio Civile e l'ambulatorio del Presidio Infantile. Il tempo di attesa registrato nel giorno Indice passa da 51 giorni di settembre a 31 giorni a dicembre 2017
- Fundus: è stata effettuata una rivalutazione della prestazione alla luce dei criteri di priorità e della divisione tra primo accesso e accessi successivi. Questi ultimi vengono ricompresi nelle visite di controllo oculistico. Il giorno Indice calcolato sui primi accessi a dicembre 2017 è di 21 giorni.

Considerando il trend di miglioramento misurato sui giorni Indice, delle 7 criticità di cui sopra, permane solo quella di colonscopia

3. **Azioni da Piani di Area:** sono state effettuate n. 7 riunioni di area nelle seguenti date

- 2 maggio- 9 maggio- 18 maggio- 24 maggio;
- 5 luglio- 20 settembre -22 novembre

Le riunioni sono servite a definire gli obiettivi comuni e aziendali secondo una ottica di garanzia

In assenza di formale approvazione dei Programmi di Area (ASO-ASLAL-ASLAT) sono stati individuati i seguenti obiettivi comuni:

1. Sperimentazione del CUP interaziendale: su questo aspetto i risultati sono illustrati al paragrafo 1 (implementazione prima fase della visualizzazione comune delle agende tra ASOAL e ASLAL e formazione agli operatori dell'ASLAL)
2. La sinergia di Area per l'effettuazione della Fluorangiografia e Audiometria a favore dei residenti dell'ASLAT è stata implementata e sta continuando

3. La stesura di un progetto per assicurare l'omogeneità nel Piemonte SE per le prestazioni della branca di dermatologia è attualmente in corso e sono partiti i lavori del gruppo interaziendale sul PDTA riguardante i tumori cutanei (melanomi)
4. L'elaborazione a cura del Dipartimento RRF di Area di Linee Guida comuni per l'accesso uniforme ed appropriato secondo le classi di disabilità è in corso.
5. La garanzia di accesso alle prestazioni richieste con classe di priorità U e B è stata estesa da parte di tutte le aziende dell'Area ai cittadini residenti nell'ASLAT e nell'ASLAL

INDICATORE :

1. $\frac{\text{n. agende di prenotazione (pubbliche) caricate su CUP aziendale}}{\text{n. agende presenti in azienda}} \times 100$
2. $\frac{\Sigma (\text{data prenotazione} - \text{data erogazione})}{\text{n. prestazioni}}$
3. $\frac{\Sigma (\text{data prenotazione} - \text{data erogazione})}{\text{n. prestazioni}}$

VALORE: 100%

PUNTEGGIO : 15/100 COSI RIPARTITI PER SUB-OBIETTIVI

1. = 3/15
2. = 6/15
3. = 6/15

PUNTEGGIO PARZIALE

1. = 3/15 (tutte le agende sono a CUP)
2. = 4.9/15 (33 prestazioni / 40 prestazioni monitorate <= STD regionale pari all'82,5%)
3. = 6/15 (tutte le azioni previste di area sono state realizzate)

PUNTEGGIO TOTALE= 13.9 /100

(vedi Allegato)

OBIETTIVO 3.3: Riduzione dei tempi di permanenza dei pazienti in P.S.

L'obiettivo è ampiamente rispettato per entrambi i PS aziendali. I tempi medi di attesa si attestano sulle 4 ore e 30 minuti, rispettivamente 2 ore e 38 minuti per il PS Presidio Infantile "Cesare Arrigo" e 5 ore e 22 minuti per il PS Presidio Civile "Antonio e Biagio".

	NERO	ROSSO	GIALLO	VERDE	BIANCO	Totale
Civile	3:27:54	6:07:49	7:10:55	4:40:18	3:22:01	5:22:37
Infantile	1:56:00	1:54:21	4:22:44	2:36:49	2:01:16	2:38:37
Totale complessivo	3:26:30	5:59:24	6:47:48	3:59:51	2:20:03	4:30:20

INDICATORE: tempo di permanenza in PS per DEA II livello <= 6 ore rispettato al 100%

PUNTEGGIO : 5/100

OBIETTIVO 4 GESTIONE BENI

Obiettivo 4.1 Assistenza farmaceutica territoriale e ospedaliera: appropriatezza prescrittiva e riduzione della variabilità

L'obiettivo per l'Assistenza Farmaceutica assegnato dalla Regione ai Direttori Generali delle ASSLL e delle ASO per l'anno 2017 ha lo scopo di perseguire una maggiore appropriatezza prescrittiva nonché il contenimento della variabilità prescrittiva a livello regionale per alcune categorie di farmaci.

Alle ASO sono stati assegnati gli obiettivi relativi al punto 4.1 per il quale è previsto uno specifico livello di raggiungimento.

Per i farmaci in ambito ospedaliero le categorie prese in esame sono la J01 (antibatterici per uso sistemico) e J02 (antimicotici per uso sistemico) per ciascuno dei quali si richiede il raggiungimento di una percentuale del valore del consumato di alcuni principi attivi individuati, sul totale della classe, pari od inferiore a quella indicata: J01 40,45% e J02 43,58%.

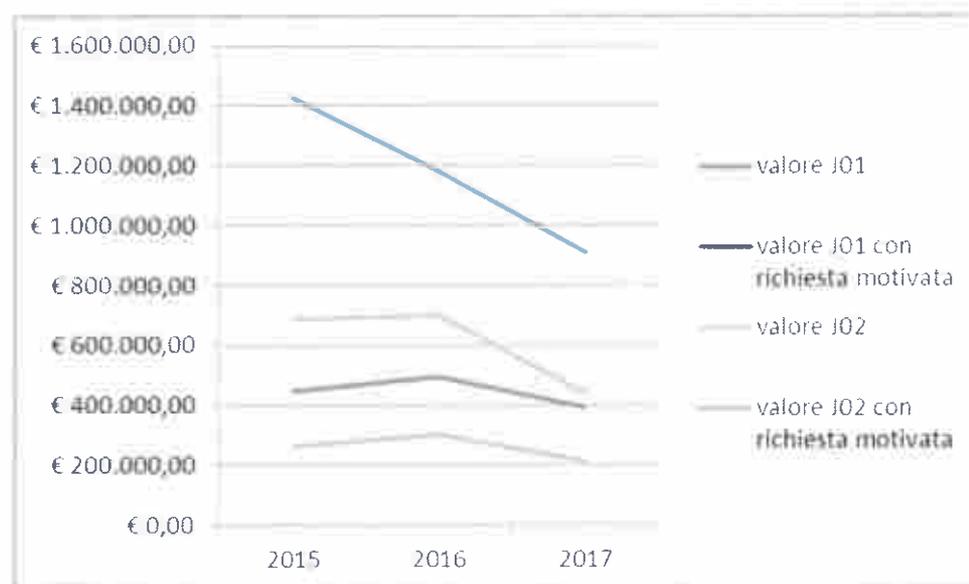
Le tabelle seguenti prendono in esame l'intero anno 2017 e riassumono i valori raggiunti:

ATC		CONSUMI al 31/12/2017	CONSUMI al 31/12/2017 per specialità con richiesta motivata	Valore %	Valore max % obiettivo	% raggiungimento obiettivo
J01	Antibatterici per uso sistemico in ambito ospedaliero	€ 910.918,40	€ 392.304,46	43,07%	40,45%	0,00%
J02	Antimicotici per uso sistemico in ambito ospedaliero	€ 441.141,50	€ 213.025,80	48,29%	43,58%	0,00%

Si dettaglia di seguito l'andamento del consumato delle classi considerate negli anni 2015, 2016 e 2017.

ANNO	valore J01	delta	%	valore J01 con richiesta motivata	delta	%
2015	€ 1.425.346,00			€ 446.012,00		
2016	€ 1.181.215,00	-€ 244.131,00	-17%	€ 492.967,00	€ 46.955,00	11%
2017	€ 910.918,00	-€ 270.297,00	-23%	€ 392.304,00	-€ 100.663,00	-20%

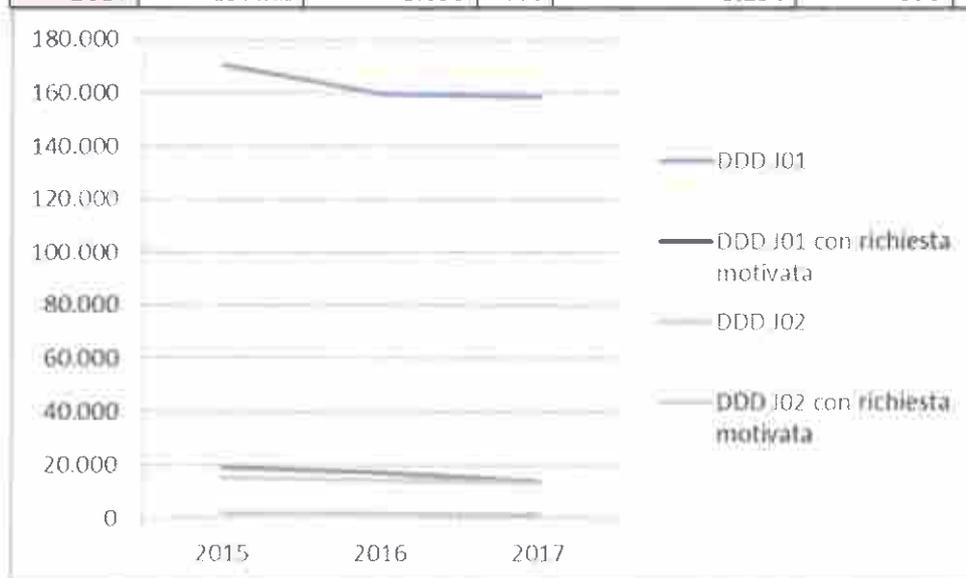
ANNO	valore J02	delta	%	valore J02 con richiesta motivata	delta	%
2015	€ 685.634,00			€ 262.091,00		
2016	€ 699.444,00	€ 13.810,00	2%	€ 303.069,00	€ 40.978,00	16%
2017	€ 441.141,00	-€ 258.303,00	-37%	€ 213.025,00	-€ 90.044,00	-30%



Analogo andamento, sebbene meno evidente, si registra se si considerano le DDD utilizzate:

ANNO	DDD J01	delta	%	DDD J01 con richiesta motivata	delta	%
2015	170.466			18.917		
2016	159.589	-10.877	-6%	17.247	-1.670	-9%
2017	158.616	-973	-1%	13.660	-3.587	-21%

ANNO	DDD J02	delta	%	DDD J02 con richiesta motivata	delta	%
2015	15.060			1.643		
2016	14.457	-603	-4%	1.825	182	11%
2017	13.422	-1.035	-7%	1.230	-595	-33%



Analisi:

Dal 1 gennaio al 31 dicembre 2017, rispetto all'anno precedente, il valore del consumato per la classe J01 antimicrobici è diminuito di -€ 270.297 (- 23%) passando da € 1.181.215,00 a € 910.918,00; all'interno di questa classe il valore del consumato per le molecole con richiesta motivata è diminuito del 20% (- € 100.663,00)

Analogamente si registra una diminuzione nel valore del consumato per la classe J02 antifungini pari a -€ 258.303,00 (- 37 %) che passa da € 699.444,00 a € 441.141,00.

Per quanto riguarda invece le molecole con richiesta motivata si registra una riduzione pari al 30 % (-€ 90.044,00).

La riduzione del prezzo unitario di alcune specialità a seguito di gara regionale e l'attenta politica aziendale hanno permesso di ridurre spesa e consumi delle intere classi terapeutiche J01 e J02 per un valore totale di **-€ 528.600,00.**

A fronte di tale sensibile riduzione le differenze rispetto al valore assegnato atteso sono rispettivamente di soli **€ 23.838** per la classe J01 e **€ 20.776** per la classe J02 .

L'Azienda, attraverso il gruppo operativo per il buon uso degli antibiotici e il progetto SEPSIALT, persegue l'obiettivo di appropriatezza di impiego e di contenimento dei consumi.

Le molecole con richiesta motivata prevedono la consulenza di un infettivologo o, in attesa della consulenza, la motivazione della scelta terapeutica .

Si sottolinea che il risparmio generale nella classe J è stato ottenuto grazie a politiche di Stewardship antimicrobica, che hanno permesso di eliminare gran parte dei molecole usate impropriamente.

Tuttavia il ruolo di HUB dell'Azienda sta concentrando sempre più casi clinici complessi, con pluripatologie ed interferenze farmacologiche che impongono l'uso di molecole nuove in corso di infezioni gravi. Si ricorda in proposito il trattamento di un caso di tubercolosi in aspergillosi polmonare che ha obbligato all'uso di anfotericina liposomiale per le interferenze farmacologiche con gli antitubercolari, o il caso di una endocardite da Candida parapsilosis il cui unico trattamento possibile è stata l'anfotericina liposomiale per 6 settimane.

Si evidenzia inoltre che la SC Ematologia ha effettuato negli ultimi mesi dell'anno alcuni trapianti di midollo su pazienti provenienti dall' Azienda Ospedaliera di Novara che hanno determinato un maggior consumo di antifungini ad alto costo.

Non ultimo il ricorrente grave problema di carenza nazionale di antibiotici di largo utilizzo (es piperacillina/tazobactam) che ha inevitabilmente determinato lo shift verso molecole con richiesta motivata (es. meropenem) incrementandone così il consumo.

INDICATORE: per le due ATC in ambito ospedaliero : % spesa in ambito ospedaliero dei principi attivi con richiesta motivata.

PUNTEGGIO: sulla scorta delle motivazioni di cui sopra si rinvia alla valutazione regionale.

Obiettivo 4.2 :”Miglioramento della qualità del flusso informativo dei dispositivi medici”

A seguito dell’inserimento dei RDM (numeri di Repertorio Dispositivi Medici) mancanti nell’anagrafica dei dispositivi medici e confermando che nel flusso dei DM (Dispositivi Medici) non risultano record respinti per errore dalla Regione, l’andamento risultante è il seguente:

Voce bilancio	Valore in migliaia di € (CE al 30/09/2017 – Valore presunto)	Report regionale PADDI al 30.09.2017	% raggiungimento obiettivo (PADDI)	Punteggio raggiunto
B.1.A.3) Dispositivi medici	17.105	17.685	103,39%	5/100
B.1.A.3.1) Dispositivi medici	15.060	16.070	106,71%	
B.1.A.3.2) Dispositivi medici impiantabili attivi	1.657	1.615	97,44%	

INDICATORE: 100%

PUNTEGGIO: 5/100

Obiettivo 4.3: Contenimento della spesa aziendale per l’acquisto di dispositivi medici

In relazione alla spesa per dispositivi medici, si rappresenta la situazione dei conti 3100158 (Dispositivi medici impiantabili attivi) e 3100164 (Dispositivi medici) come rilevata dal Monitoraggio Economico alla data del 31.12.2017 (Preconsuntivo 2017).

ID	CONTO ECONOMICO	BIVE AL 31/12/2017 (in migliaia di €)	CONSUNTIVO 2016	Scostamento %
BA0220	Dispositivi medici	20.360	19.767	2,91%
BA0230	Dispositivi medici impiantabili attivi	2.047	2.398	-17,15%

Per ciò che riguarda i dispositivi medici, sono stati strettamente correlati all’incremento dell’attività produttiva richiesta con D.G.R. n. 35-5329 del 10.07.2017 e realizzata (vedasi obiettivo 1.1).

Proprio per questa ragione si evidenzia un trend di crescita della spesa rispetto allo scorso anno per i dispositivi medici di cui al conto 3100164.

Peraltro, a fronte di un incremento di produzione nell'anno 2017 rispetto al 2016 così significativo soprattutto nell'area chirurgica, il costo dei dispositivi medici è aumentato in maniera contenuta (e addirittura ridotto il conto 3100458 relativo ai dispositivi medici impiantabili attivi).

INDICATORE: Spesa dispositivi medici (Voce di CE BA0220 e BA0230)

PUNTEGGIO PARZIALE:

- BA0220: 4,5/6
- BA0230: 1,5/6

PUNTEGGIO TOTALE:6/100

OBBIETTIVO 5 AREA NUOVI LEA

Obiettivo 5.1"Attuazione DPCM 12 gennaio 2017 definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'art. 1- comma 7- del D.LGS 30 dicembre 1992 n. 502"

Nell'allegato 1 dell'ultima nota regionale (prot. n. 18741) sono contenute le prime disposizioni relative all'applicazione dei nuovi LEA, pubblicati in Gazzetta a marzo 2017 e ufficialmente in vigore a partire dal 15/9/17, in modo particolare relative alle modifiche all'elenco delle patologie riconosciute come Malattie Rare (allegato 2). E' stata tempestivamente indetta una riunione interna con la partecipazione dei referenti dei vari reparti, dove è stato esaminato congiuntamente il nuovo elenco e sono state date disposizioni per rilasciare le certificazioni di competenza per l'acquisizione delle nuove esenzioni e perchè sia riconosciuta ai pazienti l'erogazione gratuita dei farmaci in fascia C.

Nel contempo l'ASO di Alessandria :

- assicura l'erogazione delle Prestazioni riabilitative a favore del cieco o dell'ipovedente attraverso uno specifico **centro ipovisione** gestito in collaborazione con l'Unione Ciechi mantenute secondo quanto previsto dalla normativa regionale di riferimento;
- assicura l'erogazione delle Prestazioni di Dietetica e Nutrizione Clinica sul territorio della provincia di Alessandria quale centro di riferimento;

- assicura le Procedure Analgesiche nel corso del travaglio e del parto, garantite dal SSN (art. 38, comma 3, del DPCM 12 gennaio 2017);
- utilizza il codice di esenzione VG1 per le persone vittime di violenza di genere e sessuale, secondo il disposto della L.R. 4 del 24.02.2016 e della D.G.R. n. 23-4739 del 07.03.2017 di definizione del percorso sanitario delle persone vittime di violenza.

INDICATORE: dichiarazione di adempimento di quanto previsto dagli Atti regionali in materia di LEA: raggiunto al 100%

PUNTEGGIO : 5/100

OBIETTIVO 6 QUALITA' DELL'ASSISTENZA

Obiettivo 6.1 “Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti >65”

Non raggiungibile perché attestato sul 56%, ma migliorato di 10 punti negli ultimi mesi, grazie ad alcuni interventi organizzativi che hanno permesso di raggiungere anche il 75% dei casi .

INDICATORE: richiesto > 70% dei casi oppure riduzione rispetto al precedente.

PUNTEGGIO : Visto il considerevole miglioramento implementato negli ultimi mesi del 2017, per l'assegnazione del punteggio si rimanda alla valutazione regionale.

Obiettivo 6.2: “Tempestività nell’effettuazione di PTCA nei casi di IMA STEMI”

Il valore attuale (79%) è inferiore all'85% richiesto. In realtà la quasi totalità dei casi non in linea si riferisce a pazienti che NON hanno effettuato l'angioplastica o perché non necessaria o perché hanno subito un intervento di by pass aortocoronarico; solo in 6 casi l'effettuazione è fuori dal range previsto. Purtroppo la categoria di pazienti sopra descritta incrementa il denominatore ed abbassa il valore totale.

Richiesto > 85%.

INDICATORE: tenendo conto di quanto espresso, l'obiettivo si considera raggiunto

PUNTEGGIO : 5/100.

Obiettivo 6.3 :“Appropriatezza nell’assistenza al parto dei punti nascita”

I criteri di accesso risultano soddisfatti, ma il valore globale del 27 % è superiore a quanto richiesto; come sempre questo tipo di obiettivo penalizza le aziende che ricevono gravidanze a rischio dall’esterno, svolgendo attività di secondo livello. la causa principale del ricorso al Cesareo è nella nostra casistica la presenza di complicanze. Se valutiamo la percentuale di cesarei al netto dei casi complicati raggiungiamo il valore globale vicino al 20%.

INDICATORE: tasso aggiustato cesarei <20 %

PUNTEGGIO : in virtù di quanto sopra espresso, per l’assegnazione del punteggio si rimanda alla valutazione regionale.

Obiettivo 6.4 :“Screening oncologici”

Nel corso di riunioni congiunte con l’ASL AL si è stabilito che al momento l’unico possibilità concreta per collaborare al raggiungimento degli obiettivi di screening è l’effettuazione delle colposcopie, che già comunque avevano avuto un incremento significativo lo scorso anno. Per quanto riguarda la mammografia attualmente il mammografo non è funzionante, è previsto l’acquisto di un nuovo apparecchio con procedure CONSIP, ma sarà operativo solo dal prossimo marzo 2018, anno in cui verranno direttamente presi in carico i casi di 2° livello ad anche quelli di 1° livello del distretto di Alessandria. Lo screening colonrettale sconta la mancanza di personale medico (-3 unità) e le code accumulate in passato causa ripetuti furti delle apparecchiature endoscopiche; la situazione è attualmente complicata da una assenza per malattia per cui si è stabilito di partire con le colonscopie di 2° livello ,nella misura di 10/mese, a partire da febbraio 2018.

INDICATORE: copertura inviti ed esami per le 3 tipologie di screening considerate. I dati riferiti dall’ASL AL parlano di 4/6 degli obiettivi raggiunti ed indicano il raggiungimento degli obiettivi relativi allo screening mammografico e cervico- vaginale, mentre quelli relativi allo screening colon rettale non sono stati raggiunti.

PUNTEGGIO : $4/6 \times 3 = 2/100$

Obiettivo 6.5 “Donazioni d’organo”

GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DELL’OBIETTIVO:

Il Coordinamento Ospedaliero dei prelievi di organi e tessuti segnala la seguente situazione al 31 dicembre 2017;

- 1) BDI%: **89%**. Le morti encefaliche segnalate sono state 33 a fronte di un numero di decessi con patologia compatibile con l’evoluzione verso morte encefalica pari a 38. Le mancate 5 segnalazioni sono dovute alle gravissime lesioni neurologiche e/o ad altre lesioni organiche che ne hanno determinato il decesso per arresto cardiaco.
- 2) I donatori di cornee sono stati 40 così distribuiti: 23 terapia intensiva, 7 oncologia, 6 cardiocirurgia terapia intensiva, 1 neurologia, 1 chirurgia generale, 1 pneumologia, 1 terapia intensiva pediatrica. Si segnala una maggiore segnalazione presso il reparto di cardiocirurgia terapia intensiva ed un elevato numero di “non consensi” soprattutto nel reparto di oncologia.

AZIONI INTRAPRESE:

L’attento monitoraggio presso il reparto di rianimazione e la continua formazione del personale sia medico che infermieristico permette la costante segnalazione dei pazienti con diagnosi compatibile con l’evoluzione verso la morte encefalica così come i potenziali donatori di cornee.

E’ utile inoltre la formazione del personale sia medico ma soprattutto infermieristico di tutti gli altri reparti che segnalano decessi di potenziali donatori di cornee.

Il contributo della dott.ssa Bonato, abilitata al prelievo di cornee, ha favorito il raggiungimento del risultato attuale. Inoltre da quest’anno è in atto un’attività di procurement presso i reparti di oncologia, pneumologia, cardiocirurgia (che hanno partecipato negli anni precedenti a progetti di incremento dei donatori di cornee) e neurologia da parte di un’unità CPSI in servizio presso il servizio di anestesia e rianimazione 2 che permette di monitorizzare l’attività dei singoli reparti e le eventuali criticità.

VALUTAZIONE DI RAGGIUNGIBILITA’:

Per il raggiungimento dell’obiettivo del BDI%: l’obiettivo è stato raggiunto (atteso al 31 dicembre 2017: **BDI>40%**).

Per quanto riguarda il raggiungimento dell'obiettivo relativo ai donatori di cornee: l'obiettivo è stato raggiunto.

INDICATORE:

- 1) N. morti encefaliche segnalate/ n. decessi >=40%
- 2) N. donatori cornea 2017/ totale decessi 2016 >=12% valore obiettivo =34

PUNTEGGIO : 5/100

Obiettivo 6.6: “Umanizzazione nelle strutture di ricovero delle Aziende sanitarie regionali”

- Sub obiettivo 6.6.1):”Programma nazionale valutazione partecipata della qualità delle Strutture di ricovero secondo i principi dell’empowerment”

E’ in corso la valutazione congiunta con Cittadinanza attiva sui nuovi item definiti da Agenas, la verifica documentale ed i sopralluoghi sul campo hanno dato esito positivo, con l’evidenza dei punti su cui è possibile agire con un piano di miglioramento. Non risultano azioni a suo tempo concordate che non siano state risolte.

Ospedale Civile

N°ITEM	COMMENTO
30.1	Su 20 camere 2 sono singole
30.2	Su 22 camere 13 sono singole
31.1	Traduzione modulo aziendale consenso informato in almeno due lingue
66.1	14 condizionatori portatili e 4 ventilatori
51.1/51.2	Nel 2016 è stato istituito il gruppo di lavoro sulla risoluzione dei problemi delle barriere architettoniche, che ha effettuato una ricognizione ed elaborato proposte
66.2	Su 24 abbiamo 13 fissi +2 pinguini
66.3	0 clim fissa ma 1 l pinguini
104.1	su richiesta e a carico del destinatario
Check-list sicurezza	
9	Sensibilizzare le strutture sulle corrette modalità di segnalazioni
11	Valutare la possibilità di tradurre alcuni documenti in più lingue (rumeno, arabo, inglese)
12.1	Coinvolgimento del DIPSA per la corretta identificazione del pz nella fase di somministrazione
13	Il Braccialetto identificativo è previsto per il 2018

Ospedale Infantile

N°ITEM	COMMENTO
30.2	Il 16 ottobre 2017 è avvenuta l'apertura del nuovo reparto della SC Chirurgia pediatrica dove sono previste le tende per garantire la separazione visiva tra i posti letto
32.1	Traduzione modulo aziendale consenso informato in almeno due lingue
104.1	su richiesta e a carico del destinatario
51.1/51.2	Nel 2016 è stato istituito il gruppo di lavoro sulla risoluzione dei problemi delle barriere architettoniche, che ha effettuato una ricognizione ed elaborato proposte
Check-list sicurezza	
9	Sensibilizzare le strutture sulle corrette modalità di segnalazioni
11	Valutare la possibilità di tradurre alcuni documenti in più lingue (rumeno, arabo, inglese)
12.1	Coinvolgimento del DIPSA per la corretta identificazione del pz nella fase di somministrazione
13	Il Braccialetto identificativo è previsto per il 2018

- **Sub obiettivo 6.6.2):"Comunicazione fra medici curanti e familiari dei pazienti"**

Sono state definite le carte dei servizi dei reparti, che prevedono gli orari di visita:tutte rispettano il limite di un'ora/giorno lavorativo previsto dalla Regione quale tempo minimo di colloquio tra medici e familiari dei pazienti ricoverati.

- **Sub obiettivo 6.6.3):"Commissioni miste Conciliative"**

Sono state fissate 3 riunioni entro l'anno della Commissione mista conciliativa, ma se ne è effettuata una sola in quanto è stata l'unica richiesta dagli Utenti, gli unici che possono chiederne l'attivazione. L'indicazione sulla possibilità di attivare la Commissione in caso di risposta ritenuta insoddisfacente è fornita a tutti gli Utenti che hanno sporto reclamo in calce alla risposta allo stesso, per cui riteniamo di aver pienamente soddisfatto l'obiettivo. A questo proposito la rappresentante di Cittadinanza attiva dott.ssa Scagni riferisce di aver avuto rassicurazione dalla Regione che l'obiettivo sarebbe stato valutato secondo quanto sopra espresso.

- **Sub obiettivo 6.6.4):"Progetti sostegno pazienti/famiglie"**

In ambito aziendale sono stati implementati numerosi progetti che possono avere le caratteristiche richieste, tra questi si segnalano :

➤ PROGETTO CASA AMICA

Il Presidio Riabilitativo Borsalino dell'Azienda Ospedaliera Santi Antonio e Biagio e C. Arrigo di Alessandria è il Centro di riferimento dell'Area Funzionale Sovrazonale 4 della Regione Piemonte per la riabilitazione di 3° livello di alta specialità. Le tecnologie di ausilio per le persone con disabilità o gravi limitazioni fisiche sono strumenti indispensabili per offrire l'autonomia necessaria a garantire un buon livello di vita quotidiana e, di conseguenza, fornire le possibilità per avere un buon livello di integrazione e inclusione socio-familiare. In particolare, esistono alcune tipologie di arredi e dispositivi tecnologici che possono essere utilizzati da persone in situazioni di disagio sfruttando al massimo le abilità residue, per aumentare il livello di indipendenza e quindi sentirsi più sicure, oltre a offrire loro maggiori capacità e occasioni di comunicazione. Il "Progetto Casa Amica" intende così fornire un contributo per ottimizzare la fase di distacco dal Centro riabilitativo attraverso un appartamento che funga sia da "Casa Pre-dimissioni" sia da "Casa Domotica" per migliorare la autonomia e la qualità della vita attraverso la conoscenza e l'uso di tecnologie, in un percorso guidato dal personale della riabilitazione. E' stata realizzata una "casa tecnologica" perfettamente arredata con mobili, elettrodomestici, strutture di supporto (binari a soffitto ecc) appositamente studiati per i diversamente abili, integrati da una importante componente domotica; è un appartamento pre-dimissioni in cui le tecnologie si integrano nell'ambiente domestico e nel giardino circostante non solo per contribuire a migliorare la qualità della vita degli utenti ma anche per verificare l'esito del processo di riabilitazione prima della dimissione. Il progetto è rivolto ad utenti con disabilità prevalente sensitivo-motoria (tetraplegie) e persone con danno prevalentemente cognitivo (esiti trauma cranio-encefalico) alcune settimane prima della dimissione. In questo tipo di scenario in prima istanza si raggiunge una migliore qualità di vita del paziente e della persona che se ne occupa, che può meglio governare anche a distanza i bisogni della persona in regime di sicurezza. In seconda istanza si riducono i costi della gestione a domicilio della persona disabile (perché si riduce la necessità della presenza costante di un familiare e/o badante). La frequenza della casa domotica è limitata a circa 3 giorni consecutivi, in cui il paziente è lasciato in libertà con un familiare nell'appartamento. Al termine è prevista la compilazione di una scheda per evidenziare le abilità che il paziente ha sperimentato come necessarie di miglioramento; sulla base dell'esperienza si rimodula pertanto la successiva fase riabilitativa, in modo da garantire una dimissione protetta efficace. Fino ad oggi già 74 pazienti hanno sperimentato con successo il soggiorno presso la casa domotica

➤ **PROGETTO FAMILY ROOM DI ALESSANDRIA**

Dal 2012 è presente ad Alessandria la seconda Family Room Ronald McDonald in Italia. È una struttura di 190 mq che si trova all'interno dell'Azienda Ospedaliera SS Antonio e Biagio e Cesare Arrigo, secondo polo pediatrico del Piemonte. È situata al 2° piano dell'Ospedale Infantile, sopra le Terapie Intensive Pediatrica e Neonatale. Le famiglie ospiti possono così stare vicino ai loro bambini in ospedale, risparmiando moltissimo sui costi d'alloggio: ogni anno vengono risparmiati oltre 100.000€.

La Family Room dispone di 4 camere con 8 posti letto in totale, tutte con servizi privati dotati di doccia. Oltre alla zona notte, gli ospiti possono usufruire anche di un'area cucina completamente attrezzata. Inoltre è disponibile una sala da pranzo, un soggiorno con Tv, un'area relax con libreria, lavanderia, postazioni internet e una sala giochi per i bambini. Tutto il possibile per ricreare un ambiente accogliente in cui le famiglie si possono riposare, sempre restando vicini al proprio figlio malato

La Family Room è accessibile tramite un servizio di reception gestito direttamente dall'Ospedale, in linea con le indicazioni date da Fondazione Ronald, al fine di mantenere l'elevato standard qualitativo dell'alloggio richiesto a tutte le sue strutture. Finora ha accolto 1.096 persone, che hanno potuto stare accanto ai loro bambini nel difficile periodo dell'ospedalizzazione. Il 71% di loro proviene dal Piemonte, il 28% da altre regioni italiane e l'1% dall'Europa. Proprio "la distanza geografica" è del resto uno degli elementi che viene preso in considerazione per assegnare una delle quattro stanze, ciascuna con due letti e un bagno. Ogni reparto del Presidio pediatrico crea una lista di prenotazioni basandosi su criteri di priorità stabiliti e in seguito provvede a inoltrare le richieste al Comitato di Gestione della Family Room;

➤ **PROGETTO CAMPO SCUOLA PER BAMBINI DIABETICI**

Il campi scuola rappresentano un'esperienza fondamentale nello schema educativo dei bambini e degli adolescenti diabetici, per l'accettazione della malattia, per il confronto con altri coetanei, diabetici e no e per l'acquisizione di una buona educazione all'autogestione della malattia. Bisogna tenere conto che i campi scuola rappresentano, in una alta percentuale di casi, la prima esperienza di vita al di fuori dell'ambiente familiare da parte dei giovani diabetici. Per potere fare fronte alle diverse esigenze – mediche e psicologiche che il soggiorno presenta, questa esperienza deve essere diretta e gestita da una specifica equipe pediatrica-diabetologica predisposta per accompagnare e sostenere l'attività del soggiorno.

Gli obiettivi che il soggiorno nel campo scuola si pone sono:

-promuovere l'educazione specifica per l'autogestione del diabete nell'ambito di una esperienza extra ospedaliera positiva;

-favorire il confronto con coetanei con e senza diabete;

-stimolare l'indipendenza nella gestione del diabete in assenza dei familiari;

-sviluppare il processo di autostima, la responsabilizzazione, il controllo emotivo e far superare ogni sensazione di isolamento e di diversità dei partecipanti;

-favorire la formazione e l'arricchimento professionale del team pediatrico diabetologico;

-favorire la possibilità ai Pediatri Diabetologi di sviluppare questa indispensabile esperienza.

Nell'ambito dei rapporti all'interno del gruppo familiare la partecipazione al campo scuola offre ai genitori una pausa dalla gestione quotidiana del diabete; ai ragazzi la possibilità di una "vacanza" dalla loro famiglia.

Durante questi soggiorni educativo-terapeutici, per alcuni giorni, generalmente una settimana, bambini e ragazzi vivono a stretto contatto con alcuni membri del Team e con altri 'compagni' meglio se coetanei che condividono lo stesso problema. I genitori restano a casa. È difficile spiegare quante possibilità apra questa situazione nuova. Approfondiamone solo alcune: i bambini devono imparare a fare tutto da soli (spesso per la prima volta): misurazioni della glicemia, iniezioni di insulina. Certo gli infermieri sono lì a spiegare, a correggere, ad aiutare. Ma ci si attende da loro qualcosa che la famiglia di rado ha chiesto. Lo stesso vale per le scelte più importanti: cosa mangiare, quanto, quando. I medici sono lì 24 ore su 24, fanno qualche lezione "formale" ma più spesso rispondono alle domande, chiacchierano con piccoli gruppi: cercano di spiegare e ascoltano. La frequenza ai campi scuola è compresa nella Consensus Guidelines Edite dall'International Society for Pediatrics and Adolescent Diabetes – ISPAD. La Società Italiana di Endocrinologia Pediatrica ha recentemente edito delle linee guida di dettaglio in proposito.

Ad Alessandria i campi scuola sono organizzati annualmente nei mesi estivi grazie al supporto di associazioni di volontariato, e prevedono il soggiorno in località montane della provincia come Caldirola e Fabbrica Curone;

➤ **PROGETTO EDUCAZIONE DEL DIABETICO ADULTO**

Nella terapia del diabete un ruolo speciale è rivestito dalla educazione terapeutica. I primi provvedimenti riguardano la correzione dello stile di vita, il più delle volte caratterizzato da una condotta alimentare scorretta, sia per la quantità e qualità degli alimenti, sia per il difetto di attività fisica. Sul piano dietetico,

sarà importante adeguare l'apporto di calorie al consumo energetico, ridurre sostanzialmente la quota di zuccheri semplici e di grassi, introdurre una quantità adeguata di carboidrati complessi (pane, pasta, legumi) e di fibre (preferire gli alimenti integrali), ridurre l'assunzione di alcolici a non più di un bicchiere di vino al giorno, abbondare nella assunzione di verdura e, ove possibile, dare ampio spazio all'uso di pesce. Fra gli obiettivi di una corretta alimentazione c'è, in primo luogo, una riduzione del peso corporeo, abitualmente in eccesso. Riduzioni anche modeste del peso consentono, infatti, di ottenere risultati eccellenti sull'equilibrio metabolico.

Nelle modificazioni dello stile di vita un posto fondamentale spetta alla introduzione, nel modello di vita individuale, di una quota di esercizio fisico. La raccomandazione è quella di eseguire un'attività fisica aerobica di intensità moderata come, per esempio, camminare a passo svelto, per almeno 30 minuti al giorno, per 5 giorni la settimana. In assenza di controindicazioni, viene anche incoraggiata l'esecuzione di esercizi di resistenza per tre volte la settimana.

Le modificazioni dello stile di vita fanno parte di un programma di educazione terapeutica che dovrebbe costituire la base di ogni trattamento dei pazienti. Dovrebbe essere compito di infermieri e dietisti facenti parte del team diabetologico e addestrati a questo compito. Studi clinici come il *Diabetes Prevention Program* o Dpp hanno chiaramente dimostrato che semplicemente adottando le modificazioni dello stile di vita sopra descritte è possibile ridurre di quasi il 60% la comparsa di diabete in soggetti affetti da intolleranza al glucosio che, come abbiamo detto, è una forma di pre-diabete.

La SC Endocrinologia dell'ASO-AL organizza da anni un programma di educazione ai pazienti afferenti all'ambulatorio di diabetologia, diviso in 4 sessioni al venerdì pomeriggio dalle 14,30 alle 15,45.

In media sono invitati 15 pazienti. Le sessioni riguardano il diabete tipo II, con descrizione dei trattamenti e delle complicanze; l'alimentazione; l'attività fisica, la prevenzione del piede diabetico.

INDICATORE: raggiungimento di quanto richiesto al 100% per i 4 item considerati. Alla luce di quanto sopra espresso si ritiene che l'obiettivo sia stato interamente raggiunto.

PUNTEGGIO PARZIALE: 2 punti per 100% 6.6.1+ 1 punto per 100% 6.6.2 + 1 punto x100% 6.6.3+ 1 punto x100% 6.6.4

PUNTEGGIO TOTALE:5/100

FA/PC


IL DIRETTORE GENERALE
dott.ssa Giovanna BARALDI


GEN-DIC 2017

Prestazione	Standard regionale indice di performance in giornate	GEN-DIC 2017		T.A. Medio 2016
		QT	TA	
01 Visita cardiologica	30	3.556	27,53	33,97
02 Visita chirurgia vascolare	30	1.228	15,27	13,88
03 Visita endocrinologica	30	1.740	29,47	33,12
04 Visita neurologica	30	1.986	17,03	31,28
05 Visita oculistica	30	4.182	55,37	61,14
06 Visita ortopedica	30	4.280	21,62	48,96
07 Visita ginecologica	30	1.749	22,77	15,35
08 Visita otorinolaringoiatrica	30	3.219	25,53	28,11
09 Visita urologica	30	2.157	14,46	19,22
10 Visita dermatologica	30	2.614	13,35	13,88
11 Visita fisiatrica	30	1.022	15,07	30,43
12 Visita gastroenterologica	30	1.287	27,09	20,36
13 Visita pneumologica	30	1.665	25,18	33,10
14 Mammografia	40	138	37,16	41,70
15 TC senza e con contrasto del torace	30	2.857	15,06	29,39
16 TC senza e con contrasto dell'addome (completo, inferiore, superiore)	30	2.355	15,37	32,63
17 TC senza e con contrasto del capo	30	973	14,82	17,19
18 TC senza e con contrasto del rachide e speco vertebrale	30	229	16,71	13,09
19 TC senza e con contrasto del bacino	30	39	13,95	13,16
20 RMN del cervello e del tronco encefalico	30	1.603	18,18	13,93
21 RMN pelvi, prostata e vescica	30	217	22,82	24,67
22 RMN muscoloscheletrica	30	866	12,39	10,47
23 RMN della colonna vertebrale	30	1.888	15,34	10,91
24 Ecografia capo e collo	40	1.562	23,14	26,51
25 Ecocolordoppler cardiaca	40	2.350	40,34	47,73
26 Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici	40	1.524	96,69	99,79
27 Ecocolordoppler dei vasi periferici	30	1.187	55,79	57,76
28 Ecografia addome	30	4.162	24,91	27,34
29 Ecografia della mammella	30	829	23,03	28,18
30 Ecografia ostetrica-ginecologica	11	2.200	0,00	0,00
31 Colonscopia	30	1.995	45,50	62,91
32 Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	30	70	25,60	38,77
33 Esofagogastroduodenoscopia	30	1.605	24,38	28,80
34 Elettrocardiogramma	30	8.536	12,67	17,83
35 Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	40	779	27,97	30,78
36 Elettrocardiogramma da sforzo	40	1.074	23,59	37,14
37 Audiometria	30	947	34,97	31,79
38 Spirometria	40	2.556	47,41	48,01
39 Fondo oculare	60	895	90,39	106,03
40 Elettromiografia	30	9.883	15,23	31,38

